

# Expositionsbasierte Therapie der Panikstörung mit Agoraphobie

**Thomas Lang**  
**Sylvia Helbig-Lang**  
**Dorte Westphal**  
**Andrew T. Gloster**  
**Hans-Ulrich Wittchen**

Ein Behandlungsmanual

2., aktualisierte Auflage

## **Expositionsbasierte Therapie der Panikstörung mit Agoraphobie**



**Thomas Lang  
Sylvia Helbig-Lang  
Dorte Westphal  
Andrew T. Gloster  
Hans-Ulrich Wittchen**

# **Expositionsbasierte Therapie der Panikstörung mit Agoraphobie**

Ein Behandlungsmanual

2., aktualisierte Auflage



**Dr. Thomas Lang**, geb. 1972. Seit 2007 geschäftsführender Leiter des Christoph-Dornier-Instituts Bremen und des Institutes für Psychologische Psychotherapieausbildung in Bremen.

**Dr. Sylvia Helbig-Lang**, geb. 1978. Seit 2011 wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Hamburg und dort seit 2015 Leiterin der Psychotherapieausbildung.

**Dipl.-Psych. Dorte Westphal**, geb. 1977. Seit 2005 wissenschaftliche und therapeutische Mitarbeiterin der Institutsambulanz des Instituts für Klinische Psychologie und Psychotherapie der TU Dresden und dort seit 2016 Leiterin der Spezialambulanz für Angststörungen.

**Prof. Dr. Andrew T. Gloster**, geb. 1974. Basel. Seit 2002 Professor für Klinische Psychologie und Intervention an der Universität Basel (Schweiz).

**Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen**, geb. 1951. Von 2000–2017 Direktor des Instituts für Klinische Psychologie und Psychotherapie mit angeschlossener Institutsambulanz und Tagesklinik, seit 2017 Professur an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte 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.

**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.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG  
Merkelstraße 3  
37085 Göttingen  
Deutschland  
Tel. +49 551 999 50 0  
Fax +49 551 999 50 111  
verlag@hogrefe.de  
www.hogrefe.de

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

2., aktualisierte Auflage 2018  
© 2012 und 2018 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen  
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2867-3; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2867-4)  
ISBN 978-3-8017-2867-0  
<http://doi.org/10.1026/02867-000>

**Nutzungsbedingungen:**

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

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

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

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

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

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

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

**Anmerkung:**

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

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	<b>9</b>
<b>Vorwort zur 2. Auflage</b> .....	<b>11</b>
 <b>Teil 1: Grundlagen</b>	
<b>Kapitel 1: Beschreibung des Störungsbildes</b> .....	<b>15</b>
1.1 Panikstörung: Störungsbild und diagnostische Kriterien .....	15
1.2 Agoraphobie: Störungsbild und diagnostische Kriterien .....	19
1.3 Beziehungen zwischen Panikstörung und Agoraphobie .....	21
1.4 Epidemiologische Befunde .....	22
1.4.1 Prävalenzen .....	22
1.4.2 Ersterkrankungsalter und Verlauf .....	22
1.4.3 Komorbidität .....	23
<b>Kapitel 2: Störungsmodelle</b> .....	<b>25</b>
2.1 Biologische Modelle .....	25
2.2 Das kognitive Modell .....	26
2.3 Das psychophysiologische Modell .....	27
2.4 Störungsmodelle der Agoraphobie .....	28
2.4.1 Das Zwei-Faktoren-Modell .....	28
2.4.2 Das Stufenmodell der Agoraphobie .....	29
2.5 Ein integratives Vulnerabilitäts-Stress-Modell .....	30
2.5.1 Prädisponierende Vulnerabilitäten .....	31
2.5.2 Auslösende und moderierende Faktoren .....	32
2.5.3 Aufrechterhaltung .....	33
<b>Kapitel 3: Stand der Psychotherapieforschung</b> .....	<b>34</b>
3.1 Effektivität verschiedener Therapieansätze bei Panikstörung und Agoraphobie .....	34
3.1.1 Psychodynamische Therapie .....	34
3.1.2 Gesprächspsychotherapie .....	34
3.1.3 Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) .....	35
3.2 Aktuelle Diskussion zum Wirkmechanismus von Expositionsverfahren .....	36
3.3 Empfehlungen zur Durchführung von Expositionsverfahren .....	37
3.4 Kombinationsbehandlung mit Pharmakotherapie .....	38

**Teil 2: Behandlung**

<b>Kapitel 4: Diagnostik</b> .....	<b>43</b>
4.1 Erstgespräch und Erhebung der Symptomatik .....	43
4.2 Diagnosestellung und Differenzialdiagnostik .....	44
4.2.1 Verfahren der klassifikatorischen Diagnostik .....	44
4.2.2 Differenzialdiagnosen .....	44
4.2.3 Berücksichtigung komorbider Diagnosen .....	45
4.3 Verfahren zur Therapieplanung und Verlaufsdagnostik .....	46
4.4 Funktionale Bedingungsanalyse .....	47
<b>Kapitel 5: Aufbau des Manuals und Handlungslogik</b> .....	<b>48</b>
5.1 Kernkomponente Psychoedukation .....	49
5.1.1 Informationen über Angst .....	49
5.1.2 Einführung des Teufelskreises der Angst .....	49
5.1.3 Entstehungsmodell und Verhaltensanalyse .....	50
5.1.4 Wirkung von Vermeidungsverhaltensweisen und Therapieziele .....	50
5.2 Kernkomponente interozeptive Exposition .....	51
5.3 Kernkomponente In-vivo-Exposition .....	51
5.3.1 Rational der In-vivo-Exposition .....	51
5.3.2 Ableitung des Handlungsrationals für die In-vivo-Exposition .....	52
5.3.3 In-vivo-Exposition .....	53
5.3.4 Motivationskomponente .....	54
5.3.5 Kernkomponente Lernerfahrungen und Erwartungsangst .....	54
5.4 Kernkomponente Rückfallprophylaxe .....	54
5.5 Modifikationen des Behandlungsvorgehens .....	55
<b>Kapitel 6: Evaluation</b> .....	<b>57</b>
6.1 Manualentwicklung .....	57
6.2 Design und Ablauf der Behandlungsstudie .....	57
6.3 Stichprobe .....	57
6.4 Ergebnisse der Evaluation .....	58

**Teil 3: Beschreibung der Sitzungen**

<b>Sitzung 1</b> .....	<b>63</b>
<b>Sitzung 2</b> .....	<b>79</b>
<b>Sitzung 3</b> .....	<b>86</b>
<b>Sitzung 4</b> .....	<b>99</b>
<b>Sitzung 5</b> .....	<b>110</b>
<b>Expositionssitzungen (Sitzung 6 bis 8 sowie 10 und 11)</b> .....	<b>123</b>
<b>Beispielsitzung 6 – unbegleitete Exposition</b> .....	<b>133</b>
<b>Beispielsitzung 10 – begleitete Exposition</b> .....	<b>137</b>
<b>Sitzung 9</b> .....	<b>139</b>
<b>Sitzung 12</b> .....	<b>146</b>
<b>Auffrischungssitzungen</b> .....	<b>154</b>

<b>Literatur</b> .....	<b>158</b>
<b>Anhang</b> .....	<b>163</b>
Übersicht über die Materialien auf der CD-ROM .....	163

### **CD-ROM**

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Info- und Arbeitsblätter, die zur Durchführung des Therapieprogrammes verwendet werden können.

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



# Vorwort

Mit dem vorliegenden Behandlungsmanual liegt erstmalig im deutschen Sprachraum ein hoch strukturiertes, verhaltenstherapeutisches Konzept für die Einzelbehandlung von Patienten mit Panikstörung und Agoraphobie vor. Das Manual wurde ursprünglich für eine der größten kontrollierten Therapiestudien zu Wirkmechanismen der Therapie der Panikstörung mit Agoraphobie entwickelt, die 369 Patienten mit dieser Symptomatik untersuchte (MAC-Studie; „Mechanisms of Action in CBT“). Die Studie wurde von 2007 bis 2009 an 8 Universitätsambulanz<sup>1</sup> in Deutschland durchgeführt und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziell gefördert<sup>2</sup>.

Als Autoren dieses Manuals und als Wissenschaftler haben wir lange die Frage diskutiert, ob wir das für eine Studie entwickelte, hoch strukturierte Behandlungsmanual der Fachöffentlichkeit zugänglich machen sollten. Folgende Überlegungen haben uns darin bestärkt, dieses Wagnis zu unternehmen:

1. Das Behandlungsmanual wurde im Rahmen unserer Studie erfolgreich bei schwer bis sehr schwer erkrankten Patienten eingesetzt, die in der Regel seit vielen Jahren unter der Symptomatik litten und mehrere komorbide Störungen aufwiesen. Bei diesen Patienten führte das vergleichsweise kurze, expositions-fokussierte Behandlungsprogramm zu deutlichen Verbesserungen der Symptomatik und zu vergleichbar guten Ergebnissen, wie sie aus der Wirksamkeitsforschung bekannt sind. Gleichzeitig war dieses Vorgehen nicht mit höheren Dropout-Raten verbunden, wie diese üblicherweise in Therapiestudien beobachtet werden. Insofern gehen wir davon aus, dass der Einsatz des Behandlungsprogramms unter weniger formalisierten Bedingungen von den Patienten gut akzeptiert wird und zu guten Behandlungsergebnissen führt.
2. Die im Manual enthaltenen Behandlungsvarianten „Exposition mit Therapeutenbegleitung“ und „Expositionsvorbereitung ohne Begleitung in den Situationen“ erlauben – jenseits der Vorgaben einer Therapiestudie – eine flexible Auswahl einer jeweils angemessenen Behandlungsvariante. Beide Behandlungsmodalitäten erbrachten überzeugende, langfristig stabile Effekte, wenngleich die Bedingung mit Therapeutenbegleitung in einzelnen Dimensionen eine leichte Überlegenheit aufwies.
3. Der Einsatz des Manuals im Rahmen der Studie, aber auch im Rahmen unserer Lehr- und Ausbildungstherapien bestätigt, dass das Behandlungsprogramm von Patienten und Behandlern gut angenommen wird. Durch die Fokussierung auf eine Wirkkomponente der Therapie – die Exposition – ist das Behandlungsprogramm vereinfacht und gibt mit den aufeinander aufbauenden Arbeitsmaterialien eine nachvollziehbare Behandlungsstruktur vor. Unsere Erfahrungen zeigen, dass das Manual sowohl dem Therapeuten als auch den Patienten eine hinreichende Klarheit bezüglich des Behandlungsablaufes bietet, ohne dabei die Individualität des Patienten zu vernachlässigen.
4. Neben den Studienergebnissen unseres Verbundes und unseren positiven Erfahrungen haben uns die Befunde zur Übertragbarkeit klinischer Studien in die therapeutische Praxis dazu bewogen, eine Veröffentlichung vorzunehmen. Hier waren vor allem Befunde ausschlaggebend, die aufzeigten, dass die Effektivität der Behandlung in der Routinepraxis dann leidet, wenn der Therapie kein Behandlungsmanual zugrunde liegt.

---

1 Aachen (T. Kircher), Bremen (T. Lang), Berlin Charité (A. Ströhle), Berlin Adlershof (T. Fydrich, L. Fehm), Dresden (H.-U. Wittchen), Greifswald (A. Hamm), Münster (A. Gerlach), Würzburg (G. W. Alpers).

2 Förderkennzeichen 01GV0615. Verbundkoordinator V. Arolt (Münster).

Wir möchten mit der Veröffentlichung des Manuals ein praktisch anwendbares und in seiner Wirksamkeit überprüfbares Behandlungsprogramm vorlegen und hoffen, dadurch zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität der Panik- und Agoraphobiebehandlung in der Praxis beizutragen. Damit dieses Anliegen gelingen kann, sind eine intensive Auseinandersetzung mit dem Ablauf des gesamten Behandlungsprogramms, das Verständnis der Interventionslogik und die genaue Kenntnis der Übergänge zwischen den einzelnen Behandlungsschritten notwendig. Entsprechend enthält das Manual neben den genauen Sitzungsbeschreibungen ausführliche Erläuterungen zur Manuallogik, den zugrunde liegenden empirischen Befunden und Hinweise zum Umgang mit Problemen. Nichtsdestotrotz erscheint uns ein Therapeutentraining im Umgang mit den Arbeitsmaterialien unumgänglich. Ferner ist zu berücksichtigen, dass das Behandlungsprogramm selbst keine spezifischen Informationen und Empfehlungen zum Beziehungsaufbau mit dem Patienten enthält. Das Programm unterstützt den Beziehungsaufbau zwar durch seine Struktur, setzt die Grundkenntnisse und Grundfertigkeiten zum Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung jedoch voraus. Nach entsprechender Beschäftigung und erfolgtem Training ist das Behandlungsprogramm sowohl für Berufsanfänger als auch für erfahrene Therapeuten gut geeignet.

Zuletzt möchten wir uns an dieser Stelle herzlich bei all jenen bedanken, ohne die das Manual in der vorliegenden Form nicht hätte entstehen können. Hier sind vor allem diejenigen Kolleginnen und Kollegen zu nennen, die in der Entstehungsphase durch ihre kritischen Hinweise und hilfreichen Anmerkungen das Behandlungsprogramm verbessert haben. Dank gilt vor allem Alexander Gerlach, Lydia Fehm, Werner Rebber, Peter Neudeck, Jürgen Hoyer und Georg W. Alpers. Dank gilt auch dem gesamten BMBF-Forschungsverbund, ohne den die Durchführung und die Evaluation des Manuals nicht hätte erfolgen können. Unser ausdrücklicher Dank geht dabei an alle im Rahmen der Behandlungsstudie tätigen Therapeuten, die neben der Umsetzung des Studienmanuals auch ein – in kontrollierten Studien übliches – striktes und strenges Studienprozedere einhalten mussten. Ohne ihren Einsatz hätte die Behandlungsstudie des Panik-Netztes nie durchgeführt und zu einem erfolgreichen Abschluss geführt werden können. Den in der Studie behandelten Patienten danken wir für ihre Bereitschaft, zusätzlich zur Therapie an der Vielzahl diagnostischer Untersuchungen teilzunehmen. Schließlich danken wir dem Bundesministerium für Bildung und Forschung, ohne dessen finanzielle Unterstützung die gesamte Studie nicht hätte durchgeführt werden können. Dem Hogrefe Verlag und insbesondere Frau Susanne Weidinger – die die Entstehung des Buches mit hilfreichen Anregungen und freundlicher Unterstützung begleitet hat – danken wir für die Möglichkeit, das Behandlungsprogramm in Buchform vorlegen zu können.

Was wir dem Manual nicht wünschen ist, dass es als Fundgrube für Arbeitsblätter dient oder nur als weiteres, nicht praxisrelevantes und in der Praxis nicht anwendbares Forschungsrelikt betrachtet wird. Wir wünschen uns, dass dem Vorgehen die Möglichkeit eröffnet wird, die Behandlung der Panikstörung mit Agoraphobie weiter zu optimieren und das für einen Gesunden vermutlich nicht zu 100 Prozent nachvollziehbare Leid der Betroffenen zu mildern.

Bremen und Dresden, im April 2011

*Thomas Lang, Sylvia Helbig-Lang,  
Dorte Westphal, Andrew T. Gloster und  
Hans-Ulrich Wittchen*

## Vorwort zur 2. Auflage

Wir freuen uns sehr, dass wir eine zweite Auflage unseres Manuals zur expositionsbasierten KVT bei Panikstörung und Agoraphobie vorbereiten konnten – nicht nur, weil dies für das Interesse an unserem Behandlungskonzept spricht, sondern auch, weil es uns die Möglichkeit gegeben hat, auf die neueren Entwicklungen im Bereich der Klassifikation von Panikstörung und Agoraphobie sowie zu neuen Befunden zu Wirkfaktoren von Expositionsverfahren einzugehen.

Entsprechend haben wir das Manual in der zweiten Auflage insbesondere im ersten Teil grundlegend überarbeitet, um den Neuerungen in der diagnostischen Einordnung der Agoraphobie und den Weiterentwicklungen in den Theorien zur Behandlung von Angststörungen Rechnung zu tragen. So bezieht das erste Kapitel nun die Störungskriterien für Panikstörung und Agoraphobie aus der 5. Ausgabe des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-5 mit ein, in dem erstmals die Agoraphobie als eigenständige Diagnose kodiert wird. Die Agoraphobie wird entsprechend ihres neuen Stellenwerts etwas ausführlicher als Einzelstörungsbild charakterisiert. Darüber hinaus werden neuere epidemiologische Ergebnisse zur Häufigkeit von Panikstörung und Agoraphobie zusammengefasst.

In jüngerer Zeit gab es eine umfängliche Diskussion zu den Wirkmechanismen von Exposition, die vor allem Bezug nimmt auf Inhibitionslernen als mögliche Form des Neulernens. Um dieser Diskussion Rechnung zu tragen, wurde im dritten Kapitel zum Stand der Psychotherapieforschung ein Abschnitt zu neueren Theorien und den daraus abgeleiteten Empfehlungen für die klinische Anwendung von Expositionsverfahren ergänzt. Gleichzeitig ist das beschriebene Behandlungsvorgehen in Teil C unverändert geblieben, da aktuell nur für diese Art der Umsetzung eine wissenschaftliche Evaluation vorliegt.

Wir hoffen, dass wir mit der neuen Auflage unseres Manuals ein bewährtes Konzept in einen aktuellen Rahmen stellen können und so weiterhin zu einer erfolgreichen Umsetzung einer evidenzbasierten KVT bei Panikstörung und Agoraphobie beizutragen.

Bremen, im März 2018

*Thomas Lang, Sylvia Helbig-Lang, Dorte Westphal,  
Andrew Gloster und Hans-Ulrich Wittchen*



# Teil 1: Grundlagen



# Kapitel 1

## Beschreibung des Störungsbildes

Panikstörung und Agoraphobie sind in der klinischen Praxis häufige Phänomene, die zu erheblichen Einschränkungen und Belastungen führen. Obwohl beide Störungen seit langer Zeit beschrieben und in den Diagnosesystemen verankert sind, war und ist die Klassifikation und insbesondere das Verhältnis zwischen Panikstörung und Agoraphobie ein Thema intensiver Kontroversen. Während die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrer International Classification of Diseases (ICD) die Agoraphobie bereits seit den 1970er Jahren als eigenständige Störung betrachtet, war im Diagnostic and Statistical Manual (DSM) der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA) die Agoraphobie lange Zeit nur als Syndrom definiert, das zusätzlich zu einer Panikstörung vergeben werden konnte. Erst im kürzlich erschienenen DSM-5 (APA/Falkai et al., 2015) wurde die Agoraphobie als eigenständige Diagnose aufgenommen, die einzeln oder komorbid zu einer Panikstörung vergeben werden kann. Bezugnehmend auf die klassifikatorische Neuordnung werden hier zunächst die Störungsbilder der Panikstörung und der Agoraphobie getrennt dargestellt. Anschließend werden epidemiologische Befunde zu beiden Störungsentitäten zusammengefasst.

### 1.1 Panikstörung: Störungsbild und diagnostische Kriterien

Hauptkennzeichen der Panikstörung sind wiederkehrende unerwartete Panikattacken. Mit dem Begriff Panikattacke (oder auch Panikanfall, Angstanfall) wird im DSM eine diskrete Episode von Angsterleben bezeichnet, die mit mindestens vier körperlichen und kognitiven Symptomen einhergeht, wie z. B. Herzrasen oder -stolpern, Kurzatmigkeit, Schwindel sowie Angst zu sterben, verrückt zu werden oder die Kontrolle zu verlieren. Dabei erreicht die Angst innerhalb

kurzer Zeit ihren Höhepunkt. In der ICD-10 (vgl. Dilling, Mombour & Schmidt, 2004) werden ähnliche Kriterien für die Definition von Panikattacken verwendet wie im DSM. Auch hier wird das Auftreten von vier aus insgesamt 12 Symptomen gefordert, wobei mindestens ein Symptom aus dem psychovegetativen Bereich vorliegen muss. Tabelle 1 stellt die aktuellen diagnostischen Kriterien der Panikstörung nach ICD und DSM gegenüber.

Wiederkehrende Panikattacken sind damit das Kardinalsymptom der Panikstörung; jedoch lässt das Auftreten von Panikattacken allein noch nicht die Diagnose der Panikstörung zu. Differenzialdiagnostisch relevant sind die Auftretensbedingungen der Panikattacken: Bei einer Panikstörung müssen wiederholt Panikattacken ohne erkennbaren Auslöser, wie „aus heiterem Himmel“, berichtet werden. Davon abzugrenzen sind situationsgebundene oder situationsbegünstigte Panikattacken, die häufig im Rahmen anderer Angststörungen auftreten und bei denen klare Auslösereize erkennbar sind. Diese können extern sein, wie z. B. ein bestimmtes Objekt oder Tier oder eine bestimmte Situation im Rahmen einer Spezifischen Phobie. Auslöser können auch internale Reize sein, wie Zwangsgedanken, Sorgenketten im Rahmen einer Generalisierten Angststörung oder intrusives Erleben im Rahmen einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Panikattacken können darüber hinaus auch außerhalb von Angststörungen beobachtet werden, z. B. im Rahmen affektiver Störungen, weshalb das DSM-5 Panikattacken als allgemeine Zusatzcodierung zur Spezifikation anderer Störungen (außer der Panikstörung) vorsieht (z. B. „Soziale Angststörung mit Panikattacken“).

Panikpatienten berichten im Störungsverlauf häufig darüber, dass sie keine voll ausgebildeten unerwarteten Panikanfälle mehr erleben würden und stattdessen Attacken mit unvollständiger Symptomatik (d. h. mit weniger als vier Symptomen) oder situati-

**Tabelle 1:** Vergleich der diagnostischen Kriterien der Panikstörung

ICD-10-Kriterien	DSM-5-Kriterien*
<p>A. Wiederholte Panikanfälle, die oft spontan auftreten und nicht ausschließlich auf eine spezifische Situation, ein spezifisches Objekt, eine reale Gefahr oder besondere Anstrengung bezogen sind</p> <p>B. Eine <i>Panikattacke</i> ist eine einzelne Episode intensiver Angst oder Unbehagens. Sie beginnt abrupt und erreicht innerhalb weniger Minuten ein Maximum und dauert mind. einige Minuten. Es müssen mind. vier Symptome aus der folgenden Liste vorhanden sein. Ein Symptom muss dabei aus der Gruppe der ersten vier Symptome (a bis d) stammen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Palpitationen, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz.</li> <li>b) Schweißausbrüche.</li> <li>c) Fein- oder grobschlägiger Tremor.</li> <li>d) Mundtrockenheit.</li> <li>e) Atembeschwerden.</li> <li>f) Beklemmungsgefühl.</li> <li>g) Thoraxschmerzen und -missempfindungen.</li> <li>h) Nausea oder abdominale Missempfindungen (Unruhegefühle im Magen).</li> <li>i) Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit.</li> <li>j) Gefühl, die Objekte sind unwirklich (Derealisation) oder man selbst ist weit entfernt oder nicht wirklich hier (Depersonalisation).</li> <li>k) Angst vor Kontrollverlust, verrückt zu werden oder „auszuflippen“.</li> <li>l) Angst zu sterben.</li> </ul> <p>C. Panikattacken dürfen nicht Folge einer körperlichen, organischen psychischen Störung oder anderen psychischen Störung sein.</p> <p><i>Bestimme Schweregrad:</i> Bis zu vier Attacken im Rahmen von vier Wochen entspricht einer mittleren, vier Panikanfälle pro Woche über mindestens vier Wochen entspricht einer schweren Ausprägung der Panikstörung.</p>	<p>A. Wiederholte unerwartete Panikattacken. Eine Panikattacke ist eine plötzliche Anflutung intensiver Angst oder intensiven Unbehagens, die innerhalb von Minuten einen Höhepunkt erreicht, wobei in dieser Zeit vier (oder mehr) der folgenden Symptome auftreten:</p> <p><i>Beachte:</i> Die plötzliche Anflutung kann aus einem Ruhezustand oder einem ängstlichen Zustand heraus eintreten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Palpitationen, Herzklopfen oder beschleunigter Herzschlag.</li> <li>b) Schwitzen.</li> <li>c) Zittern oder Beben.</li> <li>d) Gefühl der Kurzatmigkeit oder Atemnot.</li> <li>e) Erstickungsgefühle.</li> <li>f) Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust.</li> <li>g) Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden.</li> <li>h) Schwindelgefühle, Unsicherheit, Benommenheit oder Gefühl, der Ohnmacht nahe sein.</li> <li>i) Kälteschauer oder Hitzegefühle.</li> <li>j) Parästhesien (Taubheit oder Kribbelgefühle).</li> <li>k) Derealisation (Gefühl der Unwirklichkeit) oder Depersonalisation (sich von der eigenen Person losgelöst fühlen).</li> <li>l) Angst die Kontrolle zu verlieren oder „verrückt zu werden“.</li> <li>m) Angst zu sterben.</li> </ul> <p><i>Beachte:</i> Kulturspezifische Symptome (z. B. Tinnitus, Nackenschmerz, Kopfschmerz, unkontrollierbares Schreien oder Weinen) können beobachtet werden. Solche Symptome sollten aber nicht als eines der vier erforderlichen Symptome gezählt werden.</p> <p>B. Bei mindestens einer der Attacken folgte ein Monat (oder länger) mit mindestens einem der nachfolgend genannten Symptome:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anhaltende Besorgnis oder Sorgen über das Auftreten weiterer Panikattacken oder ihrer Konsequenzen (z. B. die Kontrolle zu verlieren, einen Herzinfarkt zu erleiden, „verrückt“ zu werden).</li> <li>2. Eine deutlich fehlangepasste Verhaltensänderung infolge der Attacken (z. B. Verhaltensweisen, um Panikattacken zu vermeiden, wie die Vermeidung körperlicher Betätigung oder unbekannter Situationen).</li> </ol> <p>C. Das Störungsbild ist nicht Folge einer physiologischen Wirkung einer Substanz (z. B. Substanz mit Missbrauchspotenzial, medikamentöse Wirkstoffe) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Hyperthyreose, kardiopulmonale Erkrankungen).</p> <p>D. Das Störungsbild kann nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden (z. B. Panikattacken treten nicht nur in Reaktion gefürchtete soziale Situationen auf, wie bei der Sozialen Angststörung; in Reaktion auf umschriebene phobische Objekte oder Situationen, wie bei der Spezifischen Phobie; in Reaktion auf Zwangsgedanken, wie bei der Zwangsstörung; in Reaktion auf Erinnerungen an traumatische Ereignisse, wie bei der Posttraumatischen Belastungsstörung; oder in Reaktion auf die Trennung von Bezugspersonen, wie bei der Störung mit Trennungsangst).</p>

*Anmerkung:* \* Diagnostische Kriterien für Panikstörung nach DSM-5 (APA/Falkai et al., 2015, Reprinted in German with permission from Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, (Copyright 2013). American Psychiatric Association).

onsbegünstigte Angstanfälle in bestimmten Situationen (z.B. in vollen Räumen, öffentlichen Verkehrsmitteln, etc.) auftreten. Dies ist nicht ungewöhnlich und spricht nicht gegen die Diagnose einer Panikstörung. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die initialen unerwarteten Panikanfälle durch Versuche, alle panikauslösenden Reize zu vermeiden, reduziert werden. Für die Diagnosestellung ist daher insbesondere zu evaluieren, welche Qualität Panikattacken zu Beginn der Störung hatten.

Im DSM-5 wird in Abgrenzung zur ICD-10 für die Diagnose der Panikstörung über das Auftreten von unerwarteten Panikattacken hinaus gefordert, dass bestimmte Konsequenzen aus dem Erleben der Panikattacken resultieren. Diese Konsequenzen können entweder in einer ausgeprägten Besorgnis über die Bedeutung oder die Folgen der Panikanfälle bestehen oder in deutlichen Veränderungen im Verhalten aufgrund der Angstanfälle.

Für die Entwicklung einer Panikstörung nach initial auftretenden Panikattacken werden häufig katastrophisierende Befürchtungen über die Bedeutung der Attacken verantwortlich gemacht. Aufgrund der zunächst vorwiegend somatischen Symptompräsentation bzw. der fehlenden Erklärungen für die Symptome nehmen die Betroffenen häufig an, an einer Krankheit oder körperlichen Störung zu leiden. Je nach Ausprägung der auftretenden Symptome sind dabei häufige Befürchtungen (1) einen Herzinfarkt zu erleiden, (2) zu ersticken, (3) ohnmächtig zu werden oder umzufallen bzw. (4) die Kontrolle über sich zu verlieren oder verrückt zu werden. In Einzelfällen werden andere neurologische Erkrankungen vermutet oder allgemeine Befürchtungen geäußert, dass „etwas nicht stimmt“. In Verbindung mit diesen katastrophisierenden Kognitionen entwickelt sich häufig eine ausgeprägte Erwartungsangst vor dem Wiederauftreten von Attacken. Diese kann sich einerseits als eher diffuses Angsterleben, erhöhte Wachsamkeit und Schreckhaftigkeit äußern, andererseits als konkretes Angsterleben vor bestimmten Ereignissen oder Situationen, in denen das Auftreten von Paniksymptomen vermutet wird.

Patienten mit Panikstörung weisen darüber hinaus häufig eine Reihe von Verhaltensänderungen auf, die darauf ausgerichtet sind, die Wahrscheinlichkeit von Paniksymptomen oder die Wahrscheinlichkeit gefürchteter Konsequenzen zu reduzieren. Einige Patienten meiden Aktivitäten oder Substanzen, die Körpersymptome auslösen könnten, wie z.B. Ausdauersport oder koffeinhaltige Getränke. In Einzelfällen werden alle Situationen vermieden (z.B. auch Filme), die mit Stress oder emotionaler Erregung

gleichgesetzt werden. Diese auf die Vermeidung von Körpersymptomen ausgerichteten Strategien werden unter dem Begriff „interozeptive Vermeidung“ zusammengefasst (vgl. Kasten).

#### Beispiele für interozeptive Vermeidungsverhaltensweisen bei Panikstörung

- Kaffee trinken
- Schnell laufen oder rennen
- Alkohol trinken
- Sportliche Aktivitäten
- Saunabesuche
- Sexuelle Aktivitäten
- Bei sehr heißem Wetter draußen sein
- Karussell fahren
- Aufregende Filme sehen
- Sich streiten

Interozeptive Vermeidung wird dem Konzept des Sicherheitsverhaltens zugeordnet, das in den letzten Jahren zunehmend als wesentlicher Faktor in der Aufrechterhaltung von Angststörungen diskutiert wird (vgl. Kasten zur Bedeutung von Sicherheitsverhalten).

#### Die Bedeutung von Sicherheitsverhalten

Der Begriff Sicherheitsverhalten oder „safety seeking behaviour“ geht auf Paul Salkovskis zurück (Salkovskis, 1991), wengleich ähnliche Mechanismen z.B. im Bereich der Zwangsstörungen früher bereits beschrieben wurden (Rachman & Hodgson, 1980). Salkovskis sah in bestimmten Verhaltensweisen von Panikpatienten die Ursache dafür, dass katastrophisierende Bewertungen, wie „Ich werde einen Herzinfarkt bekommen“, über lange Zeit aufrechterhalten werden, ohne dass die befürchtete Katastrophe jemals eintritt. Dieses Phänomen führte er auf eine Fehlinterpretation der Bedeutung des eigenen Verhaltens zurück: Die Person glaubt, aufgrund ihres eigenen Verhaltens (z.B. die Situation zu verlassen, sich hinzusetzen, etc.) gerade noch einmal der Katastrophe entkommen zu sein.

Salkovskis teilte Sicherheitsverhalten ursprünglich in drei Kategorien ein:

- *Situative Vermeidung*: Vermeidung von Situationen, in denen das Auftreten von Panik oder Angst befürchtet wird,
- *Flucht* aus der Situation, sobald Angst auftritt und
- *Subtile Vermeidung*: Verhaltensweisen, die während des Auftretens von Angst ausgeführt werden, um die befürchtete Katastrophe zu verhindern (z.B. sich hinsetzen bei der Befürchtung, umzufallen).

Im Laufe der Zeit wurde das Konzept des Sicherheitsverhaltens immer weiter ausdifferenziert und auf andere Angststörungen übertragen. So werden heutzutage auch kognitive Strategien, wie Ablenkung in den