

# Psychotherapeut

**Elektronischer Sonderdruck für  
Georg W. Alpers**

Ein Service von Springer Medizin

Psychotherapeut 2011 · 56:535–548 · DOI 10.1007/s00278-011-0864-x

© Springer-Verlag 2011

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der  
privaten Homepage und Institutssite des Autors

**Georg W. Alpers · Alexander L. Gerlach · Nina Heinrichs**

## **Evidenzbasierte Psychotherapie der Panikstörung mit und ohne Agoraphobie**

Überblick zur S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie

**Redaktion**

T. Fydrich, Berlin  
 A. Martin, Erlangen  
 W. Schneider, Rostock



**Punkten Sie online auf  
 CME.springer.de**

**Teilnahmemöglichkeiten**

- kostenfrei im Rahmen des jeweiligen Zeitschriftenabonnements
- individuelle Teilnahme durch den Erwerb von CME.Tickets auf CME.springer.de

**Zertifizierung**

Diese Fortbildungseinheit ist für ärztliche Psychotherapeuten mit 3 CME-Punkten zertifiziert von der Landesärztekammer Hessen und der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und damit auch für andere Ärztekammern anerkennungsfähig. Für psychologische Psychotherapeuten ist diese Fortbildungseinheit von der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg akkreditiert.

**Hinweis für Leser aus Österreich**

Gemäß dem Diplom-Fortbildungs-Programm (DFP) der Österreichischen Ärztekammer werden die auf CME.springer.de erworbenen CME-Punkte hierfür 1:1 als fachspezifische Fortbildung anerkannt.

**Kontakt und weitere Informationen**

Springer-Verlag GmbH  
 Fachzeitschriften Medizin / Psychologie  
 CME-Helpdesk, Tiergartenstraße 17  
 69121 Heidelberg  
 E-Mail: [cme@springer.com](mailto:cme@springer.com)  
[CME.springer.de](http://CME.springer.de)

Georg W. Alpers<sup>1</sup> · Alexander L. Gerlach<sup>2</sup> · Nina Heinrichs<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Lehrstuhl für Klinische und Biologische Psychologie, Otto-Selz-Institut, Fakultät für Sozialwissenschaften, Universität Mannheim

<sup>2</sup> Universität zu Köln

<sup>3</sup> Universität Bielefeld

# Evidenzbasierte Psychotherapie der Panikstörung mit und ohne Agoraphobie

## Überblick zur S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie

**Zusammenfassung**

Bei den beiden Angststörungen Panikstörung und Agoraphobie handelt es sich um klinisch hoch prävalente Störungsbilder, die trotz nachgewiesenermaßen effektiver Behandlungsmöglichkeiten nach wie vor häufig nicht angemessen therapiert werden, obwohl zu deren psychotherapeutischer Behandlung inzwischen zahlreiche gute empirische Studien vorliegen. Die Qualität der vorliegenden Studien erlaubte die Erstellung der in diesem Beitrag vorgestellten Leitlinie [Heinrichs et al. (2009) Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie der Panikstörung mit und ohne Agoraphobie. Hogrefe, Göttingen]. Diese Leitlinie verfolgt verschiedene Ziele auf unterschiedlichen Ebenen: Auf der Ebene der betroffenen Patienten sollen Verbesserungen des Erkrankungsverlaufs, des Funktionsniveaus und der Lebenszufriedenheit erreicht werden. Der behandelnde Therapeut soll Unterstützung in der Auswahl diagnostischer Instrumente und spezifisch wirksamer Maßnahmen erfahren, und auf der strukturellen Ebene des Versorgungsnetzes soll eine Optimierung von Versorgungsabläufen erzielt werden. Empfehlungen zur Therapie der Panikstörung mit und ohne Agoraphobie sowie der Agoraphobie ohne Panikstörung können überwiegend für die kognitive Verhaltenstherapie ausgesprochen werden.

**Schlüsselwörter**

Verhaltenstherapie · Kognitive Therapie · Entspannungstherapie · Randomisierte kontrollierte Studien · Behandlungsergebnis

### Evidence-based psychotherapy of panic disorder with or without agoraphobia. Overview of the S1 guidelines of the German Society of Psychology

**Abstract**

From the evidence reported in the recent guidelines [Heinrichs et al. (2009) Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie der Panikstörung mit und ohne Agoraphobie. Hogrefe, Göttingen] the following conclusions can be drawn with respect to the treatment of panic disorder with or without agoraphobia, as well as for agoraphobia without panic disorder:

1. Every psychotherapy should be preceded by suitable diagnostics and a case formulation.
2. The effectiveness of every psychotherapy should be evaluated with well established measures.
3. For the treatment of panic disorder without agoraphobia, cognitive behavioral treatment (CBT) and applied relaxation have been shown to be effective (evidence grade 1).
4. For panic disorder with agoraphobia, CBT, combination treatment (CBT plus medication), as well as panic-focused psychodynamic psychotherapy in the outpatient setting have shown short-term effectiveness (evidence grade 1). Longer lasting effects have been documented for CBT (evidence grade 1).
5. For agoraphobia without panic disorder, CBT with a focus on situational exposure can be recommended (evidence grade 1).

**Keywords**

Behavior therapy · Cognitive therapy · Relaxation therapy · Randomized controlled trial · Treatment outcome

Diese Zusammenfassung kann nur einen Überblick über Entstehung und Bestandteile der Leitlinie geben und hat nicht zum Ziel, die gründliche Lektüre der ausführlicheren Leitlinie zu ersetzen. Dort finden sich die Daten und Literaturangaben, die hier nur in übersichtlicher Form zusammengefasst werden (Heinrichs et al. 2009).

Es bestehen internationale Bestrebungen, die Evidenz für psychotherapeutische Maßnahmen zu evaluieren

#### ► Leitlinien-Informationsdienst des ÄZQ

Panikstörung und Agoraphobie sind klinisch hoch prävalente Störungsbilder

**Nachdem Sie diese Lerneinheit absolviert haben,**

- **wissen Sie, mit welchen Messinstrumenten die Therapien der Panikstörung mit und ohne Agoraphobie sowie der Agoraphobie ohne Panikstörung in der vorgestellten Leitlinie evaluiert wurden.**
- **können Sie die Aussagekraft von Leitlinien beurteilen und wissen, an welchen Bewertungskriterien empirische Studien gemessen werden sollten.**
- **sind Sie in der Lage, Panikattacken eines betroffenen Patienten zu diagnostizieren und der vorliegenden Störung zuzuordnen.**
- **wissen Sie, welche spezifisch wirksamen Maßnahmen Sie bei den drei genannten Störungsbildern einsetzen können.**
- **können Sie Ihr Vorgehen bei besonderen Patientengruppen anpassen.**

### Ausgangspunkt, Ziele und Methoden der Psychotherapieleitlinie

Die Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) hatte eine Leitlinie zur Behandlung der Angststörungen Agoraphobie mit und ohne Panikstörung sowie Panikstörung [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10 (ICD 10) der World Health Organization (WHO)] bzw. Panikstörung mit und ohne Agoraphobie sowie Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV) der American Psychiatric Association (APA)] in Auftrag gegeben. Dies entspricht den internationalen Bestrebungen, die Evidenz für psychotherapeutische Maßnahmen zu evaluieren (Chambless u. Ollendick 2001).

Das Bestreben, für eine Vielzahl von Versorgungsbereichen evidenzbasierte Empfehlungen zu erstellen, wird in der Medizin seit einigen Jahren ausführlich verfolgt. Zu diesem Zweck wurde beispielsweise auch der ► **Leitlinien-Informationsdienst** des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ), eine gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und kassenärztlicher Bundesvereinigung (<http://www.leitlinien.de>), ins Leben gerufen. Man kann von einer berufs- und fachübergreifenden Bewegung sprechen, in der man sich bemüht, evidenzbasierte Empfehlungen für die Behandlung von sowohl körperlichen und psychischen als auch psychosomatischen Erkrankungen zu verfassen. Bei den beiden Angststörungen Panikstörung und Agoraphobie handelt es sich um klinisch hoch prävalente Störungsbilder, zu deren psychotherapeutischer Behandlung inzwischen zahlreiche gute empirische Studien vorliegen. Die Qualität der vorliegenden Studien erlaubt die Erstellung einer Konsensusleitlinie. Ein weiterer wichtiger Ausgangspunkt liegt darin begründet, dass die Panikstörung und die Agoraphobie trotz nachgewiesenermaßen effektiver Behandlungsmöglichkeiten nach wie vor häufig nicht angemessen therapiert werden. Vielfach werden die Störungen nicht erkannt und nicht behandelt oder nicht so behandelt, wie es die Therapieforschung indiziert (Jacobi et al. 2004; Klerman et al. 1991; Margraf u. Poldrack 2000).

Diese Leitlinie verfolgt verschiedene Ziele auf unterschiedlichen Ebenen (■ **Infobox 1**):

- Ebene der betroffenen Patienten,
- Ebene der behandelnden Therapeuten und
- Ebene der strukturellen Gegebenheiten des Versorgungsnetzes.

Die Empfehlungen der Leitlinie Panikstörung und Agoraphobie resultieren aus der Sichtung des aktuellen Wissensstands zur Diagnostik und Therapie dieser beiden Angsterkrankungen. Die Autorengruppe wurde von der Fachgruppe autorisiert und die nun vorliegenden Leitlinien in mehreren Feedback-Schleifen mit ausgewiesenen Experten sowie den Fachgruppenmitgliedern insgesamt abgestimmt. Detaillierte Rückmeldungen wurden von einer Expertenrunde etablierter nationaler und internationaler Psychologen und Psychotherapeuten eingeholt. Das Vorgehen wird im folgenden Abschnitt umrissen, in der Leitlinie selbst aber detailliert dargestellt.

### Erstellung der Leitlinie

Die Leitlinie richtet sich nach dem Leitlinienmanual der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ) von 2001. Seit Beginn der Diskussion um die evidenzbasierte Behandlung geht es oft um die Frage, ob die Durchführung randomisierter kontrollierter Studien („randomized control-

### Infobox 1 Ziele der Leitlinie Panikstörung und Agoraphobie

1. Ebene der Patienten
  - Förderung einer validen und reliablen Diagnostik der Panikstörung und/oder Agoraphobie und komorbider Erkrankungen
  - Kurz- und langfristige Verbesserungen bei der Reduktion der Panikattacken und/oder der agoraphobischen Vermeidung
  - Verbesserung des Funktionsniveaus der Patienten und deren Lebenszufriedenheit
  - Verbesserung des Erkrankungsverlaufs durch Anwendung spezifischer Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe
2. Ebene der Psychotherapeuten
  - Unterstützung der Psychotherapeuten bei der Auswahl diagnostischer Instrumente und spezifisch wirksamer Maßnahmen
  - Angebot einer Informationsquelle für die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Psychotherapeuten
3. Strukturelle Ebene
  - Optimierung von Versorgungsabläufen durch
    - Transparenz bezüglich verschiedener psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen und ihrer Ergebnisse für andere, an der Gesundheitsversorgung von Patienten mit Panikstörung und/oder Agoraphobie beteiligte Berufsgruppen (z. B. Hausärzte)
    - Ansatzpunkte für Maßnahmen der Qualitätssicherung
    - Minimierung von Behandlungsrisiken
    - Erhöhung der Wirtschaftlichkeit

led trials“, RCT) wirklich der „Königsweg“ zum Nachweis kausaler Effekte ist. Obwohl sie kein ausschließlicher und auch kein ausreichender Weg ist, um alle Fragen zu beantworten, bleiben diese Studien dennoch ein wichtiger Bestandteil des Evidenznachweises. Auch die dafür hinzugezogenen ► **Metaanalysen**, die die Ergebnisse mehrerer RCT zusammenfassen, sind nicht unkritisch zu bewerten (LeLorier et al. 1997).

Die Empfehlungen der Leitlinie basieren auf folgenden Quellen:

1. den Ergebnissen der jüngsten 10 Metaanalysen und eines systematischen Reviews, (Bakker et al. 1998; Clum et al. 1993; Cox et al. 1992; Furukawa et al. 2006; Gould et al. 1995; Leichsenring et al. 2004; Mitte 2005; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Panic Disorder and Agoraphobia 2003; Ruhmland u. Margraf 2001; Van Balkom et al. 1997; Westen u. Morrison 2001)
2. einer umfangreichen Literaturrecherche:
  - a) für Studien mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt für die Jahre 2001–2007, um sicherzustellen, dass neuere Studien, die nicht in die oben genannten Metaanalysen eingegangen waren, integriert werden;
  - b) für alle anderen psychotherapeutischen Therapieformen *ohne* Jahreszahlbeschränkung.

Die Recherche wurde in den Datenbanken Medline, Psyn dex, PsycINFO und Social Sciences Citation Index (SSCI) durchgeführt. Gesucht wurden zunächst alle Studien, die Störungsbegriffe beinhalten, die für Panik oder Agoraphobie benutzt werden. Bei den Studien konnte es sich um die alleinige Anwendung psychotherapeutischer Verfahren oder auch ihre Anwendung in Kombination mit pharmakologischer Therapie handeln. Es wurden Einzel-, Gruppen- und Paartherapien einbezogen. Das therapeutische Setting konnte ambulant oder stationär sein. Studien über die ausschließliche Anwendung psychopharmakologischer Therapien wurden ausgeschlossen, da hierfür auf den zweiten Band der Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie zurückgegriffen werden kann (Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen; Dengler u. Selbmann 2000).

### Bewertungskriterien empirischer Studien

Die Empfehlungen der Leitlinie beruhen auf den Richtlinien der Fachgruppe für Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs. Sie lehnen sich stark an die medizinischen Bewertungskriterien der ÄZQ an. Die Kriterien für „empirisch nachgewiesene Wirksamkeit“ decken sich in relevanten Aspekten ebenfalls mit den Empfehlungen der Amerikanischen Psychologischen Gesellschaft (APA, 1995 – Task Force on Psychological Intervention Guidelines) und ihren Aktualisierungen (De Rubeis u. Crits-Christoph 1998). Chambless u. Hollon (1998) zählen eine Reihe von Kriterien auf, die Psychotherapiestudien erfüllen müssen, um als evidenzbasiert zu gelten:

Randomisierte kontrollierte Studien sind ein wichtiger Bestandteil des Evidenznachweises

### ► Metaanalysen

Die Recherche wurde in den Datenbanken Medline, Psyn dex, PsycINFO und Social Sciences Citation Index durchgeführt

Die Empfehlungen beruhen auf Richtlinien der Fachgruppe für Klinische Psychologie und Psychotherapie

**Tab. 1** Abstufungen der Evidenzgradbeurteilung nach den Kriterien der Fachgruppe für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie

| Evidenzgrad | Evidenzbasis   | Beurteilung                                   |
|-------------|--|---|
| Ia          | Metaanalyse(n) über mehrere randomisierte, kontrollierte Studien   | (I) Wirksam                                   |
| Ib          | Mindestens zwei randomisierte, kontrollierte Studien (RCT) aus unabhängigen Gruppen  |   |
| IIa         | Eine randomisierte, kontrollierte Studie (RCT)   | (II) Möglicherweise wirksam                   |
| IIb         | Serie von gut angelegten quasiexperimentellen Studien („Effectiveness“-Studie, prospektive Kohortenstudien, Fallkontrollstudien, experimentelle Einzelfallstudien) |   |
| III         | Nichtexperimentelle oder deskriptive Studien (Eingruppen-Prä-post-Vergleiche, Korrelationsstudien)   | (III) Bislang ohne ausreichende Wirknachweise |
| IV          | Unsystematische Einzelfallstudien, Kasuistiken, Experten, Konsensuskonferenzen, klinische Erfahrung  |   |

- klar beschriebene Patientengruppen,
- randomisierte Zuordnung von Patienten zu Behandlungsgruppen,
- manualisierte Beschreibung der Therapie,
- spezifizierte Probleme/Störungen der behandelten Patienten, erfasst mit reliablen und validen Methoden und angegebenen Einschlusskriterien,
- reliable und valide Erfassung der Kriterien des Therapieerfolgs mindestens in Bezug auf die Probleme, die durch die Therapie geändert werden sollen,
- methodisch angemessene Datenanalysen.

Nach Chambless u. Hollon (1998; Chambless u. Ollendick 2001) gilt:

- Eine Psychotherapie ist *wirksam*, wenn ihre Überlegenheit gegenüber keiner Therapie oder Warteliste von mindestens zwei unabhängigen Forschergruppen in randomisierten Gruppenvergleichsuntersuchungen signifikant nachgewiesen werden konnte oder wenn sie sich in kontrollierten Studien als vergleichbar wirksam erwies wie eine Therapie, deren Wirksamkeit bereits gezeigt wurde.
- Eine Psychotherapie ist *wirksam und spezifisch*, wenn die Überlegenheit gegenüber Placebo oder einer alternativen Therapie gezeigt werden konnte.
- Eine Therapie ist *möglicherweise wirksam*, wenn mindestens eine randomisierte Gruppenvergleichsstudie ihre Überlegenheit gegenüber einer Wartegruppe bzw. keiner Therapie oder ihre vergleichbare Wirksamkeit zu einer bereits als wirksam etablierten Therapie belegen konnte.
- Alle Therapien unterhalb dieses Kriteriums werden als *bislang ohne Wirknachweis* beurteilt.

Die in der Leitlinie angewandten ► **Evidenzgradeinschätzungen** weichen insofern von der ÄZQ ab, als sie eine deutlichere Evidenz fordern, um den Evidenzgrad I zu erlangen (mindestens zwei RCT von unabhängigen Forschergruppen; ■ **Tab. 1**)

## Störungsbilder

### Definitionen

Unter Agoraphobie ohne Panikstörung (F40.00) versteht man eine Gruppe von Phobien, die durch die Angst vor bestimmten Situationen gekennzeichnet ist. Ein Kernaspekt vieler agoraphober Situationen ist, dass eine Flucht aus diesen Situationen nicht sofort möglich ist. Aufgrund der in diesen Situationen auftretenden Angst werden die Situationen gemieden. Bei einer Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01) liegt neben einer Agoraphobie zusätzlich eine Panikstörung (F41.0) vor.

Eine ► **Panikstörung** ist durch wiederkehrende Panikattacken gekennzeichnet (episodisch paroxysmale Angst). Die Panikattacken dürfen nicht auf bekannte oder vorhersagbare Situationen begrenzt sein und müssen als zeitlich klar abgrenzbare Episoden darstellbar sein. Das Kernsyndrom der Panikattacken ist zwar charakteristisch für die Panikstörung, Panikattacken kommen jedoch auch bei anderen Angststörungen vor (Hofmann et al. 2008). Zur Diagnosestellung ist notwendig, dass mehrere dieser Panikattacken innerhalb eines Monats auftreten. Typisch ist aber eine Reihe von kör-

## ► Evidenzgradeinschätzungen

Ein Kernaspekt vieler agoraphober Situationen ist, dass eine Flucht aus diesen Situationen nicht sofort möglich ist

### ► Panikstörung

perlichen Symptomen wie Herzklopfen, Brustschmerzen, Atemnot, Schwindel und Entfremdungsgefühle, die innerhalb kurzer Zeit deutlich spürbar werden. Meist führen diese körperlichen Angstsymptome dazu, dass die betroffenen Personen fürchten zu sterben, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden. Sowohl die Definition der Panikattacke als auch der Agoraphobie ist somit weitgehend deckungsgleich mit den Angaben des ICD-10. Allerdings betont das DSM-IV die Panikstörung bei der Diagnosestellung. Panikattacken können auch im Rahmen einer Reihe weiterer Störungen auftreten. Des Weiteren sind bei der Diagnosestellung körperliche Ursachen für eine Panikstörung auszuschließen.

## Epidemiologische Befunde

Epidemiologische Studien zeigen, dass Frauen etwa doppelt so häufig betroffen sind (Agoraphobie ohne Panikstörung und von Panikstörung ohne Agoraphobie) bzw. etwa dreimal so häufig (Agoraphobie mit Panikstörung) wie Männer. Im Bundesgesundheits-Survey (Jacobi et al. 2004) wird die kombinierte Lebenszeitprävalenz von 3,9% für Panikstörung mit und ohne Agoraphobie angegeben. Eine andere Studie berichtet Werte zwischen 0,6 und 0,7% bei Männern sowie 1,2 und 2,0% bei Frauen für die drei einzelnen Störungen (Meyer et al. 1998). Die Komorbidität mit anderen psychischen Störungen ist hoch. Laut Bundesgesundheits-Survey (Jacobi et al. 2004) leiden nur 11,7% der Patienten ausschließlich an dieser Störung; am häufigsten sind andere Angststörungen und die „major depression“.

## Erkrankungsverlauf und Ausgang

Einzelne Angstanfälle sind in der Bevölkerung häufig. Kessler et al. (2006) berichten, dass 22,7% der Bevölkerung innerhalb ihrer Lebenszeit ► **isolierte Panikattacken** erleben, ohne eine Panikstörung auszubilden. Das durchschnittliche erste Auftreten einer Panikattacke im Rahmen einer Agoraphobie mit Panikstörung oder einer Panikstörung liegt etwa bei 25 Jahren. Nach den retrospektiven Aussagen der Patienten beginnen die Störungen in über 80% aller Fälle plötzlich mit einem Angstanfall an einem öffentlichen Ort. Es kommt nur selten zu Spontanremissionen (Wittchen et al. 1991).

## Empfehlungen zur Diagnostik

Es liegen Empfehlungen für die Verwendung von Messinstrumenten in der ► **klinischen Angstforschung** vor (Margraf u. Margraf 1997), die als Orientierung für die Auswahl geeigneter Maße für die klinische Praxis dienen können. Knappe Zusammenfassungen und die Bezugsquellen für eine Vielfalt von spezifischen Verfahren zur Diagnostik von Angststörungen sind bei Hoyer u. Margraf (2003) aufgeführt.

## Screening

Vor der Anwendung strukturierter Interviews oder spezifischer Fragebogen bieten sich Screeningverfahren an, um die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie abzuschätzen. Der ► **Gesundheitsfragebogen für Patienten** (Gräfe et al. 2004; Löwe et al. 2001) ermöglicht bereits im Vorfeld die Erstellung einer Verdachtsdiagnose. Diese Screeningverfahren lassen sich besonders gut in der ► **Primärversorgung** (Hausarzt, Beratungsstellen) einsetzen, um bei erhöhten Werten eine fachliche Abklärung zu veranlassen.

## Medizinische Abklärung

Bei Verdacht auf eine Panikstörung ist die medizinische Abklärung in besonderem Maße relevant. In einem ärztlichen Konsil müssen mögliche medizinische Krankheitsfaktoren ausgeschlossen werden. Meist sind internistische, kardiologische und endokrinologische ► **Laboruntersuchungen** erforderlich. Wenn Panikpatienten zum Psychotherapeuten überwiesen werden, hat oft bereits eine ausführliche somatische Abklärung stattgefunden, und die Indikation für weitere diagnostische Maßnahmen ist genau abzuwägen.

Herzklopfen, Brustschmerzen, Atemnot, Schwindel und Entfremdungsgefühle sind typische körperliche Symptome

Frauen sind weit häufiger betroffen als Männer

Die Komorbidität mit anderen psychischen Störungen ist hoch

### ► Isolierte Panikattacken

Es kommt nur selten zu Spontanremissionen

### ► Klinische Angstforschung

### ► Gesundheitsfragebogen für Patienten ► Primärversorgung

Im ärztlichen Konsil müssen mögliche medizinische Krankheitsfaktoren ausgeschlossen werden

### ► Laboruntersuchungen

### ► Differenzialdiagnostik

Die Panik- und Agoraphobie-Skala ermöglicht eine Abschätzung des Schweregrads

### ► Prognostische Aussagekraft

### ► Tagebücher

### ► Behandlungsheuristiken

Wichtig ist, dass der Behandler seine Maßnahme begründen kann

Panikstörungen treten familiär gehäuft auf

### ► Körperliche Veränderungen

Die Leitlinie bietet Verweise auf vertiefende Literatur an

Im Rahmen der Psychoedukation werden die Grundlagen des psychophysiologischen Modells der Störung vermittelt

## Interviews

Es liegen mehrere strukturierte Interviews vor, die eine reliable und valide Diagnose der Panikstörung ermöglichen. Am besten etabliert sind das Strukturierte Klinisches Interview für DSM-IV Achse I (Wittchen et al. 1997) und das Diagnostische Interview für psychische Störungen (Schneider u. Margraf 2006). Vor allem für die ► **Differenzialdiagnostik** sind Interviewdaten unerlässlich.

## Klassische Selbstberichtverfahren

Die relevanten Diagnosekriterien werden in der Panik- und Agoraphobie-Skala (PAS; Bandelow 1996) abgefragt und ermöglichen gleichzeitig eine Abschätzung des Schweregrads. Zur Beurteilung der Beeinträchtigung in therapielevanten Teilbereichen stehen mehrere Fragebogenverfahren zur Verfügung (z. B. Ehlers u. Margraf 1993). Das Ausmaß der Vermeidung typischer agoraphobischer Situationen wird im Mobilitätsinventar erfasst (MI). Die Abklärung, ob typische agoraphobische Kognitionen vorliegen, kann mit dem Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ) erfolgen. Die Rolle der körperlichen Symptome kann mit dem Angstsensitivitäts-Index (Peterson u. Reiss 1987) in der deutschen Version (Alpers u. Pauli 2001) erfasst werden; dies ist v. a. mit Blick auf die ► **prognostische Aussagekraft** für das Risiko bedeutsam (Reiss et al. 1986). Aufgrund der oft erheblichen Beeinträchtigung der Lebensqualität der betroffenen Patienten kann es ratsam sein, gezielt die Lebensqualität zu erfassen. Um retrospektive Verzerrungen durch Fragebogen zu vermeiden werden häufig Symptome im Tagesverlauf in spezielle ► **Tagebücher** notiert (Margraf u. Schneider 1990).

## Prädispositionen und aufrechterhaltende Mechanismen

Im Rahmen von Leitlinien sind Störungstheorien und Erklärungsmodelle nur als ► **Behandlungsheuristiken** bedeutsam. Dies macht sich insbesondere dort bemerkbar, wo die Betroffenen ein Rational für die vorgeschlagene Psychotherapie vermittelt bekommen bzw. wo sie über Behandlungsalternativen informiert werden. Wichtig ist, dass der Behandler seine Maßnahme begründen kann. Trotz zahlreicher theoretischer Ansätze konnte sich bisher keine einheitliche Theorie der Panik durchsetzen.

Es kann klar gezeigt werden, dass Panikstörungen familiär gehäuft auftreten (z. B. Biedermann et al. 2001), was nach Befunden aus Zwillingstudien sowohl auf genetische Faktoren als auch auf Umweltfaktoren zurückzuführen ist (z. B. Kendler et al. 1992). Menschen, die später Panikanfälle oder eine Panikstörung als Reaktion auf ► **körperliche Veränderungen** entwickeln, neigen schon vorher dazu, körperliche Veränderungen genauer zu beobachten und diese als bedrohlicher zu bewerten als Menschen ohne Panikstörung (z. B. Godemann et al. 2006; Hayward et al. 2000). In der Leitlinie werden weitere Überlegungen zur Ätiologie ausgeführt, insofern als sie therapeutische Implikationen mit sich bringen.

## Therapeutische Ansätze

Die spezifischen Psychotherapien setzen eine entsprechende Ausbildung voraus und werden hier sehr stark verkürzt dargestellt. Die Leitlinie bietet Verweise auf vertiefende Literatur an. Die der Evidenzgradeinschätzung zugrunde liegende detaillierte Einschätzung der empirischen Basis für die Klassifikation einzelner Verfahren in die jeweilige Kategorie ist im Anhang der Leitlinie ausführlich aufgeführt.

## Kognitive Verhaltenstherapie

In der Leitlinie werden die in der Verhaltenstherapie eingesetzten Interventionsbausteine detailliert dargestellt, die in verschiedenen Kombinationen in empirisch überprüften Behandlungsformen zum Einsatz kommen.

Im Rahmen der Psychoedukation werden die Grundlagen des psychophysiologischen Modells der Störung vermittelt. Dazu gehören insbesondere das „Teufelskreismodell der Angst“ zur Erläuterung der Aufschaukelungsprozesse zwischen Wahrnehmung und Interpretation körperlicher Angstsym-

ptome und das „Stressmodell“ zur Erläuterung der Rolle der veränderten Wahrnehmungsschwelle körperlicher Symptomatik bei der Aufrechterhaltung der Panikstörung.

Das kognitive Modell der Panikstörung postuliert, dass Panikattacken infolge der ► **Fehlinterpretation** von eigentlich harmlosen körperlichen Symptomen (z. B. einer Erhöhung der Herzrate nach Treppensteigen) als Anzeichen für eine gefährliche körperliche Erkrankung (z. B. ein drohender Herzinfarkt) entstehen. Begünstigt werden diese Fehlinterpretationen durch eine Reihe von Besonderheiten der Informationsverarbeitung bei Panikpatienten. Kognitive Interventionen im Rahmen der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung zielen entsprechend darauf, die Interpretation von körperlichen Symptomen als Hinweise auf Gefahr zu modifizieren.

Das lerntheoretische Modell der Panikstörung geht davon aus, dass während einer initialen Panikattacke eine ► **Konditionierung** der dabei wahrgenommenen ersten körperlichen Symptome mit der Furchtreaktion stattgefunden hat. Ziele der interozeptiven Exposition sind daher die Provokation körperlicher Symptome ohne Vermeidung und die erfolgreiche Extinktion dieser Reaktionen (z. B. Antony et al. 2006). Im lerntheoretischen Modell der Agoraphobie wird davon ausgegangen, dass eine Konditionierung der Panikattacken an Situationsbedingungen stattgefunden hat (Bouton et al. 2001). Entsprechend ist Ziel der In-vivo-Exposition, Patienten zu motivieren, in angstauslösenden Situationen zu verbleiben, bis eine deutliche Extinktion der Angstreaktion stattgefunden hat. In den meisten Behandlungsmanualen ist auch eine ► **Entspannungskomponente** enthalten. Dabei handelt es sich meistens um eine Form der progressiven Muskelrelaxation. Relevante Variablen der Durchführung werden in der Leitlinie diskutiert, und es wird auf mehrere deutsche Manuale verwiesen, die die wesentlichen verhaltenstherapeutischen Interventionsformen beschreiben. Nur das Manual von Margraf u. Schneider (Schneider u. Margraf 2008) wurde direkt auf seine Wirksamkeit untersucht (Margraf et al. 1993).

## Psychodynamische Therapie/Psychodynamische Kurztherapie

Psychodynamische Kurztherapie gehört zu der Gruppe der psychodynamischen Therapien. Von Kurztherapie wird gemeinhin gesprochen, wenn weniger als 31 Sitzungen vorgesehen sind (Leichsenring 2002). Zur psychodynamischen Kurztherapie liegt ein Manual vor (Milrod et al. 1997). Der Therapeut fokussiert die Aufmerksamkeit in der Behandlung auf alle Prozesse, die mit der Erfahrung der Panikattacken des Patienten verbunden sind. Dabei werden die zentralen psychodynamischen Prinzipien beibehalten; der Therapeut nutzt Übertragungsphänomene sowie freie Assoziationstechniken und fokussiert auf unbewusste mentale Vorgänge. In der ersten Phase wird die akute Panik in den Vordergrund der Behandlung gestellt. Um dies zu erreichen, wird es als notwendig angesehen, die unbewusste Bedeutung der Paniksymptome herauszuarbeiten. Weiter werden die Gefühle und Umstände typischer Panikepisoden besprochen. In einem zweiten Schritt werden dann die idiosynkratischen psychodynamischen Konflikte der behandelten Patienten herausgearbeitet. In der zweiten Phase steht die Behandlung der Vulnerabilität für Panikstörung im Vordergrund. Die dritte Phase wird genutzt, um die Probleme der Patienten mit „Trennung und Unabhängigkeit“ zu thematisieren.

## Gesprächspsychotherapie

Auch für diese Form der Psychotherapie steht ein indikationsgeleitetes Therapiemanual für die Panikstörung mit und ohne Agoraphobie zur Verfügung (Teusch u. Finke 1995). Die Behandlung ist in drei Phasen aufgeteilt. In der ► **Symptomphase** liegt der Schwerpunkt auf der Entkatastrophisierung funktioneller Beschwerden, der Förderung von aktiver Angstbewältigung sowie der Sensibilisierung für die Zusammenhänge von Angstsymptomen und seelischen Belastungen. In der ► **Beziehungs- und Konfliktphase** soll dem Patienten bei der Erweiterung seiner Autonomie und der Realisierung angemessener Abhängigkeitswünsche geholfen werden. In der ► **Abschiedsphase** wird die Trennung vom Therapeuten bearbeitet. Die drei Therapieprinzipien „bedingungsloses Akzeptieren“, „einführendes Verstehen“ sowie „Echtheit“ werden in allen drei Phasen als Grundlage des therapeutischen Handelns gesehen.

### ► Fehlinterpretation

### ► Konditionierung

Patienten sollen in angstauslösenden Situationen verbleiben, bis eine deutliche Extinktion der Angstreaktion stattgefunden hat

### ► Entspannungskomponente

Der Therapeut nutzt Übertragungsphänomene sowie freie Assoziationstechniken und fokussiert auf unbewusste mentale Vorgänge

### ► Symptomphase

### ► Beziehungs- und Konfliktphase

### ► Abschiedsphase



## Evidenzgrade der Psychotherapieverfahren

### Behandlung der Panikstörung *ohne* Agoraphobie

Die gegenwärtige Evidenz hinsichtlich der Behandlung der Panikstörung ohne Agoraphobie zeigt, dass Behandlungsempfehlungen auf dem Evidenzniveau „wirksam“ für die KVT und die angewandte Entspannung vorliegen. Daraus ergibt sich die Empfehlung, dass die Panikstörung ohne Agoraphobie bevorzugt mit KVT behandelt werden sollte. Angewandte Entspannung nach Öst kann ebenfalls als eigenständiges Therapieverfahren genutzt werden; es liegen aber weniger Studien vor, und die KVT schneidet im direkten Vergleich besser ab (Arntz u. Hout van den 1996; Clark et al. 1994).

Im direkten Vergleich mit einer psychopharmakologischen Intervention (z. B. mit Paroxetin, Dannon et al. 2004) schneidet die KVT genauso gut ab wie eine alleinige medikamentöse Therapie. Langfristige Katamnesen im direkten Vergleich dieser beiden Methoden fehlen. Für die KVT ist eine langfristige Wirkung empirisch belegt. Die Response-Rate liegt bei der KVT zwischen 75 und 92% (Arntz 2002). Die Effektstärke für die Hauptsymptomatik liegt etwa bei 1,5.

### Behandlung der Panikstörung *mit* Agoraphobie

Behandlungsempfehlungen auf dem Evidenzniveau „wirksam“ sind die KVT, die Kombinationstherapie (KVT + Medikamente) und die ► **panikfokussierte psychodynamische Psychotherapie**. Gesprächspsychotherapie (aber es liegt mindestens eine RCT ohne positive Ergebnisse vor!) und Ausdauertraining (mit eingeschränkten Effekten) sind „möglicherweise wirksam“.

Es liegen mehrere Metaanalysen vor, die die Wirksamkeit von KVT zur Behandlung der Panikstörung mit Agoraphobie unterstützen, deren mittlere Effektstärke im Durchschnitt 1,2 beträgt (Ruhmland u. Margraf 2001). Die KVT ist darüber hinaus langfristig besser als eine Kombinationsbehandlung mit Psychopharmaka (Bakker et al. 2002). Die Kombinationsbehandlung ist wiederum wirksamer als eine ausschließliche medikamentöse Therapie. Die Leitlinie erklärt wichtige Variablen, die die Effektivität beeinflussen können.

Das ► **„Panic Control Treatment“** (Craske et al. 2000; Margraf u. Schneider 1990), eine der ersten manualisierten Formen der KVT, war lange Zeit dominierend in der KVT-Behandlung dieser Angststörung. Man findet mit dieser Methode, dass 55–65% der Patienten hinterher keine Angststörung mehr aufweisen, sich weitere 15–20% verbessern und etwa 15–30% unverändert sind (Carter et al. 2003).

Die ► **psychodynamische Therapie** weist zwei RCT auf. In dem ersten RCT wurde die Wirksamkeit der medikamentösen Therapie in Form der alleinigen Gabe von trizyklischen Antidepressiva mit einer Kombinationsbehandlung verglichen. Die Kombinationsbehandlung schnitt besser ab als die medikamentöse Monotherapie (Wiborg u. Dahl 1996). In der neuesten Studie (Milrod et al. 2007) wurde die panikfokussierte psychodynamische Behandlungsmethode mit angewandter Anspannung verglichen, die nur wenig Besserung bewirkte, wohingegen die Behandlungsmethode nach Milrod eine höhere Wirksamkeit erzielte.

Die ► **Gesprächspsychotherapie** wurde in drei RCT und einer „Open-label“-Studie geprüft. In der Studie von Teusch et al. (1997) zeigte sich eine gute Wirksamkeit der Gesprächspsychotherapie für die Behandlung der Panikstörung mit Agoraphobie.

Die Panikstörung mit Agoraphobie sollte daher bevorzugt mit der KVT behandelt werden. Ein Schwerpunkt ist hier auf die interozeptive Exposition (mit angustauslösenden körperlichen Reizen) sowie die situative Exposition (mit phobierelevanten Situationen) zu legen.

### Behandlung der Agoraphobie *ohne* Panikstörung

Die Evidenz hinsichtlich der Behandlung der Agoraphobie ohne Panikstörung lässt nur für die KVT mit Fokus auf situativer Exposition eine Empfehlung als „wirksam“ zu. Psychodynamische Psychotherapie in Kombination mit basaler KVT lässt auf das Evidenzniveau „möglicherweise wirksam“ schließen.

Die Behandlung der Agoraphobie ohne Panikstörung wurde bisher insgesamt weniger untersucht. Die meiste empirische Evidenz weist die KVT mit mindestens 8 RCT auf. Eine metaanalytische Aufbereitung der Daten, die sich spezifisch auf das Störungsbild der Agoraphobie ohne Panikstörung

Die Panikstörung ohne Agoraphobie sollte bevorzugt mit der kognitiven Verhaltenstherapie behandelt werden

#### ► Panikfokussierte psychodynamische Psychotherapie

Die KVT ist langfristig besser als eine Kombinationsbehandlung mit Psychopharmaka

#### ► „Panic Control Treatment“

#### ► Psychodynamische Therapie

#### ► Gesprächspsychotherapie

Interozeptive und situative Exposition sind Schwerpunkte der KVT bei Panikstörung mit Agoraphobie

Nur für die KVT mit Fokus auf situativer Exposition kann die Empfehlung „wirksam“ ausgesprochen werden

konzentriert, fehlt gegenwärtig noch. Die bisher untersuchte KVT ist in der Anwendung bei der Agoraphobie sehr stark behavioral orientiert, meist mit einem Schwerpunkt auf situativer Expositionsbehandlung. In einer Studie (Emmelkamp et al. 1978) wurden beide KVT-Elemente mit Vorteilen der Exposition gegenüber einer ausschließlich kognitiven Therapiestrategie miteinander verglichen. In einer neueren Studie von Park et al. (2001) wird bei ► **therapeutenbegleiteter Exposition** eine Vermeidungsreduktionen von 65% gefunden.

In einer Studie von Hoffart u. Matinsen (Hoffart u. Martinsen 1990) war die psychodynamische Monotherapie genauso gut wie die Kombinationsbehandlung mit Exposition; langfristig zeigten sich allerdings mehr Rückfälle bei der alleinigen Anwendung psychodynamischer Therapiestrategien.

### Medikation als Teil einer Kombinationsbehandlung mit Psychotherapieverfahren

Metaanalysen finden bei Therapieende zunächst keine Unterschiede zwischen einer KVT allein und einer Kombinationstherapie mit zusätzlicher Medikation (Mitte 2005). Im langfristigen Verlauf erzielt die alleinige KVT stabilere und auch höhere Effektstärken als eine Kombinationsbehandlung (Clum et al. 1993; Gould et al. 1995). In der neuesten Metaanalyse (Furukawa et al. 2006) zeigt sich eine Kombinationsbehandlung während der akuten Therapiephase als schneller wirksam; nach Abschluss der Therapie liegt aber eine gleiche Effektivität vor wie bei einer Psychotherapie allein. Die KVT allein und in Kombination mit einem Psychopharmakon schnitten besser ab als eine alleinige Pharmakotherapie.

Nur in einer Studie wurden bisher Patienten während einer Erhaltungsphase (Medikation wird weitergegeben) sowie nach Abschluss der Erhaltungsphase (Medikation wurde ausgeschlichen) weiteruntersucht (Barlow et al. 2000). In dieser Studie war die Kombinationsbehandlung (KVT + Imipramin) während der Erhaltungsphase der alleinigen KVT überlegen. Nachdem Imipramin jedoch abgesetzt war, zeigte sich in der Follow-up-Erhebung eine Überlegenheit von KVT allein.

Die bisherige Evidenz für eine bessere Wirksamkeit der Kombination von Medikamenten und Psychotherapie erlaubt es nicht, die Kombinationsbehandlung vorzuziehen. Kurzfristig ist eine medikamentöse Zusatztherapie ähnlich gut wie eine alleinige Psychotherapie; langfristig ist die Effektivität der Psychotherapie in der Regel dauerhafter. Allerdings gibt es kaum Studien mit ausreichend langen Nachuntersuchungszeiträumen.

### Übertragbarkeit in die Psychotherapiepraxis

Eine Reihe von naturalistischen Studien belegt, dass die Übertragung einer manualisierten Behandlung in die Versorgungsrealität möglich und effektiv sein kann (Martinsen et al. 1998; Stuart et al. 2000). Eine erfolgreiche KVT der Panikstörung mit/ohne Agoraphobie ist auch dann erfolgreich, wenn komorbide Störungen vorhanden sind (z. B. Rief et al. 2000). Besonders interessant ist, dass eine KVT auch einen positiven Einfluss auf die komorbiden Störungen haben kann (Hahlweg et al. 2004; Tsao et al. 1998), v. a. auf depressive Störungen (McLean et al. 1998) und auch auf komorbide Persönlichkeitsstörungen (z. B. Dreessen et al. 1994; Hoffart u. Hedley 1997; Marchand u. Dion 1998).

### Besondere Anwendungsformen der Therapie

Die Leitlinie berichtet von einer Reihe von Studien über besondere Anwendungsformen der KVT (► **Bibliotherapie** und internetbasierte bzw. ► **PC-gestützten Psychotherapien**). Diese besonderen Anwendungsformen der Behandlung sollten nicht als eigenständige Disziplin der Psychotherapie verstanden werden. Trotz der in der Leitlinie dargestellten Schwierigkeiten zeigt sich für die KVT-Bibliotherapie, dass ebenfalls gute und stabile Ergebnisse erzielt werden können. Bücher und Selbsthilfemanuale können sinnvoll sein, um die Therapie durchzuführen, um sie zu begleiten, oder um Rückfälle zu verhindern. Zusammenfassend lässt sich auch festhalten, dass eine KVT, die das Internet oder den Computer nutzt, in den ersten vorliegenden Studien ähnlich wirksam zu sein scheint wie die klassische Behandlung mit direktem Kontakt zwischen Patient und Therapeut („face-to-face“). Effektstärken liegen im mittleren bis großen Bereich (beispielsweise aus den Daten von Keady et al. 2003 ersichtlich). Zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann traditionelle Psychotherapie aber nicht durch die besondere Anwendungsform der KVT in Form von Bibliotherapie oder Internetinterventionen ersetzt werden.

#### ► Therapeutenbegleitete Exposition

Die Kombinationsbehandlung zeigte sich während der akuten Therapiephase als schneller wirksam

Die bisherige Evidenz erlaubt es nicht, die Kombinationsbehandlung vorzuziehen

Kognitive Verhaltenstherapie kann positiven Einfluss auf komorbide Störungen haben

#### ► Bibliotherapie ► PC-gestützte Psychotherapien

Die traditionelle Psychotherapie kann nicht durch besondere Anwendungsformen ersetzt werden

Kardiologische Vorerkrankungen können eine besonders enge Koordination mit den somatischen Behandlern erfordern

## Empfehlungen für besondere Patientengruppen

Die Leitlinie diskutiert auch das Vorgehen bei besonderen Patientengruppen. Bei dem Vorliegen eines medizinischen Krankheitsfaktors ist die besonders enge Kooperation mit einem ärztlichen Kollegen indiziert. Zum Beispiel kann eine kardiologische Vorerkrankung eine besonders enge Koordination mit den somatischen Behandlern erforderlich machen. Bei stabilem somatischem Befund spricht meist nichts gegen eine Psychotherapie.

In einer Studie zum Vorgehen nach fachgerechter, aber erfolgloser psychopharmakologischer Behandlung konnte gezeigt werden, dass rund zwei Drittel dieser Panikpatienten mit oder ohne Agoraphobie mit KVT erfolgreich behandelt werden konnten (Heldt et al. 2006). In einer Studie mit kleiner Stichprobe verglichen Fava et al. (1997) die weitere Behandlung von bis zu diesem Zeitpunkt erfolglos mit Expositionstherapie behandelten Panikpatienten mit Agoraphobie; interessanterweise schnitt die Weiterbehandlung durch reine Expositionstherapie am besten ab.

## Fazit für die Praxis

- Jeder Psychotherapie sollte eine angemessene Diagnostik und Problemanalyse vorausgehen.
- Jede Psychotherapie sollte mit allgemein anerkannten Messinstrumenten evaluiert und hinsichtlich ihrer Effekte begleitend beurteilt werden.
- Bei der Behandlung der Panikstörung ohne Agoraphobie haben sich die KVT und die angewandte Entspannung als wirksam erwiesen (Evidenzgrad I).
- Bei der Panikstörung mit Agoraphobie haben sich die KVT, die Kombinationstherapie (KVT und Medikamente) sowie die panikfokussierte psychodynamische Psychotherapie als Individualtherapien unter ambulanten Rahmenbedingungen kurzfristig gut bewährt (Evidenzgrad I). Langfristige Wirksamkeit ist für die KVT nachgewiesen (Evidenzgrad I).
- Bei der Agoraphobie ohne Panikstörung ist die KVT mit Fokus auf situativer Exposition zu empfehlen (Evidenzgrad I).

## Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. Georg W. Alpers**

Lehrstuhl für Klinische und Biologische Psychologie, Otto-Selz-Institut,  
Fakultät für Sozialwissenschaften, Universität Mannheim  
Schloss, Ehrenhof Ost, 68131 Mannheim  
alpers@uni-mannheim.de

**Interessenkonflikt.** Keine Angaben

## Literatur

- Alpers GW, Pauli P (2001) Angstsensitivitäts-Index. PsychScience, Würzburg
- Antony MM, Ledley DR, Liss A, Swinson RP (2006) Responses to symptom induction exercises in panic disorder. *Behav Res Ther* 44:85–98
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV*, 4. Aufl. American Psychiatric Association, Washington DC
- American Psychological Association (1995) *Template for developing guidelines: interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. American Psychological Association, Washington DC
- Arntz A (2002) Cognitive therapy versus interoceptive exposure as treatment of panic disorder without agoraphobia. *Behav Res Ther* 40:325–441
- Arntz A, Hout M van den (1996) Psychological treatments of panic disorder without agoraphobia: cognitive therapy versus applied relaxation. *Behav Res Ther* 34:113–121
- Bakker A, Spinhoven P, Balkom AJ van, Dyck R van (2002) Relevance of assessment of cognitions during panic attacks in the treatment of panic disorder. *Psychother Psychosom* 71:158–161
- Bakker A, Balkom AJLM van, Spinhoven P et al (1998) Follow-up on the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a quantitative review. *J Nerv Ment Dis* 186:414–419
- Bandelow B (1996) Panik- und Agoraphobie-Skala (PAS). Hogrefe, Göttingen
- Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, Woods SW (2000) Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: a randomized controlled trial. *JAMA* 283:2529–2536
- Biedermann J, Faraone SV, Hirshfeld-Becker DR et al (2001) Patterns of psychopathology and dysfunction in high-risk children of parents with panic disorder and major depression. *Am J Psychiatry* 158:49–57
- Bouton ME, Mineka S, Barlow DH (2001) A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychol Rev* 108:4–32

- Carter MM, Sbrocco T, Gore KL et al (2003) Cognitive-behavioral group therapy versus a wait-list control in the treatment of African American women with panic disorder. *Cognit Ther Res* 27:505
- Chambless DL, Hollon S (1998) Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 66:7–18
- Chambless DL, Ollendick TH (2001) Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annu Rev Psychol* 52:685–716
- Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, Middleton H (1994) A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *Br J Psychiatry* 164:759
- Clum GA, Clum GA, Surls R (1993) A meta-analysis of treatments for panic disorder. *J Consult Clin Psychol* 61:317–326
- Cox BJ, Endler NS, Lee PS, Swinson RP (1992) A meta-analysis of treatments for panic disorder with agoraphobia: imipramine, alprazolam, and in vivo exposure. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 23:175–182
- Craske MG, Barlow DH, Meadows EA (2000) *Mastery of your anxiety and panic: therapist guide to anxiety, panic, and agoraphobia*. Harcourt Brace, San Antonio TX
- Dannon PN, Gon-Usishkin M, Gelbert A et al (2004) Cognitive behavioral group therapy in panic disorder patients: the efficacy of CBGT versus drug treatment. *Ann Clin Psychiatry* 16:41–46
- Dengler W, Selbmann HK (Hrsg) (2000) *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen*. Steinkopff, Darmstadt
- De Rubeis RJ, Crits-Christoph P (1998) Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *J Consult Clin Psychol* 66:37–52
- Dreessen L, Arntz A, Luttels C, Sallaerts S (1994) Personality disorders do not influence the results of cognitive behavior therapies for anxiety disorders. *Compr Psychiatry* 35:265–274
- Ehlers A, Margraf J (1993) Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (AKV). Beltz Test, Weinheim
- Emmelkamp PMG, Kuipers AC, Eggeraart JB (1978) Cognitive modification versus prolonged exposure in vivo: a comparison with agoraphobics as subjects. *Behav Res Ther* 16:33–41
- Fava GA, Savron G, Zielezny M et al (1997) Overcoming resistance to exposure in panic disorder with agoraphobia. *Acta Psychiatr Scand* 95:306–312
- Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R (2006) Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia — systematic review. *Br J Psychiatry* 188:305–312
- Godemann F, Schabowska A, Naetebusch B et al (2006) The impact of cognitions on the development of panic and somatoform disorders: a prospective study in patients with vestibular neuritis. *Psychol Med* 36:99–108
- Gould RA, Otto MW, Pollack MH (1995) A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clin Psychol Rev* 15(8):819–844
- Gräfe K, Zipfel S, Herzog W, Löwe B (2004) Screening psychischer Störungen mit dem „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. *Diagnostica* 50:171–181
- Hahlweg K, Fiegenbaum W, Schröder B et al (2004) Klinische Brauchbarkeit der Konfrontationstherapie für Agoraphobische Patienten: Einfluss von syndromaler Komorbidität und therapeutischer Erfahrung. *Z Klin Psychol Psychother Forsch Prax* 33:130–138
- Hayward C, Killen JD, Kraemer HC, Taylor CB (2000) Predictors of panic attacks in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39:207–214
- Heinrichs N, Alpers GW, Gerlach AL (2009) Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie der Panikstörung mit und ohne Agoraphobie. Hogrefe, Göttingen
- Heldt E, Manfro GG, Kipper L et al (2006) One-year follow-up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy: outcome and predictors of remission. *Behav Res Ther* 44:657–665
- Hoffart A, Hedley LM (1997) Personality traits among panic disorder with agoraphobia patients before and after symptom-focused treatment. *J Anxiety Disord* 11:77–87
- Hoffart A, Martinsen EW (1990) Exposure-based integrated vs pure psychodynamic treatment of agoraphobic inpatients. *Psychotherapy* 27:210–218
- Hofmann SG, Alpers GW, Pauli P (2008) Phenomenology of panic disorder, social anxiety disorder, and specific phobia. In: Antony MM, Stein MB (Hrsg) *Oxford handbook of anxiety and related disorders*. Oxford University Press, New York, S 34–46
- Hoyer J, Margraf J (2003) *Angstdiagnostik*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
- Jacobi F, Wittchen HU, Holting C et al (2004) Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German health interview and examination survey (GHS). *Psychol Med* 34:597–611
- Kenardy JA, Dow MG, Johnston DW et al (2003) A comparison of delivery methods of cognitive-behavioral therapy for panic disorder: an international multicenter trial. *J Consult Clin Psychol* 71:1068–1075
- Kendler KS, Neale MC, Kessler RC et al (1992) The genetic epidemiology of phobias in women. The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Arch Gen Psychiatry* 49:273–281
- Kessler RC, Chiu WT, Jin R et al (2006) The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 63:415–424
- Klerman GL, Weissman MM, Ouellette R et al (1991) Panic attacks in the community. Social morbidity and health care utilization. *JAMA* 265:742–746
- Leichsenring F (2002) Die Wirksamkeit tiefenpsychologisch fundierter und psychodynamischer Therapie. Eine Übersicht unter Berücksichtigung von Kriterien der Evidence-Based Medicine. *Z Psychosom Med Psychother* 48:139–162
- Leichsenring F, Rabung S, Leibing E (2004) The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 61:1208–1216
- LeLorier J, Gregoire G, Benhaddad A et al (1997) Discrepancies between meta-analyses and subsequent large randomized, controlled trials. *N Engl J Med* 337:536–542
- Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S, Herzog W (2001) Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen. Pfizer GmbH, Karlsruhe
- Marchand A, Dion MH (1998) L'impact de différents niveaux d'anxiété sociale sur l'efficacité d'un traitement cognitivo-comportemental du trouble panique avec agoraphobie. *Sante ment Que* 23:171–96
- Margraf J, Margraf B (1997) Empfehlungen für die Verwendung von Meßinstrumenten in der klinischen Angstforschung. *Z Klin Psychol* 26:150–156
- Margraf J, Barlow DH, Clark DM, Telch MJ (1993) Psychological treatment of panic – work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up. *Behav Res Ther* 31:1–8
- Margraf J, Poldrack A (2000) Angstsyndrome in Ost- und Westdeutschland: Eine repräsentative Bevölkerungserhebung. *Z Klin Psychol Psychother* 29(3):157–169
- Margraf J, Schneider S (1990) *Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung*, 2. Aufl. Springer, Berlin
- Martinsen EW, Olsen T, Tonset E et al (1998) Cognitive-behavioral group therapy for panic disorder in the general clinical setting: a naturalistic study with 1-year follow-up. *J Clin Psychiatry* 59:437–442

- McLean PD, Woody S, Taylor S, Koch WJ (1998) Comorbid panic disorder and major depression: implications for cognitive-behavioral therapy. *J Consult Clin Psychol* 66:240–247
- Meyer C, Rumpf HJ, Hapke U et al (1998) Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt* 71:535–542
- Milrod B, Busch F, Cooper A et al (1997) Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy. American Psychiatric Press, Washington DC
- Milrod B, Leon AC, Busch F et al (2007) A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *Am J Psychiatry* 164:265–272
- Mitte K (2005) A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *J Affect Disord* 88:27–45
- Park JM, Mataix-Cols D, Marks IM et al (2001) Two-year follow-up after a randomised controlled trial of self- and clinician-accompanied exposure for phobia/panic disorders. *Br J Psychiatry* 178:543–548
- Peterson RA, Reiss S (1987) Anxiety sensitivity index manual. International Diagnostic Systems, Palos Heights IL
- Reiss S, McNally RJ (1985) The expectancy model of fear. In: Reiss S, Bootzin RR (Hrsg) *Theoretical issues in behavior therapy*. Academic Press, San Diego, S 107–122
- Reiss S, Peterson RA, Gursky DM, McNally RJ (1986) Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behav Res Ther* 24:1–8
- Rief W, Trenkamp S, Auer C, Fichter MM (2000) Cognitive behavior therapy in panic disorder and comorbid major depression. A naturalistic study. *Psychother Psychosom* 69:70–78
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Panic Disorder and Agoraphobia (2003) Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Aust N Z J Psychiatry* 37:641–656
- Ruhmland M, Margraf J (2001) Effektivität psychologischer Therapien von generalisierter Angststörung und sozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie* 11:27–40
- Saß H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I (2003) DSM-IV-TR: Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevison. Hogrefe, Göttingen
- Schneider S, Margraf J (2008) *Panik: Angstanfälle und ihre Behandlung*, 3. Aufl. Springer, Berlin
- Schneider S, Margraf J (2006) *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS für DSM-IV-TR)*. Springer, Berlin
- Schneider S, Margraf J (1998) *Agoraphobie und Panikstörung*. Reihe: Fortschritte der Psychotherapie – Bd. 3. Hogrefe
- Teusch L, Böhme H, Gastpar M (1997) The benefit of an insight-oriented and experiential approach on panic and agoraphobia symptoms: Results of a controlled comparison of client-centered therapy and a combination with behavioral exposure. *Psychother Psychosom* 66:293–301
- Teusch L, Finke J (1995) Die Grundlagen eines Manuals für die gesprächspsychotherapeutische Behandlung bei Panik und Agoraphobie. *Psychotherapeut* 40:88–95
- Tsao JCI, Lewin MR, Craske MG (1998) The effects of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbid conditions. *J Anxiety Disord* 12:357–371
- Van Balkom AJLM, Bakker A, Spinhoven P et al (1997) A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. *J Nerv Ment Dis* 185:510–516
- Westen D, Morrison K (2001) A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 69:875–899
- Wiborg IM, Dahl AA (1996) Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? *Arch Gen Psychiatry* 53:689–694
- Wittchen HU, Essau CA, Krieg JC (1991) Anxiety disorders – similarities and differences of comorbidity in treated and untreated groups. *Br J Psychiatry* 159:23–33
- Wittchen HU, Zaudig M, Fydrich T (1997) *SKID – Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I und II*. Hogrefe, Göttingen
- World Health Organization (1992) *International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10)*, 2. Aufl. WHO, Geneva

# CME-Fragebogen

**Bitte beachten Sie:**

- Antwortmöglichkeit nur online unter: [CME.springer.de](http://CME.springer.de)
- Die Frage-Antwort-Kombinationen werden online individuell zusammengestellt.
- Es ist immer nur eine Antwort möglich.

**Welche Aussage trifft auf Leitlinien generell zu?**

- Sie schreiben rechtlich verbindliche Behandlungsmaßnahmen vor.
- Sie geben Empfehlungen für die Behandlung, die durch die vorliegende wissenschaftliche Evidenz gerechtfertigt sind.
- Randomisierte kontrollierte Studien (RCT) können Leitlinien ersetzen.
- Leitlinien richten sich an eine spezifische Berufsgruppe – entweder Ärzte oder Psychotherapeuten.
- Wenn Leitlinien vorliegen, sind differenzierte Therapiemanuale zur Behandlung einer Störung überflüssig.

**Behandlungsleitlinien können Versorgungsabläufe beeinflussen, indem sie ...**

- die Patienten über die Erfolgchancen ihrer Behandlung informieren.
- den Krankenkassen aufzeigen, welche Behandlungsformen nicht vergütet werden dürfen.
- den behandelnden Institutionen und Personen Ansätze zur Qualitätssicherung aufzeigen.
- den Umgang mit unerwünschten Wirkungen einer Therapie vorgeben.
- sicherstellen, dass die richtige Frequenz einer Psychotherapie eingehalten wird.

**Psychotherapiestudien müssen folgendes Kriterium erfüllen, um als evidenzbasiert zu gelten:**

- Die untersuchten Patientengruppen dürfen eine bestimmte Stichprobengröße nicht unterschreiten.
- Gleiche Anzahl männlicher und weiblicher Patienten in jeder Behandlungsgruppe.
- Therapeuten müssen über eine mehrjährige Erfahrung im gewählten Therapieverfahren verfügen.
- Spezifizierte Probleme/Störungen der behandelten Patienten mit Angabe der Einschlusskriterien müssen mit reliablen und validen Methoden erfasst werden.
- Für mindestens zwei psychotherapeutische Standardmethoden muss der Therapieerfolg verglichen werden.

**Die Leitlinie der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGPs stuft eine Therapiemethode als „möglicherweise wirksam“ ein, wenn ...**

- es einen langjährigen Konsens für die Wirksamkeit unter den im Gesundheitssystem agierenden Behandlern gibt, die das Verfahren regelmäßig einsetzen.
- eine Serie guter quasiexperimenteller Studien mit einem Wirksamkeitsnachweis vorliegt.

- mindestens zwei randomisierte kontrollierte Studien mit einem Wirksamkeitsnachweis vorliegen.
- wenn mehrere nichtexperimentelle oder deskriptive Studien für eine große Wirksamkeit sprechen.
- wenn eine Metaanalyse über mehrere randomisierte kontrollierte Studien mit uneinheitlichen Befunden vorliegt.

**Panikattacken sind definiert durch:**

- Starke Furcht, in ganz bestimmten Situationen
- Körperliche Symptome wie Herzklopfen, Brustschmerzen, Atemnot, Schwindel und Entfremdungsgefühle.
- Angst, aus einer potenziell gefährlichen Situation nicht schnell genug fliehen zu können.
- Angst, man könnte eine Erkrankung haben und bald sterben.
- Übermäßiges Atmen (Hyperventilation).

**Wie hoch wird die Lebenszeitprävalenz der Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie in Deutschland geschätzt?**

- Auf ca. 1%
- Auf ca. 4%
- Auf ca. 7%
- Auf ca. 10%
- Auf ca. 23%

**Welche Bausteine sind Teil einer KVT der Panikstörung mit Agoraphobie?**

- Kognitive Strategien, die das Auftreten von Angstauslösern verhindern.
- Progressive Muskelrelaxation und Psychoedukation.
- Familientherapie mit Reduktion der Angst vor dem Verlassenwerden.
- Aufdecken und Lösen unbewusster Konflikte des Patienten.
- Exposition mit körperlichen Auslösereizen und mit gemiedenen Situationen.

**Welcher psychotherapeutische Ansatz zur Behandlung der Panikstörung ohne Agoraphobie wird als wirksam eingestuft?**

- Gesprächspsychotherapie
- Panikfokussierte psychodynamische Psychotherapie
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Achtsamkeitsbasierte Therapie
- Psychodynamische Kurztherapie

**Welche Schlussfolgerung kann aus den Studien zur Kombinationsbehandlung von KVT und Pharmakotherapie gezogen werden?**

- Die Kombinationsbehandlung ist der KVT ohne Medikation vorzuziehen.
- Langfristig erzielt die KVT stabilere Effekte als die Kombinationsbehandlung.
- Die Kombinationstherapie ist kurz- und langfristig ebenso gut wie eine KVT ohne Medikation.



Mitmachen, weiterbilden und CME-Punkte sichern durch die Beantwortung der Fragen im Internet unter [CME.springer.de](http://CME.springer.de)

- Wenn Patienten auf eine rein medikamentöse Therapie nicht ansprechen, sollte diese durch eine KVT ergänzt werden.
- Die Medikation sollte auch nach Beendigung der KVT einige Monate weitergeführt werden, um einen Rückfall zu verhindern.

**Welche Aussage trifft zu? Manualisierte Psychotherapien ...**

- werden aus methodischen Gründen in kontrollierten Therapievergleichsstudien eingesetzt, aber nicht im allgemeinen Versorgungssetting.
- lassen sich für KVT-Behandlungsvarianten entwickeln, aber nicht für andere Therapieansätze.
- sind nur effektiv, wenn keine komorbiden Störungen vorliegen.
- engen den Therapeuten ein und verhindern die Anpassung der Therapie an die individuelle Symptomatik des Patienten.
- können von den Therapiestudien auf die Psychotherapie im Versorgungssetting übertragen werden und dort ebenfalls wirksam sein.

Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate auf [CME.springer.de](http://CME.springer.de) verfügbar. Den genauen Einsendeschluss erfahren Sie unter [CME.springer.de](http://CME.springer.de)

**CME.springer.de**

 Springer Medizin

## Abonnenten sammeln kostenlos CME-Punkte

Ihre Fachzeitschrift bietet Ihnen in jeder Ausgabe einen Fortbildungsbeitrag, der mit 3 CME-Punkten zertifiziert ist. Wenn Sie Abonnent sind, ist die Teilnahme auf [CME.springer.de](http://CME.springer.de) für Sie kostenlos.

So einfach geht's:

▶ **1. Registrieren**

Um Fortbildungseinheiten auf [CME.springer.de](http://CME.springer.de) bearbeiten zu können, müssen Sie sich einmalig mit Ihrer Abonummer registrieren. Sind Sie bereits registriert, können Sie unter *Meine Daten* > *Abo hinzufügen* ihre Abonummer hinterlegen. Sie finden diese auf Ihrem Adressetikett.

▶ **2. Beitrag auswählen**

Wählen Sie die gewünschte Fortbildungseinheit aus und klicken Sie auf *teilnehmen*. Sie können nun den Zeitschriftenbeitrag als PDF herunterladen und lesen oder direkt den Fragebogen beantworten.

▶ **3. CME-Punkte sammeln**

Zu jedem Beitrag gehört ein Fragebogen mit 10 CME-Fragen. Mit 7 richtigen Antworten haben Sie bestanden und erhalten umgehend eine Teilnahmebescheinigung!

Ob Sie Ihr Wissen auffrischen möchten, oder sich auf die Facharztprüfung vorbereiten – mit den CME-Beiträgen von Springer sind Sie immer auf dem neuesten Stand.

[CME.springer.de](http://CME.springer.de)

