

VERHALTENSTHERAPIE & VERHALTENSMEDIZIN

ISSN 1865-9985 · ISBN 978-3-95853-890-0

44. Jahrgang · 2023 · Heft 1/2

Herausgegeben von
Matthias Backenstraß und Peter Fiedler

Themenheft: Angststörungen

Hoyer, J. & Knappe, S.
Multimodale Status- und Verlaufsdiagnostik
bei Angststörungen

Knappe, S., Rosendahl, J., Weidner, K. & Martini, J.
Peripartale Angst-, Zwangs- und traumaassoziierte
Störungen: Ein Überblick zu Phänomenologie,
Diagnostik und Therapie

Jungmann, S. M. & Sauer, K. S.
Pathologische Krankheitsängste: Symptomatik,
Diagnostik, Pathogenese und Behandlung

Vormittag, I. & Demal, U.
Therapie der Sozialen Angststörung (Sozialen Phobie)

Fischer, Ch.
Die Trennungsangststörung: Eine Angststörung
über die gesamte Lebensspanne

Weber, P. A.
Schulangst – Möglichkeiten von Diagnostik
und Therapie

Stangier, U.
Prozessbasierte Therapie der Sozialen Angststörung

Muschalla, B.
Differentialdiagnostik und Behandlungsgrundsätze
bei arbeitsbezogenen Ängsten

Eichenberg, Ch.
Angststörungen im Kontext digitaler Medien

Leidig, S.
Einführung in die metakognitive Therapie der
generalisierten Angststörung



Wolfgang Hoefert,
Christoph Klotter (Hrsg.)

Gesundheits- ängste

nur noch als
ebook
verfügbar



Dieses Buch widmet sich einem Paradox, welches darin besteht, dass sich der objektive Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessert und die Lebenserwartung erhöht haben, dass aber die Sorgen und Ängste um die eigene Gesundheit beständig wachsen. Einige Fachleute führen dies auf die Vermehrung von Angstdiagnosen, auf eine Angst fördernde Medienberichterstattung oder auf allgegenwärtige und von wirtschaftlichen Erwägungen getragene Vorsorgemaßnahmen zurück, während andere Fachleute dies mit einer Zunahme hypochondrischer Neigungen begründen.

Systematisch werden in diesem Buch zunächst jene Gesundheitsängste untersucht, die sich auf Bedrohungen aus der Umwelt (Schadstoffe in der Luft und in der Nahrung, Strahlenexposition u.a.) beziehen, und sodann die existentiellen körperbezogenen Gesundheitsängste wie die Angst vor Krebs, vor einem Versagen des Herz-Kreislaufsystems oder der Atmung. Daneben werden spezifischere Gesundheitsängste wie jene vor Ansteckungen oder vor Verletzungen thematisiert, welche häufig einen phobischen Charakter annehmen können.

Dabei zeigt sich, dass die objektive Risikowahrscheinlichkeit einer Erkrankung häufig überschätzt wird und dass ein gegenwärtiges Zeitphänomen offenbar in dem mangelnden Vertrauen in die Selbstregulationsfähigkeit des Körpers besteht. Stattdessen vertrauen wir mehr auf Medieninformationen über Erkrankungsrisiken oder auf medizinische Testwerte.

Die Autorinnen und Autoren dieses Buches sind ausgewiesene Fachleute in der allgemeinen Medizin, Umweltmedizin, Gesundheits- und Ernährungspsychologie sowie in der Verhaltenstherapie.

324 Seiten
ISBN 978-3-89967-755-3 **30,00 €**

eBook
ISBN 978-3-89967-755-3 **24,00 €**

Alle Preise inkl. MwSt.



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich/Westfalen

+49 (0) 5484-308
✉ pabst@pabst-publishers.com
🌐 www.pabst-publishers.com

VERHALTENSTHERAPIE & VERHALTENSMEIZIN (V&V)

44. Jahrgang · 2023 · Heft 1/2

Themenheft: Angststörungen

- 2 Impressum
- 5 Editorial
- 7 *Jürgen Hoyer & Susanne Knappe*
Multimodale Status- und Verlaufsdiagnostik bei Angststörungen
- 26 *Susanne Knappe, Jenny Rosendahl, Kerstin Weidner & Julia Martini*
Peripartale Angst-, Zwangs- und traumaassoziierte Störungen:
Ein Überblick zu Phänomenologie, Diagnostik und Therapie
- 49 *Stefanie Maria Jungmann & Karoline Sophie Sauer*
Pathologische Krankheitsängste:
Symptomatik, Diagnostik, Pathogenese und Behandlung
- 73 *Isabella Vormittag & Ulrike Demal*
Soziale Angststörungen: Diagnostik und Therapie
- 84 *Christian Fischer*
Die Trennungsangststörung:
Eine Angststörung über die gesamte Lebensspanne
- 121 *Pia Anna Weber*
Schulangst – Möglichkeiten von Diagnostik und Therapie
- 141 *Ulrich Stangier*
Prozessbasierte Therapie der Sozialen Angststörung
- 156 *Beate Muschalla*
Differentialdiagnostik und Behandlungsgrundsätze bei arbeitsbezogenen
Ängsten
- 172 *Christiane Eichenberg*
Angststörungen im Kontext digitaler Medien
- 200 *Stefan Leidig*
Einführung in die metakognitive Therapie der generalisierten Angststörung
- 222 Mitteilungen der SGVT
- 223 Mitteilungen der DVT
- 225 Ankündigungen
- 226 Rezension
- 228 Interessante Neuerscheinungen

VERHALTENSTHERAPIE & VERHALTENSMEIZIN (V&V)

MITTEILUNGSORGAN:

Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (dvt)
Schweizerische Gesellschaft für kognitive Verhaltenstherapie (SGVT SSTCC)

HERAUSGEBER:

Matthias Backenstraß

MITHERAUSGEBER:

Georg W. Alpers
Willi Ecker
Peter Fiedler
Kristin Härtl
Bernhard Kulzer
Astrid Müller
Reinhard Pietrowsky
Hans Reinecker
Eckhard Roediger

REDAKTION:

Matthias Backenstraß, Stuttgart
Reinhard Pietrowsky, Düsseldorf
Hans Reinecker, Bamberg

EDITORIAL BOARD:

Michael Ascher, Philadelphia
Jürgen Bengel, Freiburg
Gerhard Bühringer, München
Josef Egger, Graz
Ulrike Ehlert, Zürich
Roman Ferstl, Kiel
Thomas Fydrich, Berlin
Martin Hautzinger, Tübingen
Dirk Hellhammer (†), Trier
Michael Hüppe, Lübeck
Frederik H. Kanfer (†), Champaign
Uwe Koch, Hamburg
Thomas Köhler, Hamburg
Birgit Kröner-Herwig, Göttingen
Andreas Kruse, Heidelberg
Ilse Kryspin-Exner, Wien
Herbert Mackinger, Salzburg
Karin Münzel, München
Bernhard Osen, Bad Bramstedt
Franz Petermann (†), Bremen
Walter Pieringer, Graz
Manfred Spitzer, Ulm
Harald Traue, Ulm
Brunna Tuschen-Caffier, Freiburg
Hans-Georg Zapotoczky (†), Graz
Dirk Zimmer, Tübingen

VERHALTENSTHERAPIE & VERHALTENSMEIZIN (V&V) ist eine interdisziplinäre Fachzeitschrift für WissenschaftlerInnen und wissenschaftlich interessierte PraktikerInnen. V&V veröffentlicht Beiträge, die einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung unseres Wissens über die Entstehung, den Verlauf und die Behandlung psychischer Störungen sowie verhaltenstherapeutisch und verhaltensmedizinisch relevanter Problemstellungen leisten. Bei V&V eingereichte Beiträge werden in einem anonymisierten Peer-Review-Verfahren geprüft. Neben Überblicksarbeiten, die den Forschungsstand zu einem spezifischen Themengebiet umfassend aufarbeiten, und Originalarbeiten sind auch kurze und prägnante Forschungsberichte sowie Falldarstellungen erwünscht. Darüber hinaus ist die Veröffentlichung praxisnaher Berichte und Materialien ein besonderes Anliegen der Zeitschrift. Ferner werden in regelmäßigen Abständen Beiträge zur Fortbildung für PsychotherapeutInnen aufgenommen.

Indexed in *PsychInfo*, *Psyndex*, *Infoconnex* (full text), *Scopus*

ADRESSE DES HERAUSGEBERS:

Prof. Dr. Matthias Backenstraß
 Klinikum Stuttgart
 Institut für Klinische Psychologie –
 Zentrum für Seelische Gesundheit
 Krankenhaus Bad Cannstatt
 Prießnitzweg 24
 D-70374 Stuttgart
 Telefon +49 711 278-22901
 Telefax +49 711 278-22915
 E-Mail:
 backenstrass@pabst-publishers.com

ADRESSE FÜR EINSENDUNGEN VON
TAGUNGS-/KONGRESSKALENDERN,
VEREINSMITTEILUNGEN ETC.:

Prof. Dr. Reinhard Pietrowsky
 Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
 Klinische Psychologie
 Universitätsstraße 1
 D-40225 Düsseldorf
 Telefon +49 211 811-2140
 Telefax +49 211 811-4261
 E-Mail: r.pietrowsky@uni-duesseldorf.de

ADRESSE FÜR DIE ZUSENDUNG
VON REZENSIONEN:

Fabian Gümüşdagli
 Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
 Universitätsstraße 1
 D-40225 Düsseldorf
 Telefon +49 157 37 36 43 06
 E-Mail: fabian.guemuesdagli@hhu.de

ADRESSE FÜR DIE ZUSENDUNG
VON BEITRÄGEN FÜR DIE RUBRIK
„SCHEMATHERAPIE“:

Dr. Eckhard Roediger
 Institut für Schematherapie – Frankfurt
 Frauenlobstraße 64
 D-60487 Frankfurt am Main
 E-Mail: kontakt@eroediger.de

VERLAG:



PABST SCIENCE PUBLISHERS
 Eichengrund 28
 D-49525 Lengerich
 Telefon +49 5484 308
 E-Mail: pabst@pabst-publishers.com
 Internet: www.pabst-publishers.com
 www.psychologie-aktuell.com

ADMINISTRATION:

Karin Moenninghoff
 E-Mail:
 moenninghoff@pabst-publishers.com

ERSCHEINUNGSWEISE:

Vierteljährlich zum Quartalsende

PREISE:

Jahresabonnement: € 38,- | CHF 69,-
 Einzelheft: € 11,- | CHF 20,-
 Doppelheft: € 22,- | CHF 40,-
 Ein Abonnement ist jederzeit zum
 Jahresende kündbar.

BANKVERBINDUNG:

IBAN: DE58 2658 0070 0709 7724 01
 BIC: DRESDEFF265

HERSTELLUNG:

Bernhard Mündel
 E-Mail: muendel@pabst-publishers.com

DRUCK:

booksfactory.de

Ausführliche **AutorInnen-Hinweise** zu VERHALTENSTHERAPIE & VERHALTENSMEIZIN
 (V&V) finden Sie im Internet unter <http://www.psychologie-aktuell.com/vuv>

*James Morgan, Thomas Friis Sogaard,
Alfred Uhl (Eds.)*

Normalisation re-visited: Drugs in Europe in the 21st century

For nearly thirty years the normalisation perspective has enlivened academic discourse and seen ripples of influence go further into media, politics, and popular understandings of drugs. The normalisation thesis advanced the idea that for many young people drug use might be an unremarkable part of growing up rather than a sign of deep pathology, and a leisure option to be rationally selected alongside other hedonistic and somewhat edgy pursuits. While cannabis might be the drug most associated with normalised drug use, the normalisation perspective was also closely tied to a rave scene powered by synthetic stimulants and psychedelics.

The social place of drugs goes beyond factors related to individuals and their access to drugs as well as their tendencies to try drugs or to use them more frequently. Normalisation also relates to the extent that those who do not use drugs tolerate various forms of drug use amongst their friends, acquaintances, colleagues and family members as well as wider society. How are drug talked about in the news media, on social media, in films, on Netflix productions and in politics, and how has since been changing in the last three decades? The early scholarship focused on the situation in the United Kingdom, subsequent research, including much that is contained in this book, has broadened its scope to understanding the social place of drug use across Europe.



This addition to the series of books produced by the European Society for Social Drug Research (ESSD) explores the social situation of drug use in Europe through a collection of chapters which feature both recent empirical research and essays theorising the status and nature of normalised drug use in Europe. While the original normalisation research told us how the status of drug use in the 1980s and 1990s was different to that of the 1960s and 1970s, this book adopts a critical and European focus to ask what has happened since then, moving the beyond the original centres of normalised drug use, and asking what normalisation means, and what the implications of this paradigm for understanding drug use might be.

164 pages

ISBN 978-3-95853-884-9

20.00 €

eBook

ISBN 978-3-95853-885-6

10.00 €

Incl. VAT



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich/Westfalen

+49 (0) 5484-308
pabst@pabst-publishers.com
www.pabst-publishers.com

EDITORIAL

MATTHIAS BACKENSTRAB^{1,2} & PETER FIEDLER²

¹ Institut für Klinische Psychologie, Klinikum Stuttgart

² Arbeitseinheit für Klinische Psychologie und Psychotherapie,
Psychologisches Institut, Universität Heidelberg

Wir schätzen uns glücklich, dass es gelungen ist, ein Themenheft mit aktuellen Übersichtsarbeiten zu Angststörungen zusammenzustellen.

Angsterkrankungen stellen mit Blick auf die Studienlage mit einer Zwölf-Monats-Prävalenz von 13 Prozent bis 15 Prozent und bei etwa 60 bis 62 Millionen Betroffenen die häufigsten psychischen Störungen in der Europäischen Union einschließlich Schweiz und Island dar. Und mit aggregierten Kosten bis zu 75 Milliarden Euro waren die Angststörungen (so im Jahr 2012 nach Berechnungen unterschiedlicher Gesundheitsministerien) nach den affektiven Störungen, den Demenzen und den Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis die viertteuersten psychischen Erkrankungen der Europäischen Union. Und einer Erhebung der WHO (2017) zufolge nahmen die Angststörungen weltweit den sechsten Rang ein, was auf eine hohe Chronizität dieser Störungsgruppe hindeutet.

Im Mittelpunkt der Arbeiten dieses Themenheftes steht die Erkenntnis, dass die Entstehung der Angststörungen trotz ihres hohen Vorkommens nicht nur biologisch, sondern vorrangig umweltbedingt und psychosozial mitbedingt ist, zumal Forscher eine Heritabilität nur

recht grob zwischen 30 und 70 Prozent schätzen. Insofern gelten Lernprozesse aus psychologischer Sicht nach wie vor als die wichtigsten und am besten untersuchten Faktoren bei der Entstehung von Angststörungen, wie dies eindrücklich wohl in allen Beiträgen dieses Heftes dokumentiert wird. Im Mittelpunkt vieler Annahmen, die sich empirisch immer wieder gut absichern ließen, steht die familiäre Transmission, wonach sich die Ausbildung einer psychischen Angststörung vor allem durch Überbehütung und Lernen am Modell erklären lässt, wenn auch nicht nur. Zusätzlich spielen auch Umwelteinflüsse wie Traumata und akuter oder chronischer Stress eine wichtige zusätzliche Rolle, die vielfach zu einem überzogenen Sicherheitsverhalten, zu einer nicht immer hilfreichen Gedankenunterdrückung oder zu ungünstigem Vermeidungsverhalten führen.

Wir hoffen nun sehr, dass angesichts der Zusammenstellung der Beiträge dieses Themenheftes die Leser eine in der Tat hochaktuelle wie gleichermaßen spannende Lektüre erwartet. Dies nicht zuletzt auch, weil einige Themen aufgegriffen werden, die top-aktuell sind (wie arbeitsbezogene Ängste und jene im Kontext digitaler Medien) sowie Angst-

störungen, die erst in den vergangenen Jahren den Weg in die Diagnose-Systeme bis hin zur ICD-11 gefunden haben (wie beispielsweise die Trennungsangst-Störungen oder spezifische Ängste bereits in der Kindheit wie offenkundig zunehmende Ängste vor Schule und Unterricht).

Schließlich bedanken wir uns bei allen Autorinnen und Autoren, die stets bereit waren, auf Vorschläge unsererseits zur Optimierung ihrer Arbeiten einzugehen – übrigens, ohne dass es auch nur einmal Widerspruch oder Protest gegeben hätte.



PROF. DR. MATTHIAS BACKENSTRAß
*INSTITUT FÜR KLINISCHE PSYCHOLOGIE
ZENTRUM FÜR SEELISCHE GESUNDHEIT
KLINIKUM STUTTGART
PRIESSNITZWEG 24
D-70374 STUTTGART
E-MAIL:
m.backenstrass@klinikum-stuttgart.de*



PROF. DR. PETER FIEDLER
*BERGSTRASSE 84
D-69121 HEIDELBERG
E-MAIL: peter.fiedler@psychologie.
uni-heidelberg.de*

MULTIMODALE STATUS- UND VERLAUFSDIAGNOSTIK BEI ANGSTSTÖRUNGEN

JÜRGEN HOYER¹ & SUSANNE KNAPPE²

¹ Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie,
Technische Universität Dresden

² Evangelische Hochschule Dresden

ZUSAMMENFASSUNG: In der vorliegenden Übersichtsarbeit stellen wir eine Systematik kategorialer und dimensionaler diagnostischer Zugänge für Angststörungen vor. Sie umfasst Eingangs-, Prozess- und Verlaufsdagnostik sowie Ausgangsdagnostik und Katamnese. Wir nehmen auf die mit dem ICD-11 vorgenommenen Änderungen Bezug, einschließlich der neu definierten Störungsbilder Selektiver Mutismus und Trennungsangststörung, und gehen auch auf ausgewählte Syndrome ein, die für die Verhaltensmedizin Bedeutung haben, wie Iatrophobie, Tokophobie oder Sturzangst. Für die Behandlungsplanung und -bewertung unterbreiten wir Vorschläge für die Diagnostik der Angstsymptomatik auf allen Qualitäten des Erlebens und Verhaltens, einschließlich der für die einzelnen Angststörungen spezifischen Befürchtungen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Angststörungen, Angstdiagnostik, ICD-11, Krankheitswertigkeit, Alltagsängste

MULTIMODAL STATE- AND PROGRESS-RELATED DIAGNOSTICS IN ANXIETY DISORDERS

ABSTRACT: In this narrative review, we describe a systematic approach to diagnosing anxiety disorders and their severity on the categorical and dimensional level. We cover all stages of clinical assessment including initial evaluation, treatment course, outcome evaluation and follow up. We take the changes in ICD-11 into account, referring particularly to the new diagnostic categories of selective mutism and separation anxiety disorder. In addition, we discuss selected syndromes with specific importance for behavior medicine like iatrophobia, tokophobia or fear of falling. With respect to treatment planning and evaluation, we propose multimodal assessment comprising physiological, emotional, and cognitive indicators of behavior, and also the specific anxious apprehensions typical for each of the anxiety disorders.

KEYWORDS: anxiety disorders, anxiety diagnostics, ICD-11, diagnostic threshold, every day anxieties

1

MULTIMODALE STATUS- UND VERLAUFSDIAGNOSTIK BEI ANGSTSTÖRUNGEN

„Ängste“ erreichen in der medialen Darstellung hohe Aufmerksamkeit, zumeist in Form von vielfältigen negativen, meist eher gesellschaftlichen und umweltbezogenen Szenarien. Beispiele der letzten Jahre umfassten Begriffe wie „Kriegsangst“ oder Angst vor Inflation, vor Impfschäden oder vor unkontrollierter Einwanderung in das Sozialsystem. Dabei ist aber dringend zu beachten, dass die Begriffe „Angst“, „Ängste“, „Panik“ hier in einem medial aufbereiteten Kontext und nur mit losem Bezug zur fachlich-klinischen Nomenklatur verwendet werden. Ihr zuweilen inflationärer Gebrauch hat nichtsdestotrotz eine Funktion und Konsequenzen. Menschen fühlen sich angesprochen, identifizieren sich mit den Themen oder fühlen sich betroffen. „Zukunftsängste“ gelten als wichtigster Stressor bei Jugendlichen, das zeigen Ergebnisse einer weltweiten Studie (Schnitzer et al., 2023). Ein solcher Stressor kann aber auch Anlass oder Katalysator sein für eine gesunde und entwicklungsfördernde Auseinandersetzung mit Angst (Pinquart, 2003; Seiffge-Kranke, 2023).

Auch „Ängste“, denen mitunter eine von der medialen Berichterstattung getriebene Gefühlsansteckung zugrunde liegt und die nur vorübergehender Natur sind, verdienen Aufmerksamkeit und eine kompetente fachliche Einordnung. Sie sind abzugrenzen von krankheitswertiger Angst, einschließlich übermäßigem Bemühen um Rückversicherung und Vermeidung (Buchsbaumer, 2005): Angstsyndrome sind dann klinisch relevant, wenn sie zeitlich überdauern, in Anbetracht der real gegebenen Gefahr als überzogen anzusehen sind und wenn sie den Alltag der Betroffenen und ihre Funk-

tionsfähigkeit substantiell beeinträchtigen. Der Begriff „Furcht“ wird scheinbar synonym verwendet, bezeichnet jedoch eher eine umgrenzte, spezifische Angst vor einem Objekt oder einer Situation, während „Angst“ eher unbestimmt, weniger umgrenzt auftritt. Angst und Furcht gehen mit ähnlichen Verhaltensmerkmalen einher.

Die Praxis der Diagnostik bei Angststörungen umfasst daher das Feststellen einer Angststörung (bzw. anderer psychischer Störungen), also die kategoriale Status-Diagnostik zu Therapiebeginn. Sie ist zugleich eingebettet in die Erhebung biografischer und störungsbezogener Informationen. Mittels dimensionaler diagnostischer Methoden werden darüber hinaus positive und negative Entwicklungen im Bereich der Symptomatik (Verlaufsdagnostik), des Therapieprozesses (Prozessdiagnostik) erhoben und eine fortlaufende Ergebnisevaluation vorgenommen, die möglichst eine Katamnese miteinschließt. Die Diagnostik von Angst- (und anderen psychischen) Störungen erfordert also eine Befunderhebung auf mindestens drei Ebenen:

- 1) auf klinischer Ebene: Symptom, Syndrom, Diagnose,
- 2) auf quantitativer Ebene: Interviews, Screenings, Symptomfragebögen, Verhaltensproben (Behavioral Tasks), etc.,
- 3) auf zeitlicher Ebene (Verlaufsdagnostik): Prä-, Intermediate-, Post-Messungen.

Auf klinischer Ebene interessieren die Qualitäten des Verhaltens: Welche Gedanken (Befürchtungen, Erwartungen) sind in der angstbesetzten Situation oder mit dem angstbezogenen Reiz assoziiert? Welche physiologischen (körperlichen) Reaktionen werden erlebt (Herzrasen oder -stolpern, Atemnot, schwitzen, zittern, Schwindel, Übelkeit, Schmerzempfindungen in Bauch oder Kopf,

Harndrang etc.)? Nicht alle Betroffenen benennen diesen Zustand als „Angst“, finden also andere Bezeichnungen wie „ich werde nervös“, „dann kommt dieses komische Gefühl“, mitunter wird eher eine diffuse Unruhe oder auch Ekel berichtet. Beobachtbar von außen sind am ehesten motorische Verhaltensweisen wie Erstarren oder vermeidendes Verhalten (weggehen oder -laufen; sitzen statt stehen) oder mehr oder minder paradoxe Sicherheitsverhaltensweisen (z. B. Tragen eines langärmeligen Oberteils auch bei hohen Temperaturen, um das Schwitzen vor anderen zu verbergen).

FALLBEISPIEL FRAU B.

Die 29-jährige Frau B. stellt sich ihrem Hausarzt vor. Sie berichtet, dass sie sich im Beruf und im Alltag mit zwei sehr kleinen Kindern häufig überfordert fühle und in der Vergangenheit zwei „schwere Panikattacken, wie aus dem Nichts“ erlebt habe, einhergehend mit Kribbelgefühlen in den Händen und im Gesicht, Hitze wallungen und einem Gefühl der Schwere auf der Brust sowie dem Gefühl, nicht einatmen zu können, bis zur Hyperventilation. Sie stehe dann in solchen Momenten „völlig neben sich“ und frage sich „passiert mir das gerade?“. Bei der ersten Attacke habe ihr Ehemann noch den Notarzt gerufen. Nach kurzem stationären Aufenthalt ohne überzeugenden Befund habe man Frau B. angeraten, den Hausarzt aufzusuchen, womöglich „sei das was Psychisches“, und überhaupt wäre es gut, die Beschwerden „weiter zu beobachten“. Allerdings geht Frau B. ungern zum Arzt, aus Sorge vor einem positiven Befund. Zwar sei sie mit Ausnahme einfacher Infekte meist gesund gewesen; doch in der zweiten Schwangerschaft habe sie Vorsorgeuntersuchungen als belastend empfunden: bei den Blutdruck-Kontrollen wurde mehrfach „ein hoher Wert“ festge-

stellt und der Verdacht einer Präeklampsie wurde genannt. Sie sollte daraufhin zuhause ihren Blutdruck auch selbst kontrollieren und die Untersuchungsabstände wurden verkürzt. Letztlich wurde der Verdacht nicht bestätigt, aber die erhöhte Aufmerksamkeit auf sie bzw. ihre körperlichen Symptome erinnert Frau B. als sehr unangenehm. Daher zögert sie nun, den Hausarzt aufzusuchen und hofft, die Angstattacke wiederhole sich nicht.

Je mehr Frau B. hofft, eine weitere Attacke möge ausbleiben, und sie versucht, sich fortlaufend zuzureden, dass „schon alles gut wird“, umso häufiger kreisen ihre Gedanken um die Angst. Was ist, wenn sich dieses Gefühl wiederinstellt, wenn die Brust sich verschließt und sie keine Luft mehr bekommt? Zwei Wochen nach der ersten Attacke, also vor einigen Tagen, habe Frau B. eine „zweite Attacke“ erlebt. In diesem Moment sei sie allein mit den Kindern gewesen und die Symptome sind wie befürchtet eingetreten. Die Symptome machten ihr enorme Angst. Sie fürchte sich nun noch mehr „vor weiteren Attacken“, „dass mein Herz sich überschlägt“. Seitdem kaue sie wieder an den Fingernägeln und wippe beständig mit einem Fuß als Zeichen innerer Anspannung. Die Pat. berichtet weiter, in Stresssituationen rasch wütend und ungehalten zu reagieren, obwohl sie dies eigentlich nicht wolle, sie habe dann ein schlechtes Gewissen und grübele lange über die Situation und ihre Reaktion nach. Eigentlich wolle sie es allen recht machen, stets für ihre Töchter da sein und stelle daher eigene Interessen (z. B. einem Hobby nachzugehen) oder den Wunsch nach Erholung zurück. Deshalb habe sie eigentlich auch keine Zeit für Arztbesuche oder dergleichen.

Zur Erfassung dieser Symptome kommen verschiedene Modalitäten der Angstdiagnostik zum Einsatz, wobei die Kom-

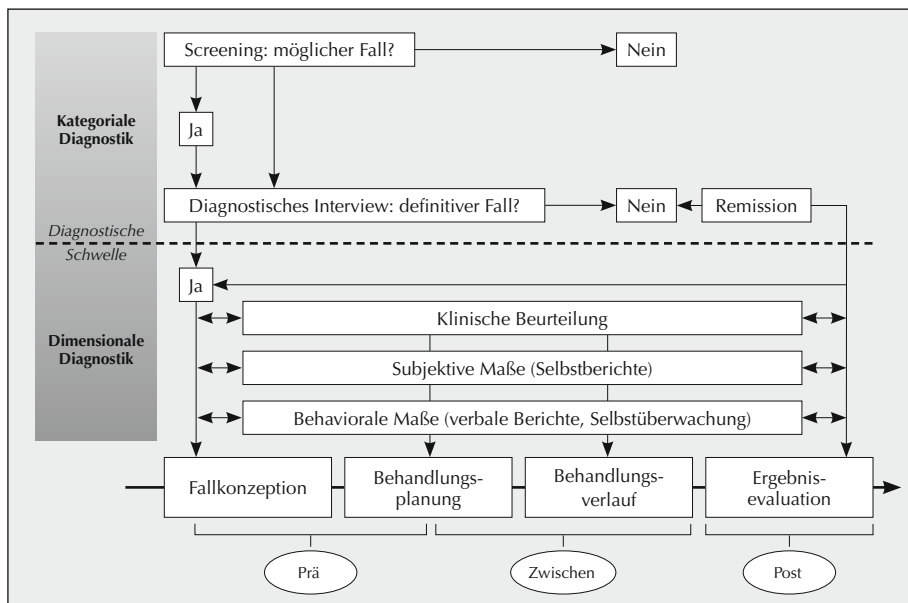


Abbildung 1: Systematik kategorialer und dimensionaler diagnostischer Zugänge im Behandlungsverlauf bei Angststörungen (modifiziert nach Knappe & Hoyer, 2015)

bination kategorialer und dimensionaler Verfahren als Standard gilt, mindestens für die Formulierung der Fallkonzeption. Einen Überblick zu Aufbau und Abfolge der Status- und Verlaufsdiagnostik bei Angststörungen gibt Abbildung 1.

Im Folgenden erläutern und kommentieren wir die in Abbildung 1 genannten diagnostischen Schritte und Vorgehensweisen und stellen Bezüge zum Fallbeispiel her. Unsere Ausführungen und insbesondere die Beispiele zur Praxis der Diagnostik beschränken sich dabei auf die Diagnostik bei Erwachsenen. Für einen Überblick der Angstdiagnostik bei Kindern und Jugendlichen verweisen wir auf Schneider und Flasiński (in Druck).

2

KATEGORIALE DIAGNOSTIK DER ANGSTSTÖRUNGEN

Nach den aktuellen Internationalen Klassifikationsschemata für psychische Störungen (DSM-5: APA, 2015; ICD-11: WHO, 2022) sind Angststörungen durch *übermäßige* Angst und Furcht und entsprechende Symptome hinsichtlich aller Qualitäten des Verhaltens (Gedanken, Gefühle, physiologische Reaktionen, motorisches Verhalten) gekennzeichnet. Die Symptome sind so ausgeprägt, dass es zu erheblichem Leid und Beeinträchtigungen kommt, die verschiedene Funktionsbereiche wie Beruf, Sozialleben, Schule, Familie und persönliches Umfeld betreffen. Neben den Unterschieden, die sich auf der Ebene der jeweiligen Leitsymptome zeigen, bestehen auch Unterschiede in den Inhalten der jeweiligen Befürchtungen (s. u.; vgl. auch Vietz, Unterecker

Tabelle 1: Störungskategorien der Angststörungen gemäß ICD-11 einschließlich Leitsymptomen und typischen Befürchtungen

Angststörung	Leitsymptom	Charakteristische Kognition
Panikstörung	Wiederholte unerwartete Panikattacken (nicht auf bestimmte Reize/Situationen beschränkt)	„Panik führt zum Herzinfarkt; ich kann nichts tun und werde sterben“
Agoraphobie	Angst vor Situationen, aus denen Flucht schwierig sein könnte oder in denen keine Hilfe verfügbar ist	„Ich sitze in der Falle und werde es nicht überstehen“
Generalisierte Angststörung	Anhaltende übermäßige Sorgen bezüglich mehrerer Ereignisse oder Tätigkeiten	„Ich werde dem [...] emotional nicht gewachsen sein“, „das ist nicht auszuhalten“
Soziale Angststörung	Angst vor Beurteilung von anderen Personen	„Andere blicken auf mich herab/denken [...] über mich...“
Spezifische Phobie	Angst vor bestimmten Objekten/Situationen, steht in keinem Verhältnis zur tatsächlichen Gefahr	Diverse, z. B. Reaktionserwartungen („Ich werde es nicht schaffen“, „Der Hund wird mich beißen“, „Die Höhe bringt mich um“)
Trennungsangststörung	Angst vor der Trennung von Bezugspersonen	„Meinen Eltern wird etwas zustoßen und ich werde sie nie wieder sehen“, „Meine Mama wird nicht wiederkommen und das ist unerträglich“
Selektiver Mutismus	Schweigen/Unfähigkeit in bestimmten Situationen zu sprechen, wobei in anderen gesprochen wird	Unklar, weil schwer explorierbar und oft nicht berichtet; vermutlich ähnlich sozialer Angststörung

& Deckert, in Druck), wie sie in Tabelle 1 überblicksartig dargestellt sind.

KATEGORIALE DIAGNOSTIK AM FALLBEISPIEL

Es wurde zunächst ein vollstandardisiertes diagnostisches Interview (DIA-X; Wittchen & Pfister, 1997) durchgeführt. Die Auswertung erbrachte die Diagnose einer Panikstörung (ICD-10: F41.0). Hinweise auf eine depressive Störung ergaben sich nicht. Diese Interviewergebnisse entsprachen der klinischen Einschätzung, wurden der Patientin mitgeteilt und sie wurde über die Panikstörung und die diesbezüglich indizierten Behandlungswege aufgeklärt.

Zum Zeitpunkt des Interviews wurde nach ICD-10 codiert. Gemäß ICD-11 würde die Diagnose mit dem Code ICD-11: 6B01 abgebildet.

2.1 AKTUELLE KATEGORIEN DER ANGSTSTÖRUNGEN

Gegenüber früheren Versionen des ICD werden die Verhaltens- und emotionalen Störungen sowohl im DSM-5 als auch im ICD-11 noch stärker am Leitsymptom, und damit weniger abhängig vom Auftretensalter, organisiert (siehe Tabelle 1). Störungen mit Beginn in der Kindheit wurden in diejenigen Kategorien übernommen, der sie symptomatisch ähneln. Damit werden zwei angstbezogene Stö-

rungsformen berücksichtigt, die bisher allein im Katalog der Störungen bei Kindern und Jugendlichen zu finden waren, nämlich die Trennungsangststörung und der Selektive Mutismus.

Die Trennungsangststörung wird im Erwachsenenalter diagnostiziert, wenn eine „ausgeprägte Furcht oder Angst vor der Trennung von spezifischen Bezugspersonen“, zum Beispiel von Kindern bzw. Lebenspartner:innen besteht. Die Furcht zeigt sich u. a. in übermäßigen Sorgen und Befürchtungen, dass der wichtigen Bezugsperson oder einem selbst etwas zustoßen könnte (Entführung, Unfall, Tod) und somit eine dauerhafte Trennung voneinander eintreten könnte. Daraus folgt oftmals, dass sich Betroffene nur widerwillig von der Bezugsperson entfernen, beispielsweise anderswo übernachten, allein zur Arbeit oder in die Schule gehen oder verreisen. Neben Alpträumen, z. B. Trennung von nahen Angehörigen durch eine Katastrophe wie einen Brand oder Anschlag, ist ein Unwohlsein in (anstehenden) Trennungssituationen charakteristisch, wobei sich diese Furcht und Angst auch in verschiedenen somatischen Beschwerden ausdrücken, z. B. in Übelkeit, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Schlafproblemen. Die Störung mit Trennungsangst kann sowohl bei Kindern und Jugendlichen diagnostiziert werden, sowie auch bei Erwachsenen – und zwar auch dann, wenn Erwachsene einen erstmaligen Störungsbeginn im Erwachsenenalter berichten (Baldwin, Gordon, Abelli & Pini, 2016; Beesdo-Baum & Knappe, 2021; Bögels, Knappe & Clark, 2013).

Selektiver Mutismus beschreibt die Unfähigkeit, in spezifischen sozialen Situationen (z. B. Kindergarten/Schule) oder mit bestimmten Personen (z. B. Personen, die nicht zum engsten Familienkreis gehören) zu sprechen. Die Komorbidität mit der sozialen Angststörung ist sehr

hoch (ca. $\frac{2}{3}$ der Fälle; vgl. Rogoll, Petzold & Ströhle, 2018), aber die Störung gilt als abgrenzbar und eigenständig: Die Unfähigkeit zu sprechen ist im Falle eines Selektiven Mutismus nicht auf spezifische Situationen (z. B. gegenüber Erwachsenen, in Performanzsituationen) begrenzt, und somit häufigstes differenzialdiagnostisches Merkmal zur Unterscheidung gegenüber anderen Angst- bzw. psychischen Störungen. Wenngleich klinische Berichte darauf hindeuten, dass sich Selektiver Mutismus bei Betroffenen „auswächst“, ist der Langzeitverlauf der Störung kaum bekannt. In einigen Fällen kann der Selektive Mutismus abklingen, während Symptome einer komorbiden, meist sozialen Angststörung erhalten bleiben (APA, 2015). Für eine spezifische Therapie des selektiven Mutismus bei Erwachsenen gibt es jedoch noch sehr wenige Studien (Zakszeski & DuPaul, 2017).

2.2

KLINISCH BEDEUTSAME ANGSTSYNDROME

Angstprobleme können zeitlich begrenzt (bedingt), altersbedingt oder kontextabhängig auftreten. Syndrome, bei denen es oft schwierig ist zu beurteilen, ob sie dem Kriterium der Krankheitswertigkeit genügen, die aber im Kontext medizinischer oder altersbedingter Komplikationen einschränkend und behandlungsbedürftig werden können, sind z. B. die Angst vor medizinischer Behandlung, die Angst vor einer Schwangerschaft oder Geburt (Tokophobie; s. Knappe, Rosendahl, Weidner & Martini, in diesem Heft) oder die Angst zu stürzen.

Die Angst vor medizinischen Behandlungen, Eingriffen oder Untersuchungen (Iatrophobie) gilt als weit verbreitet und kann sich negativ auf das Gesundheitsverhalten und Beziehungen zu medi-

zinischem Fachpersonal auswirken; sie führt u. a. zu Verzögerung/-meidung in/von Hilfesuchverhalten, weniger Informationssuche (Hollander & Greene, 2019) und damit auch zu erhöhter Morbidität und Mortalität. Da es für diese Phobie keine Einzeldiagnose gibt, würde diese Form der Angststörung am ehesten als Spezifische Phobie klassifiziert werden. Differenzialdiagnostisch müssen die Angst vor einer (spezifischen) Erkrankung, aber auch Angst vor sozialen oder spezifischen Situationen geprüft werden (z. B. Angst ist bezogen auf die Untersuchung in einem MRT-Gerät, aber nicht auf andere Untersuchungsverfahren; Angst ist bezogen auf die Interaktion mit medizinischem Personal; s. a. „Weißkittelhypertonie“; Clark et al., 2014). Befürchtungen und Vermeidungsverhaltensweisen der Betroffenen beziehen sich auf die Angst davor, krank zu sein, auf die Angst vor diagnostischen Maßnahmen, vor der Reaktion des Arztes/der Ärztin und vor pflegerischen Maßnahmen (Hollander & Greene, 2019). Häufig und bekannt ist das Erscheinungsbild der Zahnbehandlungsangst (Silveira et al., 2021).

Spezifische Angstsyndrome, die speziell im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt auftreten können, sind z. B. Tokophobie oder ein traumatisches Geburtserleben bei Frauen. Auch diese Angstsyndrome werden gelegentlich als Form der Spezifischen Phobie eingeordnet (Andersson et al., 2003). Die Angst stellt sich dann als übermäßige Furcht vor der Geburt bei einer Frau dar, die entweder noch keine Erfahrungen mit einer Schwangerschaft gemacht hat (primäre Tokophobie), oder als Angst, die sich nach einem traumatischen geburtshilflichen Ereignis in einer früheren Schwangerschaft oder nach einer geburtshilflich normalen Entbindung, einer Fehlgeburt, einer Totgeburt oder einem Schwangerschaftsabbruch entwickelt (sekundäre

Tokophobie). Im Vordergrund stehen die Angst vor dem Unbekannten, vor unerträglichen Schmerzen, vor gravierenden Geburtsverletzungen, die Angst, keine Kontrolle über die Situation zu haben, die Angst um das Leben des Babys und überzogene Zweifel hinsichtlich der Fähigkeit zu gebären (O'Connell et al., 2017).

Sturzangst (auch Fallangst) zählt zu den häufigsten und schwerwiegendsten Problemen im Alltag (häufig älterer) Menschen (Sonnenmoser, 2015). Hier ist zwar ein überzogener Angsteffekt aufgrund der damit verbundenen Verkrampfung ungünstig; gleichzeitig ist die Angstreaktion aufgrund der gravierenden Folgen von Stürzen nachvollziehbar, sodass die diagnostische Einordnung der Befürchtung als übertrieben oder exzessiv erschwert ist.

Bemerkenswert ist bei diesen Angstsyndromen, dass die Ängste häufig als normal bewertet werden können, wie z. B. die Angst oder Unbehagen vor einer Zahnbehandlung. In der (zahn-)ärztlichen Praxis kann eine differentialdiagnostische Abgrenzung zur Angst mit oder ohne Krankheitswert oft aus Zeitgründen sowie aus Mangel an diagnostischen Instrumenten oder klinisch-psychologischem Fachwissen nicht vorgenommen werden. Entgegen der Diagnostik bei anderen Angststörungen leitet also der Haus-, Zahn-, Facharzt bei Betroffenen den diagnostischen Prozess ein. Ihm kommt daher eine besondere Verantwortung bei der Abklärung der Symptome zu, indem er durch gezielte Fragen und durch Verhaltensbeobachtung Verdachtsmomente für das Vorliegen einer Angststörung prüft. Während der Behandlung beziehungsweise während eines Behandlungsversuchs können sowohl die körperlichen Anzeichen einer Angst (vegetative und allgemeine Symptome) als auch angsttypisches Verhalten (zum Bsp. Meiden des Blickkontaktes, zögerliches Antworten, Schreckreaktionen, etc.) erfasst werden

(S3-Leitlinie Zahnbehandlungsangst bei Erwachsenen; Enkling et al., 2019).

2.3
ANGSTSYNDROME IM RAHMEN
ANDERER PSYCHISCHER STÖRUNGEN

Angst ist auch ein Merkmal anderer psychischer Störungen, z. B. Psychosen oder Substanzkonsumstörungen. Zudem überlappen die Angststörungsdiagnosen in ihren diagnostischen Kriterien untereinander und mit denen von anderen psychischen Störungen oder somatischen Erkrankungen. In der Tat ist die Komorbidität von Angststörungen und depressiven bzw. affektiven Störungen, zu somatoformen, Ess- oder Schlafstörungen erheblich (siehe zum Beispiel ter Meulen et al., 2021). Umgekehrt können körperliche Beschwerden mit Angststörungen einhergehen, z. B. Schmerz und erhöhter Muskeltonus bei Generalisierter Angststörung, Zittern und Schwitzen bei Panikattacken und Panikstörung oder Übelkeit bei spezifischen Phobien (Meuret et al., 2020). Angstsyndrome können auch durch (hirn-)organische Veränderungen oder durch im Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen stehende Erlebens- und Verhaltensformen ganz oder teilweise erklärbar sein. Auch diese Tatsache legt die Verwendung diagnostischer

Interviews nahe, wie sie in Tabelle 2 genannt werden.

Klinische Interviews erfassen aber nicht nur Haupt- und Nebenmerkmale von Angst- und anderen psychischen Störungen, sondern beziehen auch klinisch-epidemiologische Charakteristika zu Auftretensbeginn und -verlauf, Art und Ausmaß assoziierter Beeinträchtigungen und Leiden in die Diagnosestellung mit ein. Diese Informationen sind unabdingbar, um Angst als exzessiv (z. B. weil weit außerhalb normativer Entwicklungsabschnitte auftretend) oder die Lebensführung beeinträchtigend (z. B. weil Aufgaben des täglichen Lebens oder normative Entwicklungsaufgaben nicht mehr zufriedenstellend gemeistert werden) zu beurteilen.

Das Anliegen der zu Untersuchenden ist im Hinblick auf die spätere Diagnose keineswegs ausschlaggebend: Es kann sich auf mehr oder weniger quälende Angstsymptome beziehen, ohne dass eine Angststörung vorliegt. Ein Beispiel sind die besonders stark ausgeprägten Angsteffekte bei einer paranoiden Störung. Umgekehrt kann eine Angststörung jahrelang unerkannt bleiben: Viele betroffene Personen schieben auch aufgrund der damit verbundenen Unsicherheit und von Befürchtungen (z. B. stigmatisiert zu werden) eine Behandlung vor sich her.

Tabelle 2: *Diagnostische Interviews zu Angst- und anderen psychischen Störungen*

Verfahren (Kürzel)			
Hamilton Anxiety Rating Scale, Strukturierter Interviewleitfaden zur Hamilton-Angstskala (HAMA-A)	Teilstrukturiert	DSM-IV, ICD-10	Shear et al. (2001)
Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5 (SCID-5-CV)	Strukturiert	DSM-5	Beesdo-Baum, Zaudig & Wittchen (2019)
Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen (DIPS)	Strukturiert	DSM-5, ICD-10	Margraf et al. (2021)
Diagnostisches Expertensystem (DIA-X-CIDI)	Standardisiert	DSM-IV, ICD-10	Wittchen & Pfister (1997)

Andere suchen erst dann eine Behandlung, wenn komorbide Störungen (häufig zum Beispiel Depression) hinzukommen und das Ausmaß an Leiden und Beeinträchtigungen zusätzlich erhöhen. Häufig vergehen mehrere Jahre vom erstmaligen Auftreten (von Symptomen) einer Angststörung bis zu Erkennen und Behandlungsbeginn (Mack et al., 2014). Diese Latenz mag begründet sein durch individuelle und strukturelle Barrieren (Heinig et al., 2021), aber auch durch Nicht-(An) Erkennen der klinischen Relevanz der Symptomatik (Sinnema et al., 2018).

Bei der klinisch-diagnostischen Bewertung der Frage, ob eine Angststörung vorliegt oder nicht, ist die Verwendung eines strukturierten oder standardisierten diagnostischen Interviews dringend zu empfehlen. Solche klinischen Interviews helfen dabei, typische diagnostische Fehler zu vermeiden: Da hierbei subjektive Theorien des Urteilers und des Betroffenen über das klinische Geschehen aktiviert werden, gilt die klinische Urteilsbildung als weniger präzise und reliabel als standardisierte Erhebungsstrategien (Grove et al., 2000). Die Grenzen klinischer Urteile liegen in der Auswahl und Reihenfolge von Fragen zur Abfrage diagnostischer Kriterien und zur Bestimmung der Symptomlast, in uneindeutigen (weil von der urteilenden Person abhängigen) diagnostischen Schwellen, möglichen Fehlern der Urteilsbildung (*halo effect*, *primacy* und *recency effect*) und subjektiven Heuristiken zur Bewertung und Integration von Informationen. Zum Beispiel ist denkbar, dass Urteilende bestimmten Symptomen allein aufgrund subjektiver, erfahrungsbezogener Kriterien unterschiedliche Priorität oder Aussagekraft beimessen. Zudem ist die Zahl diagnostischer Kriterien allein innerhalb der diagnostischen Kategorien (hier: innerhalb der Angststörungen) derart umfassend, dass eine standardisierte oder

strukturierte Erfassung einer freien Abfrage in der Informationssammlung und -ordnung überlegen ist.

3 DIMENSIONALE ANGSTDIAGNOSTIK

Sofern der Verdacht oder eine kategoriale Diagnose einer Angststörung vorliegen, können Einschätzungen zur klinischen Beurteilung, Selbstberichte oder behaviorale Maße zur weiteren Beschreibung der Symptomatik, etwa in Bezug auf ihre Schwere, Häufigkeit, assoziiertes (Sicherheits-, Vermeidungs-) Verhalten und ihre Funktionalität genutzt werden.

DIMENSIONALE DIAGNOSTIK AM FALLBEISPIEL

In der Probatorik wurden neben einem Verfahren zur Erfassung der allgemeinen Symptombelastung und einem verbreiteten Depressionstest der Angstfragebogen (ASI; Marks & Matthews, 1979), der Dimensionale Angstfragebogen zur Panikstörung nach DSM-5 (PD-D) und der Whiteley-Index (Hiller & Rief, 2004) eingesetzt. Im Erstkontakt erschienen lediglich die Punktwerte auf dem Angstfragebogen (43 Punkte) und im PD-D auffällig. Im Whiteley-Index wurden vier Items (Nr. 1, 3, 9 und 13) bejaht, dadurch ergibt sich jedoch kein Verdacht auf eine Hypochondrie oder übermäßige krankheitsbezogene Angst. Der klinische Gesamteindruck (CGI, Clinical Global Impression Scale; Guy, 1976) betrug aus Patientensicht 1 Punkt („gar nicht krank“) bzw. 5 Punkte („deutlich erkrankt“) aus Behandler-sicht.

Zum Therapieende wurde die dimensionale Diagnostik wiederholt: Allgemeine Symptombelastung, Depressivität und Whiteley Index waren weiter im unauffälligen Bereich, der klinische Gesamtein-

druck war aus Sicht von Behandler und Patientin gleichermaßen „sehr deutlich gebessert“.

3.1

SELBSTBERICHTSMAßE

Zur Erfassung der Schwere (Intensität) oder Häufigkeit von angstbezogenen Merkmalen aus Sicht der Betroffenen sind Fragebögen eine gut begründete Wahl, insbesondere wenn nicht nur Daten zu ihrer Reliabilität und Validität, sondern auch Normen vorliegen. Die subjektive Einschätzung der Beschwerden hat einen hohen prognostischen Wert im Hinblick auf den weiteren Symptom- und Behandlungsverlauf.

Dabei werden Inventare genutzt, die die Angstsymptomatik eher allgemein oder eher angststörungsspezifisch erfassen (Tabelle 3, S. 18 f.). Verfahren sind auffindbar über Public Open Science Institut der Psychologie (ZPID, <https://leibniz-psychology.org/>) oder bekannte Testverlage.

Selbstberichte können auch umschriebene Aspekte von Angststörungen erfassen, wie angstbezogene Kognitionen, Art oder Ausmaß von Sicherheits- und Vermeidungsstrategien. Eine wiederholte Anwendung dient zudem der Verlaufsbeobachtung und der Behandlungsevaluation. Selbstauskünfte sind in der Regel nicht zeitintensiv. Dank etablierter Auswertungsvorschriften und Normierungen sind sie rasch auswertbar und zu interpretieren. Da hier die Einschätzung der Betroffenen erfasst wird, sind die Angaben nicht verzerrt durch Annahmen oder Merkmale aufseiten der klinisch urteilenden Person. Dennoch bleibt die Aussagekraft von Selbstberichten reduziert, da keine differentialdiagnostischen Aussagen ableitbar sind, Angststörungen mitunter ein individuelles (spezifisches) Erscheinungsbild aufweisen

können, oder auch die negative Affektivität (Stimmungslage) des/der Betroffenen die Angaben im Fragebogen beeinflussen können (Keuler & Safer, 1998). Zudem können einander ähnliche Items zu Konsistenzfehlern (Tendenz in ähnlicher Weise auf ähnliche Items zu antworten) führen und Overreporting bedingen. Soziale Erwünschtheit („Was wollen die Adressaten vermeintlich hören?“) ist ebenfalls nicht auszuschließen.

Fragebögen zur Selbstauskunft können als Papier-Bleistift-Verfahren oder in digitaler Form computerisiert bzw. webbasiert eingesetzt werden. Der Vorteil digitalbasierter Datenerhebungen liegt in der Einfachheit der Datenerfassung und in der automatisierten Auswertung und Verarbeitung; gerade für Betroffene, die (noch) keinen direkten Kontakt zum Hilfesystem herstellen, kann eine digitale Bewertung ihrer Symptome wertvoll sein.

3.2

VERHALTENSBEOBSACHTUNGEN

Verhaltensbeobachtungen im Rahmen der Diagnostik von Angststörungen umfassen die Identifikation ausgewählter Verhaltensweisen (Verhaltensexzesse oder -defizite, Sicherheitsverhalten, Vermeidungsverhalten), mit oder ohne Kontrolle (Manipulation) potenziell angstausslösender Reize oder Verhaltensweisen und stützen sich auf Selbst- und Fremdbeobachtungen, kognitive Produktionsmethoden, subjektive Stressratings, objektivierte Beschreibungen zur Verhaltensannäherung oder -vermeidung sowie physiologische Aspekte von Angstreaktionen.

Selbstbeobachtungen (auch: ecological momentary assessments) dienen der subjektiven Beschreibung oder Quantifizierung des Angsterlebens in aktuellen angstbesetzten Situationen. Sie können relativ einfach über Strichlisten zu aus-

gewählten Verhaltensmerkmalen, Symptomtagebücher oder -protokolle, Tagebücher in analoger oder digitaler Form geführt werden. Selbstbeobachtungen können ereignisbasiert (Dokumentation von auftretenden Panikattacken in einer umschriebenen Situation oder Zeitspanne) oder häufigkeitsbasiert (Dokumentation jeder Panikattacke über einen bestimmten Zeitraum) erfolgen. Damit findet die Informationserhebung prospektiv statt, was Erinnerungsverzerrungen begrenzt. Dennoch sind Beurteilungs- oder Aufmerksamkeitsfehler aufgrund erhöhter Angstsensitivität und Überbewertung von Bedrohlichem nicht gänzlich auszuschließen. Die Aussagekraft der Informationserhebung ist zudem abhängig von der Mitarbeit (Compliance), der Genauigkeit und der Motivation zur Selbstbeobachtung.

Kognitive Produktionsmethoden umfassen die Dokumentation kognitiver Inhalte, also automatischer Gedanken, innerer Dialoge oder Selbstzuschreibungen, verbalisierte Erwartungen, Sorgen, Gedankenlautwerden in Bezug auf frühere, aktuelle oder zukünftige Ereignisse. Die zeitliche Richtung der Kognitionen sowie die Inhalte der Kognitionen können differentialdiagnostisch relevant sein: Kognitionen in Bezug auf frühere soziale Ereignisse finden sich häufig bei Betroffenen mit sozialer Angststörung, während sich Kognitionen bei Generalisierter Angststörung eher auf die Gegenwart oder Zukunft beziehen. Bei depressiven Störungen sind repetitive Kognitionen in allen drei zeitlichen Dimensionen charakteristisch. Zwar ähneln sich die einzelnen Angststörungen in Bezug auf die physiologischen und emotionalen Qualitäten, die Kognitionen sind jedoch störungsspezifisch und ihre Erfassung daher essentiell für die Diagnostik von Angststörungen. Im Therapieverlauf sollte die Zustimmung zu relevanten Annahmen

oder Überzeugungen wiederholt überprüft werden, z. B. „Wie sehr bin ich von dem Gedanken ‚Das Herzklopfen ist ein sicheres Zeichen für einen baldigen Herzinfarkt‘ überzeugt?“

Subjektive Stressratings werden bevorzugt in spezifischen Situationen eingesetzt, um das Ausmaß des Angsterlebens auf visuellen Analogskalen oder subjektiven Skalen von 0 bis 10 oder 0 bis 100 abzubilden, wobei geringere Werte für eine geringere Angstintensität stehen. Die oberen Endpunkte signalisieren die stärkste jemals erlebte Angst oder die stärkste vorstellbare Angst. Alternativ können Patient*innen die Angst anhand eines Thermometers einschätzen. Stressratings werden weniger zur initialen Diagnostik, sondern häufiger begleitend bei Verhaltenstests (s. u.) oder im Rahmen expositionsbasierter Behandlungsmethoden eingesetzt. Durch die fortlaufende Erhebung des subjektiv erlebten Angstniveaus können mittlere Angstlevel, Peaks, Minimal- und Maximalwerte bestimmt werden. Die Aufzeichnungen dienen auch der Dokumentation des Behandlungsverlaufs und der Konsolidierung neuer Erfahrungen. Sie wirken zudem potenziell selbstverstärkend. Diese Form des Monitoring lässt sich selbstgesteuert auf andere Kontexte übertragen. Stressratings korrelieren positiv mit state anxiety (Zustandsangst) und sind aufgrund der prompten Erhebung in oder unmittelbar nach Eintreten der Angstreaktion wenig anfällig für Erinnerungsverzerrungen. Zu bedenken wäre jedoch, dass Patient*innen motiviert sein könnten, geringere Werte anzugeben, als es dem tatsächlich erlebten Stressniveau entspricht, z. B. um unangenehme (angstbesetzte) Situationen zu verlassen; umgekehrt kann die tatsächliche Einschätzung überhöht werden, um Hilfe oder Unterstützung einzufordern. Visuelle Analogskalen sind ebenfalls zu empfehlen, um die Ausprägung der individuell explorier-

Tabelle 3: Ausgewählte normierte Selbstberichtungsverfahren zur Erfassung von Intensität und/oder Häufigkeit klinisch relevanter Angstsymptome, mit störungsübergreifender oder störungsspezifischer Ausrichtung

Titel (Kürzel)	Inhalt	Referenz
Störungsübergreifende Inventare		
State-Trait-Angstinventar (STAI)	Unterscheidung von Angst als Zustand und Angst als Eigenschaft	Laux (1981)
Beck-Angstinventar (BAI)	Schweregrad klinischer Angst	Margraf & Ehlers (2007)
Angstsensitivitätsindex (ASI-3)	Bedenken bezüglich Angsterleben	Kemper, Ziegler & Taylor (2009)
Schweregrad von Angststörungen (Cross-D)	Häufigkeit und Intensität physiologischer, kognitiver und behavioraler Symptome als Indikatoren für den Schweregrad einer Angststörung	Zusatzmaterial zu APA (2015)
Gesundheitsfragebogen (PHQ-9)	Diagnostik von somatoformen Störungen, depressiven Störungen, Angststörungen, Essstörungen und Alkoholmissbrauch. Neben den Fragen zur Störungsdiagnostik finden sich Items zur psychosozialen Funktionsfähigkeit, zu Stressoren, kritischen Lebensereignissen und – für Frauen – zu Menstruation, Schwangerschaft und Geburt	Löwe, Spitzer, Zipfel & Herzog (2002)
OASIS-D	Fünf-Item-Selbstbericht zu Angstsymptomen und assoziierten funktionalen Beeinträchtigungen, Einsatz im Hausärztlichen Setting	Hiller et al. (2023)
Angststörungsspezifische Inventare		
Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (AKV)	Drei Skalen zur Erfassung von Kognitionen, Sicherheits-/Vermeidungsverhalten bei Panik, Agoraphobie, Somatisierung	Ehlers & Margraf (2001)
Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)	Liste von sozialen Situationen, die hinsichtlich der Angst und Vermeidung einzuschätzen sind	von Consrubh, Stangier & Heidenreich (2016)
Dimensionale Angststörungsfragebögen nach DSM-5	Häufigkeit und Intensität physiologischer, kognitiver und behavioraler Symptome als Indikatoren für den Schweregrad einer Agoraphobie, Generalisierten Angststörung, Panikstörung, Spezifischen Phobie, Sozialen Angststörung, Trennungsangststörung	Zusatzmaterial zu APA (2015)

Titel (Kürzel)	Inhalt	Referenz
GAD7	Modul aus dem PHQ-9, zur Erfassung einer generalisierten Angststörung einschl. Beschreibung der Symptomschwere	Löwe et al. (2002)
Erfassung von Angstsyndromen		
Falls Efficacy Scale – International Short Form (FES-I; dt. Version)	Indirekte Messung von Sturzangst: Die befragte Person gibt anhand einer vierstufigen Skala an, für wie kompetent sie sich hält, die 16 vorgegebenen Handlungen, die mit dem Risiko eines Sturzes verbunden sind, zu bewältigen	Dias et al. (2006)
Krankheitsbezogene Ängste/latrophobie (Whiteley-Index, Barthel-Index)	Erfassung emotionaler, kognitiver und verhaltensbezogener Merkmale, welche besonders für Personen mit unklaren körperlichen Beschwerden charakteristisch sind. Durch spezielle Subskalen werden relevante Dimensionen wie Krankheitsängste, Krankheitsüberzeugungen und inadäquates Krankheitsverhalten differenziert	Hiller & Rief (2004)
Dental Anxiety Scale (DAS)	Der Patient wird gebeten, sich in verschiedene Situationen zu versetzen und die Antwortmöglichkeit anzukreuzen, die seiner momentanen Empfindung, bezogen auf die jeweilige Situation, entspricht	Tönnies, Mehrstedt & Eisentraut (2002)
Tokophobie und Geburtsängste: Pregnancy-related Anxiety Scale (PrAS-G)	Erfassung mütterlicher schwangerschaftsbezogener Ängste bezüglich Geburt, Körperbild, Einstellungen zur Geburt, Sorgen über sich selbst, Sorgen über das Kind, Akzeptanz der Schwangerschaft, Vermeidung, Einstellung zu medizinischem Personal	Weigl, Brunton, Dryer & Garthuis-Niegel (2023)

ten Befürchtungen (siehe Tabelle 1) über den Behandlungsverlauf hinweg zu ermitteln.

3.3

VERHALTENSTESTS

Verhaltenstests oder Verhaltensproben (Behavioral avoidance tasks, BAT) sind mehr oder weniger standardisierte Tests, in denen individuelle Annäherungs- und Vermeidungsstrategien an einen oder mehrere phobische Stimuli gebunden sind. Rational dieses Vorgehens ist es, dass in der unmittelbaren Konfrontation mit der angstbesetzten Situation ein ökologisch valides Abbild der Angstreaktion entsteht. Verhaltenstests können daher unmittelbar für diagnostische Zwecke sowie für die Behandlungsplanung und Ergebnisprüfung eingesetzt werden. In der Vorbereitung sollte der phobische Stimulus bekannt sein und eine Auswahl des beobachtbaren Verhaltens (z.B. Vermeidungs- oder Sicherheitsverhaltensweisen) getroffen sein. Beobachtet wird dann z.B. die Annäherung an eine Spinne in einem Glas, gemessen in Metern oder Schritten. Relevante Indikatoren beziehen sich z.B. auf Entfernungen oder die Zeitdauer bis zur Begegnung/Annäherung an das phobische Objekt. Verhaltenstests können als Einzeltests oder Gruppen von Tests sowie je nach Art der Testschritte gestaltet werden. Verhaltenstests sind daher in hohem Maße auf das Individuum zugeschnitten und erfordern ausreichende Vorbereitung der Szene (mit dem Ziel der Wiederholbarkeit für wiederholte Messungen), in Kooperation mit den Betroffenen. Gerade Letzteres ist mit Blick auf ein transparentes und strukturiertes Vorgehen unabdingbar; Ziel ist nicht das Auslösen maximaler Angst oder Hilflosigkeit bei den Betroffenen, sondern eine sorgfältige und möglichst vollständige Beschreibung der Angstreaktion in einer

konkreten Situation. Die Situationen sind später oft auch Teil des Behandlungsplans, z.B. bei Anwendung expositionsbasierter Techniken, und außerdem für die Erfolgsmessung sehr gut geeignet. Die ökologische Validität von Verhaltenstests ist als hoch einzuschätzen, wenngleich ihre psychometrischen Gütekriterien nur wenig empirisch untersucht wurden. Der Vorteil von Verhaltenstests liegt auch darin, dass sie idiosynkratisches Verhalten (z.B. hoch-automatisiertes Sicherheitsverhalten, Spontanbewegungen, mimische Signale) hervorrufen und beobachtbar machen können, das einer bewussten Wahrnehmung oder verbalen Beschreibung sonst nur schwer zugänglich ist.

Als Prototyp zahlreicher Verhaltenstests ist der Behavioral Avoidance Test (BAT; Craske, Barlow & Meadows, 2000) anzusehen, der zur Erfassung agoraphobischer Vermeidung bei Erwachsenen konzipiert und in zahlreichen Varianten genutzt wird. In seiner Originalversion umfasst der BAT Maßnahmen zur Symptomprovokation wie Hyperventilation, mehrfache rasche Umdrehungen auf einem Drehstuhl, Atmen durch einen Strohhalm, um typische Angstsymptome wie Atemnot, Schwindel, Herzklopfen hervorzurufen. Es können verschiedenste Aspekte zum Erleben der Symptomatik herangezogen werden, z.B. die Intensität und Dauer der Symptome unmittelbar nach Provokation sowie in festen Zeitabständen, die Ähnlichkeit zu Panikattacken, assoziiertes Sicherheits- und Vermeidungsverhalten sowie affektive oder kognitive Merkmale infolge der Symptomprovokation.

Wie stark eine Person gerade Angst erlebt, ist mitunter am Gesichtsausdruck und der Körperhaltung (-bewegung) zu erkennen, z.B. wenn es um Angst oder Ekel vor bestimmten Angstobjekten (z.B. Spinnen) geht. Ein solcher Emotionsausdruck lässt sich aber auch willentlich un-

terdrücken. Ob eine Person gerade eine Panikattacke erlebt, lässt sich nicht verlässlich (direkt) beobachten, sondern erst aus dem verbalen Bericht einer Person beurteilen. Das Gefühl „Angst“ ist daher nicht eindeutig beobachtbar, ebenso wenig, wovor sich eine Person fürchtet; gut beobachten lässt sich jedoch das Vermeidungsverhalten in Bezug auf bestimmte phobische Stimuli, an die sich von phobischer Angst Betroffene nicht oder nur mit Unterstützung durch andere oder mit Hilfe von Sicherheitsverhaltensweisen annähern können.

VERHALTENSTEST AM FALLBEISPIEL

Frau B. holte an einem recht warmen Spätsommertag ihre Kinder von einem Besuch bei den Schwiegereltern ab. Ursprünglich wollte ihr Mann sie begleiten, er sagte jedoch kurzfristig einem Bekannten Unterstützung beim Handwerken zu, sodass Frau B. alleine fuhr. Die Rückfahrt dauerte wider Erwarten recht lang, es bildete sich ein langer Stau nach einem Unfall auf der Autobahn. Zudem war es warm, ohne Klimaanlage im Auto. Die Mädchen beschwerten sich über die Langeweile während der Fahrt, bekamen Hunger und Frau B. musste auf die Toilette. Unter diesen Eindrücken stellten sich die befürchteten Gedanken („Hoffentlich passiert jetzt nichts!“), körperlichen Beschwerden (Herzstolpern, Schwitzen), erst Nervosität und dann erhebliches Unbehagen ein.

Frau B. erinnert diese Begebenheit im Gespräch mit dem Behandler sehr genau: „Ich habe dann gedacht: ‚So ein Scheiß, jetzt steh ich hier mit den Kindern, in der prallen Sonne, mein Herz spielt wieder verrückt und ich kann nichts machen. Dann schimpfe ich mit den Kindern, ärgere mich erst über sie, und dann noch mehr über mich‘“.

Sie erkennt das Zusammenspiel von Gedanken, Gefühl und Verhaltensweisen. Sie zieht Parallelen zu früheren Situationen, in denen die Angstanfälle auftraten. Im Fortgang fällt das Augenmerk auf Situationen mit hoher Beanspruchung, Zurückstellen persönlicher Bedürfnisse und dem Erleben von Überforderung als mögliche Auslöser für die Angstattacken.

4 MÖGLICHE EINSCHRÄNKUNGEN DER VALIDITÄT DER DIAGNOSTIK BEI ANGSTSTÖRUNGEN

Verlässliche und gültige diagnostische Entscheidungen berücksichtigen mehrere Datenquellen und -ebenen, denn die Qualität diagnostischer Informationen und Entscheidungen ist von vielfältigen Varianzquellen abhängig, von den wir nachfolgend einige ausgewählte darstellen.

Die diagnostische Reliabilität über Beobachter:innen oder Messzeitpunkte hinweg variiert bei Angststörungen teils erheblich. Dies kann zunächst durch einen Wandel in der Präsentiersymptomatik hinsichtlich der Erlebensqualitäten erklärt werden, z. B., wenn andere physiologische Symptome in den Vordergrund treten oder sich mit kognitiven Symptomen abwechseln. Dies kann die diagnostische Beurteilung von Angststörungen und Behandlungsplanung erschweren. So sind bei älteren Erwachsenen gesundheitliche Beschwerden mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für komorbide Angststörungen assoziiert; dies würde ein Screening für Angststörungen bei Personen mit körperlichen Beschwerden oder in höheren Altersgruppen implizieren. Ferner ist für Angststörungen ein oszillierender Verlauf um die diagnostische Schwelle bekannt; daher können Symptome in der Anzahl oder Intensität

unter die diagnostische Schwelle fallen oder von anderen (stärkeren) Symptomen komorbider Störungen überlagert werden. Angstsymptome sind nur mäßig von außen beobachtbar und werden daher vorrangig über den Selbstbericht erfasst. Zudem können urteilende Personen in ihren Berichten voneinander abweichen.

Ein multimodaler, auf mehreren Quellen beruhender diagnostischer Prozess erscheint daher optimal in Bezug auf die Reliabilität und Validität klinischer Entscheidungen. Der Einbezug verschiedener Erhebungsinstrumente wie Selbstberichte, strukturierter oder standardisierter Interviews und Verhaltensbeobachtungen, sowie der Einbezug unterschiedlicher urteilender Personen wie Partner:innen oder anderer Bezugspersonen können zum Verständnis über das klinische Bild (Fallkonzeption) beitragen und damit das klinische Urteil ergänzen oder die Ableitung eines Behandlungsplanes erleichtern.

5

FAZIT UND AUSBLICK

Die diagnostische und klassifikatorische Einordnung von Angstsyndromen bzw. Angststörungen unterliegt einem fortlaufenden wissenschaftlichen Diskussionsprozess mit dem Ziel, die Validität, aber auch den klinischen Nutzen der verwendeten Kategorien zu steigern. Diese Diskussion sollte neben den Verhaltensqualitäten und klinisch-epidemiologischen Charakteristika auch die zugrundeliegenden neurobiologischen Strukturen berücksichtigen (Cuthbert & Insel, 2013) und die Zielsetzung verfolgen, die Struktur diagnostischer Entscheidungen weniger auf Expertenkonsens als auf empirische Daten zu gründen (vgl. hierzu die HITOP-Initiative; Kotov et al., 2021)

Für den klinischen Alltag, die Kommunikation und Behandlungsplanung in der Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin sind Angststörungs-Diagnosen dennoch schwerlich wegzudenken: Angststörungen gelten grundsätzlich sowohl untereinander als auch gegenüber „normaler Angst“ als gut abgrenzbar, aber nur, wenn der diagnostischen Entscheidung ein ausführlicher diagnostischer Prozess zugrunde liegt, der Emotionen, Denken, Verhalten und körperliche Funktionen oder Empfindungen gegenüber dem gefürchteten Objekt oder der gefürchteten Situation berücksichtigt. Das klinische Urteil allein ist hierfür nicht ausreichend. Der diagnostische Prozess umfasst daher die Zuhilfenahme diagnostischer Instrumente wie diagnostischer Interviews, Fragebögen oder Verhaltensbeobachtungen und er berücksichtigt die Informationen aus dem Verlauf der Behandlung. Eine (frühzeitige) Diagnostik und Behandlung von Angststörungen hat mit hoher Wahrscheinlichkeit auch einen sekundären, präventiven Effekt für das Eintreten bzw. den Verlauf nachfolgender, weiterer psychischer und körperlicher Erkrankungen.

LITERATUR

- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Bixo, M., Wulff, M., Bondestam, K. & Åström, M. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189, 148–154.
- APA. (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®*. (Deutsche Ausgabe, hrsg. von P. Falkai & H.-U. Wittchen, mithrsg. von M. Döpfner, W. Gaebel, W. Maier, W. Rief, H. Saß & M. Zaudig). Göttingen: Hogrefe.
- Baldwin, D., Gordon, R., Abelli, M. & Pini, S. (2016). The separation of adult separa-