



Jürgen Hoyer · Sylvia Helbig · Jürgen Margraf

Diagnostik der Angststörungen

Kompendien

Psychologische Diagnostik

Band 8

HOGREFE



Diagnostik der Angststörungen

Kompendium Psychologische Diagnostik

Band 8

Diagnostik der Angststörungen

von Prof. Dr. Jürgen Hoyer, Dipl.-Psych. Sylvia Helbig
und Prof. Dr. Jürgen Margraf

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Franz Petermann und Prof. Dr. Heinz Holling

Diagnostik der Angststörungen

von Jürgen Hoyer, Sylvia Helbig
und Jürgen Margraf

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN
TORONTO · SEATTLE · OXFORD · PRAG

Prof. Dr. Jürgen Hoyer, geb. 1958. 1977-1984 Studium der Psychologie in Göttingen. Danach therapeutischer Mitarbeiter in der Forensischen Psychiatrie (Landeskrankenhaus Moringen). 1987-1998 Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Hochschulassistent an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt. 1992 Promotion. 1999 Habilitation. 1999 Approbation als Psychologischer Psychotherapeut. Seit 1999 Oberassistent am Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, TU Dresden. Seit 2002 Leiter der Institutsambulanz für Psychotherapie und des Aufbaustudiengangs Psychologische Psychotherapie, TU Dresden.

Dipl.-Psych. Sylvia Helbig, geb. 1978. 1997-2002 Studium der Psychologie in Dresden. Seit 2002 Studentische Hilfskraft in der AG Soziale Phobie am Institut für Klinische Psychologie und seit 2003 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Klinische Psychologie der TU Dresden. Seit 2003 Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin.

Prof. Dr. Jürgen Margraf, geb. 1956. 1975-1982 Studium der Psychologie, Soziologie und Physiologie in München, Brüssel, Kiel und Tübingen. 1986 Promotion. 1983-1986 Research Scholar in Psychiatry and Behavioral Sciences an der Stanford University in Stanford. Danach Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Tübingen und Hochschulassistent an der Universität Marburg. 1990 Habilitation. 1990-1992 Vertretung des Lehrstuhls für Klinische Psychologie an der Universität Münster, dann Wechsel auf eine Professur für Klinische Psychologie an der FU Berlin. 1993-1999 Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der TU Dresden. Seitdem Ordinarius für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Basel und Leiter der dortigen Verhaltenstherapie-Ambulanz.

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar

© 2005 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Toronto • Seattle • Oxford • Prag
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Grafik-Design Fischer, 99423 Weimar
Druck: AZ Druck und Datentechnik GmbH, 87437 Kempten
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt
ISBN 3-8017-1960-X

Vorwort der Herausgeber

Die Methoden der Psychologischen Diagnostik dienen der Erhebung und Aufbereitung von Informationen, um begründete Entscheidungen zu treffen. Heute bietet die Psychologische Diagnostik ein großes Spektrum an Erhebungsverfahren, das von systematischen Ansätzen zur Befragung und Beobachtung bis zum Einsatz psychometrischer Tests und physiologischer Methoden reicht. Immer schwieriger wird die gezielte Auswahl geeigneter Verfahren und die Kombination verschiedener Ansätze im Rahmen einer ökonomischen Diagnosestrategie.

Unsere Buchreihe möchte aktuelles Wissen über diagnostische Verfahren und Prozeduren zur Weiterentwicklung der Psychologischen Diagnostik zusammenstellen. Wir als Herausgeber der Buchreihe erwarten, dass zukünftig die Kompetenzen der Psychologischen Diagnostik verstärkt nachgefragt werden. Es handelt sich hierbei um Basiskompetenzen psychologischen Handelns, denen in den letzten beiden Jahrzehnten im deutschen Sprachraum relativ wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Zukünftig sollten Problemanalysen und Problemlösungen vermehrt auf dieses gut fundierte Fachwissen der Psychologie zurückgreifen.

Die einzelnen Bände dieser Reihe konzentrieren sich jeweils auf spezifische psychologische Themengebiete wie zum Beispiel Affektive Störungen oder Aufmerksamkeit. Durch diese Spezifikation können diagnostische Fragen im Rahmen der einzelnen Themen intensiver als in der Standardliteratur abgehandelt werden. Zudem kann eine engere Verbindung zwischen theoretischen Grundlagen und den diagnostischen Fragestellungen erfolgen.

Diese Reihe möchte dem Praktiker eine Orientierung und Vorgehensweisen vermitteln, um in der Praxis eine optimale Diagnosestrategie zu entwickeln. Kurzgefasste Übersichten über die aktuellen Trends, praxisnahe Verfahrensbeschreibungen und Fallbeispiele erleichtern auf verschiedenen Ebenen den Zugang zum Thema. Ziel der Reihe ist es somit, die diagnostische Kompetenz im Alltag zu erhöhen. Dies bedeutet vor allem

- diagnostische Entscheidungen zu verbessern,
- Interventionsplanungen besser zu begründen und
- in allen Phasen der Informationsgewinnung die Praxiskontrolle zu optimieren.

Unser Anspruch besteht darin, bestehende Routinen der Psychologischen Diagnostik kritisch zu durchleuchten, Bewährtes zu festigen und neue Wege der Diagnostik, zum Beispiel im Rahmen computerunterstützter Vorgehensweisen und neuerer testtheoretischer Ansätze, zu etablieren.

Mit unserer Buchreihe möchten wir in den nächsten Jahren schrittweise und systematisch verschiedene Anwendungsbereiche der Psychologischen Diagnostik bearbeiten. Pro Jahr sollen zwei bis drei Bände publiziert werden, wobei jeder Band zirka 120 bis 150 Druckseiten haben soll. Folgende Bände sind in Vorbereitung:

Forensisch-psychologische Diagnostik
Persönlichkeitsdiagnostik
Sprachdiagnostik
Organisationsdiagnostik

Die Reihe startete mit Fragestellungen der Klinischen Diagnostik und wird sich schrittweise auf andere Gebiete erweitern. Wir wünschen uns hierzu einen intensiven Austausch mit unseren Lesern.

Bremen und Münster, im März 2005

*Franz Petermann
und Heinz Holling*

Inhaltsverzeichnis

1	Angst und Ängstlichkeit	11
1.1	Angst – oder: wie diagnostiziert man ein Gefühl?	11
1.2	Ängstlichkeit und neurobiologische Grundlagen pathologischer Angst	14
2	Abgrenzung von Angst und Angststörungen	17
2.1	Symptom, Syndrom und Störung	17
2.2	Bedeutung von Angststörungen in der Versorgung	22
3	Klassifikation von Angststörungen	24
3.1	Diagnostische Kriterien	24
3.1.1	Panikstörung und Agoraphobie	26
3.1.2	Spezifische Phobien	27
3.1.3	Soziale Phobie	29
3.1.4	Generalisierte Angststörung (GAS)	29
3.1.5	Zwangsstörungen	32
3.1.6	Posttraumatische Belastungsstörung (PTB)	34
3.2	Differenzialdiagnostik von Angststörungen	36
3.2.1	Differenzialdiagnostik im Hinblick auf körperliche Erkrankungen	36
3.2.2	Differenzialdiagnostik im Hinblick auf psychische Störungen	38
3.3	Komorbidität	40
3.4	Kulturelle, Alters- und Geschlechtsunterschiede	41
3.5	Kritik und Perspektiven der kategorialen Angstdiagnostik	44
4	Interviewverfahren zur Diagnostik von Angststörungen	46
4.1	Diagnostische Interviews	46
4.1.1	Internationale Diagnosen Checklisten (IDCL)	46
4.1.2	Diagnostisches Interview für Psychische Störungen (DIPS)	48

4.1.3	Strukturiertes Klinisches Interview für psychische Störungen (SKID-I)	50
4.1.4	Composite International Diagnostic Interview (CIDI/DIA-X)	51
4.2	Störungsspezifische Interviews	53
4.2.1	Clinician Administered PTSD Scale (CAPS)	53
4.2.2	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)	54
5	Selbstbeschreibungsverfahren	56
5.1	Screening-Verfahren	56
5.1.1	Anxiety Screening Questionnaire (ASQ)	57
5.1.2	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-A)	57
5.2	Störungsübergreifende Verfahren zur Angstdiagnostik	59
5.2.1	Beck Angst-Inventar (BAI)	59
5.2.2	State-Trait-Angstinventar (STAI)	60
5.2.3	Angstsensitivitäts-Index (ASI)	61
5.2.4	Weitere störungsübergreifende Verfahren	64
5.3	Agoraphobie und Panikstörung	64
5.3.1	Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (AKV)	65
5.3.2	Panik- und Agoraphobie-Skala (PAS)	66
5.4	Spezifische Phobien	67
5.4.1	Angstfragebogen (FQ)	67
5.4.2	Fear Survey Schedule (FSS-III)	68
5.4.3	Dental Fear Survey (DFS)	68
5.4.4	Fragebogen zur Angst vor Spinnen (FAS)	69
5.4.5	Weitere Verfahren zur Diagnostik Spezifischer Phobien	70
5.5	Soziale Phobie	70
5.5.1	Soziale-Phobie-und-Angst-Inventar (SPAI)	71
5.5.2	Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)	72
5.5.3	Social Phobia Scale (SPS)	73
5.5.4	Skala „Angst vor Negativer Bewertung“ (SANB)	74
5.5.5	Weitere Verfahren zur Diagnostik Sozialer Phobien	75
5.6	Generalisierte Angststörung	75
5.6.1	Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)	76
5.6.2	Worry Domains Questionnaire (WDQ)	76
5.6.3	Metakognitionsfragebogen (MFK)	77
5.7	Zwangsstörungen	78
5.7.1	Hamburger Zwangsinventar (HZI/HZI-K)	78
5.7.2	Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory (MOCI)	79
5.8	Posttraumatische Belastungsstörung	80
5.8.1	Impact of Event-Skala – revidierte Version (IES-R)	80

5.8.2	Fragebogen zu Gedanken nach traumatischen Erlebnissen (PTCI)	81
5.8.3	Posttraumatische-Stress-Skala-10 (PTSS-10)	82
5.8.4	Weitere Verfahren zur Diagnostik Posttraumatischer Belastungsstörungen	82
6	Fremdbeurteilungsverfahren	83
6.1	Hamilton Angstskala (HAM-A)	83
6.2	Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)	84
7	Angstdiagnostik in ausgewählten Anwendungsbereichen	85
7.1	Gesundheitsängste	85
7.1.1	Herzangstfragebogen (HAF)	85
7.1.2	Illness Attitude Scales (IAS)	87
7.1.3	Whiteley-Index (WI)	88
7.2	Angst in spezifischen Leistungssituationen	88
7.2.1	Bühnenangstfragebogen (BAF)	88
7.2.2	Redeängstlichkeitsfragebogen (RÄF)	90
7.3	Fragebogen zur Kriminalitätsfurcht (FKF)	91
8	Physiologische und Verhaltensparameter bei Angststörungen	92
8.1	Psychophysiologische Korrelate bei Angststörungen	93
8.2	Behaviorale Maße und Verhaltenstests bei Angststörungen	96
8.3	Weitere angstrelevante Verfahren	98
8.3.1	Impliziter Assoziationstest (IAT)	99
8.3.2	Stroop Interferenz-Test	99
8.3.3	Trierer Sozialer Stress-Test	100
8.3.4	Verhaltensdiagnostik Sozialer Performanz: Die Ratingskala „Soziale Kompetenz“	100
9	Verhaltensdiagnostik und therapiebezogene Diagnostik	101
9.1	Situative Verhaltensanalyse	101
9.2	Kontextuelle Verhaltensanalyse	104
9.3	Festlegung von Therapiezielen	105
9.4	Verhaltensanalyse und Psychoedukation: Diagnostik als Behandlungsbasis	106
9.5	Ressourcen im Rahmen der Angstdiagnostik	108

10	Anwendungsbeispiel	112
10.1	Fallbeschreibung	112
10.2	Diagnostik und Differenzialdiagnostik	114
10.3	Funktionale Diagnostik und Therapieplanung	114
10.3.1	Fallkonzeption	115
10.3.2	Therapieziele und Therapieplanung	116
10.4	Verlaufsdagnostik und Katamnese	118
11	Angstdiagnostik bei Kindern und Jugendlichen	121
11.1	Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen	121
11.2	Besonderheiten der Angstdiagnostik bei Kindern und Jugendlichen	125
11.3	Strukturierte Interview- und Beobachtungsverfahren	127
11.3.1	Diagnostiksystem für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ)	128
11.3.2	Das Diagnostische Interview für psychische Störungen für Kinder (Kinder-DIPS)	128
11.3.3	Psychopathologisches Befundsystem für Kinder und Jugendliche (CASCAP-D)	129
11.3.4	Beobachtungsmethoden	131
11.4	Fragebogenverfahren	132
11.4.1	Screening-Verfahren	134
11.4.2	Trennungsangst, Panikstörung und Agoraphobie	136
11.4.3	Spezifische Phobien	137
11.4.4	Soziale Phobie	137
11.4.5	Generalisierte Angststörung	138
11.4.6	Zwangsstörungen	140
11.4.7	Posttraumatische Belastungsstörung	141
11.5	Fragebogenverfahren für Leistungs-, Schul- und Prüfungsangst	142
12	Anwendungsbeispiel Angstdiagnostik bei Kindern	146
12.1	Fallbeschreibung	146
12.2	Diagnostik und Differenzialdiagnostik	147
12.3	Funktionale Diagnostik und Therapieplanung	148
12.4	Veränderungsdiagnostik und Katamnese	149
	Literatur	152

1 Angst und Ängstlichkeit

Angst als Grundemotion, Ängstlichkeit als wichtiges differenzialpsychologisches Merkmal, Angststörungen als am weitesten verbreitete psychische Störungen – über alle diese Bereiche ließe sich angesichts ihrer Bedeutung ein eigenes Kompendium der Diagnostik verfassen. Im vorliegenden Band konzentrieren wir uns auf die Angststörungen, wenngleich diese nicht losgelöst von der Emotion Angst und der Disposition Ängstlichkeit zu sehen sind.

1.1 Angst – oder: wie diagnostiziert man ein Gefühl?

Es lässt sich mit physikalischen Methoden eindeutig feststellen, wie gesättigt das Rot einer Polyantha-Rose ist. Ebenso genau lässt sich bestimmen, wie hoch das hohe C oder wie groß eine Nervenzelle ist. Wie stark die Angst eines Menschen in einer spezifischen Situation ist, lässt sich hingegen nicht ohne weiteres beziffern. Warum dies so schwierig ist, versteht man besser, wenn man sich mit einigen typischen Kennzeichen der Angst vertraut macht.

Angst ist mehrdimensional

Angst ist nicht eindimensional. Angst ist eine Emotion und somit nicht nur als gefühlte Erlebnisqualität, sondern als komplexes Reaktionsmuster auf mehreren Ebenen zu verstehen. Die biologische Funktion von Emotionen besteht in der Vorbereitung von Handlungen. Im Falle der Angst geht es um die rasche Reaktion auf Gefahren. Damit sind neben dem Erleben auch das Verhalten und die körperliche Reaktionsbereitschaft integrale Bestandteile der Angst. Die vielfältigen Facetten der Angst werden am häufigsten in drei Bereiche untergliedert, die als relativ selbständige Reaktionssysteme aufgefasst werden:

- subjektive Ebene: das, was wir denken und empfinden,
- motorische Ebene: das, was wir tun (z. B. Kämpfen, Fortlaufen, Erstarren) und
- physiologische Ebene: körperliche Vorgänge, die zum Beispiel mit der Ausschüttung bestimmter Hormone zusammenhängen.

die drei Ebenen
der Angst

Es ist ein wesentliches Problem bei der Diagnostik der Angst, dass die verschiedenen Reaktionsebenen häufig nicht übereinstimmen. Dies wird von Hodgson und Rachman (1974) oder Marks (1987) als „Desynchronie der Angst“ bezeichnet. Es mag zunächst überraschen, dass Menschen manchmal sagen, sie hätten große Angst, aber äußerlich völlig ruhig wirken oder umgekehrt stark zittern und völlig bleich sind, aber gleichzeitig behaupten, sie wären ganz ruhig. Diese mangelnde Übereinstimmung ist nicht der Regelfall, muss aber unter der Zielstellung einer reliablen und validen Angstdiagnostik stets berücksichtigt werden. Eine einfache Lösung für diese Probleme ist nicht in Sicht, da keine der Ebenen auf eine der anderen Ebenen reduziert werden kann (vgl. Lang, 1985). Für eine umfassende Kenntnis von Ängsten ist daher die Beachtung aller drei Ebenen erforderlich, eine Forderung, die in Forschung und Praxis aber oft nicht realisiert wird (Wilhelm & Roth, 2001).

Angst ist subjektiv

Ein weiteres Problem der Angstmessung: Angsterleben ist subjektiv. In der Praxis der Angstdiagnostik werden deshalb alle drei genannten Ebenen der Angst oft über verbale Aussagen der Betroffenen im Fragebogen oder Interview diagnostiziert. Solche Angaben sind jedoch keine getreue Abbildung eines gegebenen, interozeptiven Reizes, den man mit objektiven Methoden messen könnte. Schon für ganz einfache und eindimensionale Stimuli gilt, dass der Organismus kein passiver Empfänger der Information ist, sondern dass alle Sinnes- und Wahrnehmungssysteme aktiv zusammen arbeiten müssen, um einen stabilen Wahrnehmungsinhalt zu erzeugen (Pennebaker, 2000).

**Wahrnehmung
und Mitteilung
von Angst
unterscheiden
sich intra- und
interindividuell**

Die Wahrnehmung eines einzigen Angstsymptoms, wie etwa des Herzklopfens, wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Zu diesen zählen Aufmerksamkeitsprozesse (gibt es Ablenkung, jemanden der beruhigt oder ist man allein), die aktive, schemageleitete Informationssuche (Hypothesen über die Bedeutung des Herzklopfens) oder Prozesse des perzeptuellen Lernens.

Auch die Frage, ob ein einmal wahrgenommenes Symptom überhaupt berichtet wird, unterliegt vielfältigen Einflüssen. Hierzu zählen das Geschlecht (Frauen berichten eher über Angstsymptome) und Persönlichkeits- oder Stimmungsfaktoren wie etwa die negative Affektivität (vgl. Pennebaker, 2000). Ferner können individuelle Tendenzen zur Simulation oder Dissimulation, der Wunsch nach Entlastung oder Behandlung, oder die Furcht vor Stigmatisierung Aussagen über die erlebte Angst beeinflussen.

Die körperlichen Korrelate der Angst machen eine weitere Komplikation wahrscheinlich: Angst wird nicht als „Angst“ wahrgenommen, sondern nur

die mit ihr verbundenen körperlichen Symptome. Dies macht es im Versorgungsalltag oft schwierig, Patienten, deren Symptome eigentlich Ausdruck einer Angststörung sind, auch als solche zu erkennen und sie nicht mit Depressiven, Schlafgestörten oder einfach nur besonders stressgeplagten Menschen zu verwechseln (Hoyer et al., 2001). Das Zusammenspiel der genannten Faktoren erklärt die oft mangelnde Eindeutigkeit in den subjektiven Angaben über Angst und Angstsymptome.

Die geschilderten Probleme machen es aber umso dringlicher, Angstsymptome mit standardisierten und am besten auch normierten Verfahren zu messen. Auf Grund der Vielfältigkeit der Angstphänomene und der großen Verbreitung von Angststörungen sind weltweit mehrere hundert psychometrisch mehr oder weniger gründlich validierte angstdiagnostische Verfahren entwickelt worden (Anthony, Orsillo & Roemer, 2002; Hoyer & Margraf, 2003). Die für die Praxis wichtigsten und am besten bewährten Verfahren werden wir vorstellen.

Die Angstforschung hat schon frühzeitig versucht, Angst nicht nur über subjektive Angaben, sondern auch über valide physiologische Maße zu erfassen. Hierzu zählen etwa die Pulsfrequenz oder der Hautleitwiderstand. Wie solche Maße trotz ihrer hohen situationsabhängigen Schwankungsanfälligkeit für die Diagnostik und Therapieplanung genutzt werden können, soll dargestellt werden. Auch Verhaltenstests der Angst (die gewissermaßen die motorische Ebene abdecken) werden im Überblick vorgestellt.

Angst ist flüchtig

Eine letzte und ebenfalls wichtige Schwierigkeit der Angstdiagnostik ist, dass Angst meist eine kurz andauernde Reaktion darstellt. Sie kann nach wenigen Sekunden wieder verflogen sein. Auch *wann* sie sich *wie stark* einstellt, also ihr Verlauf, bildet ein wichtiges Merkmal.

So zeigen die bekannten Studien zur Kontingenz von Angstreaktion und Angstsituation von Epstein (z. B. Fenz & Epstein, 1967), dass sich Angsterleben und physiologische Angstreaktion zwischen erfahrenen und unerfahrenen Fallschirmspringern deutlich unterscheiden. Das gilt nicht nur für die Höhe der Angstreaktion (die physiologische Erregung bei den unerfahrenen Springern ist insgesamt höher), sondern auch für ihren Verlauf: Zwar ist das Angstempfinden in beiden Gruppen ähnlich stark ausgeprägt, aber die erfahrenen Springer erleben die intensivste Angstempfindung in der Nacht vor dem Sprung, während die unerfahrenen Springer die stärkste Angst erst unmittelbar bei dem Signal zum Sprung erleben. Dies zeigt zum einen die Rolle der Erfahrung bei der Intensität der (physiologischen) Angstreaktion und bei der Bewältigung der Angst, zum anderen aber auch die Verlaufs-

abhängigkeit und hohe Variabilität der Angst: Die Frage, wie viel Angst Fallschirmspringer vor dem Absprung erleben, ist also ohne die Erfassung der Dauer und vor allem des zeitlichen Verlaufs der Angst nicht sinnvoll zu beantworten.

Ängste sind klinisch bedeutsam, wenn sie das Leben beeinträchtigen

Ein ähnliches Beispiel sehen wir bei der Prüfungsangst. Unmittelbar vor der Prüfung haben wohl die meisten Prüflinge intensive Angst. Für die *klinische Bedeutung* der Angst ist dementsprechend etwas anderes entscheidend, nämlich die Frage, ob die Angst während der Prüfung auf einem hohen Niveau bleibt und deshalb die Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Für die im Folgenden im Vordergrund stehenden Angststörungen ist oft genau dieses der Fall: die Angst hält an und wird dadurch zu einer Beeinträchtigung.

Schwierigkeiten bei der Diagnostik der Angst

- Angst ist multidimensional
- Angst ist subjektiv
- Angst ist zeitlich variabel

Diese kurzen Ausführungen machen insgesamt bereits deutlich, dass die Probleme bei der Diagnostik der Angst und der Angststörungen zunächst in der Natur des Phänomens selbst und in den vielfältigen psychologischen Determinanten der Wahrnehmung und der Mitteilung von Angst begründet liegen. Dies macht es umso schwieriger, psychometrisch befriedigende und in Forschung und Therapie gut einsetzbare Methoden zu finden, so dass dieses Gebiet zu den besonders anforderungsreichen, aber auch faszinierenden Themen der Diagnostik gehört.

1.2 Ängstlichkeit und neurobiologische Grundlagen pathologischer Angst

Angst als Zustand vs. als Eigenschaft

Menschen unterscheiden sich in der Tendenz, Situationen als potenziell gefährlich wahrzunehmen und mit starker Angst zu reagieren. Dieser zeitlich überdauernde Aspekt der Angst wurde als Eigenschafts-Angst (trait anxiety) oder Ängstlichkeit beschrieben und dem Konzept der Zustands-Angst (state anxiety) gegenübergestellt.

Erhöhte Ängstlichkeit ist für ätiologische Modelle pathologischer Angst und für das Verständnis ihrer neurobiologischen Wurzeln von großer Bedeutung.

Im klassischen Persönlichkeitsmodell von Eysenck (1981) ist neben der bipolaren Dimension Extraversion-Introversion der so genannte Neurotizismusfaktor die zweite wesentliche Dimension der Persönlichkeit. Ängstlichkeit wird durch eine bestimmte Kombination dieser beiden Faktoren konstituiert, nämlich durch eine hohe Erregungssensibilität des autonomen Nervensystems (= hoher Neurotizismus) und durch hohe kortikale Erregung (= hohe Ausprägung von Introversion).

Für die heutige neurobiologisch orientierte Forschung zur Angst ist das – mit Eysencks Annahmen jedoch durchaus kompatible – Modell von Gray (1982) zum Verhaltenshemmsystem (Behavioral Inhibition System, BIS) wichtiger, da es konkrete Angaben zu neurobiologischen Substraten der Angst macht und sich auf eine Vielzahl von Forschungsbefunden stützen kann. Danach wirken auf das BIS drei Klassen von Stimuli ein: Bestrafung, Nichtbelohnung und neuartige Stimuli. Auf diese reagiert das System mit drei Reaktionen:

- andere gleichzeitige Reaktionen werden gehemmt,
- das Erregungsniveau steigt und
- die Aufmerksamkeit wird vermehrt auf die Umwelt gerichtet.

Eine Aktivierung des BIS bedeutet Angst.

Die Suche nach den neuronalen Substraten des BIS stützte sich vor allem auf verhaltensbiologische und pharmakologische Studien und zeigte die große Bedeutung des septo-hippokampalen Systems (Hippocampus und Septumkerne). Läsionen dieses Systems führten bei Versuchstieren zu ähnlichen Reaktionen, wie sie auch durch Anxiolytika hervorgerufen werden. Umgekehrt konnte gezeigt werden, dass eine Aktivierung des septo-hippokampalen Systems durch noradrenerge und serotonerge Transmitter vermittelt wird, die generell bei Angst und Stress eine große Rolle spielen.

Weniger als Persönlichkeitsmerkmal, denn als genetisch determinierte Temperamentsausprägung ist die von Kagan (1989; Kagan & Snidman, 1999) beschriebene „Verhaltenshemmung“ (Behavioral Inhibition) zu verstehen. Kagan fand bei Zweijährigen ein charakteristisches Verhaltensmuster, wenn sie mit neuartigen Situationen oder Fremden in Kontakt gebracht wurden: Sie zogen sich zurück, suchten Schutz bei jemandem, den sie kannten, sahen ängstlich aus und stellten ihr Spielverhalten ein; sie sprachen und lächelten nicht. Während ca. 15 bis 20 % der Kinder konsistent dieses Muster zeigte, reagierte eine größere Gruppe (30 bis 35 %) konträr auf die gleiche Situation, indem sie spontan Kontakt aufnahm, sprach und lächelte. Da diese Verhaltensmuster bei ca. 75 % der Kinder über Jahre hinweg eine große Stabilität zeigten, nimmt Kagan an, dass es sich bei der Behavioral Inhibition um ein genetisch determiniertes Temperament handelt. Dies sei nicht dimensional mehr oder weniger gegeben, sondern eine qualitativ

„Behavioral
Inhibition
System“ BIS

Behavioral
Inhibition als
frühkindliche
Verhaltens-
hemmung