

# DIAGNOSTIK UND DIFFERENZIALDIAGNOSTIK DER ANGSTSTÖRUNGEN NACH ICD-10

## CLINICAL DIAGNOSIS AND DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ANXIETY DISORDERS BY MEANS OF ICD-10

Jürgen Konermann und Michael Zaudig

### Zusammenfassung

Der Artikel gibt einen umfassenden Überblick über die ICD-10/DSM-IV-Angststörungen (Phobien, Panikstörung und generalisierte Angststörung). Schwerpunkt der Darstellung ist die ausführliche Diskussion der Differenzialdiagnostik zu organischen und anderen psychischen Störungen. Letztere werden besonders unter praxisrelevanten Bezügen diskutiert. Im abschließenden Abschnitt werden diagnostische Hilfsmittel für die Praxisroutine dargestellt.

### Schlüsselwörter

ICD-10 - DSM-IV – Angststörung – Diagnose -Differenzialdiagnose

### Summary

In this article the current state of diagnosis and differential diagnosis of anxiety disorders (phobias, panic disorders and generalized anxiety disorders) is discussed as presented in ICD-10 and DSM-IV and their relevance concerning day to day practise. Problems in differentiating anxiety states from other psychiatric disorders are highlighted as well as assessing anxiety syndromes by means of scales and structured interviews.

### Keywords

ICD-10 - DSM-IV - anxiety disorder - diagnosis - differential diagnosis

## Diagnostik und Differenzialdiagnostik der Angststörungen nach ICD-10

Ängste und Angststörungen sind weit verbreitete Phänomene. Eine gesunde Angst vor realen Gefahren gehört zur Grundausstattung menschlichen Seins und sichert zudem das Überleben. Bei den Angsterkrankungen handelt es sich um nicht begründete Ängste. 1872 prägte der deutsche Psychiater Westphal den Begriff der Agoraphobie, wie er auch heute noch verwandt wird. Sigmund Freud beschrieb die Angstneurose 1895 und unterschied diese von der Neurasthenie. 1958 übertrug Wolpe die Gesetze der Lernpsychologie auf die Angsterkrankungen und entwickelte das Prinzip der systematischen Desensibilisierung. Klein grenzte das Paniksyndrom von anderen Angstneurosen ab (1959). Marks und Gelder grenzten 1966 die verschiedenen Phobien voneinander ab. Deren Definition findet sich bis heute im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Erkrankungen (DSM-IV; APA 1994; Saß et al., 1996).

## Die Syndromdiagnose von Angststörungen nach ICD-10 und DSM-IV

Das seit Januar 2001 in Deutschland verbindliche Klassifikationssystem (International Classification of Disorders, 10th Revision - ICD-10, WHO, 1991) entstand aus den Vorarbeiten und Untersuchungen des DSM-Systems. Operationali-

sierte, d.h. vorwiegend an deskriptiven, psychopathologischen Zeit- und Verlaufskriterien orientierte Diagnosesysteme haben in den vergangenen Jahren in der Psychiatrie, Psychotherapeutischen Medizin und klinischen Psychologie eine besondere, aber nicht unumstrittene Bedeutung erlangt (Schneider et al., 1993). Das Kap. V (F) der ICD-10 "Psychische und Verhaltensstörungen" knüpft in seiner Konzeption unmittelbar an das DSM-III und DSM-III-R/DSM-IV (APA, 1994) an. Im Vergleich zur ICD-9 (WHO, 1978, dt. Degkwitz et al., 1980) ergaben sich auf verschiedenen Ebenen konzeptionelle Veränderungen: Auf interpretative oder theoretisch-diagnostische Einteilungsaspekte der Klassifikation wurde verzichtet und eine „atheoretische“ Klassifikation (d.h. ohne ätiologische Vorwegannahmen) psychischer Störungen angestrebt. Des Weiteren werden zur Diagnosestellung auf Störungsebene explizit definierte diagnostische Kriterien auf der Symptom- und Syndromebene herangezogen, die durch eine stärkere Berücksichtigung von Zeit- und Verlaufsaspekten und spezifischen Ein- und Ausschlusskriterien ergänzt werden. Dabei werden Schweregradeinteilungen zum integralen Bestandteil operationaler Diagnostik. Diagnosen werden entsprechend dem Komorbiditätsprinzip und nach einem multiaxialen Vorgehen gestellt. So wird man beispielsweise bei der Diagnose einer Agoraphobie keine ätiologischen Hinweise oder Bezüge in der ICD-10-Klassifikation finden, da sich diese bewusst auf die deskriptive Ebene beschränkt. Die ICD-10-Diagnosen, nicht nur im Angstbereich, sind reine Syndromdiagnosen, die sich auf die

Beschreibung und Klassifikation des Krankheitszustandes beschränken. Die Ursache einer Störung wird mit der Diagnose nicht mitgeteilt. Dies bleibt weiterhin genuine Aufgabe eines jeden Untersuchers.

Der deskriptive Ansatz der ICD-10 und DSM-IV beinhaltet mehrere Betrachtungsebenen. Dies sind im Einzelnen (Deister, 1995):

- Symptomatologische Kriterien
- Spontaneitätskriterien (Zeitpunkt und Situation des Auftretens)
- Zeitkriterien (Dauer der Störung)
- Frequenzkriterien (Häufigkeit des Auftretens der Symptomatik)
- Tempokriterien (Entwicklung der Symptomatik)
- Schweregradkriterien
- Ausschlusskriterien (organische Befunde, andere psychische Störungen)

Die Diagnose der Angststörungen nach ICD-10 und DSM-IV beruht vollständig auf der Beschreibung des Auslösers (z. B. Situation) der Symptomatik (nicht zu verwechseln mit der Ätiologie), dem psychopathologischen Quer- und Längsschnittbefund mit Angabe der notwendigen Mindesthäufigkeiten, der Dauer der einzelnen Symptome und der psychosozialen Beeinträchtigung. Angst hat bekanntermaßen viele Gesichter und ist durch eine Vielzahl unterschiedlicher Symptome gekennzeichnet. Die Symptome variieren nicht nur von Mensch zu Mensch, sondern auch bei einer einzelnen Person. In der ICD-10 sind insgesamt 22 Angstsymptome aus 6 Symptomkategorien extrahiert worden, die den phänomenologischen Angstanteil umfassend zu beschreiben versuchen. Angst hat eine psychische, aber auch eine physische Komponente, und entsprechend gewichtet sind die 22 Symptome, die nicht regelhaft zusammen auftreten, sondern in ihrer Kombination verschieden und uneinheitlich sind (Scherer und Kuhn 2002). Die Vielzahl der Angstsymptome wird in der ICD-10 unterteilt in:

- Vegetative Symptome
- Symptome, die Thorax und Abdomen betreffen
- Psychische Symptome
- Allgemeine Symptome

Die folgenden beiden Symptomkomplexe werden nur bei der generalisierten Angststörung zusätzlich beschrieben:

- Symptome der Anspannung
- Unspezifische Symptome.

Jede in der ICD-10 aufgelistete Angststörung (F40 - F41) wird mit Hilfe dieser 6 Symptomkategorien umschrieben:

Nach den Forschungskriterien der ICD-10 werden folgende häufige und typische Angstsymptome aufgelistet:

#### **Vegetative Symptome**

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

#### **Symptome, die Thorax und Abdomen betreffen**

5. Atembeschwerden
6. Beklemmungsgefühl

7. Thoraxschmerzen oder Missempfindungen
8. Nausea oder abdominale Missempfindungen

#### **Psychische Symptome**

9. Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche oder Benommenheit
10. Derealisation oder Depersonalisation
11. Angst vor Kontrollverlust, verrückt zu werden oder "auszuflippen"
12. Angst zu sterben

#### **Allgemeine Symptome**

13. Hitzewallungen oder Kälteschauer
14. Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle

#### **Symptome der Anspannung (nur bei der generalisierten Angststörung)**

15. Muskelverspannung, akute oder chronische Schmerzen
16. Ruhelosigkeit und Unfähigkeit zum Entspannen
17. Gefühle von Aufgedrehtsein, Nervosität und psychischer Anspannung

18. Kloßgefühl im Hals oder Schluckbeschwerden

#### **Unspezifische Symptome (nur bei der generalisierten Angststörung)**

19. Übertriebene Reaktion auf kleine Überraschungen oder Erschrecktwerden
20. Konzentrationsschwierigkeiten, Leeregefühl im Kopf wegen Sorgen oder Angst
21. Anhaltende Reizbarkeit
22. Einschlafstörungen wegen Besorgnis

### **Differenzialdiagnose der Angststörungen in Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen**

Die in der ICD-10 definierten Angststörungen sind primär insofern, als die Angstsymptome nicht Teil oder Ausdruck einer anderen körperlichen oder seelischen Störung sind. Entsteht eine Reihe der oben genannten Symptome oder Syndrome (z.B. Panik) auf dem Boden einer anderen organischen Erkrankung, wird auch gern der Ausdruck sekundäre Angststörung oder, im Sinne der ICD-10, organische Angststörung (F06.4) gebraucht. Nicht selten können Ängste im Rahmen allgemeiner körperlicher Erkrankungen, Hirnerkrankungen oder durch Intoxikation oder Entzug von Substanzen oder im Rahmen anderer psychischer Erkrankungen entstehen. Die Differenzialdiagnose zu anderen psychischen Störungen wird ausführlich in den einzelnen Kapiteln abgehandelt.

Die differenzialdiagnostische Abklärung organischer Erkrankungen spielt insbesondere bei Panikstörung und generalisierter Angststörung eine wichtige Rolle. Nur bei Vorliegen einer eindeutigen organischen Erkrankung kann die ICD-10-Diagnose der organischen Angststörung gestellt werden. Grundsätzlich sollte bei jedem auffälligen Angstzustand an organische Grunderkrankungen, Medikamenten- oder Drogenintoxikation oder -entzug gedacht werden.

### **Die Klassifikation von Angststörungen nach ICD-10 und DSM-IV**

Im Kap. V der Internationalen Klassifikation Psychischer Störungen (ICD-10) werden die Angststörungen mit anderen Stö-

**Differenzialdiagnose bei Angststörungen**

Differenzialdiagnose	Symptome, die zu einer Verwechslung Anlass geben können
Hypoglykämie	Tachykardie, Tremor, Angst, Schwitzen, Schwindel, Magenbeschwerden
Hyperthyreose	Angst, Tachykardie, Herzklopfen, Schwitzen, Atemnot, Durchfall
Hyperkaliämie	unregelmäßiger Herzschlag, Parästhesien
Hypokalzämie	periorale Parästhesien, Karpopedalspasmen, gastrointestinale Störungen, Laryngospasmus
Akute intermittierende Porphyrie	gastrointestinale Störungen, Parästhesien, Tachykardie, Erregungszustände, Depression
Insulinom	Zittern, Schwitzen, Synkopen, Verwirrtheit
Karzinoid	Durchfall, asthmaartige Anfälle
Phäochromozytom	Tachykardie, Hypertonie, Tremor, Kopfschmerz, Schwitzen, Hitzewallungen
Lungenerkrankungen	Atemnot, Erstickungsgefühl, Schmerzen, Druck oder Enge in der Brust
Synkope	Schwindel, Ohnmachtsgefühl, Übelkeit
Kardiale Arrhythmien	unregelmäßiger Herzschlag
Angina pectoris	retrosternales Druckgefühl und Schmerzen, Ausstrahlung in den Arm, Angst, Atemnot, Schwächegefühl
Myokardinfarkt	retrosternale Schmerzen, Ausstrahlung in den Arm, Vernichtungsgefühl, Unruhe, Angst, Atemnot, Übelkeit, Erbrechen, Schwächegefühl, Schwitzen
Periphere Vestibularisstörung	Schwindel, Benommenheit, Übelkeit, Erbrechen, Angst
Benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel	Schwindel
Komplex-partielle Anfälle	Angst, Derealisation, Depersonalisation, Schwitzen, Erröten, Dyspnoe Hyperventilation, Tachykardie, Übelkeit
Migraine (accompagnée)	Kopfdruck, Sehstörungen, Parästhesien
Multiple Sklerose	Schwindel, Parästhesien

rungen unter der Bezeichnung F4 zusammengefasst, das die Überschrift "Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen" trägt. Ein Vergleich mit der Einteilung der Angststörungen nach DSM-IV ergibt folgendes Bild:

**Angststörungen**

nach ICD-10		nach DSM-IV	
<b>F40</b>	<b>Phobische Störungen</b>	300.01	Panikstörung ohne Agoraphobie
F40.00	Agoraphobie	300.21	Panikstörung mit Agoraphobie
F40.01	Agoraphobie mit Panikstörung	300.22	Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte
F40.1	Soziale Phobien	300.29	spezifische Phobie
F40.2	spezifische Phobien	300.23	Soziale Phobie
<b>F41</b>	<b>Andere Angststörungen</b>	300.3	Zwangsstörungen
F41.0	Panikstörung	300.81	Posttraumatische Belastungsstörung
F41.1	Generalisierte Angststörung	308.3	Akute Belastungsstörung
F41.2	Angst und depressive Störung gemischt	300.89	Generalisierte Angststörung
		293.89	Angststörung bei körperlicher Erkrankung
			Substanzinduzierte Angststörung
		300.00	Angststörung, nicht näher bezeichnet

Das DSM-IV verzichtet auf eine Grobunterteilung in zwei Hauptkategorien der Angststörungen und subsumiert gleichzeitig, nicht unumstritten, die Zwangsstörungen und die akute und posttraumatische Belastungsstörung unter den Angst-

störungen. Zudem wird einer pathologischen Angst, die sich im Rahmen einer körperlichen Erkrankung manifestiert oder substanzinduziert ist, eine eigenständige Störungsbeschreibung im Rahmen des Kapitels Angststörungen zugebilligt, was in

der ICD-10 an anderer Stelle, nämlich bei der entsprechenden "Grundstörung", zu finden ist (unter F06.4 und F1x.8).

Ein wichtiger Unterschied in der Diagnostik der Angststörungen im engeren Sinne ist die Gewichtung der Panikattacken. Diese besitzen in DSM-IV einen vorrangigen Stellenwert, was auf die Befunde und Überlegungen von Klein (1980), Sheehan (1982) und anderen biologisch-pharmakologisch orientierten Wissenschaftlern zurückzuführen ist. Im Gegensatz dazu wird nach ICD-10 der Angstanfall, wenn er stärker auslösergebunden auftritt (wie bei der Agoraphobie oder anderen Phobien), dementsprechend dem phobischen Störungsbild untergeordnet.

Trotz der übergeordneten konzeptuellen Unterschiede sind beide Klassifikationssysteme hinsichtlich der Kriterien für die Angststörungen ausgesprochen kompatibel.

### **Diagnosekriterien und differenzialdiagnostische Aspekte**

Für die Diagnosestellungen in der alltäglichen klinischen Praxis gelten die **ICD-10-Leitlinien** (WHO, 1991). Doch ist es ratsam, gerade in zweifelhaften Fällen, die **ICD-10-Forschungskriterien** (WHO, 1994) zu Rate zu ziehen, auch aufgrund ihrer größeren Prägnanz. Deshalb wird im Folgenden grundsätzlich auf die Forschungskriterien Bezug genommen.

### **Agoraphobie (F40.0)**

Die Agoraphobie wird in der ICD-10 nicht mehr im historisch tradierten Sinne gebraucht. Ursprünglich beschrieb der aus dem Griechischen abgeleitete Begriff Agoraphobie die "Furcht vor dem Marktplatz", also die Furcht vor öffentlichen (in der Regel weiten und freien) Plätzen. Heute bezeichnet Agoraphobie auch die Angst vor Menschenmengen oder Situationen verschiedenster Art, die die Betroffenen nicht sofort verlassen können. Als typische Situationen gelten: öffentliche Verkehrsmittel, Menschenmengen (Veranstaltungen, besonders belebte Orte), Kaufhäuser, dort insbesondere Schlangestehen, Gaststätten etc. Bei den Betroffenen reicht für gewöhnlich das Verlassen der Situation, um die Angst zu reduzieren. In schweren Fällen treten die Ängste unmittelbar auf, wenn die Betroffenen einen von ihnen als sicher erlebten Ort (zu Hause, eigenes Auto, den Heimatort) verlassen. Diese Personen sind in der Regel an ihre Wohnung gefesselt oder haben nur einen sehr beschränkten Aktionsradius. Meist ist eine Erweiterung des Aktionsradius in Begleitung einer vertrauten Person möglich. Es gibt auch Fälle, in denen in Begleitung eines Vertrauten keinerlei Symptome vorhanden sind und sich die Ängste ausschließlich auf Situationsexpositionen beziehen, in denen die Betroffenen alleine sind. Die Begleitpersonen, die den Betroffenen "Sicherheit" geben, können irrationalerweise auch (kleine) Kinder sein (Patientenkommentar: "Hauptsache es ist irgendjemand da"). Von anderen wiederum wird gerade die Anwesenheit der eigenen Kinder als besonders problematisch erlebt, da sie die Verantwortung für ihre Kinder in Angstsituationen meinen nicht tragen zu können.

Die ICD-10-Forschungskriterien beschreiben die Agoraphobie wie folgt:

- A. Deutliche oder anhaltende Furcht vor oder Vermeidung von mindestens zwei der folgenden Situationen:
  1. Menschenmengen
  2. öffentliche Plätze
  3. Alleinreisen
  4. Reisen mit weiter Entfernung von zu Hause
- B. Wenigstens einmal nach Auftreten der Störung müssen in den gefürchteten Situationen mindestens zwei Angstsymptome aus folgender Liste gemeinsam auftreten sein, dabei mindestens ein Symptom aus 1 bis 4.

#### **Symptome autonomer Erregung**

1. Palpitationen, Herzklopfen oder beschleunigter Puls
2. Schweißausbrüche
3. Fein- oder grobschlägiger Tremor
4. Mundtrockenheit

#### **Symptome in Brust und Abdomen**

5. Atembeschwerden
6. Beklemmungsgefühl
7. Schmerzen oder Missempfindungen in der Brust
8. Übelkeit oder Missempfindungen im Abdomen

#### **Symptome des Bewusstseins**

9. Schwindel-, Unsicherheits-, Benommenheitsgefühl
10. Gefühle, dass Dinge unwirklich sind (Derealisation) oder "selbst weit entfernt" oder "nicht richtig da" zu sein

#### **Allgemeine Symptome**

11. Furcht, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden oder Schwäche
  12. Angst zu sterben
  13. Hitzewallungen oder Kälteschauer (Depersonalisation)
  14. Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle
- C. Es besteht eine deutliche emotionale Belastung durch das Vermeidungsverhalten oder die Angstsymptome; die Betroffenen haben die Einsicht, dass diese übertrieben und unvernünftig sind.
  - D. Die Symptome beschränken sich ausschließlich oder vornehmlich auf die gefürchteten Situationen oder Gedanken an sie.
  - E. Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Symptome des Kriteriums A sind nicht bedingt durch Wahn, Halluzinationen oder andere Symptome der Störungsgruppen organische psychische Störung (F0), Schizophrenie und verwandte Störungen (F2), affektive Störungen (F3) oder eine Zwangserkrankung (F42) oder sie sind nicht Folge einer kulturell akzeptierten Anschauung.

Das Vorliegen oder Fehlen einer Panikstörung (F41.0) kann mit der fünften Stelle angegeben werden: F40.00 Agoraphobie ohne Panikstörung / F40.01 Agoraphobie mit Panikstörung.

Die konkreten Befürchtungen variieren interindividuell und können sehr heterogen sein, z.T. haben die Befürchtungen

recht diffusen Charakter ("zu schwach zu sein, um wieder nach Hause zu kommen"). Es dominieren Ängste vor ernsthaften körperlichen Konsequenzen der vom Patienten gespürten Symptome ("Das hält kein Herz aus", "Ich bekomme einen Hirnschlag", "Ich falle in Ohnmacht"). Hierbei spielt oft die Vorstellung eine Rolle, dass in den befürchteten Situationen Hilfe nicht schnell genug rekrutiert werden kann. Weiterhin imponiert die Furcht vor Kontrollverlust ("Verrückt zu werden", "Durchzudrehen").

Der Inhalt des Kriteriums C ist zu problematisieren. Die Einsicht, dass die Ängste übertrieben oder unvernünftig sind, besteht in vielen Fällen nur partiell, nämlich außerhalb der Situation. Und selbst dann können Patienten der Ansicht sein, dass z.B. ihr Herz den Belastungen der von ihnen wahrgenommenen körperlichen Angstkorrelate "nicht gewachsen" ist und deshalb zwangsläufig irgendwann versagen muss. Kognitive Konstrukte solcher Art sind insbesondere bei Patienten mit ausgeprägter Erwartungsangst zu beobachten. Eine schwer agoraphobe Patientin unserer Klinik, die bei der Vorstellung eines anstehenden Termins außer Haus in heftige Erregung geriet, stellte zu ihren Ängsten vor einem Herzinfarkt subjektiv treffend fest: "Einmal ist immer das erste Mal und dann auch das letzte Mal."

### Differenzialdiagnose der Agoraphobie:

- Die Abgrenzung zu **psychotischen Störungen**, wobei die Ängste durch Wahnerleben oder Halluzinationen bedingt sind, gelingt in der Regel ausreichend gut. Die Eruiierung des Gesamterlebens und der konkreten Gedanken in den gefürchteten Situationen wird die wichtigen Unterschiede zu Tage fördern. Nur bei einem möglichen Verschweigen der Wahnhalte oder halluzinatorischen Phänomene sind diagnostische Irrtümer möglich.
- Nicht ohne Grund werden die **Zwangsstörungen** in der DSM-Klassifikation zu den Angststörungen gerechnet, auch wenn dies sehr kontrovers diskutiert wird (Hand, 1992; Zaudig et al., 2002). Die Unterscheidung einer Agoraphobie von einer Zwangsstörung ist unproblematisch. Bei Kontrollzwängen dient die Handlung zur Angstreduktion, nicht deren Unterlassen wie bei Agoraphobikern. Auch die Art der Sicherheitsverhaltensweisen von Agoraphobikern (z.B. Beruhigungsmittel in der Tasche, Handy dabei etc.) ist gut von Zwangshandlungen zu unterscheiden. Meist reicht auch die Art der vermiedenen Situationen aus, um hinreichend genau zu diagnostizieren. Reinecker (1994) weist noch auf unterschiedliche zentrale Emotionen bei Exposition hin (Panikgefühle bei Phobikern, bei Zwangsbetroffenen eher Unruhe, Unbehagen, Ekel oder Ärger). Ein wichtiges Argument ist, dass Phobiker ihre Ängste in den meisten Fällen als übertrieben betrachten, während Zwangspatienten relativ unkorrigierbar an ihren Befürchtungen festhalten (Zaudig und Niedermeier, 1998).
- Im Hinblick auf die Ausschlusskriterien ist die Abgrenzung gegenüber **depressiven Störungen** wichtig. Insofern ist bei einer möglichen Komorbidität die Reihenfolge der aufgetretenen Störungen zu eruieren. Bei einer ein-

deutig sekundären depressiven Störung ergibt sich kein Problem, auch wenn die agoraphobe Symptomatik im Rahmen einer Folgedepression noch einmal deutlich exazerbieren kann (Morschitzky, 1998). Bei Erstauftreten einer manifesten depressiven Störung, die neben der agoraphoben Symptomatik weiterhin besteht, ist eine genaue Exploration der Ängste notwendig. Das Vermeidungsverhalten der Agoraphobiker beruht auf bestimmten, relativ klaren Befürchtungen, depressives "Vermeidungsverhalten" ist eher ein Rückzugsverhalten aufgrund des Erlebens von Schwäche, häufig verbunden mit Antriebsstörungen ("Mir ist alles zu viel"), oder aufgrund ausgeprägter Lust- und Interesseselosigkeit.

- Die weitaus meisten Probleme dürfte es mit der Unterscheidung zwischen **sozialphobischen** und agoraphoben Ängsten geben, da bei beiden das Kriterium der Vermeidung herausgehoben wird. Wichtiges Unterscheidungsmerkmal ist die Art der Befürchtungen. Während Agoraphobiker sich um ihre **körperliche und/oder seelische Unversehrtheit per se** ängstigen (Angst zu sterben, in Ohnmacht zu fallen, verrückt zu werden etc.), sind Sozialphobiker eher um die sozialen Folgen der von ihnen befürchteten negativen Bewertungen solcher Ereignisse besorgt. Insofern besteht die sozialphobe Symptomatik im Grunde aus einer Angst vor Ablehnung, begründet durch Unzulänglichkeiten der eigenen Person oder des eigenen Handelns, oder in einer Angst vor dem Gefühl der Peinlichkeit und Scham. Beides ist gebunden an die Anwesenheit anderer Menschen. Agoraphobiker fühlen sich in Begleitung anderer eher sicherer, während Sozialphobiker in Situationen, in denen sie alleine sind und auch zu einem späteren Zeitpunkt keine Bewertungen zu befürchten haben, keinerlei Schwierigkeiten haben (Heckelmann und Schneier, 1995). Heuristisch wertvoll erscheint ebenfalls der Hinweis von Amies et al. (1983), dass Sozialphobiker in der Regel von recht auffälligen Symptomen berichten (Erröten, Schwitzen, Zittern etc.), während Agoraphobiker eher von nur subjektiv wahrnehmbaren körperlichen Veränderungen wie Herzrasen, Schwindel, Atembeschwerden, Schwächegefühlen und Depersonalisationsphänomenen berichten.
- Die Unterscheidung zur **spezifischen Phobie** kann durchaus problematisch sein. Auch bei der spezifischen Phobie werden bestimmte Situationen konsequent gemieden oder nur mit größter Angst durchgestanden. Es ist durchaus möglich, dass eine eindeutige Zuordnung nicht zu treffen ist. Anhaltspunkte für eine Entscheidung können sein:
  1. Die Anzahl der vermiedenen oder angstauslösenden Situationen: Bei eher mehreren Situationen ist die Agoraphobie eindeutig vorzuziehen.
  2. Die Art der Befürchtungen: Sollten sich die Befürchtungen kaum auf eine körperliche und/oder geistige "Schädigung" durch den angstassoziierten Erregungszustand beziehen, sondern andere Gefahren im Vordergrund stehen (etwa, dass das Aufzugseil reißt), so ist eine spezifische Phobie in Betracht zu ziehen. Anders liegt die Einschätzung bei Befürchtungen, z.B. während des Autofahrens einen Unfall zu verursachen. Die Befürchtung,

aufgrund eines Panikzustandes mit den einhergehenden kognitiven Einschränkungen einen Unfall zu verursachen, ist bei Agoraphobikern mit entsprechenden situationsgebundenen Einschränkungen weit verbreitet. Die Befürchtung, passiv irgendeinen Unfall zu erleiden, weil es halt im Straßenverkehr gefährlich ist, entspricht eher der Diagnose spezifische Phobie.

Nicht selten berichten Agoraphobiker, dass sie vor einer massiveren Symptomexazerbation längere Zeit (Monate bis Jahre) unter einem auf eine Situation oder wenige Situationen beschränkten Angsterleben litten. Insofern ist zu diskutieren, ob nicht häufiger eine spezifische Phobie einer Agoraphobie vorausgeht.

- Die differenzialdiagnostischen Erwägungen hinsichtlich der **Panikstörung** werden dominiert von unterschiedlichen Positionen zum möglicherweise vorhandenen ätiologischen Zusammenhang beider Störungen. Nach Klein (1980) entsteht eine Agoraphobie erst als Folge einer Panikstörung, die vor allem biologische Ursachen hat. Die DSM-Klassifikation schließt sich dieser Auffassung an und räumt der Diagnose Panikstörung Priorität ein. Also heißen die Störungen "Panikstörung mit Agoraphobie" und "Panikstörung ohne Agoraphobie" sowie als letzte Möglichkeit "Agoraphobie ohne Panikstörung **in der Vorgesichte**". In der ICD-10 begegnet man den Störungen gleichwertiger. Auch ohne sich ätiologisch festzulegen, ist festzustellen, dass beide Störungen sehr häufig zusammen auftreten. Dominierendes Unterscheidungsmerkmal ist die Situationsgebundenheit des Auftretens des Angstzustandes. Bei der Agoraphobie treten die Angstzustände relativ gut vorhersagbar in bestimmten Situationen auf, die dem Patienten bekannt sind.
- Die Unterscheidung zur **generalisierten Angststörung (GAS)** gelingt in der Regel ausreichend gut. GAS-Betroffene weisen nicht diese konkreten situationsgebundenen Ängste mit entsprechendem Vermeidungsverhalten auf. Wenn bei der GAS ein Vermeidungsverhalten zu beobachten ist, dann nicht wegen Befürchtungen, einen physischen oder psychischen Schaden zu erleiden, sondern weil GAS-Patienten davon ausgehen, die entsprechende Aktivität "nicht zu schaffen" (im Sinne von Versagen). Wichtig ist die Eruierung der Kognitionen der Patienten. GAS-Patienten sorgen sich um alltägliche Dinge oder ihre Angehörigen. Dieses Grübelverhalten ist bei agoraphoben Patienten nicht zu beobachten.

## Soziale Phobien (F40.1)

Die Forschungskriterien nennen folgende Merkmale einer sozialphoben Störung:

A. Entweder 1. oder 2.:

1. deutliche Furcht, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten.
2. deutliche Vermeidung im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen oder von Situationen, in denen die Angst besteht, sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten.

Diese Ängste treten in sozialen Situationen auf, wie Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit, Begegnung mit

Bekanntem in der Öffentlichkeit, Hinzukommen oder Teilnahme an kleineren Gruppen, wie z.B. bei Partys, Konferenzen oder in Klassenräumen.

- B. Mindestens zwei Angstsymptome in den gefürchteten Situationen mindestens einmal seit Auftreten der Störung, wie in F40.0, Kriterium B., definiert, sowie zusätzlich mindestens eins der folgenden Symptome:
  1. Erröten oder Zittern
  2. Angst zu erbrechen
  3. Miktions- bzw. Defäkationsdrang bzw. Angst davor
- C. Deutliche emotionale Belastung durch die Angstsymptome oder das Vermeidungsverhalten. Einsicht, dass die Symptome oder das Vermeidungsverhalten übertrieben und unvernünftig sind.
- D. Die Symptome beschränken sich ausschließlich oder vornehmlich auf die gefürchteten Situationen oder Gedanken an diese.
- E. Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Symptome des Kriteriums A. sind nicht bedingt durch Wahn, Halluzinationen oder andere Symptome der Störungsgruppen organische psychische Störung (F0), Schizophrenie und verwandte Störungen (F2), affektive Störungen (F3) oder eine Zwangsstörung (F42) oder sind nicht Folge einer kulturell akzeptierten Vorstellung.

Zur genaueren Betrachtung erscheint der Vergleich mit den DSM-IV-Kriterien hilfreich. Dabei findet sich eine interessante Differenz. In der ICD-10 erscheint nur der Begriff "soziale Situation", während die DSM-Kriterien neben den sozialen auch Leistungssituationen explizit benennen, was in der ICD-10 implizit mitgemeint ist, wie an der Auswahl der Beispielsituationen in den Leitlinien zu sehen ist. Wichtig erscheint, dass ein Vermeidungsverhalten zur Diagnosestellung in beiden Klassifikationssystemen nicht gefordert wird. Dies bedeutet, dass das leidvolle Ertragen intensiver Angstgefühle in entsprechenden Situationen auch ohne "deutliche Vermeidung" ein hinreichender Grund für die Diagnosestellung sein dürfte. Beide Diagnosesysteme fordern das Vorhandensein **somatischer Angstkorrelate**. Doch ist das erweiterte Kriterium B, in dem zusätzlich das Vorliegen bestimmter Symptome (Erröten, Zittern, Angst zu erbrechen, Miktions- oder Defäkationsproblem) verlangt wird, kritisch zu diskutieren. Zwar treten diese Symptome bei Sozialphobikern tatsächlich häufiger auf und die situative Beschäftigung mit den möglichen Folgen des Auftretens dieser Symptome gehört zur Phänomenologie dieser Störung, doch ist anzunehmen, dass die Forderung zur eindeutigen Diagnosestellung eine zu eng gefasste Definition darstellt (Stangier und Fydrich, 2002). So heben sozialphobe Patienten immer wieder als Hauptproblem "Sprachlosigkeit, Denkblockade" als Folge innerer Anspannung und Übererregung hervor, auch ohne dass die geforderten Symptome vorhanden sind.

Von besonderem Interesse ist die in der ICD-10 nicht vorgehene Differenzierung der sozialen Phobie in einen zusätzlichen Subtyp, nämlich die "generalisierte soziale Phobie". Dieser soll laut DSM-IV verschlüsselt werden, wenn das Angstproblem in "fast allen sozialen Situationen" auftritt. In der ICD-10 wird nur in den Leitlinien darauf hingewiesen, dass die

Ängste sowohl nur in bestimmten, umgrenzten Situationen auftreten als auch in fast allen sozialen Situationen vorhanden sein können. Eine mögliche Unterscheidung je nach Anzahl der gefürchteten Situationen ist nicht nur schwierig, weil spezielle Kriterien, wann eine Situation sich von einer anderen unterscheidet und somit als "neue" Situation zu gelten hat, wohl kaum in handhabbarer Weise zu definieren sind, sondern auch, weil eine Subtyppendifferenzierung erhebliche konzeptuelle Probleme aufwirft (siehe Differenzialdiagnostik). In den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 wird darauf hingewiesen, dass die somatischen Angstkorrelate von den Betroffenen häufig als primäres Problem dargestellt werden. Manche Patienten negieren sogar das Gefühl der Angst ("Ich habe keine Angst, ich schwitze nur fürchterlich"). Davon sollte sich ein Diagnostiker nicht irritieren lassen. Treten die körperlichen Symptome, die als somatische Angstkorrelate hinreichend beschrieben sind, nur in den problematischen sozialen Situationen auf, liegt relativ eindeutig eine soziale Phobie vor.

### Differenzialdiagnose der sozialen Phobien

• Soziale Ängste sowie entsprechendes Vermeidungsverhalten, die nur im Verlauf einer affektiven Störung oder einer schizophrenen bzw. einer anderen psychotischen Störung **auftreten, werden als Begleitsymptomatik** dieser Störungen definiert und nicht als eigenständiges Krankheitsgeschehen aufgefasst.

Eine Schwierigkeit ergibt sich aus der Tatsache, dass viele Sozialphobiker dazu neigen, Handlungen anderer Personen (Lachen, Blicke, Unterhaltungen mit Dritten) auf sich zu beziehen. Wahn oder Wahnwahrnehmungen müssen ausgeschlossen werden. Es kann durchaus sein, dass die Vorstellungen, beobachtet und ggf. ausgelacht zu werden, bei Sozialphobikern den Charakter grenzwertiger Beziehungsideen annehmen. Auch an eine Komorbidität mit einer paranoiden oder selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung ist zu denken.

- Die Sozialphobie ist häufig mit **Alkoholproblemen** assoziiert. Studien belegen, dass zwischen 8-56 % hospitalisierter Alkoholiker eine soziale Phobie aufweisen, während wiederum der Anteil von Alkoholkrankheiten bei Sozialphobikern auf 5-36 % geschätzt wird (Heckelmann und Schneier, 1995). Dabei kann der Alkoholkonsum eine Folge im Sinne eines inadäquaten Symptomcopings sein oder der sozialphoben Symptomatik vorausgehen.
- Die Beziehung zwischen **depressiven Störungen** und den sozialen Phobien ist zu diskutieren. Sozialer Rückzug ist ein häufiges Symptom bei Depressionen. Zur Feststellung der Erstdiagnose ist es wichtig, welche Störung sich zuerst entwickelte, was bei retrospektiver Informationserhebung nicht ganz einfach ist. Bei gleichzeitigem Vorliegen manifester depressiver Symptome und der Symptome einer Sozialphobie ist die Motivation zum Rückzug und zur Vermeidung zu beachten. Bei Depressionen ist die soziale Vermeidung üblicherweise eine Folgeerscheinung von Interessenverlust und Antriebsproblemen. Die Anwesenheit mehrerer Menschen und die Beteiligung an einem Ge-

spräch wird von vielen manifest Depressiven als anstrengend aversiv erlebt. Dem gegenüber geben sozialphobe Patienten an, dass ihre Genussfähigkeit hinsichtlich sozialer Kontakte ausschließlich durch die von ihnen antizipierte negative Bewertung durch die anderen Anwesenden oder die Angst vor peinlichen eigenen Handlungen beeinträchtigt ist. Weiterhin erscheint die Differenzierung des bei beiden Störungen vorhandenen Schamaffektes bedeutsam. Bei Sozialphobikern ist ein Schamerleben ein der Störung inhärentes Phänomen, während Depressive ihre Depression schuldhaft erleben.

- Der Unterschied zwischen sozialer Phobie und **körperdysmorphen Störung** liegt darin, dass solcherart Betroffene auch in Abwesenheit anderer unter ihrem vermeintlichen körperlichen Mangel leiden. Gedanken an den Mangel sind kognitiv überdauernd präsent, und die Überzeugung ist nicht korrigierbar.
- Ablehnungs- und Kritikängste infolge eines objektivierbaren organischen Defizits werfen erhebliche Probleme bei der Differenzialdiagnose auf. Beispiele sind **Stottern, Zittern z.B. bei Parkinsonerkrankung, Entstellung nach Unfällen etc.** Die entscheidende Frage lautet, ob die Ängste zumindest teilweise begründet und damit objektiv nachvollziehbar sind. Ebenso ist zu prüfen, ob bei den Betroffenen die unter B. genannten Kriterien (kardiologische, respiratorische, psychische Angstsymptome) vorhanden sind. Ein besonderes diagnostisches Problem stellen diejenigen Störungen dar, deren Symptom sich unter stressenden Einflüssen, wie sie eine Exposition in sozialen Situationen darstellen kann, verschlimmert (z.B. bei Stottern). Ist das Erleben von Peinlichkeit oder die Erwartung negativer Bewertung auf das Symptom beschränkt, sollte keine soziale Phobie diagnostiziert werden.
- Die Abgrenzung zur **ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung** fällt bei Patienten mit ausgeprägter und auf zahlreiche soziale Situationen "generalisierter Sozialphobie" (nach DSM-IV) sehr schwer, zu groß sind die Überlappungen der phänomenologischen Kriterien beider Störungen. Die diagnostischen Leitlinien (WHO, 1994) erwähnen explizit, dass eine sozialphobische Störung "in der Regel mit niedrigem Selbstwertgefühl und Angst vor Kritik verbunden" ist. Schwierigkeiten in der Beziehungsaufnahme wegen Ängsten vor Kritik und Ablehnung sind ebenso ein diagnostisches Kriterium der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung. Selbst der Funktionsgrad und die Dauer der Störung geben wenig differenzialdiagnostische Hinweise, da bei Persönlichkeitsstörungen der Beginn per definitionem in der Jugendzeit oder im jungen Erwachsenenalter liegt, während das frühe Erkrankungsalter der Sozialphobie in den klinischen ICD-10-Leitlinien ausdrückliche Erwähnung findet. Nach klinischem Eindruck handelt es sich bei den Störungen entweder um zwei getrennte Entitäten, deren Unterscheidungsmerkmal in der Vielfalt der problematischen Situationen liegt, was gleichzeitig gegen die Existenz einer vom DSM-IV postulierten sozialen Phobie vom generalisierten Subtypus spricht, der dann in der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung aufgeht. Die andere Mög-

lichkeit, die in der neueren Literatur vermehrt angenommen wird, ordnet die Störungen "isolierte" soziale Phobie, "generalisierte" soziale Phobie und ängstlich-vermeidende Störung nicht in kategoriale Dimensionen, sondern präferiert ein dimensionales Modell mit fließenden Übergängen (hierzu Stangier und Fydrich, 2002; Margraf und Rudolf, 1999).

- Die Unterscheidung zur **spezifischen Phobie** macht nur in besonderen Fällen Probleme. Allerdings wird zukünftig zu diskutieren sein, ob die in den ICD-10-Leitlinien erwähnte Angst vor Urinieren oder Defäzieren auf öffentlichen Toiletten wirklich den spezifischen Phobien oder vom Charakter der Störung her nicht mehr den sozialphoben Störungen zugerechnet werden sollte.
- Da eine **Panikstörung** im Sinne der ICD-10 per definitionem situationsunabhängig ist, kann eine Panikstörung gut von einer sozialphoben Störung unterschieden werden. Bei Unsicherheiten ist der Fokus der Angst entscheidend. Bei Sozialphobikern fehlt die Angst vor körperlicher Schädigung mit dem einhergehenden vitalen Bedrohungsgefühl. In der Regel beginnt die Sozialphobie deutlich früher (ca. in/nach der Adoleszenz) als eine Panikstörung (durchschnittlich im 29. Lebensjahr) (Bandelow, 2001).
- Ängste und Befürchtungen im Sinne einer **generalisierten Angststörung (GAS)** sind manchmal schwer von sozialphoben Kognitionen zu unterscheiden. Die Komorbidität beider Störungen ist hoch (Barlow, 1988). Es wird diskutiert, ob der Zusammenhang zwischen beiden Störungen nicht stärker ist als bisher angenommen (Ambühl, 2001), wobei sozialphobe Symptome möglicherweise einen wesentlichen Einfluss auf das Entstehen einer GAS haben könnten. Der wichtigste differenzialdiagnostische Indikator für eine soziale Phobie bezieht sich darauf, ob eine bedeutsame Angst vor Peinlichkeit und Erniedrigung vorhanden ist. Das ängstliche Sorgenverhalten der GAS-Betroffenen ist deutlich unspezifischer und auf mehrere Bereiche (Krankheit, Familie, Beruf, alltäglicher Kleinkram) bezogen.

## Spezifische Phobien (F40.2)

Die spezifischen Phobien, früher irreführend als "einfache" Phobien bezeichnet, sind wohl das Angstphänomen mit der höchsten Prävalenz. In den meisten Fällen dürfte allerdings das Kriterium C. nicht erfüllt und damit unter klinischen Gesichtspunkten unbedeutend sein. Die ICD-10-Forschungskriterien lauten:

A. Entweder 1. oder 2.:

1. deutliche Furcht vor einem bestimmten Objekt oder einer bestimmten Situation, außer Agoraphobie (F40.0) oder sozialer Phobie (F40.1)
2. deutliche Vermeidung solcher Objekte und Situationen, außer Agoraphobie (F40.0) oder sozialer Phobie (F40.1).

Häufige phobische Objekte oder Situationen sind Tiere, Vögel, Insekten, Höhen, Donner, Fliegen, kleine geschlossene Räume, Anblick von Blut oder Verletzungen, Injektionen, Zahnarzt- und Krankenhausbesuche.

- B. Angstsymptome in den gefürchteten Situationen mindestens einmal seit Auftreten der Störung, wie im Kriterium B. von F40.0 (Agoraphobie) definiert.
- C. Deutliche emotionale Belastung durch die Symptome oder das Vermeidungsverhalten; Einsicht, dass diese übertrieben und unvernünftig sind.
- D. Die Symptome sind auf die gefürchteten Situationen oder Gedanken an diese beschränkt.  
Wenn gewünscht können die spezifischen Phobien wie folgt unterteilt werden:
  - Tier-Typ (z.B. Insekten, Hunde)
  - Naturgewalten-Typ (z.B. Sturm, Wasser)
  - Blut-Injektion-Verletzungs-Typ
  - situativer Typ (z.B. Fahrstuhl, Tunnel)
  - andere Typen

Die Leitlinien nennen ergänzend noch: Urinieren und Defäzieren auf öffentlichen Toiletten, Verzehr bestimmter Speisen, bestimmten Erkrankungen ausgesetzt zu sein. Die Konfrontation mit dem gefürchteten Objekt kann Panikattacken auslösen. Früh entstanden (in der Regel Kindheit bis frühes Erwachsenenalter) dauern die Ängste unbehandelt jahrzehntelang fort, wobei das phobische Objekt/Situation für gewöhnlich nicht wechselt. Bei spezifischen Phobien ist auch das Ausmaß der Angst bei Exposition nicht in dem Maße variabel wie bei agoraphoben Ängsten. Ebenso sind in den ICD-10-Leitlinien noch die Krankheitsphobien erwähnt, deren Subsumierung in dieser Kategorie nicht unproblematisch ist. Trotz ihrer definitionsgemäßen Isoliertheit, was möglicherweise die Konnotation von Harmlosigkeit auszulösen vermag, können spezifische Phobien das Leben der Betroffenen sehr stark einschränken. Eine fast 50-jährige Patientin unserer Klinik litt seit ihrer Kindheit an einer (nicht nachweisbar auf einem Konditionierungsprozess beruhenden) chronifizierten Dunkelangst. Die von ihr beschriebenen phobischen Befürchtungen waren einerseits, wie bei spezifischen Phobien in der Regel zu beobachten, zumindest realitätsbezogen, wenn auch im Hinblick auf Auftretenswahrscheinlichkeiten übertrieben. Die Dunkelangst führte dazu, dass die Pat. nicht nur ihr Schlafverhalten, das sich inzwischen mit verändertem Schlaf-wach-Rhythmus pathologisch verfestigt zeigte, sondern ihre gesamte Lebensführung nach der Symptomatik ausrichtete, indem sie sich in recht kreativer Art und Weise Personen rekrutierte, in deren Nähe sie die Nacht verbringen konnte. Bis auf eine ausgeprägte Erwartungsangst, die sich ab spätem Nachmittag einstellte, hatte die Pat. keinerlei sonstige Auffälligkeiten und präsentierte sich in allen Lebensbereichen adäquat integriert.

## Differenzialdiagnostik der spezifischen Phobien

- Wichtig erscheint zunächst die Abgrenzung von der **posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD)**. Verwechslungen mit der spezifischen Phobie kommen vor, da bei beiden die Vermeidung angst- bzw. erregungsauslösender Situationen oder Objekte eine prominente Rolle spielt, ohne dass die Anzahl dieser Objekte und Situationen das Ausmaß einer Agoraphobie erreicht. Von einer PTSD Betroffene können Zustände von intensiver Panik erleben, wenn eine



Konfrontation mit Dingen stattfindet, die mit dem traumatischen Ereignis in assoziativer Verbindung stehen. Dennoch ist der Unterschied offensichtlich, da die Verbindung zwischen dem vermiedenen oder angstausslösenden Objekt/Situation und der traumatischen Begebenheit bei genauerer Exploration unschwer abzuleiten ist. Im Rahmen eines diagnostischen Gespräches mit Opfern traumatischer Erfahrungen, die unter einer Belastungsstörung leiden, werden zudem zahlreiche weitere Beschwerden und Symptome deutlich (z.B. Flashbacks, Alpträume, Schlafschwierigkeiten, eingeschränkter Affektspielraum, Teilnahmslosigkeit, Anhedonie, subjektive Perspektivlosigkeit, Schreckhaftigkeit, dissoziative Symptome, Reizbarkeit, Hypervigilanz usw.). Nach Ausbildung der posttraumatischen Störung erleben sich die Betroffenen völlig verändert (Schützwohl, 1997).

- Die Übergänge zwischen spezifischen Phobien, die sich auf körperliche Erkrankungen beziehen, und **hypochondrischen Erkrankungen** sind fließend. Hauptmerkmal der Hypochondrie ist die Überzeugung, bereits krank zu sein, die sich als nicht oder nur kurzfristig korrigierbar darstellt. Im Gegensatz dazu haben Krankheitsbefürchtungen in Sinne einer spezifischen Phobie die Furcht vor einer Krankheit zum Inhalt, häufig verbunden mit einem objekt- bzw. situationsbezogenem Vermeidungsverhalten. Auch imponiert das Leiden des Hypochonders durch seine Permanenz, während eine "Krankheitsphobie" eines externen Reizes bedarf.
- Zur Differenzierung der spezifischen Phobien gegenüber **Zwängen** siehe unter Agoraphobie.
- Die Unterscheidung zur **generalisierten Angststörung** gelingt ohne größere Schwierigkeiten. Die Auslöser für Ängste bei einer spezifischen Phobie sind konkret fassbar, mengenmäßig sehr überschaubar und gehen mit Vermeidung einher, während GAS-Symptome situationsunabhängig auftreten, zahlreiche Bereiche betreffen und in der Regel nicht mit Vermeidung einhergehen.

### **Panikstörung (F41.0)**

Die Panikstörung ist die erstgenannte Störung der ICD-10, des Unterkapitels "andere Angststörungen" (F41). Der Begriff "andere Angststörung" erscheint wenig hilfreich. Gemeint sind Störungen, deren Hauptsymptom Manifestationen von Angst sind, ohne auf eine bestimmte Umgebungssituation beschränkt zu sein. Anstelle von Panikstörung wird auch in der ICD-10 von "episodisch paroxysmaler Angst" gesprochen. Die ICD-10-Forschungskriterien lauten:

- A. Wiederholte Panikattacken, die nicht auf eine spezifische Situation oder ein spezifisches Objekt bezogen sind und oft spontan auftreten (d.h., die Attacken sind nicht vorhersehbar). Die Panikattacken sind nicht verbunden mit besonderer Anstrengung, gefährlichen oder lebensbedrohlichen Situationen.
- B. Eine Panikattacke hat folgende Charakteristika:
  - a) Es ist eine einzelne Episode von intensiver Angst und Unbehagen,

- b) sie beginnt abrupt,
- c) sie erreicht innerhalb weniger Minuten ein Maximum und dauert mindestens einige Minuten,
- d) mindestens vier Symptome der unten angegebenen Liste, davon eins aus den Symptomen 1 bis 4.

Hierzu siehe die Liste der Symptome 1 bis 14 des Kriteriums B zur Agoraphobie.

- C. Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Panikattacken sind nicht Folge einer körperlichen Störung, einer organischen psychischen Störung (F0) oder einer anderen psychischen Störung wie Schizophrenie und verwandte Störungen (F2), einer affektiven Störung (F3) oder einer somatoformen Störung (F45).

Die individuelle Variationsbreite bzgl. Inhalt und Schwere sind so groß, dass zwei Schweregrade - mittelgradig und schwer - mit der fünften Stelle differenziert werden können:

F41.00 mittelgradige Panikstörung: mindestens vier Panikattacken in vier Wochen.

F41.01 schwere Panikstörung: mindestens vier Panikattacken pro Woche über einen Zeitraum von vier Wochen.

Die ICD-10-Leitlinien betonen als Charakteristikum den plötzlichen, für den Betroffenen häufig völlig unerwarteten Beginn, häufig auch in Ruhephasen, z.B. abends vor dem Fernseher. Zu einem nicht zu vernachlässigenden Prozentsatz schrecken Patienten mit einer Panikattacke nachts aus dem Schlaf, was als besonders unangenehm erlebt wird. Die Hauptbefürchtungen **innerhalb** der Panikattacken sind die Angst zu sterben, verrückt zu werden, in Ohnmacht zu fallen, zu ersticken. Bandelow (2001) betont den für die Betroffenen absolut bedrohlichen Affekt und spricht von Vernichtungsgefühlen. Atemnot und Erstickungsängste sind prominente Phänomene eines Hyperventilationszustandes, wobei insbesondere auch Schwindel, Entfremdungsgefühle und Parästhesien erlebt werden. Das in der Vergangenheit von Praktikern als eigenständige Krankheit angesehene "**Hyperventilationssyndrom**" dürfte heute in der Panikstörung aufgehen. Ähnliches gilt auch für den episodisch auftretenden "phobischen Schwankschwindel".

Auch die Autoren der ICD gehen davon aus, dass sich infolge erlebter Panikattacken ein situationsbezogenes Vermeidungsverhalten ausbilden kann (Konditionierung). Aufgrund der Unvorhersehbarkeit lebt der Betroffene in ständiger (Erwartungs-)Angst vor dem nächsten Anfall. Eine eindeutige Diagnose ist nur bei mehreren schweren Angstanfällen zu stellen. Einige Aufmerksamkeit verdient eine u.E. missverständliche Formulierung des Kriteriums A. Dort ist verlangt, dass die Panikzustände "nicht verbunden sind mit körperlicher Anstrengung...". Dagegen sprechen zahlreiche klinische Erfahrungen. Gerade wenn sich die Befürchtungen auf kardiovaskuläre Komplikationen beziehen, neigen Panikpatienten dazu, körperliche Anstrengungen zu vermeiden, da die Wahrnehmung physiologischer Veränderungen im Rahmen körperlicher Anstrengung als (lebens-)gefährlich interpretiert wird. Insofern können Panikzustände durchaus von anstrengenden körperlichen Tätigkeiten getriggert werden, also "mit ihnen verbunden" sein.

## Differenzialdiagnostik der Panikstörung

- Die Differenzialdiagnose hinsichtlich der meisten "Ausschlusskrankungen" ist nicht sehr problembehaftet. Besonderes Augenmerk verdient die Abgrenzung gegenüber **depressiven Erkrankungen** und somatoformen Erkrankungen, da die Panikattacken sich nicht nur als Folge einer solchen Störung manifestieren dürfen. Vor allem bei agitiert-ängstlichen **depressiven** Phänomenologien sind Erregungszustände keine Seltenheit. Bei reinen Panikbetroffenen zeigen sich jedoch nicht die typischen depressiven Symptome. Hingegen finden sich häufig Depressionen als sekundäre Erscheinung infolge dauernder Demoralisierungen durch häufige Panikattacken. In diesem Fall dürfte das Komorbiditätsprinzip, d.h. die Verschlüsselung beider Störungen, zum Tragen kommen (ausführlich Bandelow, 2001).
- Die Differenzierung zu **somatoformen Störungen** bereitet in einigen Fällen ausgeprägtere Schwierigkeiten. Die Unterscheidung zum Vollbild der Somatisierungsstörung erscheint noch handhabbar. Allein die Vielzahl der wechselnden und dauerhaft, also nicht nur episodisch auftretenden Symptome, sowie die (Un-)Korrigierbarkeit der Krankheitsbefürchtungen geben ausreichende Informationen zur definitiven Festlegung. Die Unterscheidung zu zwei Untergruppen der "autonomen somatoformen Funktionsstörung" ist äußerst problematisch. Gemeint ist die "**autonome somatoforme Funktionsstörung des kardiovaskulären Systems**" (F45.30), früher als "Herzneurose" bezeichnet, und die "**autonome somatoforme Funktionsstörung des respiratorischen Systems**" (F45.33), auch als "Hyperventilations-Syndrom" bekannt. Rudolf und Henningsen (1998) berichten zu Recht davon, dass eine Zuordnung des Beschwerdebildes zur Panikstörung oder zu den Autonomen Funktionsstörungen wohl auch der theoretischen Ausrichtung der Diagnostiker folgt. Unabhängig davon sollte sich eine Differenzierung nach folgenden Punkten richten:
  - a) Es ist zu prüfen, ob die Befürchtungen, an einer körperlichen Erkrankung zu leiden, relativ dauerhaft als ernste und beeinträchtigende Sorgen vorhanden sind.
  - b) Ferner ist zu bestimmen, wie lange diese Krankheitssorgen durch ärztliche Aussagen zu beruhigen sind. Menschen mit einer somatoformen Störung haben Krankheitsbefürchtungen, Panikpatienten haben Erwartungsangst vor der nächsten Attacke mit dem befürchteten letalen Ausgang.
  - c) Wichtiges Kriterium ist das Ausmaß der Erregungszustände bei Beschäftigung mit der vermeintlichen körperlichen Schädigung (meist also Herzinfarkt). Patienten mit somatoformen Störungen haben keine Panikattacken mit Vernichtungsgefühlen.

Trotz dieser Merkmale bleibt eine nicht aufhebbare Unschärfe in der Unterscheidung der genannten Störungen, die allein aufgrund der Häufigkeit des Problems in der Praxis einer Korrektur bedarf.
- Nicht selten werden **posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD)** nicht erkannt und als Panikstörung diagnostiziert. Häufig weisen Patienten mit PTSD plötzlich

auf tretende Anspannungs- und Erregungszustände auf, die sich die Betroffenen nicht erklären können. Der Unterschied zur Panikstörung ist dennoch unschwer zu finden. In der Regel sind weitere PTSD-Symptome feststellbar, wie sie bereits unter der Differenzialdiagnose der spezifischen Phobien aufgelistet wurden.

- Die Gemeinsamkeit mit der **generalisierten Angststörung (GAS)** ist, dass situationsgebundene Auslöser nicht unmittelbar zu eruieren sind. Es handelt sich bei beiden Störungen um so genannte Zustandsängste. Hauptunterschiede bestehen in der zeitlichen Charakteristik der Ängste, ihrer Intensität und der kognitiven Qualität. Bei der Panikstörung handelt es sich um plötzlich auftretende, sich relativ schnell aufschaukelnde Erregungszustände mit Befürchtungen vor körperlicher oder geistiger Schädigung. Eine GAS manifestiert sich in der Regel früher als eine Panikstörung (durchschnittlich 23. vs. 29. Lebensjahr) (Bandelow, 2001) und verläuft chronisch.

## Generalisierte Angststörung (F41.1)

Der Begriff "generalisierte Angststörung" (GAS) ist relativ neu. Er wurde erst 1980 als eigenständige Störungskategorie in das DSM-III eingeführt. In der Vergangenheit wurde diese Störung als Angstneurose bezeichnet und ist als solche auch in der 9. Version der ICD zu finden. Obwohl als eigenständige Erkrankung schon von Freud beschrieben, indem er sie von der Neurasthenie ableitete, ist die Validität dieser Störung umstritten. So imponieren die diagnostischen Leitlinien durch einige aufschlussreiche Ausschlusskriterien. Die Diagnosekriterien nach ICD-10 lauten:

- A. Ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten mit vorherrschender Anspannung, Besorgnis und Befürchtungen in Bezug auf alltägliche Ereignisse und Probleme.
- B. Mindestens vier Symptome der Symptomliste des Kriteriums B, wie sie bei der Agoraphobie definiert ist, ergänzt durch folgende Symptome:
 

**Symptome der Anspannung**

  15. Muskelverspannungen, akute und chronische Schmerzen
  16. Ruhelosigkeit und Unfähigkeit zu entspannen
  17. Gefühle von Aufgedrehtsein, Nervosität und psychischer Anspannung
  18. Kloßgefühl im Hals oder Schluckbeschwerden

**Andere unspezifische Symptome**

  19. Übertriebene Reaktion auf kleine Überraschungen oder Erschrecktwerden
  20. Konzentrationsschwierigkeiten, Leeregefühl im Kopf wegen Sorgen oder Angst
  21. Anhaltende Reizbarkeit
  22. Einschlafstörungen wegen der Besorgnis
- C. Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine Panikstörung (F41.0), eine phobische Störung (F40), eine Zwangsstörung (F42) oder eine hypochondrische Störung (F45.2).
- D. Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Störung ist nicht zurückzuführen auf eine organische Krankheit wie eine

Hyperthyreose, eine organische psychische Störung (F0) oder auf eine durch psychotrope Substanzen bedingte Störung (F1), z.B. auf einen exzessiven Genuss von amphetaminähnlichen Substanzen oder auf einen Benzodiazepin-Entzug.

Neben der die Betroffenen permanent (chronisch, mindestens 6 Monate) quälenden Anspannung ist der Aspekt hervorzuheben, dass es sich um eine **“Sorgen“-Krankheit** handelt, wobei sich diese Sorgen und Befürchtungen nicht auf **konkrete** Situationen beziehen. Nur insofern ist die Angst “generalisiert” oder “frei flottierend”, beides Zuschreibungen, die u.E. den Kern der Erkrankung nur wenig abbilden. Natürlich bezieht sich die Angst auf etwas, nämlich auf Befürchtungen hinsichtlich **alltäglicher Ereignisse**. Deshalb ist wichtig zu verdeutlichen, dass neben der Existenz der unter Punkt B aufgeführten Symptome die Anspannungsgefühle, Sorgen und Befürchtungen (Kriterium A) das einzige positiv formulierte Diagnosekriterium darstellen. Beispiele für angstbesetzte Sorgen sind die eigene Arbeitsleistung bzw. die eigene Leistungsfähigkeit per se, der Verlust des Arbeitsplatzes, mangelnde Fähigkeiten zur Verantwortungsübernahme, die eigene Gesundheit, die Gesundheit und körperliche Unversehrtheit von Angehörigen etc. Die restlichen Kriterien sind Ausschlusskriterien, mit denen sich in differenzialdiagnostischer Hinsicht näher beschäftigen muss. Um zu einer positiven Diagnose zu gelangen, ist vom Diagnostiker festzustellen, ob es sich bei den vom Patienten befürchteten Ereignissen, um **Sorgen** handelt, die in ihrer Auftretenswahrscheinlichkeit von der überwiegenden Mehrheit nicht geteilt werden. Laut ICD-10 ist es keine zwangsläufige Voraussetzung, dass der Betroffene seine Ängste selbst als übertrieben und unrealistisch einschätzt, wie es im DSM-IV der Fall ist. Von einer GAS Betroffene sind tief verzweifelte Menschen. Den überwiegenden Teil des Tages sind sie mit bedrohlichen, meist zukünftigen Ereignissen beschäftigt und können aus diesem Grunde kaum noch etwas wirklich genießen (Überblick Becker und Margraf, 2002).

## Differenzialdiagnose der GAS

- Sorgen und Befürchtungen, die mit permanenter Anspannung einhergehen und vier der unter B genannten Symptome provozieren, dürfen sich z.B. nicht auf die **Folgen einer anderen körperlichen und/oder psychischen Erkrankung beziehen**. Dies ist nach unseren Erfahrungen die wohl wichtigste Fehlerquelle bei falsch positiver Diagnosestellung. Die Beschäftigung mit den Folgen einer z.B. chronifizierten Agoraphobie, wobei möglicherweise der Betroffene schon seinen Arbeitsplatz gefährdet sieht oder ernsthafte Schwierigkeiten in seiner Partnerschaft befürchtet und deshalb “täglich voll Angst in die Zukunft schaut” (Patientenzitat), ist kein ausreichender Grund für die Stellung einer GAS-Diagnose.
- Schwierigkeiten hinsichtlich der differenzialdiagnostischen Abgrenzung zu einer **Zwangserkrankung** (Zaudig et al., 2002) ergeben sich nur in Bezug auf Zwangsgedanken, da die Fähigkeit zur Kontrolle und zur Unterbrechung der

Gedanken bei beiden Störungen nur eingeschränkt möglich ist, was als äußerst quälend erlebt wird. Doch während es sich bei der GAS um ein nicht zum Stillstand zu bringendes Grübeln handelt, wobei der Betroffene vom “Hundertsten ins Tausendste” kommt, sind bei der Zwangserkrankung sich aufdrängende Gedanken gemeint, die sich um einen spezifischen Inhalt, nämlich in der Regel um Verunreinigung, Verschmutzung und Kontrolle drehen. Zwangsgedanken werden als ich-dyston erlebt, während die Gedanken bei der GAS zwar häufig als übertrieben erkannt werden, im Grunde aber ich-synton sind.

- Besonderes Augenmerk verdient der Blick auf die wichtigste Ausschlussdiagnose, die **depressiven Störungen**. Zwar können die Symptome einer depressiven Störung während jeweils weniger Tage vorhanden sein, doch darf der Betroffene die vollständigen Kriterien für eine depressive Erkrankung nicht erfüllen. Insofern ist die GAS den affektiven Störungen hierarchisch untergeordnet. Es scheint davon ausgegangen zu werden, dass die positiv formulierten Symptome einer GAS (Sorgen, körperliche/psychische Symptome) eine phänomenologische Eigenart bestimmter depressiver Störungen sind und nur eine eigene Krankheitsrelevanz besitzen, wenn sie sich von der Depression “gereinigt” darstellen. Hauptunterscheidungsmerkmal ist das Vorliegen weiterer manifester depressiver Symptome. Das eigentliche Sorgenverhalten der Depressiven und der GAS-Patienten ist schwer zu unterscheiden. Der Affekt ist einmal mehr ein ängstlicher, bei Depressiven mehr ein niedergeschlagener. Depressive beschäftigen sich zudem häufig mit vergangenen Ereignissen, GAS-Patienten fast ausschließlich mit zukünftigen.
- Exkurs: Die Kontroverse um die GAS  
Dass der GAS auch unabhängig vom Prinzip der Dominanz affektiver Störungen eher ein “Restkategorie-Status” zukommt, wird daran deutlich, dass die Komorbidität mit einer anderen Angststörung ausgeschlossen ist. Dies ist gerade angesichts der Tatsache bemerkenswert, dass die Komorbidität (die es eigentlich laut ICD-10 gar nicht geben dürfte) mit anderen Störungen, namentlich der depressiven Störungen und anderen Angststörungen, enorm hoch ist. Sanderson und Barlow (1990) geben bei 91 % ihrer untersuchten Klientel mit GAS (nach DSM-III-R) mindestens eine, in den meisten Fällen zwei oder mehr Komorbiditätsdiagnosen an. Becker und Margraf (2002) problematisieren dies und befürchten, dass die Diagnose der GAS deshalb übersehen wird. Leichsenring u.a. (2002) verweisen auf Rapee und Barlow, die in der GAS eine Grundstörung für andere Angststörungen sehen. Zwischen den Polen, dass die GAS weitgehend in anderen Störungen aufgeht, und der Vermutung einer ursächlichen Störung für andere Angsterkrankungen bewegt sich die Diskussion, woraus abzuleiten ist, wie groß der diesbezügliche Forschungsbedarf ist.

## Angst und Depression, gemischt (F41.2)

Dies ist die wohl umstrittenste Diagnose des Angstkapitels der ICD-10. Weder die Kriterien einer Angststörung noch die

einer depressiven Erkrankung dürfen in dem Maße erfüllt sein, dass eine entsprechende Diagnosestellung gerechtfertigt wäre. Sollten die Kriterien einer der beiden Störungen erfüllt sein und zusätzlich "unterschwellige" Symptome der anderen Störung vorhanden sein, muss zugunsten der dominierenden Störung entschieden werden. Zusätzlich sind in jedem Fall vegetative Symptome wie Tremor, Herzklopfen, Mundtrockenheit, Magenbeschwerden etc. gefordert. Die Diagnose sollte bei Fehlen solcher Symptome auch bei Vorhandensein von Besorgnis und übertriebenem Bedenken nicht gegeben werden. In der Zusammenschau der recht undifferenzierten Kriterien sollte diese Diagnose vermieden werden. Leider ist dies in der Praxis nicht der Fall. Die Bezeichnung scheint ein großes "Verführungspotenzial" zu haben, bei Vorhandensein von Angst- und depressiven Symptomen in beliebiger Kombination gerade diese Störung zu diagnostizieren. Nach u. E. eine der häufigsten falsch positiven Diagnosen.

### Diagnostische Hilfsmittel

Voraussetzung jeder Diagnose ist die gründliche Kenntnis des Patienten (Anamnese). Die Leitlinien der ICD-10 (WHO, 1991) sind eine gute Richtschnur, im Zweifelsfall aber nicht ausreichend. Dann sollten die Forschungskriterien (WHO, 1994) mit herangezogen werden und/oder diagnostische Hilfsmittel. Eine umfangreiche Einführung in die "Angststörungen nach ICD-10" geben Scherer und Kuhn (2002). Um die Störungsphilosophie der jeweiligen Störungen besser zu verstehen, seien zwei Fallbücher empfohlen. Zum einen das Fallbuch Psychiatrie (Freyberger et al., 1993), das sich ausschließlich auf die ICD-10-Diagnostik bezieht, zum anderen das DSM-IV- und ICD-10-Fallbuch (Saß et al., 2000), in dem die Unterschiede zwischen den beiden Klassifikationssystemen an konkreten Fällen diskutiert werden. Mit übersichtlichen und informativen Tabellen zur Differenzialdiagnostik versehen ist das Handbuch der Differenzialdiagnosen DSM-IV (Saß et al., 1999), welches im Anhang auch eine Gegenüberstellung der ICD-10- und DSM-IV-Diagnosen aufweist.

Hinsichtlich der diagnostischen Hilfsmittel ist grundsätzlich zwischen **nosologisch-operationalisierter Diagnostik und syndromaler Diagnostik** zu unterscheiden. Während das Ziel nosologischer Diagnostik die Identifikation einer definierten Störung ist, beabsichtigt die syndromale Diagnostik, detailliertere Informationen zum Schweregrad und zu weiteren, eher unterschwellig vorhandenen Symptomen einer Störung zu liefern. Bei der nosologischen Diagnostik dominieren zwangsläufig die Fremdeinschätzungsverfahren, während im Bereich der syndromalen Diagnostik Selbst- und Fremdratings zu finden sind. Die Anzahl der Hilfsmittel zur ICD-10-Diagnostik (family of instruments) ist übersichtlich (Stieglitz, 1992). Diagnostische Hilfsmittel können unterteilt werden in Fragebögen, strukturierte und standardisierte Interviews (Wittchen und Unland, 1991) sowie Checklisten. Welche der Hilfsmittel herangezogen werden, ist eine klinisch zu treffende Entscheidung. Die Auswahl hängt von dem Kenntnisstand des Untersuchers, der Situation und den Zielen ab. Zudem sind die Persönlichkeit und der Intellekt des Patienten zu berücksichtigen. Ferner bestimmen ökonomische und Zeitprobleme die

Vorgehensweise bei der Diagnostik.

- Sehr hilfreich für den erfahrenen Praktiker sind die **Internationalen Diagnosechecklisten (ICDL)** für ICD-10 (Hiller et al., 1995). Voraussetzung ist die Kenntnis der Leitlinien der ICD-10. Der Diagnostiker findet mit diesem Instrument die ICD-10-Forschungskriterien übersichtlich aufbereitet. Die Autoren schlagen vor, zunächst ein Screening-Interview zu führen und bei positiven Befunden die (Verdachts-)Diagnose zu prüfen. Dabei brauchen nur die Module (=Faltblätter) angewandt zu werden, für die sich zuvor ein positiver Hinweis finden ließ. Mit einiger Übung lassen sich auf diese Weise aufgrund der relativ übersichtlichen grafischen Aufbereitung die Kriterien auf unkomplizierte und zeitsparende Art anwenden, unter Praktikabilitäts Gesichtspunkten nach Meinung der Autoren das Mittel der Wahl in der alltäglichen Routine (Hiller et al., 1993).
- **Strukturierte oder halb standardisierte Interviews** können durchaus auch in der klinischen Praxis einen wichtigen Beitrag leisten, wobei natürlich Praktikabilitäts Gesichtspunkte i. S. einer Abwägung zwischen Aufwand und tatsächlicher Verbesserung des diagnostischen Prozesses zu berücksichtigen sind. Eine Beschäftigung des Klinikers mit entsprechenden Interviews erscheint unter dem Gesichtspunkt der Komorbidität wünschenswert. Strukturierte Interviews enthalten Fragenvorschläge, die vom Untersucher ergänzt, umformuliert oder erklärt werden können. In Abhängigkeit von den Antworten, die vom Untersucher gewichtet werden und durchaus von der verbalen Antwort abweichen können, wird der Diagnostiker mit Sprungregeln durch Entscheidungsbäume geleitet, die zu einer Diagnose führen. Das "**Diagnostische Interview bei psychischen Störungen (DIPS)**" (Margraf et al., 1991a), eine Adaptation mit wesentlichen Veränderungen der "Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS)" (Brown et al., 1994) beinhaltet eine Kombination aus klassifikatorischer Diagnostik und therapiebezogenen Informationen. Berücksichtigung findet die Differenzierung der für den psychotherapeutischen Bereich wichtigsten Störungen i.S. einer kategorialen Diagnostik. Zusätzlich umfasst es einen allgemein klinisch-demografischen Teil, Screenings (sic!) für Alkohol- und Drogenmissbrauch, körperliche Krankheiten, nichtorganische Psychosen, Tabak-/Koffeinkonsum, Medikamentengebrauch sowie eine psychiatrische Anamnese, eine Familienanamnese psychischer Störungen und eine Einschätzung der Schwere psychosozialer Stressoren und des allgemeinen Funktionsniveaus. Ein Nachteil ist die ursprüngliche Ausrichtung auf die DSM-Diagnostik, wobei anhand einer Tabelle die DSM-Diagnosen in ICD-Diagnosen überführt werden können. Die Reliabilitäten sind gut (Schneider et al., 1992), die Beurteilung der Validität wird ebenfalls als befriedigend angesehen (Margraf, 1991b). Das wesentlich kürzere Mini-DIPS (Margraf, 1994) eignet sich nur für sehr erfahrene Diagnostiker.
- Das "**Structured Clinical Interview for DSM (SCID)**" gehört zu den gebräuchlichsten englischsprachigen halb standardisierten Interviews und liegt in deutscher Über-

setzung und Bearbeitung auch für das DSM-IV vor (SKID, Wittchen et al., 1997). Im Gegensatz zum oben beschriebenen DIPS beschränkt sich das SKID auf die Erhebung von Daten, die zur Diagnosestellung notwendig sind. Die Reliabilität und Validität der Diagnosen sind sehr zufrieden stellend. Das SKID erlaubt auch eine ICD-10-Diagnostik. Bei diagnostischen Unsicherheiten und vermuteten Komorbiditäten erscheint die partielle Anwendung des Interviews lohnenswert.

- Weiterhin zu empfehlen ist das **“Verhaltens-Diagnostik-System”** (VDS; Sulz, 1991). Mit dem VDS gelingt es in relativ kurzer Zeit, die häufigsten relevanten Symptome zu erfragen und einer Syndromdiagnose zuzuordnen, aus der sich dann für den erfahrenen Diagnostiker unschwer die ICD-10 Klassifikationen ableiten lassen. Eine direkte Zuordnung der Syndromangaben zu den einzelnen Klassifikationen liegt bei diesem Instrument allerdings nicht vor.
- Standardisierte Interviews erscheinen aus nahe liegenden Gründen für die Belange eines klinischen Praktikers weniger geeignet. So beschränkte sich die Anwendung des **“Composite International Diagnostic Interview (CIDI)”** (dt. Wittchen et al., 1997) vorwiegend auf wissenschaftliche und epidemiologische Zwecke. Obwohl die psychometrische Eignung gut ist, ist die generelle Gefahr von Selbsteinschätzungsinventaren, und nichts anderes stellt eine Eins-zu-eins-Protokollierung von Patientenantworten dar, im Hinblick auf eine Tendenz zu falsch positiven Diagnosen nicht zu unterschätzen.

Hinsichtlich der **syndromalen Erfassung von Symptomkomplexen** hat der Trend, englischsprachige Fremd- und Selbsteinschätzungsinventare zu übersetzen, anzupassen und zu veröffentlichen, zu einer fast unübersichtlichen Anzahl von Erfassungsinstrumenten geführt. Buller (1998) gibt einen umfangreichen Überblick über die **“Syndromale Diagnostik von Angststörungen”** (ebenso Bandelow und Hajak, 1995). Für den Kliniker ist der Einsatz der weit verbreiteten allgemeinen Angstskalen, wie z.B. des Trait-State Anxiety Inventory, der Taylor Manifest Anxiety Scale oder der Hamilton Anxiety Scale (alle dt. in CIPS Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum, 1986), unter diagnostischen Gesichtspunkten wenig hilfreich. Störungsspezifische syndromale Selbst- und Fremdeinschätzungsinventare sind zur Feststellung des Schweregrades und zur Interventionsplanung sinnvoller. Folgende Auflistung stellt eine Auswahl dar.

Zur Erfassung verschiedener Aspekte der Agoraphobie und der Panikstörung sind die **“Fragebögen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung”** (Ehlers et al., 1993) zu empfehlen, ebenso die **“Panik und Agoraphobie Skala”** (Bandelow, 1997), die auch als Fremdratingversion vorliegt. Stangier et al. (1999) übersetzten und überarbeiteten die **“Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)”** und die **“Social Phobia Scale (SPS)”**, wobei erstere Ängste in Interaktionssituationen, letztere Ängste in Leistungssituationen abfragt. Die im englischen Sprachraum weiter verbreitete **“Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)”** liegt schon seit einigen Jahren in einer erprobten deutschen Übersetzung vor (Stangier und Heidenreich, 1997). In Bezug auf spezifisch situationsbezogene Phobien ist das

schon ältere **“Fear Survey Schedule”** unübertroffen (dt. in Schulte, 1976). Zur GAS finden sich im Therapieprogramm von Becker und Margraf (2002) ein Interview zur GAS, ein Interview zur Sorgensymptomatik sowie deutsche Versionen des **“Worry Domain Questionnaire”** und des **“Penn State Worry Questionnaire”** (dazu Stöber, 1995). Im Druck befindet sich der Sammelband **“Angstdiagnostik - Grundlagen und Testverfahren”** (Hoyer und Margraf, im Druck).

## Literatur

- Ambühl H, Meier B, Willutzki U: Soziale Angst verstehen und behandeln. Stuttgart: Klett-Cotta, 2001
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> ed. Washington D.C.: APA, 1994. Dt.: Saß H, Wittchen HU, Zaudig M: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe, 1996
- Amies PL, Gelder MG, Shaw PM: Social Phobia: A comparative clinical study. Br J Psychiatry 1983;145:174-179
- Bandelow B: Panik- und Agoraphobie-Skala. Göttingen: Hogrefe, 1997
- Bandelow B: Panik und Agoraphobie. Wien, New York: Springer, 2001
- Bandelow B, Hajak G: Angstskalen: In: Kasper S, Möller H (Hrsg.): Angst- und Panikerkrankungen. Jena: G. Fischer, 1995, 126-134
- Barlow DH: Anxiety and its disorders. New York: Guilford, 1988
- Becker E, Margraf J: Generalisierte Angststörung. Ein Therapieprogramm. Weinheim: Beltz, 2002
- Brown TA, DiNardo PA, Barlow DA: ADIS-IV: Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. Clinician manual. Albany, NY: Graywind Publications, 1994
- Buller R: Syndromale Diagnostik der Angststörungen. In: Stieglitz RD, Fähndrich E, Möller HJ (Hrsg.): Syndromale Diagnostik Psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe, 1998, 151-177
- CIPS Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum (Hrsg.): Internationale Skalen für Psychiatrie. Weinheim: Beltz, 1986
- Deister A: Diagnostik und Psychopathologie von Angsterkrankungen. In: Kasper S, Möller H (Hrsg.): Angst- und Panikerkrankungen. Jena: G. Fischer, 1995, 39-51
- Degkwitz R, Helmchen H, Kokott G, Mombour W: Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Übersetzung der ICD, 9. Revision. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1980
- Ehlers A, Margraf J, Chambless D: Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung. Weinheim: Beltz, 1993
- Freyberger HJ, Dilling H (Hrsg.): Fallbuch Psychiatrie. Kasuistiken zum Kapitel V (F) der ICD-10. Bern: Huber, 1993
- Hand I, Goodman WK, Evers U (Hrsg.): Zwangsstörung: Neuere Forschungsergebnisse. duphar med communication, Band 5. Stuttgart: Springer, 1992
- Heckelmann LR, Schneier FR: Diagnostic issues. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hoppe DA, Schneier FR (eds.): Social phobia. Diagnosis, assessment and treatment. New York: Guilford, 1995
- Hiller W, Zaudig M, Mombour W: Internationale Diagnose Checklisten für ICD-10. Hogrefe: Göttingen, 1995
- Hiller W, Zaudig M, Mombour W, Bronisch T: Routine psychiatric examinations guided by ICD-10 diagnostic checklists (International Diagnostic Checklists). Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1993;142:218-223
- Hoyer J, Margraf J (Hrsg.): Angstdiagnostik - Grundlagen und Testverfahren. Berlin: Springer, im Druck

- Klein DF: Anxiety reconceptualized. *Compr Psychiatry* 1980;21:411-427
- Leichsenring F, Winkelbach C, Leibing E: Die Generalisierte Angststörung - Krankheitsbild, Diagnostik und Therapie. *Z Psychosom Med Psychother* 2002;48:253-255
- Margraf J, Rudolf K: Angst in sozialen Situationen: Das Konzept der Sozialphobie. In: Margraf J, Rudolf K (Hrsg.): Soziale Kompetenz, Soziale Phobie. Hohengehren: Schneider, 1999, 2-24
- Margraf J: Mini-DIPS. Diagnostisches Kurz-Interview bei Psychischen Störungen. Berlin: Springer, 1994
- Margraf J, Schneider S, Ehlers A (Hrsg.): Diagnostisches Interview bei Psychischen Störungen (DIPS). Berlin: Springer, 1991a
- Margraf J, Schneider S, Spörkel H: Therapiebezogene Diagnostik: Validität des Diagnostischen Interviews bei Psychischen Störungen (DIPS). *Verhaltenstherapie* 1991b;1:110-119
- Morschitzky H: Angststörungen. Wien, New York: Springer, 1998
- Reinecker H: Zwänge. Diagnose, Theorien, Behandlung. Bern: Huber, 1994
- Rudolf G, Henningsen P: Klinische Differenzialdiagnose somatoformer Störungen. In: Rudolf G, Henningsen P (Hrsg.): Somatoforme Störungen. Stuttgart: Schattauer, 1998, 13-24
- Sanderson WC, Barlow DH: A description of patients diagnosed with DSM-III-R generalized anxiety disorder. *J Nerv Ment Dis* 1990;178:588-591
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M: Handbuch der Differenzialdiagnosen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe, 1999
- Saß H, Zaudig M, Wittchen HU: DSM-IV und ICD-10 Fallbuch: Fallübungen zur Differenzialdiagnose nach DSM-IV und ICD-10. Göttingen: Hogrefe, 2000
- Scherer J, Kuhn K: Angststörungen nach ICD-10. Manual zur Diagnostik und Therapie. Darmstadt: Steinkopf, 2002
- Schneider S, Margraf J, Spörkel H, Franzen U: Therapiebezogene Diagnostik: Reliabilität des Diagnostischen Interviews bei Psychischen Störungen (DIPS). *Diagnostika* 1992;38:209-227
- Schneider W, Freiberger HJ, Muhs A, Schüßler G: Diagnostik und Klassifikation nach ICD-10 Kap. V. Eine kritische Auseinandersetzung. Göttingen: Vanderhoeck & Ruprecht, 1993
- Schützwohl M: Diagnostik und Differenzialdiagnostik. In: Maercker A (Hrsg.): Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung. Berlin: Springer, 1997, 75-102
- Schulte D: Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München: Urban & Schwarzenberg, 1976
- Sheehan DV: Panic attacks and phobias. *New Engl Med* 1982; 307:156-158
- Stangier U, Fydrich T: Das Störungskonzept der Sozialen Phobie oder der Sozialen Angststörung. In: Stangier U, Fydrich T (Hrsg.): Soziale Phobie und soziale Angststörung. Göttingen: Hogrefe 2002, 10-33
- Stangier U, Heidenreich T: Diagnostik der sozialen Phobie. *Verhaltenstherapie* 1997;7:107-118
- Stangier U, Heidenreich T, Berardi A, Golbs U, Hoyer J: Die Erfassung sozialer Phobie durch die Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) und die Social Phobia Scale (SPS). *Z Klin Psychol* 1999;28:28-36
- Stieglitz RD, Dittmann V, Mombour W: Erfassungsmethoden und Instrumente zur ICD-10. *Fundamenta Psychiatrica* 1992;6:128-136
- Stöber J: Besorgnis: Ein Vergleich dreier Inventare zur Erfassung allgemeiner Sorgen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 1995;16(1):15-63
- Sulz SKD: Das Verhaltensdiagnostiksystem: Von der Anamnese zum Therapieplan. München: CIP-Medien, 1991
- WHO: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien. Übersetzt und herausgegeben von H. Dilling, W. Mombour u. M.H. Schmidt. Bern: Huber, 1991
- WHO: ICD-10, Kapitel V (F): Forschungskriterien. Hrsg. von H. Dilling, übersetzt von E. Schulte-Markwort und W. Mombour. Bern: Huber, 1994
- Wittchen H-U, Garcynski E, Pfister H: Composite Diagnostic Interview Schedule (CIDI). Göttingen: Hogrefe, 1997
- Wittchen H-U, Zaudig M, Fydrich T: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I und II. Göttingen: Hogrefe, 1997
- Wittchen H, Unland, H: Neue Ansätze zur Symptomerfassung und Diagnosestellung nach ICD-10 und DSM-III-R: Strukturierte und standardisierte Interviews. *Z. Klin. Psychol* 1991; 20:321-342
- Zaudig M, Niedermeier N: Diagnose und Differenzialdiagnose der Zwangsstörungen. In: Zaudig M, Hauke W, Hegerl U (Hrsg.): Die Zwangsstörung. Stuttgart, Schattauer 1998, 11-24.
- Zaudig M, Hauke W, Hegerl U : Die Zwangsstörung. Diagnose und Therapie. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart, Schattauer, 2002.

**Dr. phil. Jürgen Konermann**

Psychosomatische Klinik Windach, 86949 Windach  
Telefon 08193/72-815  
Fax 08193/72-809  
e-mail: mail@klinik-windach.de

**Priv.-Doz. Dr. med. Michael Zaudig**

Psychosomatische Klinik Windach, 85949 Windach  
Telefon 08193/72-802  
Fax 08193/72-809  
e-mail: zaudig@klinik-windach.de