

# *Psychiatrie systematisch*

**4. Auflage**

Prof. Dr. Dieter Ebert

unter Mitarbeit von  
Prof. Dr. Thomas Loew



Bei der **Psychotherapie** sind die wahrscheinlich wirksamsten Verfahren

- interpersonelle Therapie/Verhaltenstherapie

Hier werden vorhandene Ressourcen zur Unterbrechung und Selbsttherapie depressiver Denk-, Fühl- und Verhaltensweisen mobilisiert. Stimuli, die zur Verstimmung führen könnten, sollen anders verarbeitet werden. Modelle werden bei der rezidivierenden depressiven Störung erklärt und gelten entsprechend (Kap. 2.5.4.).

## 2.6. Anpassungsstörungen / (affektive) Reaktionen auf Belastungen

Störungen dieser Kategorie ist ein sicherer auslösender Faktor gemeinsam, der bei jedem Menschen Symptome hervorrufen kann. Dies heißt nicht, dass andere psychische Störungen nicht durch Stressoren ausgelöst werden, in diesen Fällen ist die **Belastung** aber der **entscheidende Faktor**, und es ist eine **typische Psychopathologie** nachweisbar. Aus solchen Reaktionen können sich depressive Episoden entwickeln, die dann erkannt und behandelt werden müssen.

Traditionelle Begriffe für diese Störungen sind die **abnorme Erlebnisreaktion**, die **depressive Reaktion**, die **depressive Entwicklung** oder **chronische erlebnisreaktive Entwicklung** (langanhaltende Belastungen).

### ■ Klinik

Unabhängig davon, ob es sich um eine akute Belastungsreaktion handelt oder um eine chronische Anpassungsstörung (oder posttraumatische Belastungsstörung), berichten die Patienten über

- vermehrte psychosoziale Belastungsfaktoren in der Zeit vor Beginn der Störung oder auch ein einzelnes, überwältigendes dramatisches Erlebnis

Die auslösenden Ereignisse sind bei **akuten Belastungsreaktionen** assoziiert mit:

- einer ernsthaften Bedrohung für die Sicherheit oder körperliche Unversehrtheit des Betroffenen oder einer geliebten Person (z.B. Katastrophen, Unfall, Krieg, Verbrechen, Vergewaltigung)

- ungewöhnlich plötzlichen und bedrohlichen Veränderungen der sozialen Stellung und/oder des Beziehungsnetzes des Individuums (z.B. Verlust eines Angehörigen durch Tod, Verlassenwerden in einer Beziehung, finanzielle oder berufliche Verluste, schwere Kränkungen und Enttäuschungen durch nahe Personen)

Akut folgen auf solche Ereignisse verschiedenste psychische **Symptome**, die **typischerweise beginnen mit**:

- einer Art von "Betäubung": Sinneseindrücke "verblassen", einer gewissen Bewusstseinsbeeinträchtigung mit eingeschränkter Aufmerksamkeit (oft auch nur subjektiv), einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und zu reagieren

Es folgen:

- Desinteresse, Antriebsminderung
- sozialer Rückzug

oder

- Unruhe, Überaktivität, Panikattacken

Nach diesem anfänglichen Zustand von "Betäubung" folgen

- Symptome ähnlich wie bei einer depressiven Episode, die von deprimierter Gestimmtheit, Weinerlichkeit und Hoffnungslosigkeit über ängstliche Gestimmtheit bei noch erhaltenem Antrieb bis zu typischen melancholischen Syndromen reichen können

Bei einer akuten Belastungsreaktion klingen diese Symptome innerhalb von Tagen ab, auch wenn danach noch eine Phase mit deprimierter Gestimmtheit, sozialem Rückzug, Schlafstörungen folgen kann, die aber durch angenehme Erlebnisse bereits gelegentlich unterbrochen werden kann.

Bei Patienten mit einer **Anpassungsstörung** oder einer **länger dauernden Reaktion** bestehen im Gegensatz zur akuten Belastungsreaktion länger andauernde psychische Symptome.

Bei diesen eher chronischen Anpassungsstörungen werden von den Patienten geschildert:

- die bereits bei den akuten Belastungsreaktionen erwähnten psychosozialen Belastungsfaktoren, vor allem die Trauerreaktion bei Verlust eines Angehörigen oder das Ende einer Beziehung

- chronische, teilweise über Jahre verlaufende Belastungen, die weniger dramatisch sein können als die Belastungen bei akuten Reaktionen, aber durch Hoffnungslosigkeit, Ausweglosigkeit und Verlust von Kontrolle über die Situation gekennzeichnet sind (Tab. 2.79)

Jugendliche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulprobleme</li> <li>• elterliche Zurückweisung oder Trennung der Eltern (Eheprobleme der Eltern, Trennung von Freund, Freundin)</li> <li>• Arbeitsplatzprobleme</li> <li>• Drogen/Alkoholprobleme, rechtliche Probleme</li> <li>• Umzug</li> </ul>
Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ehe-/Beziehungsprobleme</li> <li>• Trennung/Scheidung, Tod</li> <li>• Probleme mit Kindern</li> <li>• Arbeitsplatzprobleme, finanzielle Probleme</li> <li>• Krankheit</li> <li>• Alkohol-/Drogenprobleme, rechtliche Probleme</li> </ul>

**Tab. 2.79:** Typische Belastungsfaktoren bei Anpassungsstörungen (in geschätzter Reihenfolge der Häufigkeiten).

Die Symptome können anfangs die gleichen sein wie bei der oben geschilderten akuten Belastungsreaktion und nach einiger Zeit (oder bereits zu Beginn ohne den anfänglichen Zustand der "Betäubung") übergehen in

- ängstlich-depressive, unspezifische psychopathologische Syndrome
- depressive Episoden einschließlich des melancholischen Subtyps (selten)

Oft ist dann nicht zu unterscheiden, ob die Belastungssituationen eine depressive Episode, vor allem eine Melancholie, nur ausgelöst haben, oder ob alle Symptome noch als unmittelbare Folge der Anpassungsstörung oder Belastungsreaktion verstanden werden können.

Häufig sind psychopathologisch

- ein deprimierter Affekt ohne tiefe Traurigkeit, eher als Verlust von Freude und Interesse
- diffuse Ängstlichkeit mit vegetativer Übererregbarkeit, Vigilanzsteigerung, Pessimismus und Hoffnungslosigkeit
- sozialer Rückzug und Desinteresse ohne Antriebshemmung
- Einschlafstörungen ohne Früherwachen und Tagesschwankungen

Bei länger dauernden Belastungssituationen sind psychopathologisch oft keine Unterschiede zur Beschreibung der Dysthymia feststellbar.

Manche Patienten fallen weniger durch affektive Störungen als durch Störungen des Sozialverhaltens auf, z.B. aggressives oder dissoziales Verhalten (v.a. bei Jugendlichen), regressives Verhalten wie Bettnässen (v.a. bei Kindern) oder Drogen- und Alkoholmissbrauch (v.a. Jugendliche und Erwachsene). Jugendliche haben insgesamt häufiger Verhaltensauffälligkeiten, Überaktivität und auch aggressive oder dissoziale Handlungen als zusätzliches Symptom, Erwachsene häufiger nur Störungen der Affektivität (Depressivität, Angst).

#### ► Sonderform

#### ■ posttraumatische Belastungsstörung

Eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde, z.B. Naturkatastrophen, schwere Unfälle, Krieg, Konzentrationslager, Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung, Zeuge schwerer Verbrechen) häufig nach einer anfänglichen akuten Belastungsreaktion. Typische Merkmale sind:

- wiederholtes Nacherleben des Traumas in Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, "Flashbacks"), Träumen
- andauerndes Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit gegenüber der Umgebung, Anhedonie

- Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten
- Furcht vor und Vermeidung von Stichworten und Situationen, die an das ursprüngliche Trauma erinnern könnten
- selten dramatische akute Ausbrüche von Zwangs-, Panik-, oder Aggressionssymptomen, ausgelöst durch plötzliche Erinnerungen und/oder Wiederholungen des Traumas oder der ursprünglichen Reaktion darauf
- vegetative Übererregbarkeit und Vigilanzsteigerung, übermäßige Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit

Wesentliches Symptom ist die Angst, dass zukünftig Ähnliches passiert, weswegen viele Kliniker die Störung zu den Angsterkrankungen zählen. Erinnerungen an Traumata (wie auch an positive Ereignisse) sind physiologisch, nur ihr Vermeiden und ungewolltes Wiedererleben mit den ursprünglichen Symptomen definiert die Störung. Auch bei depressiven Episoden und Anpassungsstörungen (wie bei allen negativen Affekten) erinnern Patienten v.a. negative Lebensereignisse, deswegen darf aber keine Belastungsstörung diagnostiziert werden.

Andauernde Persönlichkeitsänderungen (-störungen) nach andauernder (nicht kurzer) Extrembelastung (z.B. KZ-Haft) sind beschrieben.

*Typisches klinisches Beispiel:*

Hans L., 36 Jahre alt, kommt nach einem Suizidversuch mit in der Apotheke erhältlichen Schlaftabletten zur Aufnahme. Er hat völlig unerwartet erfahren, dass seine Frau ihn verlässt und zu einem anderen Mann zieht. Er sei danach wie betäubt, völlig verzweifelt gewesen, wollte sterben und habe sich die Tabletten besorgt (= Betäubung, Bewusstseinseingengung, deprimierter Affekt, Suizidgedanken). Auch jetzt habe das Leben für ihn keinen Sinn mehr, er sei tieftraurig, könne sich nicht mehr freuen, sehe keine Zukunft mehr, sei innerlich erregt, komme nicht zur Ruhe. Ständig würden ihm die Tränen kommen, er könne nichts mehr tun, sei wie gelähmt, alles gehe wie in Zeitlupe. Innerhalb der nächsten Tage bessert sich die Symptomatik und er distanziert sich von Suizidgedanken, ohne dass außer einigen empathischen Gesprächen eine weitere Therapie durchgeführt wird. Diagnostiziert wird zu diesem Zeitpunkt eine Anpassungsstörung, näher bezeichnet als depressive Reaktion. Im weiteren Verlauf bleiben über die nächsten Wochen und Monate allerdings einige Symptome bestehen. Der Patient ist während der gesamten Phase des Scheidungs-

verfahrens ständig leicht gedrückter Stimmung, zieht sich von Freunden und Bekannten zurück, kann zwar seine Arbeit normal durchführen, hat aber wenig Interesse an Hobbies und Freizeitaktivitäten. Er äußert hauptsächlich pessimistische Gedanken, Ängste, nie mehr sozial Fuß zu fassen. Häufig verlangt er nach Schlafmitteln, da er nachts nicht einschlafen kann.

Diagnostiziert wird jetzt eine chronische Anpassungsstörung. Die Symptomatik verschwindet erst nach etwa 12 Monaten, als wesentliche Fragen der Trennung geklärt sind, er zu seiner ehemaligen Ehefrau keinen Kontakt mehr hat und schließlich auch eine neue Partnerin kennenlernt.

### Diagnose und Differentialdiagnose

Die diagnostischen Leitlinien der akuten Belastungsreaktion, Anpassungsstörung und posttraumatischen Belastungsstörung zeigt Tab. 2.80.

akute Belastungsreaktion
<ul style="list-style-type: none"> <li>• unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang zwischen ungewöhnlicher Belastung und Beginn der Symptome (wenige Stunden)</li> <li>• obligat Symptome der generalisierten Angststörung (Tab. 2.93)</li> <li>• fakultativ zusätzlich sozialer Rückzug, Einengung der Aufmerksamkeit, Ärger, Aggression, Verzweiflung, sinnlose Überaktivität, außergewöhnliche und unkontrollierbare Trauer</li> <li>• Remission nach Entfernung aus belastender Umgebung oder bei weiterbestehender Belastung Besserung nach höchstens 2 Tagen</li> </ul>
Anpassungsstörung
<ul style="list-style-type: none"> <li>• belastende Ereignisse, Situationen oder Lebenskrisen von nicht außergewöhnlichem Ausmaß</li> <li>• zeitliche Abhängigkeit des Beginns der Symptome vom Stressor (am sichersten innerhalb eines Monats)</li> <li>• Symptome wie bei affektiven Störungen, Angststörungen, somatoformen Störungen, dissoziativen Störungen ohne dass die Kriterien der jeweiligen Störungen erfüllt werden und/oder auffälliges Sozialverhalten</li> <li>• Die Symptome dauern nicht länger als etwa 6 Monate nach Ende der Belastung oder ihrer Folgen an</li> </ul>

### posttraumatische Belastungsstörung

- kurz- oder langanhaltendes Ereignis (Geschehen) außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes und
- anhaltende Erinnerungen oder Wiederleben ("Flashbacks", lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder Symptome bei an die Belastung erinnernde Situationen) und
- Vermeidung von erinnernden Situationen und
- Unfähigkeit, sich an wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern oder Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, Schreckhaftigkeit und
- Auftreten innerhalb von 6 Monaten (Ausnahmen möglich)

**Tab. 2.80:** Diagnostische Leitlinien der akuten Belastungsreaktion, Anpassungsstörung, und posttraumatischen Belastungsstörung, modifiziert nach ICD-10.

Vorsicht: Die akute Belastungsreaktion oder akute (traumatische) Stressreaktion ist auch eine normale und natürliche Reaktion auf abnorme Ereignisse, bei denen die Integrität von Menschen direkt (als Opfer) oder indirekt (als Helfer) bedroht war. Sie ist keine behandlungsbedürftige posttraumatische Belastungsstörung, sondern nimmt mit der Zeit ab. Nur wenn die Symptome wieder zunehmen oder nicht abnehmen, handelt es sich um eine solche. Auch das Leiden unter den Folgen (z.B. Verlust eines Angehörigen, körperliche Entstellung) ist keine posttraumatische Belastungsstörung, sondern eine Trauerreaktion.

Die Diagnose gründet auf der Annahme, dass ein Ereignis oder eine Serie von Ereignissen ausreichend ist, um die Symptome hervorzurufen. Häufig sind aber Grenzfälle, in denen nicht entschieden werden kann, ob nicht andere Faktoren (genetisch, neurobiologisch oder persönlichkeitsbedingt) hinzutreten müssen, um eine solche Reaktion aufrecht zu erhalten, oder ob die affektiven Symptome nicht Ausdruck einer depressiven Episode oder Dysthymia sind, und die Belastungsfaktoren nur zusätzliche verstärkende Faktoren sind. Bestehen Zweifel, gilt die folgende Regel:

*Regel: Bestehen mehrere Wochen nach einem akuten belastenden Ereignis, von dem angenommen wird, dass es die Belastungsreaktion oder Anpassungsstörung ausgelöst hat, typische Symptome einer depressiven Episode, sollte eine depressive Episode diagnostiziert werden, die von dem Ereignis ausgelöst worden ist, und eine entsprechende Behandlung begonnen werden. Bestehen Symptome des melancholischen Subtyps, sollte bereits nach kürzerer Zeit pharmakologisch behandelt werden.*

Bestehen chronische Belastungssituationen, die üblicherweise nicht ausreichen, eine akute Belastungsreaktion hervorzurufen (z.B. unbefriedigende berufliche Situation, chronischer Familienkonflikt), sollte eine chronifizierte depressive Episode oder eine Dysthymia diagnostiziert und eine Anpassungsstörung (depressive Entwicklung) nicht als primäre Diagnose verwendet werden, sondern die Belastungssituationen sollten als modifizierender Faktor der affektiven Störung angesehen werden.

Abzugrenzen von der Anpassungsstörung sind:

- ▶ alle Störungen, wie sie bei der depressiven Episode, der rezidivierenden depressiven Störung und der Dysthymia angegeben wurden

### Zusatzdiagnostik

Wie bei der depressiven Störung zum Ausschluss organischer Störungen. Bei der Anpassungsstörung fehlen die bei der depressiven Episode geschilderten Abnormalitäten.

### Epidemiologie

Wahrscheinlich ist die Anpassungsstörung häufiger bei Frauen, alleinstehenden und jüngeren Personen. Wegen der relativ unscharfen Kriterien dieser Diagnose ist es schwierig, anzugeben, wie verbreitet die Störung ist und bei wem sie auftritt. Wahrscheinlich ist es eine häufige Störung, die allerdings selten zur Behandlung kommt. Nach Schätzungen liegt die Lebenszeitprävalenz zwischen 5 und 20 %.

### Ätiologie

Definitionsgemäß sind akute Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen eine Reaktion auf

einen identifizierbaren Belastungsfaktor und normale, physiologische Reaktionen. Trotzdem entwickeln die meisten Menschen, die solchen Belastungsfaktoren ausgesetzt sind, keine schweren und anhaltenden psychiatrischen Symptome, so dass diese Ursache-Wirkungs-Beziehungen nur unter bestimmten Voraussetzungen gelten können.

Jeder Mensch hat seine eigene Belastungsgrenze, die von der Stärke der Belastung, seiner Persönlichkeitsstruktur und seinem Temperament abhängt. Bestimmte Persönlichkeitsstrukturen, wie die ängstliche oder asthenische Persönlichkeit, sind prädestiniert, genauso Patienten mit organischen psychischen Störungen und solche mit genetischer Prädisposition für eine affektive oder eine Angststörung. Bei einem Teil der Patienten ist deswegen anzunehmen, dass bei der Diagnose einer Anpassungsstörung die psychosozialen Belastungsfaktoren nicht reiner Ausdruck einer Ursache-Wirkungs-Beziehung sind, sondern nur Auslöser für eine andere psychische Störung.

Bei länger dauernden Anpassungsstörungen können die gleichen pathophysiologischen Mechanismen im Gehirn ablaufen wie bei depressiven Episoden. Dies ist eine Rechtfertigung für eine medikamentöse Behandlung bei nicht zu verändernden Belastungssituationen (vgl. Kindling Modell Kap. 2.5.2.).

### Verlauf und Prognose

Akute Belastungsreaktionen bessern sich nach wenigen Tagen bis Wochen. Anpassungsstörungen persistieren höchstens noch einige Tage oder Wochen, nachdem der Belastungsfaktor nicht mehr vorhanden ist.

Anpassungsstörungen bestehen in der Regel nicht länger als 6 Monate, dauern sie länger an, handelt es sich wahrscheinlich um eine andere Störung, wie etwa eine generalisierte Angststörung, eine depressive Episode oder eine Dysthymia.

Etwa 80 % der Patienten sind bei einer Nachuntersuchung nach 5 Jahren gesund, 20 % haben aber dann eine psychische Störung anderer Art. Bei Jugendlichen haben sogar etwa 40 % eine psychische Störung anderer Art.

isherige Ergebnisse lassen vermuten, dass bei Erwachsenen die Anpassungsstörungen relativ ho-

mogen sind und eine gute Prognose haben, während die Diagnose bei Jugendlichen wenig valide ist, d.h. häufig in typische affektive Störungen übergeht.

### ► Komplikationen

- erhöhtes Suizidrisiko
- erhöhtes Risiko für Substanzmissbrauch und Abhängigkeit

### ■ Therapie

Bei der posttraumatischen Belastungsstörung ist Therapie der Wahl:

- Verhaltenstherapie (mit Exposition) und medikamentöse Therapie mit SSRI

Vorsicht: Reine Belastungsstörungen sind selten, meist werden Traumata erinnert oder vermieden, weil sie Folgen (z.B. körperliche Schäden, Arbeitsplatzverlust u.ä.) hinterlassen und dadurch depressive Episoden ausgelöst haben. Exposition ist dann wirkungslos oder pathogen, eine medikamentöse Therapie der depressiven Episode unverzichtbar.

Bei einer akuten Belastungsreaktion ist Therapie der Wahl:

- individuelle Psychotherapie, vor allem Gesprächspsychotherapie, kognitive Psychotherapie mit Bearbeitung des Problems, Klarwerden über Gefühle, Aufzeigen von individuellen und sozialen Zukunftsperspektiven
- Ausnützen des Zeitfaktors, wodurch Störungen auch spontan verschwinden

Bei einer anhaltenden Anpassungsstörung sollte

- nicht zu lange mit einer zusätzlichen medikamentösen Therapie gewartet werden, da länger dauernde Anpassungsstörungen in eine spezifische affektive Störung übergehen können, und die Prognose um so schlechter ist, je länger mit einer Therapie gewartet wird

Beim Auftreten einer depressiven Episode sollte behandelt werden wie bei der depressiven Episode beschrieben (Kap. 2.5.2.), bei leichteren Störungen oder unspezifischen Symptomen sollte wie bei der Dysthymia behandelt werden (Kap. 2.5.5.).

Auch während einer medikamentösen Behandlung bei einer Anpassungsstörung darf auf eine Psychotherapie, die Belastungsfaktoren und die persönlichen, psychosozialen Vulnerabilitätsfak-

toren der Patienten bearbeitet, nicht verzichtet werden. In Frage kommen wie bei der akuten Belastungsreaktion:

- Gesprächspsychotherapie und interpersonelle Therapie (mit Fokus auf den auslösenden Konflikt)
- kognitive Therapie
- jede andere Therapie, die sich wie die oben genannten auf die aktuellen Probleme konzentriert und die Sichtweise bzw. die Einstellung diesen Problemen gegenüber verändert

## 2.7. Angststörungen

Alle Störungen dieser Gruppe haben gemeinsam, dass Angst in irgendeiner Form das beherrschende Symptom ist.

Die Unterteilung erfolgt nach der Art der Angst bzw. Furcht (Psychopathologie und Verlauf), nur teilweise lassen sich die vorgeschlagenen Differenzierungen auch durch verschiedene Epidemiologie und Ätiologie rechtfertigen. Da die meisten Angststörungen auch mit depressiven Verstimmungszuständen im Verlauf einhergehen, werden sie zu den affektiven Störungen im weitesten Sinn gezählt. Die Einteilung der Angststörungen zeigt Tab. 2.81.

	ICD-10 Nr.
• phobische Störungen	F40
- Agoraphobie mit oder ohne Panikstörung	F40.0
- soziale Phobie	F40.1
- spezifische (isolierte) Phobien	F40.2
• Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie	F41.0
• generalisierte Angststörung	F41.1
• Angst und depressive Störung, gemischt	F41.2
• möglicherweise den Angststörungen zugehörig	
- Zwangsstörung	F42
- posttraumatische Belastungsstörung	F43.1

**Tab. 2.81:** Einteilung der Angststörungen, modifiziert nach ICD-10.

## 2.7.1. Panikstörung und Agoraphobie

### Klinik

#### ■ Panikstörung

Wesentliche Kennzeichen der Panikstörung sind wiederkehrende schwere **Angstattacken** (Panikattacken), die unvorhergesehen und plötzlich auftreten, und nicht durch spezifische Situationen, die bei normalen Personen Angst auslösen könnten, ausgelöst werden (z.B. ein Überfall).

Die Panikattacken treten im Gegensatz zur Phobie nicht nur beim phobischen Stimulus (z.B. einem bestimmten Tier) auf. Auch wenn die Symptome der Panikattacke von Person zu Person variieren können, so sind alle oder einige der folgenden immer vorhanden:

- Atemnot (Dyspnoe), Beklemmungsgefühle, Schmerzen oder Unwohlsein in der Brust
- Schwindel, Gefühl der Unsicherheit oder Ohnmachtsgefühle
- Palpitationen oder beschleunigter Herzschlag (Tachykardie), Zittern, Beben, Schwitzen
- Übelkeit, abdominale Beschwerden wie Meteorismus, Diarrhoe, Obstipation, Schmerzen
- Taubheit, Kribbelgefühle, Hitzewallungen oder Kälteschauer
- Depersonalisation oder Derealisation
- Furcht, zu sterben (z.B. an einem Herzinfarkt)
- Furcht, verrückt zu werden oder außer Kontrolle zu geraten

Die Symptome entwickeln sich plötzlich, zeigen innerhalb der ersten 10-20 min oft eine Intensitätssteigerung, **klingen nach 10-30 min**, teilweise erst nach Stunden, ab.

Häufig folgen einer Panikattacke:

- eine langanhaltende Furcht vor einer erneuten Attacke (Erwartungsangst)
- immer wieder erneute Attacken, wobei die Frequenz zwischen mehrfach täglich oder wöchentlich bis monatlich variieren kann

Die Erwartungsangst, also die "Angst vor der Angst" und die Überzeugung von der Gefährlichkeit der Symptomatik oder Situation, ist wesentlich für die Entwicklung der Panikstörung, v.a. wenn sie zu einem zunehmenden **Vermeidungs-**