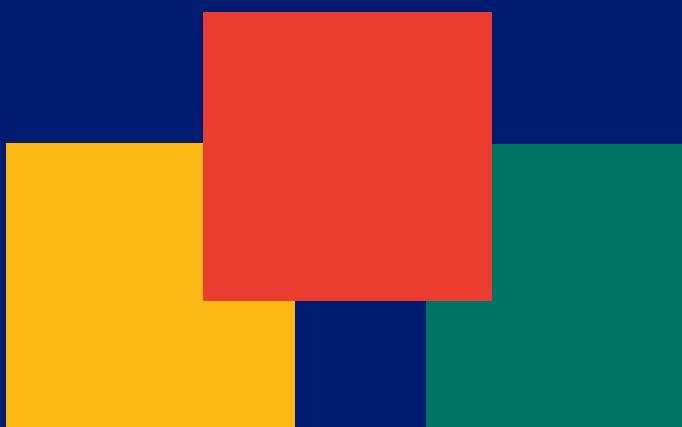


Sigrun Schmidt-Traub

Panikstörung und Agoraphobie

Ein Therapiemanual

4., überarbeitete Auflage



Panikstörung und Agoraphobie

Panikstörung und Agoraphobie

Ein Therapiemanual

von

Sigrun Schmidt-Traub

4., überarbeitete Auflage

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM · KOPENHAGEN
STOCKHOLM · FLORENZ · HELSINKI

Dr. rer. pol., Dipl.-Psych., Dipl.-Soz. Sigrun Schmidt-Traub, geb. 1942. Studium der Psychologie und Soziologie in Tübingen, Hamburg, Berlin, Frankfurt a. M. und an der Yale University in New Haven (USA). 1974 Promotion. Ausbildung in Verhaltens-, Gesprächspsycho- und Hypnotherapie. Seit 1974 eigene psychotherapeutische Praxis und Lehrtätigkeit an Universitäten. Seit 1989 Dozentin und Supervisorin an verschiedenen Ausbildungsinstituten für Klinische Verhaltenstherapie.

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 abzudrucken. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung 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 handelt.

© 1997, 2000, 2008 und 2014 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto · Boston
Amsterdam · Copenhagen · Stockholm · Florenz · Helsinki
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: Beate Hautsch, Göttingen
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2539-9

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 beigefügt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

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

I Theoretischer Hintergrund

Kapitel 1: Psychiatrische Klassifikation von Angststörungen

1.1 Normale und unbegründete Angst	12
1.2 Zur Entwicklung, Bedeutung und Klassifikation des Begriffs „Angststörung“	13
1.3 Epidemiologie der Angststörungen	14
1.4 Panikattacken, Panikstörung, Agoraphobie und ihre Besonderheiten	16
1.4.1 Panikattacken	16
1.4.2 Panikstörung	18
1.4.3 Agoraphobie	19
1.4.4 Empirische Belege zu Panikstörung und Agoraphobie	21
1.4.5 Einfluss von Medikamenten und Drogen	25
1.4.6 Geschlechtsunterschiede beim Angsterleben: Ergebnisse aus Interviews, genetischen und neuropsychologischen Untersuchungen	25
1.4.7 Suizidneigung und Persönlichkeitseigenschaften	28
1.5 Komorbide Störungen	28
1.5.1 Spezifische Phobie	29
1.5.2 Soziale Phobie	30
1.5.3 Generalisierte Angststörung	32
1.5.4 Zwangsstörung	33
1.5.5 Akute Belastungsreaktion und posttraumatische Belastungsstörung	34
1.5.6 Trennungsangst	35
1.5.7 Depressionen	36
1.5.8 Dissoziative Störungen, Somatisierungsstörung, hypochondrische Störung und Substanzstörung	37
1.6 Resümee	39

Kapitel 2: Annahmen zur Entstehung von Panik und Agoraphobie

2.1 Lerntheoretischer Hintergrund	41
2.2 Genetische und neuropsychologische Erkenntnisse	43
2.3 Stress, Stresshormone und Stressreaktion	45
2.4 Sympathogene cardiovaskuläre und immunologische Reaktionen	47
2.5 Emotional-kognitive Prozesse	48
2.6 Zusammenfassung: Entstehungsmodell von Panikstörung und Agoraphobie	49

II Therapeutischer Leitfaden

Kapitel 3: Hinweise zum therapeutischen Vorgehen	52
3.1 Orientierungsmodell	54
3.2 Haltung des Therapeuten	54
3.3 Schwierigkeiten für den Therapeuten in der therapeutischen Allianz	56
Kapitel 4: Bausteine und Organisation des Angstbehandlungsprogramms	59
4.1 Struktureller Aufbau	59
4.2 Auswahl der Patienten	60
4.3 Evaluation des therapeutischen Prozesses	61
4.4 Einzeltherapie als Kurzzeitintervention	62
4.5 Hinweise zum kombinierten Gruppen- und Einzelbehandlungsprogramm	62
4.6 Therapeutenverhalten	63
Kapitel 5: Curricula der acht Übungseinheiten	64
5.1 Erste Übungseinheit	65
5.1.1 Hinweise für Therapeuten	66
5.1.2 Patienteninformationen zur ersten Übungseinheit	73
5.2 Zweite Übungseinheit	78
5.2.1 Hinweise für Therapeuten	79
5.2.2 Patienteninformationen zur zweiten Übungseinheit – Das Modell der panikartigen Angst	84
5.3 Dritte Übungseinheit	95
5.3.1 Hinweise für Therapeuten	96
5.3.2 Patienteninformationen zur dritten Übungseinheit	98
5.4 Vierte Übungseinheit	102
5.4.1 Hinweise für Therapeuten	103
5.4.2 Patienteninformationen zur vierten Übungseinheit	107
5.5 Fünfte Übungseinheit	112
5.5.1 Hinweise für Therapeuten	113
5.6 Sechste Übungseinheit	118
5.6.1 Hinweise für Therapeuten	119
5.6.2 Patienteninformationen zur sechsten Übungseinheit	121
5.7 Siebte Übungseinheit	124
5.7.1 Hinweise für Therapeuten	125
5.7.2 Patienteninformationen zur siebten Übungseinheit	127
5.8 Achte Übungseinheit	130
5.8.1 Hinweise für Therapeuten	131
5.8.2 Patienteninformationen zur achten Übungseinheit	135

Kapitel 6: Ausführliches Fallbeispiel einer Frau mit harnäckiger Agoraphobie	137
Kapitel 7: Erfahrungen mit dem therapeutischen Leitfaden und Evaluation	143
Literatur	146
Anhang	157
Einschätzung der Beeinträchtigung als Folge der Angst	159
Anleitung zur Progressiven Muskelentspannung nach Jacobson (PME)	160
Leitfaden für die Evaluation	164
Angstbeobachtungsblatt	165
Sachregister	167

CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien von den Materialien, die im Anhang des Buches abgedruckt sind, sowie von den Patienteninformationen (zur 5. Übungseinheit gibt es keine Patienteninformationen), die zu einem Angst-Reader zusammengestellt werden können.

Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter www.adobe.com/products/acrobat erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.

Vorwort

Panikattacken sind horrorähnliche Erlebnisse. Sie kommen nicht nur bei Angststörungen vor, sondern vereinzelt auch bei anderen psychischen Problemen. Vornehmlich leiden Personen mit Panikstörung und Agoraphobie darunter. Panikanfälle können sehr heftig sein: Die Mehrzahl der Panik- und Agoraphobiepatienten wurden durch einen Panikanfall (oder mehrere) schwer gezeichnet und geradezu traumatisiert. Aus Angst vor erneuten Anfällen beginnen in der Folge die meisten, mehr und mehr Angstsituationen zu vermeiden. Panikattacken und Vermeidungsreaktionen sind somit Schlüsselbegriffe für Panik und Agoraphobie.

Mittlerweile gibt es eine Fülle von evidenzbasierten, wirkungsvollen Vorgehensweisen zur Behandlung dieser Angststörungen. Sie werden in dem vorliegenden kognitiv-verhaltenstherapeutischen Leitfaden, der verhaltensmedizinisch erweitert ist, vorgestellt. Seit Erscheinen des Buches (1. Auflage 1997, 2. Auflage 2000, 3. Auflage 2008) hat sich die Diagnose- und Therapieforschung weiter entwickelt. Abgesehen von den atemberaubenden Erkenntnissen in Genetik und Neuropsychologie wurden jedoch nach meinem Dafürhalten die interessantesten und innovativsten Panik- und Agoraphobie-Studien in den 90er Jahren veröffentlicht.

Meiner Lektorin, Susanne Weidinger, bin ich sehr dankbar für eine weitere Neuauflage. Damit kann das Manual auf den neuesten Stand der Forschung gebracht werden. Der therapeutische Leitfaden wurde vollständig überarbeitet und mit neuen Ergebnissen aus der Angsttherapieforschung, Genforschung und vor allem aus der neuropsychologischen Forschung ergänzt.

Die diagnostische Kategorie „Panikstörung“ ist noch verhältnismäßig jung. 1980 veröffentlichte die Amerikanische Psychiatrische Assoziation sie erstmalig im DSM-III. In Deutschland wurde sie jedoch erst nach etwa 9 bis 10 Jahren einer breiteren Fachöffentlichkeit bekannt. Zu ihrer Verbreitung haben einmal die Öffentlichkeitsarbeit der Christoph-Dornier-Stiftung beigetragen und zum anderen Margraf und Schneider mit ihrem Buch „Panik“ (1. Auflage 1989). Davor erhielten Patienten, die unter Panik litten, häufig diffuse diagnostische Etikette, wie „psychovegetative Dystonie“ oder „psychovegetatives Syndrom“, die natürlich keine zielsicheren oder gar wirkungsvollen psychotherapeutischen Behandlungen nach sich zogen.

Je genauer die Diagnose, desto größer der Therapieerfolg und desto geringer die Gefahr eines Therapieabbruchs. Zur Verfeinerung der Differenzialdiagnostik werden deshalb im Teil I des vorliegenden Buches alle Angststörungen nach ICD-10 und zum Teil nach DSM-5 unter die Lupe genommen. Das ist umso wichtiger, als viele Angstpatienten komorbide Störungen haben; oft sind es andere Angststörungen und Depressionen. Es folgt der theoretische Bezugsrahmen für das Störungsmodell mit Bedingungs- und Verhaltensanalyse beider Angststörungen. Im Teil II wird der verhaltenstherapeutische Leitfaden detailliert dargestellt und mit einem ausführlichen Beispiel abgerundet.

Das Manual wurde zunächst für die Einzelbehandlung von Panik- und Agoraphobiepatienten in Kurzzeittherapie geschrieben. Ich habe viele Jahre an dem therapeutischen Leitfaden gefeilt, bis er seine gegenwärtige Form fand. Er versetzt 80 bis 90 % der danach behandelten Patienten in die Lage, ihre Angst eigenständig zu kontrollieren. Der Leitfaden hat sich sowohl in der Einzeltherapie als auch in der Gruppentherapie bewährt und eignet sich besonders gut für eine kombinierte Gruppen- und Einzeltherapie.

Die weitgehend evidenz-basierten Therapiebausteine sind ganzheitlicher ausgerichtet, als es in der klassischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Angstliteratur üblich ist. Das größere Angebot an therapeutischen Vorgehensweisen soll es Panik- und Agoraphobiepatienten ermöglichen, sich besonders wirkungsvolle Strategien auszusuchen und sie individuell auf ihre Bedürfnisse zurechtzuschneiden. In dem Manual wird zudem dafür plädiert, auf allen Ebenen des Angsterlebens – der kognitiven, physiologischen, motorischen und behavioralen – therapeutisch anzusetzen. Nicht wenige Patienten arbeiten z. B. besser mit körperorientierten, als mit kognitiven Methoden.

Dem Patienten maximale Wahlfreiheit zu lassen ist besonders wichtig, weil er dazu angeleitet wird, seine Angst in Selbstorganisation zu bearbeiten. Selbstmanagement ist deshalb so dringend erforderlich, weil Angstpatienten, insbesondere weibliche, sehr stark auf soziale Unterstützung bauen und in diesem Sinn eine hohe Personenabhängigkeit zeigen. Ein derartiges Sicherheitsverhalten ist eine Variante von Vermeidung, wodurch die Angst verfestigt wird. Die Erweiterung der eigenständigen Entscheidungs- und Handlungsspielräume

des Patienten¹ hilft zudem, einem Rückfall in die Angst vorzubeugen. Nicht zuletzt belegen Daten aus zahlreichen katamnestischen Gesprächen, dass Angstpatienten mit einem verstärkten Selbstmanagement Rückfälle besser meistern.

Anleitung zur Selbsthilfe erfordert höchste Flexibilität vom Therapeuten und setzt eine Weiterbildung im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie voraus. Die Therapeutenhinweise zu jeder der 8 doppelstündigen Übungseinheiten im Teil II reichen keineswegs, um Behandlern ohne fundierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Kenntnisse die notwendige Hilfestellung zu geben.

Zur Erleichterung der Zusammenarbeit von Angstpatient(en) und Therapeut gibt es im Anschluss an die Therapeutenhinweise in sieben Übungseinheiten auch Patienteninformationen. Diese können von der beiliegenden CD-ROM

ausgedruckt und dem Patienten als Angst-Reader mitgegeben werden. Panik- und Agoraphobiepatienten sprechen besonders gut auf Informationsmaterial zum Thema Angst an. Sie schauen sehr häufig zur Auffrischung und Erweiterung ihrer Erkenntnisse in die Informationssammlung oder beruhigen sich damit nach einem Angstanfall.

Zum Schluss gilt mein Dank den zahlreichen Angstpatienten, mit denen ich gearbeitet habe. Ich danke ihnen besonders für ihr Vertrauen, Interesse und ihre Offenheit, denn dadurch habe ich unendlich viel über die Entwicklung und Behandlung von Angst gelernt. Danken möchte ich auch meinen Kollegen aus der kollegialen Supervision und der Ausbildungssupervision für ihre Neugierde, lebhafte Diskussionsbereitschaft, ihre vielen Fragen und kritischen Rückkopplungen.

Berlin, August 2013 Sigrun Schmidt-Traub

¹ Anmerkung: Der einfacheren Lesbarkeit halber wurde im gesamten Text auf die gleichzeitige Nennung der femininen und maskulinen Form (Patient/Patientin bzw. Therapeut/Therapeutin) verzichtet.

I Theoretischer Hintergrund

Kapitel 1

Psychiatrische Klassifikation von Angststörungen

1.1 Normale und unbegründete Angst

Angst ist eine elementare, biologisch vorbereitete emotionale Reaktion bei Mensch und höher entwickeltem Tier. Das Angstgefühl ist eine lebensnotwendige Alarmreaktion: Angst rüttelt auf, macht wachsam und alert. Funktional gesehen ist Angst ein adaptives Verhalten, ein zentraler motivationaler Zustand, der handlungsbereit hält (Rosen et al., 1998): In brenzligen Situationen rüstet Angst blitzschnell für defensive Reaktionen wie Flucht- und Kampfverhalten. Auf der Erlebnisebene geht Angst mit starker Unruhe, Atembeschleunigung und Herzrasen einher, mit kaltem Schweiß, Zittern und Kloßgefühl im Hals. In bedrohlichen Situationen ist das Ausmaß der Angst überdies abhängig von der Bewertung der Gefahr und der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten (Lazarus, 1981).

Manche suchen regelrecht die Angst, weil sie den Kick genießen. Sie wollen Spannung und ein Kribbelgefühl spüren, das so schön schaurig daher kommt, wenn sie sich einer Gefahr stellen. Für das Gefühl von Triumph bei der Bewältigung der eigenen Angst scheuen sie manchmal kein Risiko und versuchen, alles aus sich heraus zu holen. So machen sie z. B. Extrem sport wie Fallschirmspringen, Rafting oder Steilwandklettern – nach dem Motto: Eine brisante Gefahr nach der anderen meistern, bloß keine Langeweile aufkommen lassen!

Sicherlich versuchen einige, mit übertriebenem Risikoverhalten ihre Angst zu überwinden. Die Schriftstellerin Sandra Kimberley Hall litt als Alleinerziehende nach ihrem Wechsel von Australien in die USA unter panischen Ängsten. Sie konnte kaum allein aus dem Haus gehen, einkaufen oder Auto fahren, weil sie befürchtete, ihr würde etwas Ernsthaftes zustoßen und dann wären ihre Kinder – fern der Heimat und des Clans – auf sich alleine gestellt. Um sich die eigene Unabhängigkeit zu beweisen und ihren vorpubertären Kindern ein angstfreies Elternvorbild zu sein, begann sie, in kleinen Schritten wieder auszugehen und zu reisen. Später wurde sie in ihrem Bekanntenkreis für ihre Abenteuerreisen und Trekkingtouren durch Tibet bewundert. Ein Motiv für ihr

risikofreudiges Verhalten war die Angst ohne ersichtliche Gefahrenquelle, von der sie sich in ihrer Lebensführung extrem eingeschränkt fühlte. Ein weiterer Beweggrund war das Verantwortungsgefühl ihren Kindern gegenüber. Ihr selbstironisches Fazit: „Nur Feiglinge könnten richtig tapfer sein“ (Newsweek vom 27.9.1999).

Zunehmend mehr Menschen bekommen panische Angst in Situationen, die in Wirklichkeit nicht gefährlich sind. Sie erleben anfallsartig innere Donnerwetter, die sie einschüchtern und ernsthaft in ihrer Lebensqualität einschränken. Die immer wiederkehrenden Ängste machen sie madig und lassen sie glauben, ernsthaft körperlich krank zu sein.

Auch Charles Darwin (1809–1882) litt unter einer „psychophysiologischen Krankheit“, die der panikartigen Angst auffallend nahekommt (Barloon et al., 1997). In Aufzeichnungen, Briefen und Tagebüchern beschrieb er Attacken, die ganz plötzlich begannen. Sie gingen mit Herzrasen, Kurzatmigkeit, „schwimmendem Kopf“, Zittern, Weinen, Magenbeschwerden, dem Gefühl, „auf Luft und auf Visionen zu laufen“, und mit Todesangst einher und laugten ihn völlig aus. „Diese andauern den Attacken ... machen das Leben zu einem unerträglichen Ärgernis und zwingen mich, mit dem Arbeiten aufzuhören“, schrieb er 1878 an einen Freund. Natürlich könnte es auch eine organische Störung gewesen sein, z. B. die Menière'sche Erkrankung oder die Folgen einer leichten Vergiftung durch Arsen.

Darwins „Krankheit“ kommt einer Panikstörung jedoch auffallend nahe. Schon als junger Mann hatte er Magenprobleme unter Stress. Später kamen Tachykardien und Brustschmerzen hinzu (Verhaltenstherapeuten denken sogleich an „Reaktionsgeneralisierung“). Im Alter von 28 Jahren fingen die ersten Angstanfälle an. Sie kamen immer wieder und quälten ihn. Ausgelöst wurden sie durch unterschiedliche (phobische) Situationen – anlässlich von geschäftlichen Verabredungen, auf Reisen oder beim Sprechen vor größeren Gruppen („Reizgeneralisierung“). Darwin schränkte seinen Bewegungsradius zusehends ein und lebte bald

„wie ein Eremit“. Ohne seine Frau vermochte er meist nicht mehr, alleine aus dem Haus zu gehen (exzessives Vermeiden). 45 Jahre lang soll er unter dieser „Krankheit“ gelitten haben, ohne körperlich abzubauen (Barloon et al., 1997).

Im Prinzip könnte jemand, der für das Erleben von Angst disponiert ist, vor allem und jedem Angst bekommen. Wovor er sich schließlich fürchtet, hängt vor allem von den Lernerfahrungen in seinem speziellen kulturellen Umfeld ab. Es scheint eine Reihe von besonders typischen, kulturell geprägten Angstinhalten zu geben. Besonders häufig sind es Orte, in denen ängstliche Personen sich extrem eingeengt fühlen. Solche Ängste können eine Intensität erreichen, die eine starke Beeinträchtigung nach sich zieht.

1.2 Zur Entwicklung, Bedeutung und Klassifikation des Begriffs „Angststörung“

Psychologisch-psychiatrische Begriffe, wie „gestört“, „krank“, „psychogen“ oder „psychosomatisch“, und ihre jeweilige semantische Bedeutung sind kulturell determiniert und für die so Diagnostizierten folgenreich. Im Grunde genommen ist die Zuschreibung einer Diagnose bereits ein „moralisches Urteil“ (Sarbin et al., 1982). Eine diagnostische Aussage legt den therapeutischen Umgang mit ihr schon weitgehend fest. Bemüht sich der Therapeut, den Patienten an der Entwicklung seines Störungsmodells und an der Auswahl von therapeutischen Vorgehensweisen zu beteiligen, dirigiert er ihn auch sehr viel weniger.

Die Verwendung von unterschiedlichen Begriffen für Angstphänomene lassen sich auf zwei Traditionen zurückführen (Smoller et al., 1998). Die eine Tradition ist aus der klinischen Psychiatrie hervor gegangen: Von ihr stammen die gängigen „kategorischen Diagnosen“. Die andere Tradition kommt aus der psychologischen Forschung, in der bei der Untersuchung von Angstphänomenen vermehrt auf die „dimensionalen Eigenschaften und das ängstliche Temperament“ des Patienten geachtet wird. Diese verschiedenen Perspektiven lassen erkennen, wie sehr Zufall, Willkür und Überlieferung die systematische Beschreibung von Angststörungen beeinflussen.

Psychologische und psychiatrische Klassifikationen sind demnach willkürliche Zäsuren. In den 1990er Jahren erschien der Begriff „psychische

Erkrankung“ besonders vorurteilsgeladen. Deshalb wurde er im ICD-10 („International Classification of Disorders“ der Weltgesundheitsorganisation, WHO, 1991) – in Anlehnung an das DSM-III, DSM-IV bzw. DSM-5 („Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ der American Psychiatric Association [APA], 1987, 1993 und 2013, deutsche Version 1993, 1998²) – durch das Wort „Störung“ (disorder) ersetzt. So wurde der Begriff „psychosomatische Erkrankung“ z. B. durch „somatoforme“ oder „funktionelle Störung“ abgelöst. Von den neuen Begriffen erhoffte man sich eine vergleichbarere Bedeutung über verschiedene Kulturen hinweg.

Die Kulturabhängigkeit und Vergänglichkeit von psychiatrischen Klassifikationen lässt sich recht gut an der Diagnose „Angststörung“ ablesen. Der Begriff Angststörung hat mittlerweile längst die Bezeichnung „Angstneurose“ verdrängt. Gestützt auf Kleins (1964) Beobachtungen der unterschiedlichen Reaktionen von Angstpatienten auf Psychopharmaka, war es im DSM-III zur Umwandlung der früheren Diagnose „Angstneurose“ in die differenzierteren psychiatrischen Klassifikationen „Panikstörung“ und „Generalisiertes Angstsyndrom“ gekommen. Klein hatte nachgewiesen, dass Panikattacken abgeschwächt werden durch den in trizyklischen Antidepressiva enthaltenen Wirkstoff Imipramin, während Patienten mit generalisiertem Angstsyndrom recht gut auf Benzodiazepine ansprechen. Diese Ergebnisse differenzierter psychopharmakologischer Behandlung ließen sich jedoch in späteren Therapiewirkstudien nicht erhärten.

Das DSM-III ist seinerzeit in Europa nicht kritiklos aufgenommen worden. Einmal wurde bemängelt, dass darin der Zugang zu Symptomen und Syndromen theoretisch nicht ausreichend fundiert sei. Zum anderen würden quantitative Aussagen gegenüber Verständnis und Empathie bevorzugt. Außerdem werde das DSM-III von typisch amerikanischen Werten wie Pragmatismus und Glaube an Veränderung getragen (Pichot, 1997).

Panikattacken und Agoraphobie treten oft gemeinsam auf. Dennoch unterscheiden sich beide Angstphänomene deutlich voneinander: Es gibt Panikpatienten ohne agoraphobische Ängste und umgekehrt Agoraphobiker ohne gegenwärtiges Panikerleben. (Dem wird nun im DSM-5 Rechnung getragen.) Schon in den 1960er und 1970er Jahren des vergangenen Jahrhunderts konnte die Effizienz von In-vivo-Konfrontation für beide Störungen belegt werden (Williams, 1996). Nachdem die APA im DSM-R-III (1987) die psychiatrische

Klassifikation „Agoraphobie mit und ohne Panikstörung“ eingeführt hatte, konzentrierte sich nun das Interesse der Angstforscher – gegen Ende der 1980er Jahre – vermehrt auf Panikerleben. In den meisten Fällen dürfte Panikerleben eine bedeutsame Rolle spielen in der Entstehungsgeschichte von Agoraphobie. Umgekehrt zeigen viele Panikpatienten in geringfügigem Maß auch Meideverhalten (Salkovskis, 1988).

Bald kam es zu einer Weiterentwicklung von spezifischen Interventionen für Panikerleben, wie kognitive Verfahren, interozeptive Konfrontation, Atem- und Entspannungsmethoden. Diese Verfahren wurden schließlich mehr oder weniger im Verbund mit Konfrontation *in vivo* angeboten, durch weitere handlungsrelevante Methoden ergänzt und in ihren therapeutischen Wirkungen untersucht. Dabei stellte sich in mehreren Studien heraus, dass sich Panikanfälle auch in Kurzzeitintervention bei sage und schreibe 85 % der Panik- und Agoraphobiepatienten anhaltend beheben ließen (Barlow et al., 1989; Beck et al., 1997).

Trotz aller Fortschritte in der Angst- und Therapieforschung gibt es bislang noch keine allgemeingültige Angsttheorie, mit der die den Angstsymptomen zugrunde liegenden Gesetzmäßigkeiten zu erklären wären. Seit vielen Jahren stehen aber unterschiedliche Entstehungsbedingungen in der Diskussion (Rachman, 1991), insbesondere der Einfluss von Konditionierung, Modelllernen und negativen Informationsprozessen. Weitere Bedingungen sind genetische, neuropsychologische und persönliche Eigenschaften.

Der Bezugsrahmen für die Diagnostik und Behandlung von Angststörungen sind die klinisch-diagnostischen Leitlinien ICD-10 und DSM-IV bzw. DSM-5 (APA, 2013). Angstbeschwerden werden nach diesen diagnostischen Klassifikationssystemen jeweils auf mehreren Ebenen beschrieben und zu bestimmten situativen Bedingungen und deren Wechselwirkungen in Beziehung gesetzt (Möller, 1994; Reinecker, 1993).

Zur Gewährleistung einer genauen differenzialdiagnostischen Einschätzung werden in diesem Manual die Angststörungen kurz vorgestellt. Dazu gehören *Panikstörung* und *generalisierte Angststörung* – beides nicht situationsgebundene Angststörungen. Im Gegensatz dazu sind phobische Angststörungen – *Agoraphobie*, *spezifische Phobie* und *soziale Phobie* – situationsabhängig. Es lässt sich darüber streiten, ob die *Zwangsstörung* und *posttraumatische Belastungsstörung* tat-

sächlich Angststörungen im engeren Sinne sind. Nachdem *Trennungsangst* im Kindes- und Jugendalter im DSM-5 nun auch für Erwachsene gilt und Zwangsstörung ebenso wie Posttraumatische Belastungsstörung eigene Kapitel haben, sind es insgesamt 16 Angststörungen. Das Besondere an DSM-5 (APA, 2013) gegenüber DSM-IV ist, dass die Kapitel nach dem *Entwicklungsaspekt* angelegt sind, orientiert an dem typischen Alter, in dem Angststörungen in der Entwicklung des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen auftreten (Trennungsangst, spezifische Phobien, soziale Angststörung bzw. soziale Phobie usw.).

Hervorgehoben wird im DSM-5 zudem die Unterscheidung zwischen Furcht und Angst: *Furcht* gilt als emotionale Reaktion auf reale oder wahrgenommene Bedrohung und *Angst* als Erwartung von künftiger Gefährdung. Offensichtlich überlappen sich diese emotionalen Zustände, aber sie unterscheiden sich auch: Furcht ist häufiger verbunden mit dem Anstieg autonomer Erregung, die für Kampf- oder Fluchtreaktionen notwendig ist, und Angst häufiger mit Muskelverspannungen und besonderer Wachsamkeit bei der Vorbereitung auf künftige Gefahren sowie auf Sicherheits- oder Vermeidungsverhalten.

Die einzelnen diagnostischen Angstkriterien haben sich wenig verändert, mit Ausnahme der Posttraumatischen Belastungsstörung, die nun in einem eigenen Kapitel steht. Aber die *Dauer* der Angstsymptome einer Angststörung hat sich bei phobischen Ängsten auf $\frac{1}{2}$ Jahr verlängert.

Auf Angststörungen folgen häufig (sekundär) depressive Störungen. Weil es öfters zu Verwechslungen mit Konversions-, Somatisierungs- und hypochondrischen Störungen kommt, werden diese ebenfalls kurz erwähnt.

1.3 Epidemiologie der Angststörungen

Sozial-epidemiologische Untersuchungen liefern Informationen zur Entstehung, Verbreitung und Behandlung von psychischen Störungen. In der epidemiologischen Forschung wird zwischen zwei Häufigkeitsbegriffen bezüglich des Vorkommens einer (psychischen) Störung unterschieden, der Prävalenz und Inzidenz.

Mit *Prävalenzrate* ist das gesamte Vorkommen einer Störung an einem Stichtag (oder innerhalb

eines bestimmten Zeitraumes) pro Anzahl der Bevölkerung gemeint. In der wissenschaftlichen Angstliteratur werden vorwiegend 6-Monats-, 12-Monats- und Lebenszeit-Prävalenzen angegeben. Bis zu einem gewissen Grad lassen Prävalenzraten damit Rückschlüsse zu auf die Dauer einer Störung.

Unter *Inzidenzrate* wird das Neuaufreten einer Störung innerhalb einer bestimmten Zeitspanne pro Anzahl der Bevölkerung verstanden. Inzidenzraten dienen beispielsweise als Berechnungsgrundlage für Neuaufnahmen im stationären Bereich. In diesem Manual sind vor allem Prävalenzraten von Interesse.

Epidemiologische Daten über Angststörungen stammen aus Interviews. Es sind also subjektive Darstellungen, die auf retrospektiven Erinnerungen basieren und mit entsprechenden kognitiv-emotionalen Verzerrungen einhergehen (Essau et al., 1998).

Um das Vorkommen von psychischen und (selektierten) neurologischen Störungen festzustellen, wurden alle 27 EU-Länder sowie Island, Norwegen und die Schweiz in eine großangelegte epide-

miologische Studie einbezogen: Am Ende waren es 30 Länder mit ca. 514 Millionen Einwohnern (Wittchen et al., 2011). Als Bezugsstudie diente eine ähnliche Untersuchung aus dem Jahr 2005 (Wittchen et al., 2005). 19 Untersuchungsausschüsse und zahlreiche länderspezifische Experten arbeiteten mit folgenden epidemiologischen Methoden:

1. Sichtung der einschlägigen Literatur zu Befragungen der Allgemeinbevölkerung,
2. erneute Analysen von bestehenden Datensätzen,
3. Durchführung von nationalen Erhebungen und Anhörung von Experten.

Das Ungewöhnliche und Besondere an dieser großen Studie ist nicht nur das Einbeziehen einiger neurologischer Störungen wie Demenzen, sondern auch die Befragung von Jugendlichen und Senioren. Die Altersspanne der Befragten war somit wesentlich breiter als in bisherigen epidemiologischen Erhebungen. Berücksichtigt wurden außerdem altersspezifische Differenzen sowie die unterschiedlichen Test- und Befragungsmethoden verschiedener Altersgruppen. Komorbiditäten wurden nicht doppelt gezählt.

Tabelle 1: Vorkommen von internalisierenden Störungen, Schlaf- und somatoformen Störungen in Europa (12-Monats-Prävalenzen; Wittchen et al., 2005, 2011)

Diagnosen (DSM-IV)	Expertenbasierte „best estimates“ (%)	Erhoben ab dem Alter von	Geschlechtsverhältnis w : m
Angststörungen insgesamt	14	14+	2,5
Panikstörung	1,8	14+	2,5
Agoraphobie	2,0	14+	3,1
Soziale Phobie	2,3	14+	2,0
Generalisierte Angststörung GAS	1,7 bei 14- bis 65-J., 3,4 bei 66+	14+	2,1
Spezifische Phobie	6,4	14–65	2,4
Zwangsstörung	0,7	18+	1,6
Posttraumatische Belastungsstörung	2,9 bei 14- bis 34-J., 1,3 bei 35- bis 65-J., 1,1 bei 66+	14+	3,4
PTBS			
Affektive Störungen	7,8		
Major (unipolare) Depression	6,9	14+	2,3
Bipolare Depression	0,9	18–65	1,2
Schlafstörungen	7,0	18+	2,0
Somatoforme Störungen (ohne Kopfschmerzen)	4,9	18–65	2,1

Das wichtigste Ergebnis der Untersuchung: Innerhalb eines Jahres erkranken 38,2% der EU-Bevölkerung an einer psychischen Störung (oder an Demenz); betroffen sind etwa 165 Millionen Menschen. Bei Weitem am häufigsten sind Angststörungen. Eine Zunahme von Angststörungen ließ sich *nicht* nachweisen. Im Zeitraum von 2005 bis 2011 blieb das Vorkommen der in Tabelle 1 aufgeführten psychischen Störungen stabil.

Die Generalisierte Angststörung (GAS) und die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) weisen entgegengesetzt verlaufende Altersunterschiede auf.

Mit Ausnahme der Suchterkrankungen, an denen Männer sehr viel mehr erkranken, und der psychotischen Störungen, die ebenfalls etwas häufiger bei Männern vorkommen, sind Frauen 2- bis 3-mal mehr von psychischen Störungen betroffen.

Affektive Störungen sind nach dieser umfassenden Studie die zweithäufigste Störung. Sie werden von der unipolaren Depression dominiert. Erstaunlicherweise weisen ältere Menschen deutlich weniger Depressionen auf als jüngere.

An dritter Stelle stehen somatoforme Störungen wie Somatisierungsstörung, undifferenzierte somatoforme Störung, Schmerzstörung und Hypochondrie. Um eine Doppelzählung angesichts der neuen neurologischen Störung „Kopfschmerzen“ zu vermeiden, wurden sie in dieser Studie nicht zu den somatoformen Störungen gerechnet.

Weniger als ein Drittel der Menschen mit psychischen Störungen werden in irgendeiner Form behandelt.

Ganz offensichtlich wurde *in Europa* das Ausmaß an psychischer (und neurologischer) Erkrankung (Demenz) bislang unterschätzt, so die Schlussfolgerung der Untersucher. Für das 21. Jahrhundert fordern sie mehr Anstrengungen bei der Entwicklung von besseren Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten (Wittchen et al., 2011).

Folgende *Risikofaktoren* sind epidemiologisch belegt:

- Angststörungen kommen bei Frauen häufiger vor. Sie treten auch öfters bei Alleinlebenden, Geschiedenen, Verwitweten und Arbeitslosen auf.
- Die familiäre Belastung ist hoch (hohes Vorkommen von Ängsten, Depressionen und GAS).

- Die Eltern von Personen mit Angststörungen neigen in der Erziehung entweder zu Überbehütung oder zu Zurückweisung.
- Der Alkohol- und Nikotinabusus bei Personen mit Angststörungen ist erhöht.

Epidemiologisch gesicherte *Komorbiditäten*:

- Über 2/3 aller Angstpatienten entwickeln im Laufe ihres Lebens eine weitere psychische Störung.
- Die Komorbiditätsraten sind besonders hoch bei Panikstörung (92 %, oft Agoraphobie) und generalisierter Angststörung (91 %, häufig weitere Angststörungen und Depressionen).
- 50 % der Patienten mit Panikstörung oder generalisierter Angststörung, 60 % mit Zwängen und 20 % mit Phobien haben sogar mindestens 3 (!) zusätzliche psychische Störungen (Lieb et al., 2003).

Angststörungen können im Kindes- und Jugendalter beginnen: Bei 12- bis 13-jährigen Bremer Kindern waren z. B. die Lebenszeit-Prävalenzen für Agoraphobie 2,4 %, bei 14- bis 15-jährigen Jugendlichen 4,9 % und bei 16- bis 17-Jährigen bereits 5,2 % (Essau et al., 1998). Vor allem im Alter von 15 bis 18 Jahren kommt es oft zu Panikanfällen (NCS – Eaton et al., 1994). Im internationalen Vergleich bricht eine Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie meist im Erwachsenenalter Anfang bis Mitte 20 aus, in Deutschland und Korea etwas später: In Deutschland wird das durchschnittliche Alter bei Beginn mit 35,5 Jahren angegeben und in Korea mit 32,1 (Weissman et al., 1997).

1.4 Panikattacken, Panikstörung, Agoraphobie und ihre Besonderheiten

1.4.1 Panikattacken

Panikattacken sind heftige psychophysiologische Zustände mit intensiver Furcht und Unbehagen, die spontan oder in bestimmten Situationen auftreten können. Mindestens 4 oder mehr Symptome des folgenden Kastens kommen dabei vor. Panikattacken gelten nicht als psychische Störung und sind somit auch nicht kodierbar. Kodiert wird jeweils die spezifische Diagnose, bei der Panikattacken vorkommen, z. B. Panikstörung mit Agoraphobie, depressive Störung, kardiologische oder andere körperliche Störungen.

Panikattacke nach DSM-IV (inhaltlich – bis auf die Reihenfolge der Symptome – identisch mit DSM-5)
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. Schwindel, Unsicherheit, Benommenheit oder der Ohnmacht nahe sein
9. Derealisierung (Gefühl der Unwirklichkeit) oder Depersonalisation (sich losgelöst fühlen)
10. Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden
11. Angst, zu sterben
12. Parästhesien (Taubheit oder Kribbelgefühle)
13. Hitzewallungen oder Kälteschauer

Ein panischer Anfall kann plötzlich in einem ruhigen Zustand oder in einem Angstzustand auftreten. Eine Panikattacke unterscheidet sich von aktuell bestehender Angst durch

- die Zeit, die sie braucht, um zum Höchstpunkt der Intensität zu gelangen, und das geschieht innerhalb von Minuten,
- ihre eigenständige Natur,
- ihren größeren, besonders bezeichnenden Schweregrad (DSM-5, APA, 2013).

Mitunter werden bei Panikanfällen auch kulturspezifische Symptome beobachtet wie Tinnitus, Halsschmerzen, Kopfschmerzen, unkontrollierbares Weinen oder Schreien. Sie werden nicht zu den 4 erforderlichen Paniksymptomen hinzugerechnet (DSM-5).

Es gibt nach DSM-5 (APA, 2013) zwei Typen von Panikattacken, erwartete und unerwartete. (Damit wird die Unterteilung in situationsgebundene oder nicht situationsgebundene Ängste aufgegeben.) *Erwartete Panikattacken* haben einen offensichtlichen Auslöser, z. B. Situationen, in denen Panikattacken bereits in bezeichnender Weise vorgekommen sind. *Unerwartete Panikattacken* haben keinen erkennbaren Auslöser zum Zeitpunkt ihres Auftretens (z. B. beim Entspannen oder beim Aufwachen in der Nacht – nächtliche Panikattacke). Kulturspezifische Interpretationen können die Festlegung auf erwartete oder unerwartete Panik-

attacken beeinflussen. Panikattacken sind mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit verbunden, später zu Angststörungen, depressiven Störungen, bipolaren Störungen und anderen Störungen zu führen (DSM-5).

Kriterien für eine Panikattacke nach ICD-10 (als Teil von Panikstörung – F41.0)

- a. Eine Panikattacke ist eine einzelne Episode von intensiver Angst oder Unbehagen.
- b. Sie beginnt abrupt.
- c. Sie erreicht innerhalb weniger Minuten ein Maximum und dauert mindestens einige Minuten.
- d. Mindestens 4 Symptome der unten angegebenen Liste, davon eins von den Symptomen 1. bis 4., müssen vorliegen.

Vegetative Symptome:

1. Palpitationen, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz
2. Schweißausbrüche
3. Fein- oder grobschlägiger Tremor
4. Mundtrockenheit (nicht infolge Medikation oder Exsikkose bzw. Austrocknung).

Symptome, die Thorax und Abdomen betreffen:

5. Atembeschwerden
6. Beklemmungsgefühl
7. Thoraxschmerzen und -missemmpfindungen
8. Nausea oder abdominelle Missemmpfindungen (z. B. Unruhegefühl im Magen).

Psychische Symptome:

9. Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit
10. Gefühl, die Objekte sind unwirklich (Derealisierung) oder man selbst ist weit entfernt oder „nicht wirklich hier“ (Depersonalisation)
11. Angst vor Kontrollverlust, verrückt zu werden oder „auszuflippen“
12. Angst zu sterben.

Allgemeine Symptome:

13. Hitzegefühle oder Kälteschauer
14. Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle.

Ausschlussvorbehalt: Die Panikattacken sind nicht Folge einer körperlichen Störung, einer organischen psychischen Störung (F0) oder einer anderen psychischen Störung wie Schizophrenie und verwandten Störungen (F2), einer affektiven Störung (F3) oder einer somatoformen Störung (F45).

Die Angstsymptome wechseln von Person zu Person. Typisch ist ein Beginn mit Herzklopfen, Schmerzen in der Brust, Erstickungsgefühl und/oder Schwindel. Fast immer stellt sich daraufhin bei den Betroffenen, wie Darwins Fall zeigt, die Befürchtung ein, sie könnten schwer erkrankt sein, in Ohnmacht fallen oder sterben, die Kontrolle über sich verlieren oder durchdrehen (dysfunktionale Grundannahmen).

Nahezu drei Viertel der Symptome des Angstgefühls sind körperlich-vegetativer Natur und unterliegen nicht oder nur ganz wenig der willentlichen Kontrolle, da sie vom autonomen Nervensystem gesteuert werden (vgl. S. 46). Das stärkt den Glauben vieler Angstpatienten daran, körperlich krank zu sein.

Da sich viele Panikattacken nicht auf bestimmte Umstände oder eine besondere Situation beschränken, sind sie häufig auch nicht vorhersehbar. Spontan auftretende Panikanfälle werden in meist vorhersehbarer Weise mit bestimmten Situationen verknüpft (McNally, 1990). Daraufhin steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die betroffene Person künftig flüchtet oder Hilfe sucht.

In der Regel halten Panikanfälle längstenfalls bis zu 30 Minuten an. Meist dauern sie jedoch nur 5 bis 15 Minuten. Selten berichten Panikpatienten, dass ihre panische Angst 40 bis 60 Minuten andauert. Stundenlang anhaltende Angstzustände kommen bei generalisierter Angststörung vor: Die Angsterregung ist jedoch weniger heftig, weshalb diese Zustände zur besseren Unterscheidung als „Angstepisoden“ bezeichnet werden (Basoglu et al., 1992).

Kinder haben noch nicht die notwendige kognitive Reife, um ihre kognitiven und vegetativen Beschwerden bestimmten Gefühlen und Empfindungen zuordnen zu können (Bernstein et al., 2006). Deshalb wird Panik im Kindesalter selten diagnostiziert. 15 % der Befragten gaben im NCS (National Comorbidity Survey) an, über die gesamte Lebensspanne Panikattacken erlebt zu haben. 3 % der 8.000 Befragten hatten im vergangenen Monat eine Attacke gehabt. Das Risikoalter für Panikerleben erstreckt sich von 15 bis 35 Jahren (Eaton et al., 1994).

1.4.2 Panikstörung

Eine Panikstörung wird diagnostiziert, sobald unerwartet spontane, nicht mit einem situativen Aus-

löser verbundene Panikzustände „aus heiterem Himmel“ wiederholt auftreten, gefolgt von der Befürchtung weiterer Panikanfälle über mindestens einen Monat hinweg, mit anhaltender Besorgnis über Begleiterscheinungen oder Konsequenzen der Panikanfälle oder mit deutlichen Verhaltensänderungen als Folge (DSM-5; APA 2013).

Die Paniksymptome sind unter Kapitel 1.4.1 (Kasten, S. 17) aufgeführt. Intensive Furcht und panisches Erleben können sowohl im Ruhezustand als auch bei ängstlicher Erregung plötzlich ansteigen. Es muss sicher sein, dass die Störung nicht Auswirkung eines Substanzmittels (Medikament oder Drogen) ist (DSM-5).

Panikstörung wird auch dann diagnostiziert, wenn über mindestens 4 Wochen oder länger auf wenigstens eine der Attacken entweder

- anhaltende Beunruhigung und die Befürchtung von weiteren Panikattacken oder Sorgen über die Konsequenzen der Panikattacken folgen
- oder signifikantes, unangepasstes Verhalten, das in Beziehung zu den Attacken steht (z. B. Vermeidung von Sport oder unbekannten Situationen), auftritt (DSM-5).

Panikstörung wird diagnostiziert, wenn sich die Auffälligkeiten nicht besser mit einer anderen Angststörung erklären lassen, z. B. Angst vor gefürchteten sozialen Situationen wie bei sozialer Phobie; als Reaktion auf phobische Situationen oder Gegenstände wie bei spezifischer Phobie; als Reaktion auf negative Intrusionen wie bei Zwangsstörung; als Reaktion auf die traumatische Erinnerung bei Posttraumatischer Belastungsstörung oder auf Trennung von nahestehenden Personen wie bei Trennungsangst (DSM-5).

In der Mehrzahl der Fälle beginnt die Panikstörung plötzlich mit höchst dramatisch erlebten Panikattacken; nur bei einigen kommt es allmählich zu heftiger werdenden Panikanfällen. Beginn und Verlauf sind ganz unterschiedlich. In einer eigenen kontrollierten Angststudie an 79 Panikpatienten mit und ohne Agoraphobie (Schmidt-Traub et al., 1995 und 1997) gaben 27 % der Panikpatienten an, ihre Panikanfälle brächen aus heiterem Himmel über sie herein. Bei 21 % begannen sie schleichend. 18 % meinten, ihre Panikstörung würde periodisch unter Stresserleben immer wieder auftreten und in ruhigeren Lebensphasen verschwinden. 24 % waren sich der auslösenden psychosozialen Belastungen bewusst. 10 % hatten einen besonders traumatisierenden Panikanfall nach der Einnahme von Drogen oder

Medikamenten oder hatten häufig Unverträglichkeitsreaktionen. *Nahezu 80 % der Befragten erlebten ihren ersten Panikanfall als erschütterndes Ereignis.*

Der *initiale Panikanfall* hat demnach häufig eine *traumatisierende Wirkung*. Die Folge ist anhaltende Furcht vor einem erneuten Angstanfall. Besonders an „schlechten“ Tagen, an denen sich Panikpatienten psychophysiologisch unwohl fühlen, ist ihre Panikerwartung stärker (Basoglu et al., 1992). Panik entsteht leichter aus einem erhöhten Angstpegel heraus, dessen Ursache noch ungeklärt ist (Basoglu et al., 1992; Margraf et al., 1990; Marks, 1987). In der Praxis berichtet die überwiegende Zahl der Panik- und Agoraphobiepatienten, sie hätten vermehrt Angst am Morgen, ohne sich dies erklären zu können. Wahrscheinlich folgen Panikattacken einem zirkadianen Rhythmus (Basoglu et al., 1992; Kenardy et al., 1992).

Infolge der größeren Akzeptanz von kognitiver Verhaltenstherapie und der besseren Information der Öffentlichkeit über Angststörungen *kommen jetzt viele Panikpatienten sehr viel früher in Behandlung*. Patienten mit unbehandelter Panikstörung und Agoraphobie über eine Dauer von 10 bis 25 Jahren sind seltener geworden. Auf Anraten von Hausärzten, Verwandten oder Bekannten, die ihre Angst erfolgreich überwunden haben, melden sich immer mehr Patienten bereits nach 6 bis 8 Wochen. Sofern der Therapeut seinen Kalender flexibel handhabt und diese Panikpatienten rasch aufnimmt, kann er ihnen oft bereits im Rahmen der probatorischen Gespräche ausreichend helfen.

Panikstörung in reiner Form tritt nur mit einer Wahrscheinlichkeit von 20 bis 30 % auf (Argyle, 1991; Basoglu et al., 1992; Eaton et al., 1994; Margraf et al., 1990; Noyes et al., 1992; Regier et al., 1990, Wittchen et al., 1995). Spontane Panikzustände werden häufiger zu Hause ausgelöst (mehr Muße zum Grübeln?), sind aber vom Erleben her den situativen Panikattacken sehr ähnlich (Basoglu et al., 1992).

Panikstörung und Agoraphobie treten oftmals komorbide auf: Gut 50 % der Fälle von Panikstörung gehen mit Agoraphobie einher (Dick et al., 1994; Eaton, 1994; Regier, 1990). Agoraphobie gilt als Störung mit schwerwiegenderem Verlauf (Horwath et al., 1995; Regier, 1990; Wittchen et al., 1995).

1.4.3 Agoraphobie

Während im DSM-IV mehr Gewicht auf der Bedeutung von Panikanfällen beim agoraphobischen Erleben liegt, wird im ICD-10 der agoraphobische Anteil für bedeutsamer gehalten (Ehlers et al., 1994). Die empirischen Befunde hierzu sind allerdings widersprüchlich (McNally, 1990; Noyes et al., 1992). Nach DSM-5 (APA, 2013, S. 217) ist das besondere Merkmal einer Agoraphobie die intensive Furcht oder Angst vor dem realen oder antizipierten Aufenthalt in einer breiten Auswahl von Situationen wie öffentlichen Transportmitteln, weiten Flächen, eingeschlossenen Räumen, Stehen in Schlangen und Menschenmengen oder alleine von zu Hause weg sein. Beim Erleben von Furcht und Angst haben Betroffene Gedanken, dass etwas Schreckliches passieren könnte. Die Furcht, Angst oder das Vermeiden ist anhaltend und dauert üblicherweise *6 Monate oder länger*.

Agoraphobie ohne Panikstörung oder Panikattacken in der Vorgeschichte sind selten. Phobische Angst ohne Angstanfälle in der Vorgeschichte ist eine phobische Angst mit reduzierter, aber dennoch „panikähnlicher“ *Symptomatik*. Die Betroffenen befürchten, dass Angst vor unvorhersehbaren panikähnlichen Symptomen aufkommen könnte.

In Abhebung von der einfachen, spezifischen Phobie (vgl. S. 29) handelt es sich bei der Agoraphobie um ein *generelles phobisches Syndrom* (Argyle et al., 1991), bei dem verschiedene phobische Ängste zusammen vorkommen.

Merke:

Bei der Differenzialdiagnose von agoraphobischen Ängsten müssen Angstinhalt, Art und Häufigkeit der Panikattacken, Anzahl der gemiedenen Situationen und Angstintensitäten berücksichtigt werden. Außer der Situationsgebundenheit gibt es keine qualitativen Unterschiede zwischen Panikattacken und phobischen Angstanfällen.

Vermeiden: Vermeidungsverhalten ist ein Kernbegriff der Agoraphobie. Betroffene sehen ein, dass ihre Angstsituationen nicht wirklich gefährlich sind, außer, sie erleben gerade panische Angst. Infolge von Meidereaktionen werden sie immer stärker daran gehindert, sowohl ihren Verpflichtungen im Alltag nachzukommen, als auch das Leben zu genießen. Sie suchen nicht mehr alleine Orte auf, weil sie womöglich panikartige Angst in ihnen