

Anne Schienle · Verena Leutgeb

# Blut-Spritzen- Verletzungsphobie

Fortschritte der Psychotherapie

HOGREFE



# Blut-Spritzen-Verletzungssphobie

## **Fortschritte der Psychotherapie**

Band 50

### **Blut-Spritzen-Verletzungsphobie**

von Prof. Dr. Anne Schienle und Dr. Verena Leutgeb

---

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Dietmar Schulte, Prof. Dr. Kurt Hahlweg,  
Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Winfried Rief, Prof. Dr. Dieter Vaitl

Begründer der Reihe:

Dietmar Schulte, Klaus Grawe, Kurt Hahlweg, Dieter Vaitl

# Blut-Spritzen- Verletzungsphobie

von Anne Schienle und Verena Leutgeb

HOGREFE  GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG · TORONTO  
CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN · STOCKHOLM

*Prof. Dr. Anne Schienle*, geb. 1967. 1986–1992 Studium der Psychologie mit Studienelement Medizin in Gießen. 1992–1993 Stipendiatin an der University of Wisconsin, Madison. 1993–2006 Wissenschaftliche Mitarbeiterin/Assistentin an der Universität Gießen. 1997 Promotion. 2003 Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin. 2004 Habilitation. 2004–2006 Vertretungsprofessur für Klinische Psychologie an der Universität Trier. Seit 2006 Professur für Klinische Psychologie an der Universität Graz und Leitung der psychotherapeutischen Lehr- und Forschungsambulanz.

*Dr. Verena Leutgeb*, geb. 1980. 1999–2005 Studium der Psychologie und Biologie in Salzburg. 2006–2007 Ausbildung zur Klinischen Psychologin und Gesundheitspsychologin im Bereich der Neuropsychologie und der psychiatrischen Rehabilitation. Seit 2007 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Psychologie der Universität Graz, Arbeitsbereich Klinische Psychologie. 2009 Abschluss des Studiums der Zoologie und 2010 Promotion.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

© 2012 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto  
Cambridge, MA • Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm  
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

**<http://www.hogrefe.de>**

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

**Copyright-Hinweis:**

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

---

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar  
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2390-6

## **Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

## **Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

|          |  |    |
|----------|--|----|
| <b>1</b> | <b>Beschreibung der Störung</b> .....                                  | 1  |
| 1.1      | Klassifikation .....   | 2  |
| 1.2      | Erscheinungsformen .....   | 4  |
| 1.3      | Synkope .....  | 5  |
| 1.4      | Differenzialdiagnose .....   | 8  |
| 1.5      | Komorbidität .....   | 11 |
| 1.6      | Epidemiologie .....  | 12 |
| 1.7      | Geschlechterunterschiede .....   | 12 |
| 1.8      | Verlauf und Prognose .....   | 13 |
| <b>2</b> | <b>Störungskomponenten und -modelle</b> .....                          | 13 |
| 2.1      | Genetik .....  | 13 |
| 2.2      | Ohnmachtsneigung .....   | 14 |
| 2.3      | Lernmodelle .....  | 17 |
| 2.4      | Ein evolutionsbiologisches Modell .....                                | 17 |
| 2.5      | Ekelempfindlichkeit .....  | 18 |
| 2.6      | Neurobiologische Faktoren .....  | 19 |
| <b>3</b> | <b>Diagnostik und Indikation</b> .....                                 | 21 |
| 3.1      | Diagnostische Interviews und Exploration .....                         | 21 |
| 3.2      | Fragebögen .....   | 22 |
| 3.3      | Problemanalyse: Vasovagale Synkope .....                               | 24 |
| 3.4      | Verhaltenstests .....  | 26 |
| 3.5      | Indikation .....   | 27 |
| <b>4</b> | <b>Behandlung</b> .....  | 27 |
| 4.1      | Psychoedukation .....  | 28 |
| 4.2      | Verhaltensorientierte Interventionen .....                             | 32 |
| 4.2.1    | Angewandte Anspannung .....  | 33 |
| 4.2.2    | Angewandte Entspannung .....   | 34 |
| 4.2.3    | Atemübungen .....  | 35 |
| 4.2.4    | Vermittlung konkreter Handlungsoptionen .....                          | 36 |
| 4.3      | Kognitive Ansätze .....  | 37 |
| 4.4      | Wirksamkeitsüberprüfung verhaltensorientierter<br>Interventionen ..... | 41 |
| 4.5      | Medikamentöse bzw. somatische Behandlungsansätze .....                 | 44 |
| 4.6      | Probleme im Rahmen der Behandlung .....                                | 45 |

|          |   |    |
|----------|---|----|
| <b>5</b> | <b>Beispiel einer Kurzzeittherapie</b> .....                              | 47 |
| 5.1      | Erste Sitzung (Einzelsetting) .....                                       | 49 |
| 5.2      | Zweite Sitzung (Gruppensetting) .....                                     | 51 |
| 5.3      | Dritte und vierte Sitzung .....   | 55 |
| 5.4      | Fünfte Sitzung .....  | 58 |
| 5.5      | Nachsorge .....   | 58 |
| <b>6</b> | <b>Weiterführende Literatur</b> .....                                     | 59 |
| <b>7</b> | <b>Literatur</b> .....  | 59 |
| <b>8</b> | <b>Anhang</b> .....   | 63 |
|          | Interviewleitfaden zur Blut-Spritzen-Verletzungsphobie . . . .            | 63 |
|          | Informationen für Patienten mit Blut-Spritzen-<br>Verletzungsphobie ..... | 67 |

Karten:

Exploration wichtiger diagnostischer Informationen

Symptomliste – Typische körperliche Anzeichen der vasovagalen  
Synkope/Präsynkope

Ohnmachtsexploration



# 1 Beschreibung der Störung

## Fallbeispiel: Blut-Spritzen-Verletzungsphobie

Frau G. ist eine 51-jährige Hausfrau, die unter extremer Angst vor Blutabnahmen und Impfungen leidet, die sich in den letzten Jahren auf weitere medizinische Kontexte, wie z. B. gynäkologische Untersuchungen ausgeweitet hat. Die Patientin hat eine ausgeprägte Neigung in den genannten Situationen in Ohnmacht zu fallen. Schon vor einer Blutabnahme steigert sich die Angst bis hin zur Panik mit Herzrasen, Schwitzen und Zittern. Frau G. fühlt sich völlig machtlos, ausgeliefert und beginnt in der Regel zu beten.

Die Patientin schildert in diesem Zusammenhang ein zentrales traumatisches Erlebnis aus der Kindheit. Im Alter von vier Jahren erkrankte Frau G. an Scharlach und musste im Krankenhaus behandelt werden. Um sie bei der Verabreichung einer Spritze ruhig zu halten, wurde sie an das Bett gebunden. Danach sei sie „verändert“ gewesen und habe vor jeder Blutabnahme extreme Angst gehabt und versucht, diese zu vermeiden.

Die Befürchtungen von Frau G. beziehen sich vor allem darauf, sich im Rahmen einer Ohnmacht zu verletzen. Dies sei in der Vergangenheit auch schon häufiger vorgekommen. Als 12-jähriges Kind sei sie nach einer Schulimpfung im Flur zusammengebrochen und habe sich beim Fallen an der Heizung gestoßen und im Gesicht verletzt. Vor einigen Jahren sei sie beim Einsetzen der Spirale aufgrund einer Ohnmacht vom Untersuchungsstuhl gefallen. Ihre halbe Körperseite wäre grün und blau geworden. Frau G. hatte sich aufgrund dieser Erfahrungen ein Verhütungsstäbchen unter die Haut des Oberarms einsetzen lassen. Dieses hätte schon seit einigen Jahren entfernt werden sollen, da sich Bindehautverwachsungen eingestellt haben und die Patientin bereits die Menopause erreicht hat. Sie fürchtet allerdings die Spritze im Rahmen der Lokalanästhesie, die für diesen Eingriff nötig wäre.

Die Ohnmacht würde sich immer sehr schnell entwickeln. Typische körperliche Vorboten seien kalte schwitzende Hände, Übelkeit und verändertes Hören und Sehen (alles erscheint weit entfernt). Danach kommt es regelmäßig zum kompletten Verlust des Bewusstseins, wobei sich ihre Augen „nach hinten drehen“ würden. Behandelnde Ärzte und medizinisches Personal hätten bisher verschreckt auf ihre Symptome

reagiert (und einen möglichen epileptischen Anfall in Betracht gezogen) oder mit Unverständnis bzw. Ermahnungen reagiert (sie „solle sich zusammenreißen“), sodass sie sich für ihre Ohnmachtsneigung sehr schäme. Bei Wiedererlangen des Bewusstseins fühle sie sich erschöpft, habe Bauchschmerzen und müsse weinen.

Aufgrund der Symptomatik hat sich ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten im Hinblick auf fast alle medizinischen Untersuchungen entwickelt. Eine Ausnahme bilden Zahnbehandlungen (z. B. Bohren von Zähnen), die Frau G. ohne Betäubung aufgrund ihrer Spritzenangst vornehmen lässt und lieber die entstehenden Schmerzen erträgt.

**Blutabnahmen und Impfungen sind häufig angstbesetzt**

Blutabnahmen bzw. Impfungen lösen bei vielen Menschen Unbehagen aus. Auch die Vorstellung bei kleineren Verletzungen oder medizinischen Eingriffen (z. B. Schnittwunden, Entfernung eines Muttermals) Blut sehen zu müssen ist für viele unangenehm. Bei Betroffenen, die unter einer Blut-Spritzen-Verletzungsphobie (im Weiteren BSV-Phobie) leiden, ist die Angst vor solchen Eingriffen bzw. Situationen jedoch so groß, dass sie entweder ganz gemieden oder nur mit größter Anstrengung ertragen werden können. In vielen Fällen zieht das mit der Störung assoziierte Vermeidungsverhalten negative gesundheitliche Folgen nach sich. Betroffene nutzen notwendige Vorsorgemaßnahmen nicht (z. B. Grippeimpfungen), vermeiden Blutuntersuchungen im Rahmen medizinischer Diagnostik oder schieben bereits kleinere medizinische Eingriffe auf, wie das Entfernen eines Hormonstäbchens, obwohl sich bereits Bindehautverwachsungen gebildet haben (siehe Fallbeispiel).

**Für eine BSV-Phobie sind Angst vor der Ohnmacht und Vermeidungsverhalten zentral**

Im Zentrum der Angst steht häufig die für diese Störung typische Ohnmachtsreaktion. Die Betroffenen fürchten in den phobischen Situationen das Bewusstsein zu verlieren, sich dabei zu verletzen und/oder den Unmut des medizinischen Personals aufgrund ihrer Angst- und Ohnmachtsreaktion auf sich zu ziehen, wofür sie sich schämen. In der Tat fühlen sich Ärzte häufig durch Blut-Spritzen-Verletzungsphobiker sehr gefordert. Wenig einfühlsamer Umgang mit den Betroffenen und das Ohnmachtserleben selbst, das als kompletter Kontrollverlust erlebt wird, stellen wichtige Faktoren dar, die zur Aufrechterhaltung der Störung beitragen.

## 1.1 Klassifikation

Die Blut-Spritzen-Verletzungsphobie wird nach DSM (300.29) und ICD (F42.4) zu den Spezifischen Phobien gerechnet. Als Leitsymptom dieser Störungskategorie gilt die intensive, schwer zu kontrollierende und anhaltende Angst vor einem spezifischen Reiz bzw. einer umschriebenen Situation,

wie dem Anblick von Blut und Verletzungen, vor Spritzen, vor Blutabnahmen oder anderen (invasiven) medizinische Eingriffen, wie z. B. vor Zahnbehandlungen. Die Angst, die von erwachsenen Patienten als unbegründet oder zumindest als übertrieben bewertet wird, führt zu ausgeprägtem Leiden und Vermeidungsverhalten. Es ist gerade die Erwartungsangst, die zum Aufschieben oder zum Unterlassen notwendiger medizinischer Diagnostik und Behandlung führt, mit zum Teil weitreichenden Konsequenzen für das körperliche und psychische Wohlbefinden der Betroffenen.

**Leitsymptome:**  
Angst vor dem Anblick von Blut und Verletzungen, vor Spritzen, Blutabnahmen und medizinischen Eingriffen

#### **Diagnosekriterien der Spezifischen Phobie DSM-IV-TR (300.29)**

- A. Ausgeprägte und anhaltende Angst, die durch das Vorhandensein oder die Erwartung eines spezifischen Objekts oder einer spezifischen Situation ausgelöst wird (z. B. eine Spritze bekommen, Blut sehen).
- B. Die Konfrontation mit dem phobischen Reiz ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor.  
*Beachte:* Bei Kindern kann sich die Angst in Form von Weinen, Wutanfällen, Erstarren oder Anklammern ausdrücken.
- C. Die Person erkennt, dass die Angst übertrieben oder unbegründet ist.  
*Beachte:* Bei Kindern darf dieses Merkmal fehlen.
- D. Die phobischen Situationen werden gemieden bzw. nur unter starker Angst oder starkem Unbehagen ertragen.
- E. Das Vermeidungsverhalten, die ängstliche Erwartungshaltung oder das Unbehagen in den gefürchteten Situationen schränkt deutlich die normale Lebensführung der Person, ihre berufliche (schulische) Leistung oder sozialen Aktivitäten ein, oder die Phobie verursacht erhebliches Leiden für die Person.
- F. Bei Personen unter 18 Jahren hält die Phobie über mindestens sechs Monate an.
- G. Die Symptome können nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden.

*Blut-Spritzen-Verletzungs-Typus:* Die Angst wird ausgelöst durch den Anblick von Blut oder einer Verletzung, durch Injektionen oder invasive medizinische Maßnahmen. Charakteristisch ist eine starke vasovagale Reaktion, die familiär gehäuft auftritt. 75 % der Betroffenen haben in der phobischen Situation Ohnmachtsanfälle erlebt.

Im ICD steht für phobische Ängste, die in der Kindheit wiederkehrend oder anhaltend auftreten, intensiv sind und zu Beeinträchtigungen führen, zusätzlich die Kategorie Phobische Störung des Kindesalters zur Verfügung (F93.1). Diese Kategorie ist für entwicklungsphasenspezifische Befürchtungen vorgesehen, zu denen man auch Ängste vor Blut und Verletzungen zählen kann. Diese treten in der Regel zum ersten Mal im Alter

**Phobische Störung des Kindesalters**

zwischen 5 und 7 Jahren auf (Carr, 1999). Allerdings weist die Symptomatik der BSV-Phobie im Kindes- und Erwachsenenalter große Überschneidungen auf, sodass eine einheitliche Verwendung der diagnostischen Kategorie F42.4 sinnvoll erscheint.

## 1.2 Erscheinungsformen

Zentrale  
Befürchtungen  
von BSV-  
Phobikern:  
Ohnmacht,  
Schmerz,  
Kontrollverlust,  
Scham

Obwohl die BSV-Phobie als ein einheitlicher Subtypus der Spezifischen Phobie gilt, liegen Befunde vor, die eine weitere Untergliederung dieser Störungskategorie nahe legen (Öst, 1992). Wie bereits bei der Beschreibung des Syndroms deutlich wurde, können unterschiedliche Stimuli und Situationen störungsrelevant sein. So steht bei manchen Patienten die Ohnmachtssymptomatik im Vordergrund, während bei anderen die Angst vor Schmerzen bzw. Verletzung zentral ist. Wieder andere Betroffene fürchten im Rahmen medizinischer Interventionen die Kontrolle zu verlieren und sich zu blamieren.

Als somatisches Spezifikum der BSV-Phobie gilt die vasovagale Synkope, die bei ca. 75 % der Betroffenen auftritt und nicht bei anderen Subtypen der Spezifischen Phobie zu finden ist (APA, 2000). Die Ohnmacht und die Angst vor dieser sind charakteristisch für Blutphobien, bei denen vor allem der Anblick von Blut und Verletzungen kritisch ist. Die Betroffenen fürchten dabei zum einen die ohnmachtsbedingten körperlichen Konsequenzen (z. B. mögliche Verletzung beim Fallen), die psychischen (z. B. Gefühl des Kontrollverlustes), aber auch die negativen sozialen Folgen (z. B. Peinlichkeit; Öst, 1992).

Bei Patienten mit primärer Spritzenphobie oder auch Zahnbehandlungsphobie spielen Ohnmachtssymptome zum Teil gar keine Rolle oder sind von untergeordneter Bedeutung (Öst, 1992). Typische körperliche Angstsymptome sind muskuläre Anspannung, Herzrasen und Zittern. Inhaltlich beziehen sich injektionsbezogene Ängste auf die Tatsache, es könnte versehentlich Luft injiziert werden, wodurch möglicherweise eine Embolie ausgelöst wird, es könnte ein Blutgefäß durchstoßen, ein Knochen getroffen oder ein Muskel durch die Nadel geschädigt werden. Zahnbehandlungsphobiker befürchten vielfach, dass ein Nerv im Rahmen der Behandlung berührt werden könnte, oder dass der Zahnarzt die Wange, die Zunge oder das Zahnfleisch verletzt. Es besteht somit eine hohe Schmerzexpectation, und tatsächlich wird die Schmerzwahrnehmung durch die Muskelanspannung der Betroffenen häufig noch verstärkt (z. B. bei intramuskulären Injektionen, bei der ein Wirkstoff in die Skelettmuskulatur injiziert wird). Bei Blutphobikern hingegen wird der mit der Behandlung assoziierte Schmerz häufig sogar in Kauf genommen, um dadurch zum Beispiel eine Spritze für eine Lokalanästhesie zu vermeiden (siehe Fallbeispiel).

Schließlich berichten viele Zahnbehandlungsphobiker, dass neben den erwarteten Schmerzen im Rahmen der Behandlung das Gefühl des Ausgeliefertseins und mangelnder Kontrolle zentral für ihre Angst ist. Eine ausführliche Beschreibung der Zahnbehandlungsphobie findet sich im gleichnamigen Band dieser Buchreihe von Sartory und Wannemüller (2010).

Bei den genannten Symptomen kommt es durchaus zu Überschneidungen zwischen den Subgruppen der BSV-Phobie (Blut-, Spritzen-, Zahnbehandlungsphobie). Auffällig ist jedoch, dass es bezüglich der körperlichen Reaktionen in den angstausslösenden Situationen zu einer klaren Zweiteilung kommt, von Patienten mit Ohnmachtszeichen (z. B. Schwindel, verschwommenes Sehen, Übelkeit) oder sympathisch dominierten Angstsymptomen (z. B. Muskelanspannung, Herzklopfen) ohne Ohnmachtsneigung (Page, 1998).

#### **Merke: Erscheinungsformen der BSV-Phobie**

- *Blut- und Verletzungsphobie*: Zentral ist vor allem die Angst vor Blut und Verletzungen; sehr häufig kommt es bei Konfrontation zu einer Ohnmachtsreaktion; auf diese beziehen sich auch primär die Befürchtungen der Patienten.
- *Spritzenphobie*: Zentral ist die Angst vor Injektionen; bei Konfrontation kommt es vor allem zu einer sympathischen Aktivierung; die Patienten befürchten vor allem den Schmerz.
- *Zahnbehandlungsphobie*: Zentral ist die Angst vor der Zahnbehandlung; bei Konfrontation kommt es zu einer sympathischen Aktivierung; die Patienten befürchten Schmerz und Kontrollverlust.

### **1.3 Synkope**

Die vasovagale Synkope (aus dem Griechischen *synkóptein* = zusammenschlagen, zusammenziehen) oder auch Präsynkope (erste Anzeichen einer Ohnmacht) sind die charakteristischen Merkmale der Blutphobie, die sie von allen anderen Typen der spezifischen Phobie unterscheiden. So lenkte Marks (1988) zum ersten Mal die Aufmerksamkeit auf diese Reaktionsbesonderheit, indem er zeigte, dass lediglich 0.02 % einer Stichprobe mit „gemischten Phobien“ schon einmal eine Ohnmacht erlebt hatte, während es 100 % bei den von ihm befragten BSV-Phobikern waren. Dieses einzigartige Synkopen-Merkmal der BSV-Phobie wird auch in der Textrevision des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV-TR, APA, 2000) hervorgehoben:

*„Eine vasovagale Ohnmachtsreaktion ist für den Blut-Spritzen-Verletzungs-Typus der Spezifischen Phobien charakteristisch [...] Die physiologische Reaktion ist charakterisiert durch eine kurze, initiale Beschleunigung.“*

**Besonderheit der BSV-Phobie: die vasovagale Synkope**



nigung der Herzfrequenz und Blutdruckerhöhung gefolgt von einer Verlangsamung der Herzfrequenz und einem Abfall des Blutdrucks, was im Kontrast zur üblichen Beschleunigung der Herzfrequenz und der Blutdruckerhöhung bei anderen Formen der Spezifischen Phobie steht (S. 496).“

#### **Merke: Synkope vs. Präsynkope**

- *Synkope*: Bewusstseinsverlust durch globale Hirnperfusionsminderung (reduzierter Blutfluss zum Gehirn) mit in der Regel spontaner Erholung durch die Lageveränderung nach maximal einigen Minuten.
- *Präsynkope*: Prodromalphase (Vorboten) einer Synkope mit Schwinden der Sinne (z. B. eingeschränktes Sehfeld, „Leisehören“), Wärmegefühl, Schwitzen und Übelkeit. Häufig kommt es außerdem zur Hyperventilation. Die Präsynkope muss nicht zwangsläufig in eine Synkope übergehen.

Diphasischer  
Reaktions-  
verlauf der  
Synkope

„Versacken“  
des Blutes führt  
zur Ohnmacht

Die zentralnervösen Mechanismen, die zur Ohnmacht im Rahmen der BSV-Phobie führen, sind noch nicht völlig aufgeklärt. Die Betroffenen zeigen eine typische diphasische Reaktion im Rahmen der Exposition. Dabei kommt es zunächst zu einem kurzen, zum Teil nur wenige Sekunden andauernden Anstieg des Blutdrucks und der Herzrate (Tachykardie), einem Muster, das typischerweise im Rahmen der Kampf- oder Fluchtreaktion in einer angstausslösenden Situation erwartet wird. Im Anschluss an diese Reaktion folgt ein schnelles Absinken der Herzrate (Bradykardie) und des arteriellen Blutdrucks (Hypotension), bedingt durch eine Erweiterung der peripheren Gefäße in der Muskulatur. Das Blut „versackt“, wodurch eine Minderdurchblutung des Gehirns droht und es deshalb zum Verlust des Bewusstseins kommt. Der Körper geht durch die Ohnmacht in eine waagrechte Position, was als Selbstschutzmechanismus verstanden werden kann, da durch diese Körperposition der Blutzufluss zum Gehirn erleichtert wird. Das Bewusstsein kehrt häufig bereits innerhalb weniger Sekunden wieder zurück. Allerdings fühlen sich die Betroffenen häufig nach Wiedererlangen des Bewusstseins für eine längere Zeit noch benommen und sind erschöpft.

#### **Merke: Die vasovagale Reaktion**

- *Erste Phase*: sympathisch dominiert; Herzratenbeschleunigung.
- *Zweite Phase*: Drosselung sympathischer bzw. verstärkte parasympathische Aktivierung; Herzratenverlangsamung; Erweiterung peripherer Gefäße; Absinken des Blutdrucks.

Ohnmachts-  
relevante  
Situationen

BSV-Phobiker berichten von verschiedenen ohnmachtsrelevanten Situationen. Dazu zählen:

- a) Antizipation einer Situation die Blut/Verletzungen/Spritzen involviert.
- b) Betrachten von Blut/Verletzungen/Spritzen.
- c) Hören/Lesen störungsrelevanter Informationen.
- d) Entfernen/Ziehen einer Injektionsnadel bzw. Beendigung einer diagnostischen Maßnahme/Behandlung.
- e) Besuch eines Krankenhauses/Krankenzimmers.

Da sich die störungsrelevanten Situationen häufig auf den indirekten Kontakt mit dem phobierelevanten Objekt beziehen (z. B. Hören eines Berichtes über einen medizinischen Eingriff) bzw. die Ohnmacht sogar beim Entfernen der Bedrohung (z. B. Ziehen der Injektionsnadel) auftritt, wird im Englischen der Begriff „*emotional fainting*“ verwendet. Damit wird betont, dass es vor allem emotionale Stressoren sind, die die Synkope auslösen, die in ihrer Bedeutung die somatischen Stressoren (z. B. Punktion eines Gefäßes) übertreffen. Darüber hinaus wird im angloamerikanischen Raum auch der Begriff des „*simple fainting*“ verwendet, um hervorzuheben, dass es im Rahmen der vasovagalen Synkope generell zur Spontanremission kommt und somatische Grunderkrankungen bzw. Folgeschäden (abgesehen von möglichen Fallverletzungen) ausgeschlossen werden können (und müssen).

„Emotional fainting“:  
emotionale Stressoren wichtiger als somatische Stressoren

Versuche, Untergruppen von BSV-Phobikern zu bilden, die unter spezifischen Ohnmachtsformen leiden, um dies eventuell therapeutisch zu nutzen, haben sich bisher als wenig erfolgreich erwiesen (z. B. Personen, die beim Anblick von Blut oder die nach dem Ziehen der Injektionsnadel in Ohnmacht fallen). Auch eine Unterscheidung von Patienten, die eine volle Ohnmacht entwickeln bzw. lediglich Prodromalsymptome aufweisen, hat sich für die Therapieplanung nicht etabliert.

Demgegenüber lässt sich jedoch ein charakteristischer Phasenverlauf einer vasovagalen Synkope identifizieren:

Drei Phasen der Synkope

- a) *Prodromalphase*: Gekennzeichnet durch individuelle Symptome (siehe Kasten) und variable Dauer, sodass es für die betroffenen Patienten unterschiedlich schwer ist, Frühzeichen der Ohnmacht zu erkennen und effektiv gegenzusteuern.
- b) *Ohnmacht*: Verlust des Bewusstseins (in der Regel für nur wenige Sekunden).
- c) *Erholung*: Wiedererlangen des Bewusstseins; mögliches Anhalten verschiedener Prodromalsymptome (z. B. Übelkeit, Schwindel) für eine variable Zeitdauer (von Minuten bis Stunden) und Auftreten zusätzlicher Symptome (z. B. exzessives Schwitzen (Diaphoresis), Weinen, Bauchschmerzen).

Außerdem gibt es typische körperliche Symptome einer vasovagalen Synkope bzw. Präsynkope (siehe Kasten):

### Typische körperliche Anzeichen der vasovagalen Synkope/ Präsynkope

- Schwindel, Benommenheit.
- Blässe.
- Wärmegefühl, kalte schwitzende Hände.
- Schwäche, Abnahme der Muskelspannung, „weiche Knie“.
- Kribbeln, Missempfindungen auf der Haut.
- Übelkeit, epigastrisches Unwohlsein („komisches Gefühl im Bauch“).
- Verschwommenes Sehen, eingeschränktes Sehfeld, Schwarzwerden vor Augen.
- Ohrgeräusche, „Leisehören“.

Vasovagale  
Synkope bei  
Blutspendern  
häufig

Die Schlussfolgerung, dass eine Ohnmacht im Zusammenhang mit Blutabnahmen einen Indikator für das Vorliegen einer BSV-Phobie darstellt, ist nicht zulässig. Vasovagale Synkopen sind ein nicht seltenes Phänomen unter Blutspendern (berichtete Prävalenz zwischen 1 % und 15 %; einzelne Symptome, wie z. B. Schwindel, Übelkeit bei 40 %), besonders im Rahmen der ersten Blutabnahme (Ditto et al., 2009). Neben mangelnder Erfahrung mit der Prozedur des Blutspendens sagt auch bei nicht klinischen Stichproben die antizipatorische Angst die Wahrscheinlichkeit einer Ohnmacht vorher (Ditto et al., 2009).

## 1.4 Differenzialdiagnose

### *Körperliche Erkrankungen*

Die Neigung zur  
Synkope kann  
verschiedene  
organische  
Ursachen haben

Menschen mit chronischen Kreislaufleiden bzw. Herzerkrankungen (z. B. koronare Herzkrankheit, Myocarditis, Herzklappen-Anomalien, Bluthochdruck) können zu Ohnmachtsanfällen (kardialen Synkopen) neigen. Eine solche kardiale Ursache einer Synkope muss für eine BSV-Phobie-Diagnose ausgeschlossen werden. Der typische Patient mit vasovagaler Synkope zeigt außerhalb der Anfälle mit Bewusstlosigkeit in der körperlichen Untersuchung keine auffälligen Befunde, wie z. B. ein abnormes Ruhe-EKG.

Darüber hinaus gibt es weitere ernsthafte körperliche Störungen, im Rahmen derer es zu Ohnmachtsanfällen kommen kann, wie Kopfverletzungen, Epilepsie, Diabetes oder Erkrankungen des Innenohrs, Hirnstammischämien und dissoziative Anfälle. Auch Sturzattacken ohne Bewusstseinsverlust („drop attacks“) zählen nicht zu den Synkopen.

Schließlich entwickeln Patienten, die unter chronischen Erkrankungen leiden zum Teil Aversionen bzw. Sensitivierungen gegenüber bestimmten



medizinischen Prozeduren (z. B. zunehmende Probleme von Diabetikern, sich täglich Insulin zu spritzen) oder Patienten, die spezifische Erfahrungen in medizinischen Kontexten gemacht haben (Aversion gegenüber Infusionen bei Krebspatienten, die eine Chemotherapie durchlaufen mussten). Solche Phänomene zählen nicht zur BSV-Phobie.

### *Differenzialdiagnose der vasovagalen Synkope*

Sheldon et al. (2006) haben für die Bestimmung und Abgrenzung vasovagaler Synkopen von anderen Synkopenformen mit organischer Grunderkrankung einen kurzen Fragebogen entwickelt. Die Autoren stellten insgesamt 418 Personen mit Ohnmachtsneigung jeweils mehr als 100 Fragen zur Geschichte und zum medizinischen Hintergrund der Symptomatik. Die unten aufgeführten sieben Fragen differenzierten zwischen den zwei Gruppen (vasovagale vs. non-vasovagale Synkope). Personen mit vasovagaler Ohnmachtsneigung konnten dadurch zu 90 % korrekt klassifiziert werden.

**Differenzialdiagnose mittels Fragebogen**

**Tabelle 1:** 7 Fragen zur Differenzialdiagnose der vasovagalen Synkope (vgl. Sheldon et al., 2006, Übersetzung der Autorinnen)

| <b>Fragen</b>  | <b>Punkte (falls zutreffend)</b> |
|--|----------------------------------|
| 1. Gibt es eine Geschichte von wenigstem einem bifaszikulären Block (Störung oder Unterbrechung des intraventrikulären Erregungsleitungssystems als Folge einer Myokardschädigung), Asystolen, supraventrikulärer Tachykardie oder Diabetes? | -5                               |
| 2. Haben Umstehende schon einmal bemerkt, dass Sie während der Ohnmacht blau wurden?   | -4                               |
| 3. Haben Ihre Synkopen begonnen, als Sie 35 Jahre oder älter waren?  | -3                               |
| 4. Erinnern Sie sich an irgendetwas, als Sie bewusstlos waren?   | -2                               |
| 5. Haben Sie Schwindel- oder Ohnmachtsanfälle nach längerem Sitzen oder Stehen?  | 1                                |
| 6. Schwitzen Sie oder fühlen Sie sich warm, bevor Sie in Ohnmacht fallen?  | 2                                |
| 7. Haben Sie Schwindel- oder Ohnmachtsanfälle bei Schmerzen oder in medizinischen Kontexten?   | 3                                |

*Anmerkung:* Der Patient hat mit 90 %-Wahrscheinlichkeit eine vasovagale Synkope, wenn er mehr als -2 Punkte erzielt.

## Orthostatische Intoleranz

Durch die Studie wird deutlich, dass BSV-Phobiker häufig neben einer blutassoziierten Ohnmacht auch zu einer lagebedingten Ohnmacht neigen (orthostatische Intoleranz; siehe Frage 5). Diese ist definiert als zunehmende Unverträglichkeit des Stehens durch Benommenheits- oder Schwächegefühle. Darüber hinaus können Nacken- und Schulterschmerzen auftreten, und es kann zu Atembeschwerden mit Palpitationen (als störend empfundene Wahrnehmung des eigenen Herzschlags) oder Übelkeit kommen. Durch langes Stehen oder Sitzen wird eine Umverteilung des Blutvolumens bewirkt. Das Blut sammelt sich in der unteren Körperhälfte, wodurch eine Sauerstoff-Mangelversorgung des Gehirns droht und kompensatorisch eine Ohnmacht auftritt.

Typisch für die Präsynkope selbst sind ein Wärmegefühl und das Schwitzen (häufig kalter Schweiß an den Händen), die in medizinischen Kontexten (also bei Blutabnahmen, Injektionen usw.) ausgelöst werden. Neben den störungsspezifischen Reizen sind es zum Teil auch (überraschende) Schmerzerlebnisse, wie z. B. das Stoßen des Knies oder Ellenbogens, die bei den Betroffenen eine Synkope initiieren (Fragen 6 und 7). Die vasovagale Synkope mit komplettem Bewusstseinsverlust führt häufig zu einem Gedächtnisverlust bezüglich aller Vorgänge während der Ohnmacht (Frage 4).

Ein wichtiges differenzialdiagnostisches Kriterium ist der erste Zeitpunkt des Auftretens einer Synkope. Dieser liegt bei BSV-Phobien in der Kindheit. Obwohl viele Betroffene den ersten Ohnmachtsanfall nicht erinnern können, wird in der Anamnese deutlich, dass es sich um ein Problem handelt, das schon in der Kindheit präsent war (Frage 3).

Schließlich macht es das Vorliegen einer kardialen Grunderkrankung, für die auch das Symptom einer bläulichen Gesichtsfarbe während der Ohnmacht spricht, unwahrscheinlich, dass es sich um eine vasovagale Synkope handelt (Fragen 1 und 2).

## *Psychische Störungen*

In der Regel ist die Abgrenzung der BSV-Phobie von anderen psychischen Störungen aufgrund deren Symptomspezifität (Ohnmacht in blut- und verletzungsrelevanten Situationen) nicht schwierig.

**Auch Panik-  
attacken  
können zu kurz-  
zeitigem  
Bewusstseins-  
verlust führen**

Zu einem kurzzeitigen Verlust des Bewusstseins kann es jedoch auch im Rahmen anderer Angststörungen kommen, die mit Panikattacken assoziiert sind, wie der Panikstörung. In einer Studie von Kroenke et al. (1994) litten 50 % aller Patienten (n=1.000), die wegen Ohnmachtssymptomen die Notaufnahme aufgesucht hatten, an einer Angststörung (und nicht an einer somatischen Erkrankung). Dabei wird die panikbedingte Ohnmacht durch die Hyperventilation initiiert; diese ist also primär durch das veränderte Atmungsmuster verursacht.

Symptome einer vermeintlichen Präsynkope (u. a. Übelkeit, Schwindel, Bedürfnis sich hinzulegen) sind bei vielen psychischen Störungen (z. B. bei affektiven Störungen, Somatisierungsstörungen) zu finden. Die Differenzialdiagnose ist leicht über die unterschiedlichen Kontexte, in denen diese körperlichen Missempfindungen auftreten, zu stellen.

Die Vermeidung medizinischer Diagnostik und Behandlung ist ein weiteres Kennzeichen der BSV-Phobie. Ein solches Vermeidungsverhalten kann jedoch auch primär durch soziale Ängste (Angst vor dem Arzt als Autoritätsperson, Schamempfinden bezüglich bestimmter Untersuchungen) motiviert sein und ist dann der Sozialphobie zuzurechnen.

Körperliche Missempfindungen und Angst in medizinischem Kontext treten auch im Rahmen einer Hypochondrie auf. Während diese Patienten jedoch ärztliche Untersuchungen wiederholt aufsuchen, um eine Diagnosestellung zu ermöglichen, ist die BSV-Phobie primär durch Vermeidung ärztlicher Untersuchungen gekennzeichnet.

Therapierelevant ist die Abgrenzung verschiedener Subtypen der BSV-Phobie. Wie bereits in Kapitel 1.2 erwähnt, gibt es Formen, die nicht durch vasovagale Reaktionen während einer Exposition gekennzeichnet sind. Dies ist häufig bei der Zahnbehandlungsphobie oder auch bei einer primären Spritzenphobie der Fall, die ein sympathisch dominiertes somatisches Angstprofil aufweisen. Je nach somatischem Reaktionsmuster sind den Betroffenen unterschiedliche Copingstrategien zu vermitteln (siehe Kapitel 4).

**Die Subtypen der BSV-Phobie sind wichtig für Therapieplanung**

## 1.5 Komorbidität

Es gibt nur wenige empirische Studien, die sich mit Komorbiditätsraten für ausgewählte Typen der Spezifische Phobie beschäftigt haben. Eine Ausnahme bildet die epidemiologische Erhebung von Becker et al. (2007), in der allerdings ausschließlich Ergebnisse für Frauen (n=2.064) berichtet werden. Hierbei fand sich eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für BSV-Phobikerinnen, an einer weiteren Angststörung bzw. einer psychischen Störung mit Beginn in der Kindheit zu leiden.

Die Studie von Depla et al. (2008) ergab für Patienten mit BSV-Phobie eine stärkere Beeinträchtigung, stärker ausgeprägte Komorbidität und mehr Persönlichkeitsprobleme im Vergleich zu anderen Phobietypen (Tiere, Höhen und Wasser). Blutphobiker hatten ein erhöhtes Risiko an einer weiteren Angststörung, an einer affektiven Störung bzw. an einer Sucht- bzw. Abhängigkeitsstörung zu leiden (n=7.067). Dieses Komorbiditätsmuster entsprach dem anderer Spezifischer Phobie-Typen.

In Erhebungen, die die Gruppe Spezifischer Phobien als Gesamtheit untersuchten, wurde deutlich, dass die Komorbidität und die Relevanz einer

**Komorbiditäten sind häufig**

frühen therapeutischen Intervention häufig unterschätzt werden. In einer großangelegten europäischen Studie (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders, ESEMeD) wurden an einer Stichprobe von 21.425 Befragten unter anderem auch Komorbiditätsraten für Spezifische Phobien mit anderen psychischen Erkrankungen untersucht. Von den mit einer Spezifischen Phobie diagnostizierten Teilnehmern wiesen 6.2 % eine Major Depression, 3.5 % eine Dysthmie, 6.7 % eine Generalisierte Angststörung und 9.7 % eine Sozialphobie auf (Alonso et al., 2004).

Schließlich konnte im Rahmen einer prospektiven Studie an 1.538 deutschen Frauen gezeigt werden, dass Frauen, die unter einer Spezifischen Phobie litten, ein zweifach erhöhtes Risiko hatten, innerhalb der nächsten 17 Monate an einer weiteren Angststörung (insbesondere an einer Generalisierten Angststörung), Depression oder einer Somatoformen Störung zu erkranken (Trumpf et al., 2010).

## 1.6 Epidemiologie

Die Punktprävalenz-Schätzungen liegen zwischen 2 und 3%

Epidemiologische Studien deuten darauf hin, dass die Punktprävalenz der BSV-Phobie zwischen 2 % und 3 % liegt. Fredrikson et al. (1996) fanden in einer Befragung von 704 Personen im Alter zwischen 18 und 70 Jahren eine Punktprävalenz von 3 % für die sogenannte Mutilationsphobie (Angst vor Spritzen, Verletzungen, Zahnarzt) in der schwedischen Bevölkerung. Im Rahmen der Dresdner Psychischen Gesundheits-Studie (Becker et al., 2007) wurden 2.064 Frauen befragt, von denen 1.8 % an einer BSV-Phobie litten. In der „Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study“ (NEMESIS) zeigte sich an einer Stichprobe von 7.076 Niederländern im Alter von 18 bis 65 Jahren eine Lebenszeitprävalenz von 3.2 % für diesen Phobietypus (Depla et al., 2008).

## 1.7 Geschlechterunterschiede

Geschlechtsunterschiede geringer ausgeprägt als bei anderen Subtypen der Spezifischen Phobie

Die bisher vorliegenden epidemiologischen Studien sprechen dafür, dass die BSV-Phobie häufiger bei Frauen als bei Männern auftritt. Allerdings sind die Geschlechterunterschiede geringer ausgeprägt als bei anderen Spezifischen Phobietypen, wie z. B. den Tierphobien. Bienvenu und Eaton (1998) berichteten für eine nordamerikanische Stichprobe eine Lebenszeitprävalenz der BSV-Phobie von 4.4 % für Frauen und 1.8 % für Männer. Fredrikson et al. (1996) hingegen fanden keine Geschlechterunterschiede bezüglich der Punktprävalenz für die Mutilationsphobie (Angst vor Spritzen, Verletzungen, Zahnbehandlung), von der 3.2 % der untersuchten Frauen und 2.7 % der untersuchten Männer betroffen waren. Auch in einer