

MULTIMODALE STATUS- UND VERLAUFSDIAGNOSTIK BEI ANGSTSTÖRUNGEN

JÜRGEN HOYER¹ & SUSANNE KNAPPE²

¹ Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie,
Technische Universität Dresden

² Evangelische Hochschule Dresden

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

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

MULTIMODAL STATE- AND PROGRESS-RELATED DIAGNOSTICS IN ANXIETY DISORDERS

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

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

1 MULTIMODALE STATUS- UND VERLAUFSDIAGNOSTIK BEI ANGSTSTÖRUNGEN

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

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

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

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

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

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

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

FALLBEISPIEL FRAU B.

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

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

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

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

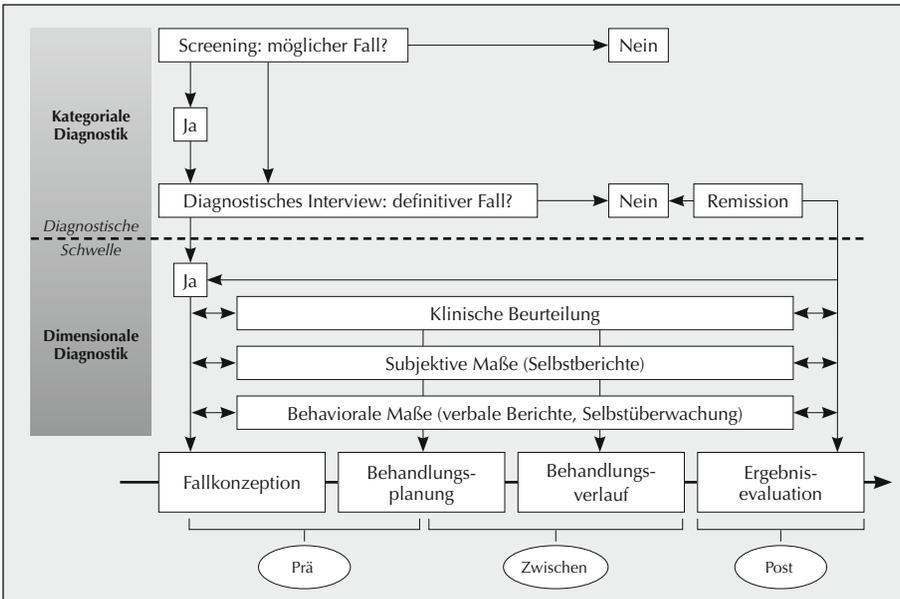


Abbildung 1: Systematik kategorialer und dimensionaler diagnostischer Zugänge im Behandlungsverlauf bei Angststörungen (modifiziert nach Knappe & Hoyer, 2015)

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

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

2

KATEGORIALE DIAGNOSTIK DER ANGSTSTÖRUNGEN

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

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

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

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

KATEGORIALE DIAGNOSTIK
AM FALLBEISPIEL

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

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

2.1
AKTUELLE KATEGORIEN
DER ANGSTSTÖRUNGEN

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

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

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

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

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

2.2

KLINISCH BEDEUTSAME ANGSTSYNDROME

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3

ANGSTSYNDROME IM RAHMEN ANDERER PSYCHISCHER STÖRUNGEN

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

Interviews nahe, wie sie in Tabelle 2 genannt werden.

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

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

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

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

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

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

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

3 DIMENSIONALE ANGSTDIAGNOSTIK

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

DIMENSIONALE DIAGNOSTIK AM FALLBEISPIEL

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

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

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

3.1

SELBSTBERICHTSMAßE

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

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

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

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

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

3.2

VERHALTENSBEOBSACHTUNGEN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3

VERHALTENSTESTS

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

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

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

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

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

VERHALTENSTEST AM FALLBEISPIEL

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

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

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

4

MÖGLICHE EINSCHRÄNKUNGEN DER VALIDITÄT DER DIAGNOSTIK BEI ANGSTSTÖRUNGEN

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

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

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

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

5

FAZIT UND AUSBLICK

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

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

LITERATUR

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

- tion anxiety disorder. *CNS Spectrums*, 21(4), 289–294. doi:10.1017/S1092852916000080
- Beesdo-Baum, K., Zaudig, M. & Wittchen, H.-U. (2017). *SCID-5-CV*. Göttingen: Hogrefe.
- Beesdo-Baum, K. & Knappe, S. (2021). Störung mit Trennungsangst. In M. Bauer, A. Meyer-Lindenberg, F. Kiefer & A. Philipsen (Hrsg.), *Referenz Psychische Erkrankungen* (S. 293–298). Stuttgart: Thieme.
- Bögels, S. M., Knappe, S. & Clark, L. A. (2013). Separation anxiety disorder in adults in DSM-5. *Clinical Psychology Review*, 33, 663–674.
- Buchsbaumer, M. (2005). Leiden – Störung, Krankheit – Krankheitswertigkeit. In H. Bartuska, M. Buchsbaumer, G. Mehta, G. Pawlowsky & S. Wiesnagrotzki (Hrsg.), *Psychotherapeutische Diagnostik: Leitlinien für den neuen Standard* (S. 243–246). Wien: Springer.
- Clark, C. E., Horvath, I. A., Taylor, R. S. & Campbell J. L. (2014). Doctors record higher blood pressures than nurses: systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 64(621), e223–e232.
- Craske, M. G., Barlow, D. H. & Meadows, E. (2000). *Master your own anxiety and panic: Therapist guide for anxiety, panic, and agoraphobia (MAP-3)*. San Antonio: Graywind/Psychological Corporation.
- Cuthbert, B. N. & Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Medicine*, 11(1), 126. doi:10.1186/1741-7015-11-126
- Dias, N., Kempen, G., Todd, C. J., Beyer, N., Freiberger, E., Piot-Ziegler, C. et al. (2006). Die Deutsche Version der Falls Efficacy Scale – International version (FES-I). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39, 297–300.
- Ehlers, A. & Margraf, J. (2001). *Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (AKV)*. Göttingen: Hogrefe.
- Enkling, N., Jöhren, H. P., Bürklein, S., Lenk, M., Margraf-Stiksrud, J., Beck, G. et al. (2019). *S3-Leitlinie Zahnbehandlungsangst beim Erwachsenen* (AWMF-Registernummer: 083-020). <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/083-020>
- Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. E. & Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: a meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12, 19–30.
- Guy, W. (1976). Clinical global impressions. In *CDEU Assessment manual for psychopharmacology – revised* (pp. 217–222). Rockville, MD: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.
- Heinig, I., Wittchen, H. U. & Knappe, S. (2021). Help-seeking behavior and treatment barriers in anxiety disorders: Results from a representative German community survey. *Community Mental Health Journal*, 57(8), 1505–1517. doi:10.1007/s10597-020-00767-5
- Hiller, T. S., Hoffmann, S., Teismann, T., Lukaszek, K. & Gensichen, J. (2023). Psychometric evaluation and Rasch analyses of the German Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS-D). *Scientific Reports*, 13(1), 6840. doi:10.1038/s41598-023-33355-0
- Hiller, W. & Rief, W. (2004). *Internationale Skalen für Hypochondrie. Deutschsprachige Adaptation des Whiteley-Index (WI) und der Illness Attitude Scales (IAS)*. Bern: Huber.
- Hollander, M. A. G. & Greene, M. G. (2019). A conceptual framework for understanding iatrophobia. *Patient Education and Counseling*, 102, 2091–2096. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.06.006>
- Kemper, C. J., Ziegler, M. & Taylor, S. (2009). Überprüfung der psychometrischen Qualität der deutschen Version des Angstsensitivitätsindex-3. *Diagnostica*, 55, 223–233.
- Knappe S. & Hoyer J. (2014). Clinical assessment of anxiety disorders. In P. M. G. Emmelkamp & T. Ehring (Eds.), *The Wiley handbook of anxiety disorders* (Vol. II, Clinical assessment & treatment, pp. 645–691). Chichester: Wiley.

- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Cicero, D. C., Conway, C. C., DeYoung, C. G. et al. (2021). The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): a quantitative nosology based on consensus of evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17(1), 83–108. doi:10.1146/annurev-clinpsy-081219-093304
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P. & Spielberger, C. D. (1981). *State-Trait-Angstinventar (STAI)*. Weinheim: Beltz.
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002). *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ D). Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen* (2. Aufl.). Karlsruhe: Pfizer.
- Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M., Busch, M. A. et al. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3), 289–303. doi:10.1002/mpr.1438
- Margraf, J., Cwik, J. C., von Brachel, R., Suppiger, A. & Schneider, S. (2021). *DIPS Open Access 1.2: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen*. Bochum: Ruhr-Universität, Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit. doi:10.46586/rub.172.149
- Margraf, J. & Ehlers, A. (2007). *Das Beck-Angstinventar (BAI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Marks, I. M. & Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behavior Research Therapy*, 17, 263–267. doi:10.1016/0005-7967(79)90041-x
- Meuret, A. E., Tunnell, N. & Roque, A. (2020). Anxiety disorders and medical comorbidity: treatment implications. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1191, 237–261.
- O’Connell, M. A., Leahy-Warren, P., Khashan, A. S., Kenny, L. C. & O’Neill, S. M. O. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(8), 907–920.
- Pinquart, M. (2003). Krisen im Jugendalter. *Monatszeitschrift Kinderheilkunde*, 151, 43–47.
- Rogoll, J., Petzold, M. & Ströhle, A. (2018). Selektiver Mutismus. *Der Nervenarzt*, 89, 591–602. doi:10.1007/s00115-018-0504-6
- Schneider, S. & Flasiniski, T. (in Druck). Altersbedingte Besonderheiten der Symptomatik. In J. Plag, A. Ströhle & J. Hoyer (Hrsg.), *Praxishandbuch Angststörungen*. München: Urban & Fischer.
- Schnetzer, S., Hampel, K. & Hurrelmann, K. (2023). *Trendstudie Jugend in Deutschland*. <https://simon-schnetzer.com/jugend-in-deutschland-trendstudie-winter-2022-2023> – letzter Aufruf: 17.07.2023.
- Seiffge-Krenke, I. (2023). Zukunftsängste bei Jugendlichen: Ein Vergleich aus 25 Ländern. *Psychotherapie im Dialog*, 24, 18–22. doi:10.1055/a-1879-0755
- Shear, M. K., Vander Bilt, J., Rucci, P., Endicott, J., Lydiard, R. B., Otto, M. W. et al. (2001). Reliability and validity of a structured interview guide for the Hamilton Anxiety Rating Scale (SIGH-A). *Depression and Anxiety*, 13, 166–178.
- Silveira, E. R., Cademartori, M. G., Schuch, H. S., Armfield, J. A. & Demarco, F. F. (2021). Estimated prevalence of dental fear in adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Dentistry*, 108, 103632. doi:10.1016/j.jdent.2021.103632
- Sinnema, H., Terluin, B., Volker, D., Wensing, M. & Van Balkom, A. (2018). Factors contributing to the recognition of anxiety and depression in general practice. *BMC Family Practice*, 19, 1–10.
- Sonnenmoser, M. (2015). Sturzangst. Nur interdisziplinär behandelbar. *Deutsches Ärzteblatt*, 4, 170–171.
- ter Meulen, W. G., Draisma, S., van Hemert, A. M., Schoevers, R. A., Kupka, R. W., Beekman, A. T. F. & Penninx, B. W. J. H. (2021). Depressive and anxiety disorders in concert – A synthesis of findings on

- comorbidity in the NESDA study. *Journal of Affective Disorders*, 284, 85–97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.004>
- Tönnies, S., Mehrstedt, M. & Eisentraut, I. (2002). Die Dental Anxiety Scale (DAS) und das Dental Fear Survey (DFS). Zwei Messinstrumente zur Erfassung von Zahnbehandlungsängsten. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 11, 63–72.
- Vietz, M., Unterecker, S. & Deckert, J. (in Druck). Diagnostik und Differentialdiagnostik der Angststörungen. In J. Plag, A. Ströhle & J. Hoyer (Hrsg.), *Praxishandbuch Angststörungen*. München: Urban & Fischer.
- Von Consbruch, K., Stangier, U. & Heidenreich, T. (2016). *SOZAS: Skalen zur sozialen Angststörung: Soziale-Phobie-Inventar (SPIN), Soziale-Interaktions-Angst-Skala (SIAS), Soziale-Phobie-Skala (SPS), Liebo-witz-Soziale-Angst-Skala (LSAS): Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Weigl, T., Brunton, R., Dryer, R. & Garthus-Niegel, S. (2023). Validation of the German version of the pregnancy-related anxiety scale (PrAS): psychometric properties across all trimesters of pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23, 472. doi:10.1186/s12884-023-05787-z
- WHO. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th rev.). Geneva: World Health Organization.
- Wittchen, H. U. & Pfister, H. (1997). *DIA-X-Interviews*. Frankfurt am Main: Swets & Zeitlinger.
- Zakszeski, B. B. & DuPaul, G. J. (2017). Reinforce, shape, expose, and fade: a review of treatments for selective mutism (2005–2015). *School Mental Health*, 9, 1–15. doi:10.1007/s12310-016-9198-8



© Dirk Pöretsch

PROF. DR. JÜRGEN HOYER
 TECHNISCHE UNIVERSITÄT DRESDEN
 LEHRSTUHL BEHAVIORALE PSYCHOTHERAPIE
 HOHE STRASSE 53
 D-01187 DRESDEN
 E-MAIL: juergen.hoyer@tu-dresden.de



PROF. DR. SUSANNE KNAPPE
 DIPLOM-PSYCHOLOGIN
 EVANGELISCHE HOCHSCHULE DRESDEN
 (EHS), UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
 FOR SOCIAL WORK, EDUCATION AND
 NURSING, DRESDEN (GERMANY)
 DÜRERSTRASSE 25
 D-01307 DRESDEN
 E-MAIL:
susanne.knappe@ehs-dresden.de