

---

## Vorwort

Angststörungen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. 1–2% der Gesamtbevölkerung sind von einer klinisch behandlungsbedürftigen Angststörung betroffen; epidemiologische Studien gehen von einer Lebenszeitprävalenz von etwa 14% aus (vgl. Wittchen 1986; Regier et al. 1998). Vom Verlauf her neigen Angststörungen frühzeitig zur Chronifizierung, spontane Remissionen kommen nur sehr selten vor. Untereinander weisen Angststörungen eine hohe Komorbidität auf (bis ca. 75%), ebenso aber auch mit depressiven Störungen (bis ca. 50%) und Substanzmissbrauch (bis ca. 40% – vgl. ausführlichere Angaben hierzu in Kap. 1, Tab. 1.4). Die durch Angststörungen bedingte Arbeitsunfähigkeit und deren Sekundärkomplikationen verursachen für das Gesundheitssystem bzw. für die Volkswirtschaft zunehmend hohe Folgekosten, die bereits jetzt höher als für manche chronischen körperlichen Erkrankungen ausfallen (vgl. Üstun u. Sartorius 1995). Häufiger kommt es vor, dass sich Angst vorrangig in körperlichen Symptomen manifestiert (so genannte „somatische Angstäquivalente“), die fälschlicherweise auf eine unerkannte organische Erkrankung zurückführt werden und nicht selten eine zeit- und kostenintensive Diagnostik nach sich ziehen, die jedoch ohne klaren Befund bleibt. Dadurch wird der Patient weiter verunsichert und noch mehr auf seine körperlichen Beschwerden fixiert, was schließlich in einen Circulus vitiosus von verstärkter Angst und zunehmenden somatischen Beschwerden einmündet.

Wegen dieser Gegebenheiten ist eine frühzeitige und zielführende Diagnostik mit rascher Einleitung von geeigneten Behandlungsmaßnahmen besonders dringlich. Obwohl in den letzten Jahren diesbezüglich vielfältige Anstrengungen unternommen wurden, dauert es gegenwärtig immer noch 3–5 Jahre, bis eine Angststörung zutreffend erkannt wird. Wie schwierig dies bei komplexeren Angsterkrankungen sein kann, belegen die Ergebnisse einer Studie zur Erkennung des generalisierten Angstsyndroms in der primärärztlichen Versorgung, wonach nur ein Drittel der betroffenen Patienten richtig diagnostiziert wurde (Wittchen et al. 2001). Ein weiteres Problem ist, dass zahlreiche Angstpatienten frühzeitig zu ausgeprägtem Medikamenten- oder Alkoholmissbrauch neigen, initial noch wegen der Hoffnung, dadurch die angstbedingten Beschwerden mindern zu können, später jedoch, weil bereits eine primäre Substanzabhängigkeit besteht.

Galten Angststörungen noch vor wenigen Jahren prognostisch als eher ungünstig zu behandeln, wurden in jüngerer Zeit neue und wirksame Therapiestrategien entwickelt. Diese verbesserten Behandlungskonzepte sind jedoch in der Praxis viel zu wenig bekannt, weshalb gegenwärtig nicht so sehr Bedarf an weiteren Therapieverfahren besteht als vielmehr dafür, die bereits verfügbaren Methoden effektiver einzusetzen. Um dies an einem konkreten Beispiel zu belegen: Nur etwa 44% der

Patienten mit Angststörungen nehmen überhaupt irgendeine Form von Behandlung in Anspruch, jedoch nur 1% davon eine tatsächlich adäquaten Erfolg versprechende Methode (vgl. Margraf u. Poldrack 2000).

Die Dringlichkeit einer verbesserten Diagnostik und Therapie von Angstpatienten wird zusätzlich noch untermauert durch steigende Prävalenzraten von Angststörungen in unserer Gesellschaft (Twenge 2000).

In Deutschland erfolgt die therapeutische Versorgung von Angstpatienten noch überwiegend schulenorientiert. Im ambulanten Bereich wird dies vor allem durch die aktuell gültigen Richtlinien zur Durchführung von Psychotherapie vorgeschrieben, die nur alternativ zwischen einer Behandlung nach ausschließlich psychodynamischen oder kognitiv-behavioralen Prinzipien zu wählen erlauben, nicht aber krankheitsbezogen eine sinnvolle Kombination wirksamer Elemente beider Therapierichtungen zulassen. Diese unflexible Regelung erschwert es sehr, bei einer psychodynamischen Psychotherapie beispielsweise verhaltenstherapeutische Angstkonfrontationstechniken einzusetzen, obgleich diese hinsichtlich ihrer Effektivität empirisch gut abgesichert sind. Das häufiger vorgebrachte Argument, dass durch die Kombination solcher Therapieelemente der spezifische Charakter der jeweiligen Richtlinienpsychotherapie nicht mehr zur Geltung käme und deswegen die Qualität des therapeutischen Prozesses beeinträchtigt würde, halten wir mit Blick auf die Ergebnisse der aktuellen Therapieforschung für nicht gerechtfertigt. Im stationären Bereich gestaltet sich die praktische Erprobung von mehr störungsorientierten multimodalen Therapiekonzepten wesentlich einfacher, da hier allein schon die Multiprofessionalität der therapeutischen Teams ein schulenübergreifendes Denken unabdingbar voraussetzt.

Im vorliegenden Band haben wir versucht, eine vor allem an der klinischen Praxis orientierte Übersicht über die Ätiologie, Diagnostik und Therapie der wesentlichen Angststörungen zu geben. Bei der diagnostischen Zuordnung der Angststörungen orientierten wir uns trotz mancher Bedenken streng am vorgegebenen Sprachduktus der ICD-10, um den Leser nicht unnötig zu verwirren. So ist beispielsweise in den einzelnen Kapiteln stets von *Angststörungen* und nicht von *Angstkrankheiten* die Rede, obwohl aus klinischer Sicht manches für die letztere Bezeichnung spräche. Gerade für die Vielfalt der in der ICD-10 aufgelisteten Störungsbilder lässt sich aufzeigen, wie sehr der Vorteil einer nosologisch präzisen Definition von diagnostischen Gruppen mit möglichst wenig ätiologischen Vorannahmen mit dem Nachteil erkauft wurde, klinisch evidente Krankheitsentitäten manchmal fast willkürlich anmutend auflösen zu müssen.

Bei der Darstellung der wesentlichen Angststörungen haben wir so weit wie möglich die psychodynamischen wie auch die kognitiv-behavioralen Konzepte zur Ätiologie und Behandlung gleichberechtigt berücksichtigt. Vielleicht mag der eine oder andere bedauern, dass wir nicht noch weitere Therapieschulen oder -richtungen mit in Betracht gezogen haben. Diese Einschränkung erschien uns jedoch geboten, da wir nur solche ätiologischen bzw. therapeutischen Konzepte vorstellen wollten, für die eine ausgewiesene empirische Evidenz besteht und die uns deshalb auch für die Anwendung in der Praxis verantwortbar erschienen.

Neben der ausführlichen Darstellung der klassischen Angststörungen (ICD-10: F40 und F41) haben wir ergänzende Kapitel zur posttraumatischen Belastungsstörung, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenen-

alter, Angst bei schweren Persönlichkeitsstörungen sowie Angst und Arbeitsbedingungen (ein bislang eher unterschätzter Problembereich) eingefügt. Aufgrund der weiten Verbreitung und hohen berufsbezogenen Relevanz von Flugängsten haben wir speziell dieses Thema im Kapitel über spezifische Phobien eingehend behandelt. Weitere Kapitel befassen sich mit der Differenzialdiagnose von psychotischen und neurotischen Angstsyndromen, der Differenzialindikation von ambulanter und stationärer Psychotherapie sowie den aktuellen Empfehlungen zur Pharmakotherapie von Angststörungen. Schließlich ist noch eine Übersicht über den Forschungsstand zur Effektivität der verschiedenen Therapieverfahren dargestellt.

Die nach wie vor unbefriedigende Versorgungssituation von angstkranken Patienten erfordert dringend, dass sich möglichst viele Psychotherapeuten mit den aktuell verfügbaren Methoden zur Diagnostik und Therapie von Angststörungen eingehend vertraut machen. Um so mehr wünschen wir diesem Band, dass er einen Beitrag zum Wissenstransfer von Psychotherapieforschung zur therapeutischen Praxis zu leisten vermag und auch das Interesse weckt, sich weiter und vertieft mit den angeschnittenen Themen zu befassen.

Mainz/Mannheim, im Januar 2005

*Markus Bassler, Stefan Leidig*