

*Panik*

**Peter Fischer**

**psychopraxis. neuropraxis**

Zeitschrift für praktische Psychiatrie und  
Neurologie

ISSN 2197-9707

Volume 18

Number 1

psychopraxis. neuropraxis (2015) 18:3-6

DOI 10.1007/s00739-014-0225-y

**Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer-Verlag Wien. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at [link.springer.com](http://link.springer.com)".**

## Panik

### Vegetatives Symptom, Symptom einer affektiven Störung oder Signal aus der Tiefe?

#### Einleitung

Jeder Mensch kann als Reaktion auf eine reale Gefährdung, z. B. durch das Erleben eines schweren Erdbebens, in Panik geraten. Tritt Panik in Situationen auf, in denen keine erkennbare Gefahr besteht, spricht man von einer Panikattacke. Treten innerhalb eines Monats mehrere schwere vegetative Angstanfälle ohne objektive Gefahr auf, diagnostiziert man nach ICD-10 eine Panikstörung (F41.0). Etwa zwei Drittel der Patient(inn)en mit einer einmaligen Panikattacke entwickeln im folgenden Jahr eine Panikstörung. In der Entwicklung der Panikstörung ist die Erwartungsangst, also die Angst einen solchen Zustand der Panik unerwartet wiederum erleben zu müssen, Mitursache für das Auftreten weiterer Panikattacken („Angst vor der Angst“). Etwa 3 % der Bevölkerung erkranken während ihres Lebens an einer Panikstörung. Typischerweise beginnt diese zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr.

Das Auftreten von Panikattacken wird durch somatische Faktoren wie Schlaflosigkeit, Nikotin- und Koffeinabusus oder Herzrhythmusstörungen begünstigt oder in Einzelfällen verursacht. Darüber hinaus treten Panikattacken auch bei affektiven Störungen überzufällig häufig auf. Das Auftreten von Panikattacken ist hierbei einerseits Indikator der Schwere einer Depression, andererseits entwickelt sich nach einer ersten Panikattacke mit erhöhter Wahrscheinlichkeit eine Depression.

Ronald Kessler und Kollegen beschrieben schon 1998 mit Daten aus dem umfangreichen *National Comorbidity Survey* (fast 6.700 persönliche psychiatrische Interviews einer repräsentativen Population der USA), dass die Wahrscheinlichkeit für

eine Depression nach einer Panikattacke um das mehr als 6-Fache erhöht ist, ohne dass es Hinweise darauf gibt, dass die Panikattacke selbst die Depression erklärt oder verursacht.

» Panikattacken können durch Schlaflosigkeit, Nikotin- und Koffeinabusus oder Herzrhythmusstörungen begünstigt werden

Auch die Tiefenpsychologie und Psychoanalyse beschäftigt sich häufig mit Angst und Panik. Angst signalisiert innere Bedrohung, die aus Konflikten zwischen intrapsychischen Strukturen stammt, welche auf biografische Traumatisierungen hinweisen (Freud S: Hemmung, Symptom und Angst; Gesammelte Werke Band 4, 1926). Diese Konzeptualisierung Freuds von Angst als Signal eines intrapsychischen Konflikts bzw. Abwehr einer Bedrohung des Ichs bleibt grundlegend für die meisten nachfolgenden tiefenpsychologischen Modelle der Angst (Kapfhammer H.-P., 2000).

Wie Anna Freud in ihrem großartigen Artikel „*Das Ich und die Abwehrmechanismen*“ 1936 beschreibt, sind die drei großen Ängste, denen das Ich ausgeliefert ist, die Triebangst, die Realangst und die Gewissensangst. In unserem gegenwärtigen kulturellen Umfeld wird wohl die Gewissensangst in der Psychiatrie am häufigsten beobachtet.

Der folgende Fallbericht soll verschiedene Betrachtungsweisen von Panik bei ein und demselben Patienten im Laufe von nur zwei Ambulanzkontakten verdeutlichen.

#### Kasuistik

##### Erstkontakt, 1. Akt

Im März 2001 erscheint dienstagsmorgens ein belastet wirkender Patient am Ambulanzschalter einer psychiatrischen Abteilung. Der 27-jährige groß gewachsene, gesund und athletisch aussehende Student erzählt, dass ihm soeben in der U-Bahn auf der morgendlichen Fahrt zur Arbeit schlecht geworden sei. Er hätte sich zunehmend schlechter gefühlt, das Herz hätte geschmerzt, neben Schwindelgefühlen und dem Gefühl neben seinem Körper zu stehen, hätte er Angst gehabt, ohnmächtig zu werden. Die Angst hätte sich zunehmend weiter gesteigert, wäre unerträglich geworden und hätte in heftigem Herzrasen gegipfelt: „Ich hatte panische Angst, sterben zu müssen.“ Das alles hätte nicht sehr lange gedauert, vielleicht 10 min und die anderen Fahrgäste hätten wahrscheinlich gar nichts bemerkt. Die Angst sei das Hauptproblem, er wolle sie nie mehr erleben. Er wäre froh gewesen, nicht allein im Waggon zu sein, falls es ihm körperlich noch länger so schlecht gegangen wäre. Er hätte früher noch nie Angst vor engen Räumen, nicht entfliehbar oder unkontrollierbaren Situationen oder anderen Menschen gehabt. An sich wäre dies die zweite derartige Attacke in seinem Leben gewesen. Die erste Panik wäre vor zwei Tagen, sonntagabends beim Ankommen in der Wohnung seiner Mutter aufgetreten und wäre genauso schrecklich gewesen. Bei beiden Angstattacken kann der Patient keinen Auslöser und keine psychische Ursache oder konflikthafte Situation, z. B. mit seiner Mutter, angeben. Die Angstanfälle wären aus heiterem Himmel und für ihn völlig unerwartet gekommen.

Er wäre nach dem ersten Angstanfall am Sonntag, nachdem ihm der Notarzt irgendetwas Beruhigendes gespritzt hätte, im Spital an einer internen Ambulanz gewesen, wo ein EKG und eine Ergometrie nichts Auffälliges gezeigt hätten. Man hätte ihm gesagt, dass dies mit hoher Wahrscheinlichkeit eine sogenannte Panikattacke gewesen sei. Dies sei kein körperliches, sondern ein psychisches Problem. Man hätte ihm keine Medikamente gegeben aber geraten, dass er eine Psychiatrie aufsuchen solle, wenn sich derartige Anfälle wiederholen sollten. Er selbst hätte die Nacht nach der ersten Panikattacke sehr gut geschlafen, hätte Montag ganz normal gearbeitet und sich auch über den ersten Arbeitstag nach drei Wochen Urlaub freuen können. Der Montag wäre insgesamt ganz normal verlaufen. Nun, Dienstag früh, nach neuerlich gutem Nachtschlaf, erschreckte ihn diese morgendliche Panikattacke sehr, auch wenn die Ärzte im Spital am Sonntag schon vorausgesagt hätten, dass dies wieder auftreten könnte. Er hätte nun große Angst, dass so ein „Anfall“ jederzeit wiederum auftreten könnte.

Der Patient wird nun zur Urlaubszeit und den Tagen vor Auftreten seiner ersten Panikattacke genauer befragt und erzählt in etwa Folgendes. Er sei Leistungssportler. Dieser Sport bedeute ihm sehr viel. Seinen sportlichen Erfolgen verdanke er viel, nicht nur finanziell, sondern auch was sein Lebensgefühl und sein Selbstbewusstsein betreffe. Er laufe auch sehr gerne lange, hätte schon an Marathons und Triathlons mitgemacht, gehe auch gerne in der Natur Extremklettern, Eisklettern oder Wildwasserfahren, alles Sportarten, die doch zeigen würden, dass er sich eigentlich nicht leicht fürchte. Die letzten drei Wochen wäre er im Urlaub als Mitglied einer internationalen Gruppe von Spitzensportlern auf einer Exhibitionstour durch Europa gewesen. Dabei wäre neben sportlichen Schaukämpfen auch das Gesellschaftliche nicht zu kurz gekommen. Eigentlich hätte er sich drei Wochen lang nie ausruhen können, hätte meist nur drei bis vier Stunden geschlafen, da nach in Diskotheken verbrachten Nächten oft schon wieder vormittags Wettkämpfe oder Schaukämpfe angesetzt waren. Er hätte nie Alkohol getrunken,

dies lehne er strikt ab, oder geraucht und schon gar keine Drogen konsumiert, aber doch sehr viel Kaffee und auch häufig Red Bull, ein stark koffeinhaltiges Getränk, zu sich genommen. Alle hätten viel Spaß gehabt, auch er wäre sehr gut drauf gewesen, wäre aber auch zunehmend müder geworden und hätte gespürt, dass ihm der Schlaf fehle. Die letzte Nacht in der Schweiz wurde dann von Samstag auf Sonntag nicht nur viel gefeiert, sondern wurden von ihm auch drei Flaschen Bier getrunken, wofür er sich eigentlich geniere. Nach einem letzten sonntäglichen Schaukampf hätte er sich dann ins eigene Auto gesetzt, ohne überhaupt geschlafen zu haben, und wäre zu seiner Mutter nach Wien gefahren. Die Autofahrt wäre nur mittels einiger Pausen mit starken Kaffees und fünf Dosen Red Bull zu schaffen gewesen. Nach 8-stündiger Autofahrt wäre der Patient dann bei seiner Mutter gerade zum Abendessen zurechtgekommen, wobei die Panikattacke beim Begrüßen seiner Mutter mit crescendoartig anschwellender Symptomatik aufgetreten wäre.

### » Die Angst vor der Angst ablegen

Der Patient war in der Exploration bei ausgeglichener Stimmung und im positiven und negativen Skalenbereich gut affizierbar, bei unauffälliger Antriebslage und Psychomotorik. Konzentration und Aufmerksamkeit sind unauffällig. Es bestehen keine Schlafstörungen, keine Tagesschwankungen, keine vegetativen Symptome und ein gutes Selbstwertgefühl. Die Freudfähigkeit und Interessenlage ist altersentsprechend ausgeprägt. Die „Angst vor der Angst“ wird spontan mitgeteilt. Anamnestisch waren keinerlei psychiatrische oder andere Krankenhausaufenthalte oder Behandlungen erfragbar.

### Beurteilung

In der ersten Beurteilung handelte es sich um den typischen Beginn einer Panikstörung mit einem initialen Anfall bei vegetativer Übererregbarkeit (chronischer und akuter Schlafentzug) und pharmakologischer Triggerung durch Koffein. Eine zweite Panikattacke zwei Tage spä-

psychopraxis.neuropraxis 2015 · 18:3–6  
DOI 10.1007/s00739-014-0225-y  
© Springer-Verlag Wien 2014

P. Fischer

## Panik. Vegetatives Symptom, Symptom einer affektiven Störung oder Signal aus der Tiefe?

### Zusammenfassung

Jeder Mensch kann angesichts einer realen Gefährdung in Panik geraten. Liegt für die Panik keine erkennbare Gefahr vor, spricht man von Panikattacken. Das Auftreten von Panikattacken wird durch somatische Faktoren wie Schlaflosigkeit, Nikotin- und Koffeinabusus oder Herzrhythmusstörungen begünstigt. Bei zwei Dritteln der Patienten mit Panikattacken entwickelt sich im Verlauf eines Jahres eine Panikstörung. In der Entwicklung der Panikstörung ist die Erwartungsangst vor weiteren Angstanfällen Mitursache für das Auftreten weiterer Panikattacken. Auch wenn Panikattacken Depressionen nicht verursachen, erhöhen sie die Wahrscheinlichkeit für eine Depression um das 6-Fache.

### Schlüsselwörter

Panikattacke · Somatische Faktoren · Panikstörung · Erwartungsangst · Depression

## Panic. Vegetative symptom, affective disorder symptom or a deeper signal?

### Abstract

Everyone can panic in the face of real danger. If there is panic with no identifiable risk, this is called a panic attack. The occurrence of panic attacks is favored by somatic factors such as insomnia, nicotine and caffeine abuse, or cardiac arrhythmias. Panic disorder (F41.0) is diagnosed during the course of a year in two-thirds of the patients who experience panic attacks. In the development of panic disorder, anticipatory anxiety of further attacks is a causal factor for the occurrence of further panic attacks. Although panic attacks do not cause depression, they increase the probability of depression sixfold.

### Keywords

Panic attacks · Somatic factors · Panic disorder · Anxiety disorders · Depression

ter könnte durch die deutlich ausgeprägte Angst vor der Angst und durch das Abfluten des lang wirksamen Diazepams begünstigt worden sein. Bei beiden Panikattacken sind keine psychischen Auslö-

ser oder Konflikte feststellbar und es besteht keine Komorbidität insbesondere keine depressive Symptomatik, keine Sozialphobie und keine Agoraphobie. Die Diagnose nach DSM-IV wäre „Panikattacken (das Zeitkriterium für die Diagnose Panikstörung ist nicht erfüllt)“ und nach ICD-10: „Panikstörung ohne Agoraphobie“.

## Therapie

Therapeutisch wird der Patient über Panikattacken aufgeklärt. Die Panikattacke wird als normale vegetative Reaktion interpretiert. Der Patient wird zur Selbstbeobachtung angeleitet, um bei weiteren Panikattacken den Zeitverlauf und die Symptomkonstellation genau kennenzulernen und die Angst vor der Angst abzubauen bzw. um die Panikattacken auch wieder verlernen zu können. Am Ende dieses Gespräches von insgesamt etwa 60 min bedankt sich der Patient höflich und wirkt sehr erleichtert. Auch der behandelnde Psychiater freut sich über den

anscheinend gut erklärlichen „Lehrbuchfall“.

## Erstkontakt, 2. Akt

Als der Patient aufsteht, sagt er so nebenbei – „Und manisch-depressive Krankheit kann das keine sein?“ – worauf der Untersucher antwortet „Warum fragen Sie das?“ und der Patient folgende, bislang nicht explizit erhobene Familienanamnese unter emotionaler Beteiligung erzählt: Die Mutter leide an manisch-depressiver Krankheit (MDK), wobei nach der Geburt des ältesten Sohnes erstmals eine getriebene Stillpsychose aufgetreten sei, die sich nach der Geburt der Schwester, des Patienten selbst und des jüngeren Bruders des Patienten wiederholt hätte. Ansonsten litt die Mutter wiederholt an schweren Depressionen, verübte auch mehrere Suizidversuche, an die sich der Patient als Volksschulkind und Vorschulkind teilweise erinnern kann. Der Vater des Patienten hatte ein episodisches Alkoholproblem, lebte sehr aus-

schweifig und brachte sich um, als der Patient 12 Jahre alt war. Die Schwester des Patienten leide an bipolarer MDK und hätte zahlreiche manische und depressive Episoden durchgemacht. Sie wäre sowohl wegen manischer als auch wegen depressiver Episoden in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen. Jetzt unter Lithiumtherapie ginge es ihr besser. Sie hätte keine Arbeit, wäre frühpensioniert und lebe wie die zwei anderen Geschwister des Patienten zu Hause bei der Mutter. Der ältere Bruder leide auch an bipolarer MDK. Er nehme allerdings die verordneten Medikamente nicht und die Ärzte hätten seine Behandlung aufgegeben. Dieser Bruder hätte auch ein Alkoholproblem. Der jüngere Bruder hätte seit seiner Pubertät langgezogene depressive Episoden, verweigere jede medikamentöse Behandlung und hätte zu Hause bei der Mutter die letzten Wochen depressiv das Bett kaum verlassen.

Nach dieser beeindruckenden Familienanamnese wird der Patient neuerlich nach Schlafstörungen oder irgendwel-

Hier steht eine Anzeige.



## Psychiatrie

chen episodisch auftretenden Beschwerden, die Hinweise einer Depression sein könnten, befragt, was alles verneint wird. Er hätte noch nie schlecht geschlafen, wäre fast immer recht gut aufgelegt und aktiv und erfolgreich in seinem Leben. Aus Angst selbst auch an MDK zu leiden oder so von der Psychiatrie vorverurteilt zu werden, hätte er eigentlich nichts von dieser familiären Belastung erzählen wollen. Er hätte sehr unter den Eltern, besonders unter dem Suizid des Vaters gelitten und wäre daher vom 19. bis 23. Lebensjahr in einer wöchentlichen Psychotherapie gewesen, die ihm sehr geholfen hätte. Er erklärt seine seelische Stabilität damit.

### Beurteilung und Therapie

Neuerlich Angst vor der Angst äußernd, gibt er an, dass er sich fürchte, auch an MDK zu erkranken, weil sowohl bei seiner älteren Schwester als auch beim jüngeren Bruder die Depressionen jeweils Tage vorher mit Panikattacken begonnen hätten.

Diese Erzählung ängstigt nun den untersuchenden Psychiater, der nun doch auch das Benzodiazepin Alprazolam 0,5 mg bei Bedarf verordnet und den Patienten zu weiteren Kontakten in die Ambulanz bestellt.

In der nun folgenden zweiten Beurteilung fragt sich der Psychiater, ob es nicht vielleicht doch eine Panikattacke bei beginnender Depression gewesen sein könnte. Genau diese Markerfunktion von Panikattacken mit nachfolgender Depression wurde ja auch in der wissenschaftlichen Literatur beschrieben. Das Alprazolam wird dem Patienten bei Bedarf verordnet, um eine krisenhafte Zuspitzung bzw. Suizidalität bei Depression wenigstens überbrücken zu können. Die Gabe eines selektiven Serotoninwiederaufnahmehemmers bei Angststörung stellt sich bei einem Patienten mit derart hohem genetischem Risiko für Bipolarität nicht. Ebenfalls fehlt natürlich ohne affektive sonstige Symptomatik jede Indikation für die Gabe eines Phasenprophylaktikums.

Ein recht zufriedener und beruhigt wirkender Patient verlässt die Ambulanz, ein durch die massive Familienanamnese eher beunruhigter Psychiater bleibt zurück. Der Patient ist in drei Wochen wie-

derbestellt, soll alle Panikattacken und Medikamenteneinnahmen genau aufzeichnen und erhält alle Kontaktadressen, um sich bei Verschlechterung akut melden zu können. Derartige Akutkontakte erfolgen nicht, auch ruft der Patient den Psychiater in den nächsten 3 Wochen nie an.

### Folgekontakt

Der Patient erscheint nach 3 Wochen pünktlich zum vereinbarten Termin. Er ist psychopathologisch unauffällig und wirkt überhaupt nicht ängstlich. Er erzählt gut aufgelegt, „in den 3 Wochen nur mehr eine Panikattacke erlitten zu haben“. Dies scheint ihn allerdings nicht sehr aufzuregen. Irgendwelche depressiven Symptome wären nicht aufgetreten. Weder seien Schlafstörungen, noch Antriebsarmut, Interesselosigkeit oder Freudlosigkeit etc. merkbar gewesen. Er hätte bei seiner langjährigen Freundin gewohnt, normal gearbeitet und Sport betrieben. Acht Tage nach der zweiten und 10 Tage nach der ersten Panikattacke wäre neuerlich eine solche aufgetreten. Er hätte an diesem Tag das Mädchen in Wien getroffen, mit der er vor seiner ersten Panikattacke auch zusammen gewesen wäre und mit der er damals auch geschlafen hätte. Auch diesmal kam es nach gemeinsamem Abendessen und Diskothekenbesuch (ohne Alkohol, Nikotin, Drogen oder Koffein) wieder zum „Seitensprung“. Sie wären zu ihr ins Hotel gegangen und er wäre dann um drei Uhr früh, ohne geschlafen zu haben, zu sich nach Hause, also zur Lebensgefährtin, aufgebrochen. Als er in die Wohnung kam, die Lebensgefährtin schlief schon tief und fest, wäre ihm zu Bewusstsein gekommen, dass er diese schon wieder betrogen hätte. Dass er also „keinen Deut besser wäre als sein Vater, der seine Mutter auch immer wieder betrogen hätte“. Dafür hätte er seinen Vater verachtet – nie würde er genauso werden wollen.

Er hätte bei dieser dritten Panikattacke begriffen, dass diese ein Signal an ihn wäre. Sie wäre Ausdruck seiner Schuldgefühle, weil er nicht so sein wolle wie sein Vater. Kurze Zeit kam er sich vor, als ob er neben seinem eigentlichen Körper stünde. Er hätte sofort Alprazolam genommen,

das allerdings nur wenig Besserung brachte. Erst nach einer Dreiviertelstunde sei es ihm wieder gut gegangen. Die Lebensgefährtin umsorgte ihn. Er sprach sich mit ihr aus, und langsam fühlte er sich besser. Ihm sei nun klar, dass schon die erste Panikattacke mit seinem schlechten Gewissen nach dem ersten „Seitensprung“ zusammenhing und dass schon damals dieses Verlassen seiner Lebensgleichung „nie so schlecht zu handeln, wie sein Vater“ mit der Panikattacke zusammenhing. Vor der ersten Panikattacke war er ja nach durchgemachter Nacht nach Wien zur „betrogenen Mutter“ zurückgekehrt.

Er hätte nun jedenfalls die Angst vor der Angst abgelegt, und wäre überzeugt, dass die Panikattacken bei ihm nichts mit körperlicher Krankheit zu tun hätten. Er verspricht, weitere Panikattacken im Kalender zu vermerken. Weitere Kontrollen an der Ambulanz werden nun bei Bedarf vereinbart. Die Möglichkeit einer neuerlichen Psychotherapie wird vom Patienten selbst angesprochen, aber als im Augenblick nicht nötig beurteilt. Schließlich ginge es ihm sehr gut, er freue sich seines Lebens und seiner Arbeit und hätte durch diese Angstanfälle viel gelernt.

Wie ging es mit diesem Patienten in den letzten 13 Jahren weiter?

*Literatur beim Verfasser*

### Korrespondenzadresse



**Prim. Univ.-Prof. Dr. Dr. P. Fischer**  
 Psychiatrische Abteilung  
 Forschungsgemeinschaft  
 Donaustadt, SMZ-Ost  
 Langobardenstr. 122  
 1220 Wien  
 p.fischer@wienkav.at

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** P. Fischer gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.