



Zwick • Hautzinger

Panik und Agoraphobie

Kognitiv-verhaltenstherapeutisches
Manual



ARBEITSMATERIAL

BELTZ

Julia Zwick • Martin Hautzinger

Panik und Agoraphobie

Julia Zwick • Martin Hautzinger

Panik und Agoraphobie

| Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Manual

| Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

BELTZ

Anschrift der Autoren:
Dr. Julia Zwick
Prof. Dr. Martin Hautzinger
Universität Tübingen
FB Psychologie
Schleichstr. 4
72076 Tübingen

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28407-3 Print
ISBN 978-3-621-28408-0 E-Book (PDF)

1. Auflage 2017

© 2017 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz • Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Andrea Glomb
Bildnachweis: Wolfgang Ehn / LOOK-foto / gettyimages
Einbandtypografie: Lelia Rehm

Herstellung: Lelia Rehm
Satz: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

E-Book

ISBN 978-3-621-28408-0

Weitere Informationen zu unseren Autoren und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsübersicht

Vorwort	9
I Grundlagen	11
1 Störungsbild	12
2 Erklärungsmodelle der Panikstörung und der Agoraphobie	32
II Behandlungsmöglichkeiten	53
3 Psychoedukation mit Erarbeitung eines Erklärungsmodells und Ableitung von Zielen	55
4 Kognitive Techniken	65
5 Exposition und Konfrontationsverfahren	73
6 Entspannungsverfahren	90
7 Weitere wichtige Aspekte	97
III Umsetzung in die Praxis	107
8 Fallbeispiel	108
9 Evaluation	121
IV Anhang	125
Übersicht Arbeitsblätter	126
Literatur	176
Sachwortverzeichnis	185

Inhalt

Vorwort	9
---------	---

I Grundlagen 11

1 Störungsbild	12
1.1 Symptomatik	13
1.2 Epidemiologie, Risikobedingungen und Verlauf	14
1.3 Diagnostik und Klassifikation	16
2 Erklärungsmodelle der Panikstörung und der Agoraphobie	32
2.1 Ein Blick zurück: erste Erklärungsmodelle	32
2.2 Prädisponierende Faktoren	35
2.2.1 Biologische Faktoren	35
2.2.2 Persönlichkeitsmerkmale	38
2.2.3 Kognitive Faktoren	40
2.2.4 Frühe Lernerfahrungen	42
2.3 Auslösende Faktoren	43
2.3.1 Organische Faktoren	44
2.3.2 Psychosoziale Faktoren	45
2.4 Aufrechterhaltende Faktoren	48
2.4.1 Vermeidung	48
2.4.2 Sicherheitsverhalten	50
2.4.3 Funktionalität	50

II Behandlungsmöglichkeiten 53

3 Psychoedukation mit Erarbeitung eines Erklärungsmodells und Ableitung von Zielen	55
3.1 Angst – sinnvoll und/ oder problematisch?	56
3.2 Erläuterung von Panikattacken, Panikstörung und Agoraphobie	57
3.3 Ableitung eines individuellen Erklärungsmodells	60
3.4 Ansatzpunkte der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapie	60
4 Kognitive Techniken	65
4.1 Identifizieren automatischer Gedanken	65
4.2 Infragestellen automatischer Gedanken	67
4.3 Entgegensetzen realistischer, hilfreicher Gedanken	68

4.4	Überprüfen der Gedanken mittels Realitätstest	68
4.5	Akzeptanz und Distanzierung mittels Achtsamkeit	69
4.6	Metakognitive Strategien	70
5	Exposition und Konfrontationsverfahren	73
5.1	Wirkmechanismen der Exposition zur Angstbewältigung	74
5.2	Vorbereitung: Vermittlung des Expositionsrationals	76
5.3	Interozeptive Exposition	79
5.4	In-vivo-Exposition	84
6	Entspannungsverfahren	90
6.1	Progressive Muskelentspannung	90
6.2	Angewandte Entspannung	92
7	Weitere wichtige Aspekte	97
7.1	Berücksichtigung der Funktionalität	97
7.2	Rückfallprophylaxe	100
7.3	Einbezug von Angehörigen	101
7.4	Pharmakotherapie	103
III	Umsetzung in die Praxis	107
8	Fallbeispiel	108
8.1	Diagnostische Abklärung	108
8.2	Behandlungsverlauf	110
9	Evaluation	121
IV	Anhang	125
	Übersicht Arbeitsblätter	126
	Literatur	176
	Sachwortverzeichnis	185

Vorwort

Ängste sind eine sinnvolle, das Überleben sichernde menschliche Eigenschaft. Ängste zeigen sich auf subjektiver (emotional, kognitiv), somatischer (physiologisch, neurobiologisch) und motorischer (Verhalten) Ebene. Jeder kennt dies! Angststörungen allerdings gehen weit über die angemessene menschliche Reaktion hinaus. Sie behindern im Alltag, reduzieren die soziale Funktionsfähigkeit (Beruf, Familie, Partnerschaft, Freizeit, Erholung), verhindern persönliche Entwicklung, schaffen Leiden und erzeugen Folgeerkrankungen bzw. Folgeprobleme (Beziehungs- und Arbeitsunfähigkeit).

Angststörungen werden meist nicht erkannt, oft verleugnet, nicht ernst genommen und daher auch selten angemessen behandelt. Die Betroffenen bagatellisieren, richten ihr Leben um die Angststörung ein, indem sie bestimmte Orte meiden, Hilfsmittel (wie Medikamente oder Begleitung) einsetzen, sich zurückziehen und auf die Unterstützung durch andere angewiesen sind.

Das vorliegende Buch stellt eine der erfolgreichsten Angstbehandlungsmöglichkeiten in allen dazu gehörenden Teilen und Schritten konkret vor, damit Ärzte und Psychologen die Therapie der Panikstörung und Agoraphobie ihren Patienten anbieten und gemeinsam umsetzen können. Alle vorliegenden wissenschaftlichen und klinischen Evidenzen sprechen uneingeschränkt dafür, dass das wesentliche Element der Behandlung von Panikstörung und Agoraphobie die Exposition und Konfrontation mit den gefürchteten Angstreizen ist. Die gezielte Exposition und Konfrontation mit internen und externen Reizen bedarf jedoch der persönlichen Anpassung, der Vorbereitung und Heranführung. Es bedarf weiterer ergänzender Maßnahmen, die vor allem die emotionale und kognitive Ebene, doch auch die soziale Handlungsebene sowie die Überwindung ungünstiger Folgeprobleme betreffen. Hinzu kommt, dass in den letzten Jahren einige interessante Neuentwicklungen in der Psychotherapie stattgefunden haben, die sich als Ergänzung einer Angsttherapie anbieten.

Kritiker könnten daher dieser vorliegenden Behandlungsanleitung vorwerfen, dass sie letztlich doch nur Wohlbekanntes und jedem Psychotherapeuten Vertrautes darstellt. In weiten Teilen des Buches ist dies tatsächlich der Fall. Es sind zwar Materialien und Vorgehensweisen, wie wir sie bei uns in der psychotherapeutischen Ambulanz adaptiert haben und regelmäßig anwenden, doch es finden sich vergleichbare Vorgehensweisen auch in anderen Büchern und Behandlungsanleitungen. Diese Wiederholung und Vertiefung ist jedoch gewollt, denn in den Ausbildungen und vor allem in den Praxen bzw. Kliniken kommen gerade diese seit langem bekannten, sehr erfolgreichen und langfristig wirksamen therapeutischen Methoden unzureichend vor. So zeigen Erhebungen unter Psychotherapeuten, dass Exposition und Konfrontationsübungen kaum eingesetzt werden, obgleich das Wissen über deren Effizienz meist vorhanden ist. Wir wollen daher erneut und vertiefend betonen, dass eine Angst-

behandlung, insbesondere der Panikstörung und Agoraphobie, ohne Exposition keine angemessene Angsttherapie darstellt. Wir hoffen, dass unsere Vorschläge dabei helfen, diese Vermeidung von anfangs sicherlich zeitaufwändigen, dafür aber umso erfolgreicherer Interventionen aufzugeben.

Neu und ergänzend stellen wir das Vorgehen bei der Angstdiagnostik einschließlich von Verhaltenstests, bei der Psychoedukation und der Vermittlung von ätiologischem Wissen sowie dem Therapierational vor. Bei den zentralen (kognitiven) Interventionen zur Überwindung von Bedrohungs- und Katastrophenkognitionen, Sorgen und Grübeln, werden zudem Strategien der Akzeptanz und der Metakognitiven Therapie vorgestellt. Diese moderneren Elemente ergänzen das klassische Vorgehen.

An dieser Stelle sei vermerkt, dass wir im Folgenden der besseren Lesbarkeit halber alle Personen in der maskulinen Form genannt haben. Die Aussagen beziehen sich aber selbstverständlich gleichermaßen auf Therapeutinnen, Patientinnen usw.

Wir profitieren bei dem hier vorgestellten Vorgehen von der Arbeit vieler Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer psychotherapeutischen Ausbildungsambulanz (TAVT) und der zum Lehrstuhl gehörenden psychotherapeutischen Hochschulambulanz. In der Anleitung von zahllosen Ausbildungsteilnehmern, in deren Supervision, doch vor allem auch in unserer eigenen therapeutischen Praxis (stationär, ambulant), haben wir das Vorgehen und die Materialien erprobt bzw. setzen diese laufend ein. Wir hoffen, dass die Darstellungen für unsere Leser ebenso hilfreich sind. Es wäre toll, wenn durch dieses Buch und die anschließende Nutzung der Materialien die Therapie von Patienten mit Panikstörungen und Agoraphobie dadurch optimiert würde, dass Exposition und kognitive Interventionen zu nicht länger ausgesparten, sondern zu zentralen Elementen einer Angsttherapie werden.

Tübingen, im Sommer 2016

Julia Zwick
Martin Hautzinger

I Grundlagen

- 1 Störungsbild
- 2 Erklärungsmodelle der Panikstörung und der Agoraphobie

1 Störungsbild

Fallbeispiel

Fallbeispiel 1. Frau P., 43 Jahre alt, wurde von ihrem Hausarzt an einen Psychotherapeuten überwiesen, nachdem sie wiederholt über eine Reihe anfallsartig auftretender körperlicher Symptome klagte. So erlebe sie seit einem knappen Jahr mehrmals die Woche ganz plötzlich auftretende Attacken, welche vor allem durch starkes Herzrasen, einem Engegefühl in der Brust, Hitzegefühl und Kribbelgefühlen in den Händen begleitet seien. Währenddessen habe sie große Angst, zu sterben. Sie fürchte, dass es sich hierbei um »Vorboten eines Herzinfarktes« handle. Eine organmedizinische Abklärung mittels EKG hat jedoch keine Auffälligkeiten erbracht. Frau P. habe in der Folge ihr Verhalten stark angepasst, um die als sehr unangenehm und angsteinflößend erlebten Attacken zu vermeiden. Sie nutze nur noch Fahrstühle oder Rolltreppen, aus Angst, durch das Treppensteigen erneute Attacken auszulösen. Gebäude ohne derartige Einrichtungen, wie ihre Arbeitsstelle in einem Ingenieurbüro, könne sie nicht mehr betreten, weshalb sie nun auch schon seit einigen Wochen krankgeschrieben sei. Auch vermeide sie den sexuellen Kontakt mit ihrem Ehemann, da die körperliche Betätigung zu den von der Patientin gefürchteten körperlichen Symptomen führe, die in ihren Augen zu einem Herzinfarkt führen könnten.

Seit etwa einem halben Jahr könne sie außerdem bestimmte Situationen nicht mehr alleine aufsuchen. Größere Menschenmengen, in denen eine Flucht bei plötzlich auftretenden Paniksymptomen schwierig wäre, wie beispielsweise auf dem Wochenmarkt oder bei Musikkonzerten, könne sie nur noch in Begleitung ihres Ehemanns aufsuchen. Außerdem halte sie sich am Rand des Geschehens auf und lenke sich ab, indem sie an etwas Schönes, wie ihre Hochzeit, denke.

Fallbeispiel 2. Herr K. ist 24 Jahre alt und gibt an, dass er seit einigen Monaten unter wiederkehrenden Attacken leide, die völlig unerwartet wie aus heiterem Himmel auftreten würden. Während der Attacken, welche nur wenige Minuten anhalten würden, fühle er sich einer Ohnmacht nahe, erlebe Symptome wie Benommenheit, ein Druckgefühl im Kopf, sei kurzatmig und habe das Gefühl, gleich erbrechen zu müssen oder Durchfall zu bekommen. Er fürchte in diesen Momenten, die Kontrolle über sich und seinen Körper zu verlieren. Seit er diese Attacken zum ersten Mal gehabt habe, habe er große Furcht vor erneuten Attacken. Hin und wieder habe er das Gefühl durchzudrehen, was ihm große Sorge bereite.

Aus Angst, einen solchen Anfall in der Öffentlichkeit zu bekommen, habe er inzwischen große Probleme, seinem Studium der Biochemie nachzukommen. Die Vorstellung, während einer Vorlesung derartige Symptome zu entwickeln und gegebenenfalls vor all seinen Kommilitonen und Professoren zu erbrechen oder

einzukoten, ist ihm so peinlich, dass er Veranstaltungen nur noch selten besucht und sich hierbei nur noch nahe des Ausgangs aufhält.

1.1 Symptomatik

Panikstörung. Leitsymptom der Panikstörung sind wiederholte unerwartete Panikattacken. Diese treten ohne offensichtlichen Hinweisreiz oder Auslöser auf, erscheinen wie »aus heiterem Himmel«. Charakteristisch ist die plötzliche Anflutung intensiver Angst oder intensiven Unbehagens, die innerhalb von Minuten einen Höhepunkt erreicht. Währenddessen erlebt der Betroffene eine Reihe körperlicher oder kognitiver Symptome. So kann es zu Herzrasen, Schwitzen, Zittern, einem Gefühl der Kurzatmigkeit oder Atemnot, Erstickungsgefühlen, Schmerzen oder Beklemmungsgefühlen in der Brust sowie Übelkeit oder Magendarmbeschwerden kommen. Manche Betroffene beklagen Schwindelgefühle, Unsicherheit, Benommenheit oder das Gefühl, einer Ohnmacht nahe zu sein, Kälteschauer oder Hitzegefühle, Parästhesien, Derealisations- oder Depersonalisationserleben. Andere berichten von einer starken Angst, die Kontrolle zu verlieren, »verrückt zu werden« oder zu sterben.

Infolge mindestens einer dieser Panikattacken erlebt der Betroffene eine für mindestens einen Monat anhaltende Besorgnis über das Auftreten weiterer Panikattacken oder ihrer Konsequenzen. Er fürchtet beispielsweise die Kontrolle zu verlieren, einen Herzinfarkt zu erleiden oder »verrückt« zu werden. Alternativ folgt der Attacke eine deutlich fehlangepasste Verhaltensänderung, z. B. indem der Betroffene körperliche Betätigung oder unbekannte Situationen vermeidet, um weiteren Panikattacken auszuweichen.

Agoraphobie. Werden eine Reihe von Situationen gefürchtet oder vermieden, aus Angst, dass eine Flucht schwierig sein könnte oder im Falle panikartiger Symptome oder anderer stark beeinträchtigender oder peinlicher Symptome (z. B. Furcht vor Inkontinenz) Hilfe nicht erreichbar sein könnte, spricht man von einer Agoraphobie. Betroffene schildern eine ausgeprägte Furcht vor dem Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel, auf offenen Plätzen oder in geschlossenen öffentlichen Räumen zu sein, Schlange zu stehen, in einer Menschenmenge oder allein außer Haus zu sein. Hierbei geht die Angst über das Ausmaß der tatsächlichen Gefahr, die durch die agoraphobische Situation ausgeht, hinaus. In der Folge werden die gefürchteten Situationen nur unter starker Angst oder in Begleitung aufgesucht. Häufig kommt es zu einer aktiven Vermeidung, indem tägliche Routinen geändert werden. Beispielsweise sucht der Betroffene sich eine Arbeit in der Nähe, um die öffentlichen Verkehrsmittel zu vermeiden. Alternativ werden gefürchtete Situationen kognitiv vermieden, indem der Betroffene sich ablenkt, um die gefürchtete Situation zu überstehen. Die Vermeidung kann so stark sein, dass der Betroffene komplett an sein Zuhause gebunden ist.

1.2 Epidemiologie, Risikobedingungen und Verlauf

In europäischen Ländern konnten 12-Monats-Prävalenzen zwischen 0.6 und 3.1 Prozent gefunden werden (Wittchen et al., 2011). Die Lebenszeitprävalenz einer Panikstörung in den USA beträgt 3.4 bis 4.7 Prozent, wobei Frauen (5.9%) häufiger betroffen sind als Männer (1.9%), die 12-Monats-Prävalenz liegt bei 2.7 Prozent. Für Panikstörung mit Agoraphobie konnte eine Lebenszeitprävalenz von 1.1 Prozent ermittelt werden (Kessler et al., 2005b, 2006, 1994, 1998). Für Agoraphobie ohne Panikstörung beträgt die 12-Monats-Prävalenz für die Vereinigten Staaten 0.8 Prozent (Kessler et al., 2005b), für den europäischen Bereich zwischen 0.1 und 3.1 Prozent, wobei Frauen etwa dreimal so häufig wie Männer betroffen zu sein scheinen (Wittchen & Jacobi, 2005; Wittchen et al., 2011).

Kinder und Jugendliche. Die 3-Monats-Prävalenz für Kinder und Jugendliche zwischen 9 und 16 Jahren beträgt sowohl für Panikstörung als auch für Agoraphobie 0.2 Prozent, was auf insgesamt geringe Prävalenzraten der beiden Störungsbilder in Kindheit und Jugend hindeutet. Während bei der Panikstörung die 16-Jährigen (0.6%) das höchste Erkrankungsrisiko aufwiesen, scheint dies bei der Agoraphobie für die 11-Jährigen (0.5%) gegeben zu sein (Costello et al., 2003).

Erwachsene. Im Erwachsenenalter nehmen die Prävalenzraten für eine Panikstörung zunächst bis zu einem Alter von 49 bis 59 Jahren stetig zu, ab einem Alter von 60 Jahren wieder ab. Für Agoraphobie ohne Panikstörung lassen sich die höchsten Prävalenzraten im Alter von 30 bis 44 Jahren finden, gefolgt von einem stetigen Abstieg (Kessler et al., 2005a).

Ersterkrankungsalter

Wenngleich Panikstörung und Agoraphobie bereits im Kindesalter auftreten können, beträgt das Ersterkrankungsalter im Mittel für eine Panikstörung 23.6 Jahre, für eine Agoraphobie 19.3 Jahre (Kessler et al., 2006). Nur für etwa 15 Prozent aller Betroffenen liegt das Ersterkrankungsalter für eine Panikstörung über 40 Jahren (Buller et al., 1991; Scheibe & Albus, 1992). Es gibt Hinweise, dass das Risiko für Panikattacken im Alter zwischen 10 und 28 Jahren für Frauen stetig steigt (Isensee et al., 2003). Für Männer wird hingegen eine bimodale Verteilung angenommen, wobei eine zweite Periode erhöhten Risikos in den späten 40er Jahren zu erkennen ist (Burke et al., 1991).

Risikofaktoren

Während das weibliche Geschlecht, ein indianischer Ursprung, ein mittleres Lebensalter sowie ein verwitweter, getrennter oder geschiedener Status Risikofaktoren für die Entwicklung einer Panikstörung mit und ohne Agoraphobie darzustellen scheinen, senken ein asiatischer, hispanischer oder afroamerikanischer Hintergrund die Prävalenzrate (Grant et al., 2006). Ebenso wird eine geringere Bildung, Arbeitslosigkeit sowie ein alleinstehender Status mit der Entstehung von Panikattacken in Verbindung gebracht (Eaton et al., 1994).

Auslöser und Entstehungsbedingungen

Betrachtet man die situativen Umstände, unter denen Panikattacken zum ersten Mal zum Vorschein treten, fanden Lelliott et al. (1989), dass 92 Prozent der untersuchten Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie ihre erste Panikattacke in phobogenen Situationen und nicht zuhause erlebten. Dieses Muster scheint für Patienten mit Panikstörung, die im Verlauf keine Agoraphobie entwickeln, hingegen eher untypisch zu sein (Faravelli et al., 1992). Panikpatienten erleben im Jahr vor dem Auftreten der ersten Panikattacke mehr stressreiche Lebensereignisse als gesunde Kontrollpersonen, wobei das Stresslevel am höchsten einige Monate vor Auftreten der ersten Symptome ist (Faravelli, 1985; Faravelli & Pallanti, 1989). Erfüllen Betroffene die Diagnose einer Panikstörung mit Agoraphobie, so gehen die Panikattacken der Agoraphobie in den meisten Fällen wenige Tage bis einige Jahre voraus (Faravelli & Paionni, 2001).

Verlauf und Chronifizierung

Viele Studien deuten darauf hin, dass die Panikstörung eine chronische Erkrankung mit Phasen zunehmender und abnehmender Symptomatik ist, die einer andauernden Behandlung bedarf. Faravelli et al. (1995) fanden bezogen auf einen fünfjährigen Untersuchungszeitraum, dass die Wahrscheinlichkeit einer vollen Remission bei Patienten mit isolierter Panikstörung mit und ohne Agoraphobie bei etwa 37 Prozent liegt. Knapp 73 Prozent zeigten immerhin eine stetige Verbesserung. Von den Patienten mit anfänglich positivem Verlauf gelang es immerhin knapp 41 Prozent, die Verbesserungen hinsichtlich der Symptomatik nach fünf Jahren aufrechtzuhalten. Lediglich 12 Prozent zeigten auf den Gesamtuntersuchungszeitraum bezogen eine vollständige und stabile Remission, während gut 47 Prozent zwar eine positive, jedoch nicht voll zufriedenstellende Entwicklung zeigten. Die Erkrankungsdauer, bevor eine Behandlung in Anspruch genommen wird, scheint hierbei wesentlichen Einfluss zu nehmen. Patienten, die nur kurze Zeit erkrankt waren, bevor sie eine Behandlung in Anspruch genommen haben, erreichen am ehesten eine vollständige Remission und berichten im Verlauf weniger Rückfälle.

Der Verlauf der Erkrankung scheint des Weiteren abhängig vom Subtyp (Ausmaß der agoraphobischen Vermeidung) sowie vom Vorliegen weiterer Komorbiditäten zu sein. Hierbei wirkt sich vor allem eine zusätzlich vorliegende Persönlichkeitsstörung ungünstig auf den Verlauf der Panikstörung sowie auf das soziale Funktionsniveau aus (Noyes et al., 1990). Kessler et al. (2006) fanden hingegen keinen Unterschied in der 12-Monats-Persistenz der Symptomatik in Abhängigkeit davon, ob die Patienten mit Panikstörung zusätzlich eine Agoraphobie aufwiesen oder nicht.

Funktionseinschränkungen

Eine Panikstörung mit und ohne Agoraphobie ist verbunden mit einem größeren Risiko für eine geringere körperliche und psychische Gesundheit, Alkohol- und Drogenmissbrauch, einer erhöhten Rate an Suizidversuchen, einem geringeren ehelichem Funktionsniveau und größerer finanzieller Abhängigkeit (Markowitz et al., 1989). Massion et al. (1993) untersuchten bei Angstpatienten verschiedene Aspekte

von Lebensqualität und fanden, dass 65 Prozent der untersuchten Panikpatienten aktuell keiner Arbeit nachkamen, 27 Prozent empfangen Sozialhilfe. Bezogen auf die letzten drei Monate vor dem entsprechenden Interview gaben in einer weiteren Studie 44 Prozent der Panikpatienten an, mindestens einen Fehltag aufgrund von emotionalem Stress aufgewiesen zu haben. Im Vergleich hierzu wiesen lediglich 2 Prozent einer Kontrollgruppe ohne psychische Erkrankungen mindestens einen Fehltag aufgrund von emotionalem Stress auf (Kouzis & Eaton, 1994). Diese Ergebnisse lassen den Einfluss dieser Erkrankung auf die Lebensqualität und das Funktionsniveau der Patienten sowie die massiven ökonomischen Auswirkungen erkennen.

1.3 Diagnostik und Klassifikation

Die Diagnose einer Panikstörung und/oder einer Agoraphobie wird unter Anwendung der im DSM-5 und ICD-10 operationalisierten Diagnosekriterien gestellt (s. Tab. 1.1 und 1.2). Neben der freien Exploration im anamnestischen Gespräch erweisen sich hierbei strukturierte klinische Interviews als hilfreich, wie das *Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV* (SKID; Wittchen et al., 1997) oder das *Diagnostische Interview bei psychischen Störungen* (DIPS; Schneider & Margraf, 2006), welche differentialdiagnostische Aussagen ermöglichen.

Eine lizenzfreie Alternative stellt das PHQ-Panikmodul des *Gesundheitsfragebogen für Patienten* (PHQ-D; Löwe et al., 2002) dar (s. folgenden Kasten). Diese Kurzsкала ist jedoch bestenfalls als grobes Screening-Instrument geeignet. Bei klarem Nein auf die erste Frage ist mit hoher Sicherheit davon auszugehen, dass keine Panikstörung vorliegt.

Beispielitems aus dem PHQ-Panikmodul (Löwe et al., 2002)

- (1) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht, Panik)?

NEIN

JA

Wenn »JA«, beantworten Sie bitte noch folgende Fragen:

- (1) Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?
- (2) Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf – d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?
- (3) Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?
- (4) Litten Sie während Ihres letzten schlimmen Angstanfalls unter Kurzatmigkeit, Schwitzen, Herzrasen oder -klopfen, Schwindel oder dem Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein, Kribbeln oder Taubheitsgefühlen, Übelkeit oder Magenbeschwerden?

Tabelle 1.1 Diagnosekriterien einer Panikstörung nach DSM-5 (APA, 2014) bzw. ICD-10 (WHO, 2008)

DSM-5: 300.01	ICD-10: F41.0
Symptome (A + B)	Symptome
<p>A. Wiederholte unerwartete Panikattacken</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Plötzliche Anflutung starker Angst oder intensiven Unbehagens ▶ Währenddessen treten mindestens 4 der folgenden Symptome auf: <ol style="list-style-type: none"> (1) Palpitationen, Herzklopfen oder beschleunigter Herzschlag (2) Schwitzen (3) Zittern oder Beben (4) Gefühl der Kurzatmigkeit oder Atemnot (5) Erstickungsgefühle (6) Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust (7) Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden (8) Schwindelgefühle, Unsicherheit, Benommenheit oder Gefühl, der Ohnmacht nahe sein (9) Kälteschauer oder Hitzegefühle (10) Parästhesien (Taubheit oder Kribbelgefühle) (11) Derealisation (Gefühl der Unwirklichkeit) oder Depersonalisation (sich von der eigenen Person losgelöst fühlen) (12) Angst die Kontrolle zu verlieren oder »verrückt zu werden« (13) Angst zu sterben ▶ Erreicht innerhalb von Minuten ihren Höhepunkt 	<p>Wiederkehrende schwere Angstattacken (Panik)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Plötzlicher Beginn mit Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühlen, Schwindel und Entfremdungsgefühlen (Depersonalisation oder Derealisation), sekundär Furcht zu sterben, vor Kontrollverlust oder Angst, wahnsinnig zu werden. ▶ Währenddessen kommt es zu einer Zunahme der Angst und der vegetativen Symptome, was meist zu einem fluchtartigen Verlassen der Situation führt ▶ Dauern meist Minuten an, manchmal auch länger
<p>B. Infolge mindestens einer Attacke trat für mindestens einen Monat mindestens eines der nachfolgenden Symptome auf:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Andauernde Besorgnis oder Sorgen darüber, dass weitere Panikattacken auftreten oder hinsichtlich ihrer Konsequenzen (z. B. die Kontrolle zu verlieren, einen Herzinfarkt zu erleiden, »verrückt« zu werden). (2) Eine deutliche Verhaltensänderung infolge der Attacken (z. B. Verhaltensweisen, um Panikattacken zu verhindern, wie die Vermeidung unbekannter Situationen oder körperlicher Betätigung). 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Furcht vor erneuten Attacken in der Folge ▶ Vermeidung dieser Situationen in der Zukunft

Tabelle 1.1 (Fortsetzung)

DSM-5: 300.01	ICD-10: F41.0
	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Weitestgehend angstfreie Zeiträume zwischen den Attacken (Erwartungsangst jedoch häufig) ▶ Beschränken sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände und sind deshalb auch nicht vorhersehbar ▶ Treten in Situationen auf, in denen keine objektive Gefahr besteht
	Zeitkriterium
	Innerhalb eines Zeitraumes von etwa einem Monat sollen mehrere schwere vegetative Angstanfälle aufgetreten sein.
Abgrenzung (C + D)	Abgrenzung
C. Das Störungsbild ist weder Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z. B. Substanz mit Missbrauchspotenzial, medikamentöse Wirkstoffe), noch eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Hyperthyreose, kardio-pulmonale Erkrankungen).	
D. Das Störungsbild kann nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden (z. B. Panikattacken treten nicht nur in Reaktion auf umschriebene phobische Objekte oder Situationen, wie bei der Spezifischen Phobie; in Reaktion auf gefürchtete soziale Situationen, wie bei der Sozialen Angststörung; in Reaktion auf Zwangsgedanken, wie bei der Zwangsstörung; in Reaktion auf Erinnerungen an traumatische Ereignisse, wie bei der Posttraumatischen Belastungsstörung etc. auf).	<p>Tritt eine Panikattacke in einer eindeutig phobischen Situation auf, wird dies als Ausdruck des Schweregrades einer Phobie gewertet und eine Phobie diagnostiziert. Nur bei Fehlen der unter F40 genannten Phobien soll eine Panikstörung diagnostiziert werden.</p> <p>Besonders bei Männern können Panikattacken im Zusammenhang mit depressiven Störungen auftreten. Sind die Kriterien für eine depressive Störung erfüllt, soll eine Panikstörung nicht als Hauptdiagnose erscheinen.</p>

Wird lediglich das A-Kriterium im Rahmen des DSM-5 erfüllt, so können Panikattacken zwar nicht als Diagnose einer psychischen Störung, jedoch als Zusatzkodierung verschlüsselt werden. Panikattacken können im Kontext aller Angststörungen sowie im Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen, wie depressiven Störungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen oder Substanzkonsumstörungen, auftreten. Meist stellen diese dann einen Indikator für den Schweregrad der psychischen Grunderkrankung dar. Des Weiteren können sie im Zusammenhang mit einigen medizinischen Krankheitsfaktoren (z. B. kardial, respiratorisch, vestibulär, gastrointestinal) auftreten.

Tabelle 1.2 Diagnosekriterien einer Agoraphobie nach DSM-5 (APA, 2014) bzw. ICD-10 (WHO, 2008)

DSM-5: 300.22	ICD-10: F40.0
Symptome (A, B, C, D, E)	Symptome
<p>A. Ausgeprägte Furcht oder Angst vor mindestens zwei der folgenden fünf Situationen:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel (z. B. Autos, Busse, Züge, Flugzeuge, Schiffe). (2) Auf offenen Plätzen sein (z. B. Marktplätze, Parkplätze, Brücken). (3) In geschlossenen öffentlichen Räumen sein (z. B. Einkaufsläden, Theater, Kino). (4) Schlange stehen oder sich in einer Menschenmenge befinden. (5) Allein außer Haus sein. 	<p>Zusammenhängende und sich oft überschneidende Gruppe von Phobien</p> <ul style="list-style-type: none"> ► Die Angst muss beschränkt sein (oder hauptsächlich auftreten) auf mindestens zwei der folgenden umschriebenen Situationen: in Menschenmengen, auf öffentlichen Plätzen, bei Reisen mit weiter Entfernung von zuhause oder bei Reisen alleine.
B. Diese Situationen werden gefürchtet und vermieden, weil eine Flucht schwierig sein könnte, oder weil bei Auftreten panikartiger Symptome oder anderer stark beeinträchtigender oder peinlicher Symptome (z. B. Furcht vor Inkontinenz) Hilfe nicht verfügbar sein könnte.	
C. Die oben genannten gefürchteten Situationen rufen fast immer eine Furcht- oder Angstreaktion hervor.	
D. Die agoraphobischen Situationen werden aktiv vermieden, können nur in Begleitung aufgesucht werden oder werden unter intensiver Angst ausgehalten.	<ul style="list-style-type: none"> ► Vermeidung der phobischen Situation ist / war ein entscheidendes Symptom.
E. Die Furcht oder Angst geht über das Ausmaß der tatsächlichen Gefahr durch die agoraphobischen Situationen hinaus und ist im soziokulturellen Kontext übertrieben.	
Zeitkriterium / Belastung (F + G)	Belastung / Zeitkriterium
F. Die Furcht, Angst oder Vermeidung ist anhaltend, meist über 6 Monate oder länger.	
G. Die Furcht, Angst oder Vermeidung führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.	Schweregrad der Angst und das Ausmaß des Vermeidungsverhaltens differieren, dennoch ist diese Phobie sehr einschränkend.
Abgrenzung (H + I)	Abgrenzung
H. Falls ein anderer medizinischer Krankheitsfaktor vorliegt (z. B. Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn, Morbus Parkinson), so ist die Furcht, Angst oder Vermeidung deutlich aus-	