



Sigrun Schmidt-Traub

Panikstörung und Agoraphobie

Ein Therapiemanual

4., überarbeitete Auflage



HOGREFE



Panikstörung und Agoraphobie

Panikstörung und Agoraphobie

Ein Therapiemanual

von

Sigrun Schmidt-Traub

4., überarbeitete Auflage

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM · KOPENHAGEN
STOCKHOLM · FLORENZ · HELSINKI

Dr. rer. pol., Dipl.-Psych., Dipl.-Soz. Sigrun Schmidt-Traub, geb. 1942. Studium der Psychologie und Soziologie in Tübingen, Hamburg, Berlin, Frankfurt a. M. und an der Yale University in New Haven (USA). 1974 Promotion. Ausbildung in Verhaltens-, Gesprächspsycho- und Hypnotherapie. Seit 1974 eigene psychotherapeutische Praxis und Lehrtätigkeit an Universitäten. Seit 1989 Dozentin und Supervisorin an verschiedenen Ausbildungsinstituten für Klinische Verhaltenstherapie.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

© 1997, 2000, 2008 und 2014 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto · Boston
Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm · Florenz · Helsinki
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Satz: Beate Hautsch, Göttingen
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2539-9

Nutzungsbedingungen:

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

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

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

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

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

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

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

Anmerkung:

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

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
-------------------	---

I Theoretischer Hintergrund

Kapitel 1: Psychiatrische Klassifikation von Angststörungen 12

1.1 Normale und unbegründete Angst	12
1.2 Zur Entwicklung, Bedeutung und Klassifikation des Begriffs „Angststörung“	13
1.3 Epidemiologie der Angststörungen.	14
1.4 Panikattacken, Panikstörung, Agoraphobie und ihre Besonderheiten	16
1.4.1 Panikattacken	16
1.4.2 Panikstörung	18
1.4.3 Agoraphobie	19
1.4.4 Empirische Belege zu Panikstörung und Agoraphobie.	21
1.4.5 Einfluss von Medikamenten und Drogen	25
1.4.6 Geschlechtsunterschiede beim Angsterleben: Ergebnisse aus Interviews, genetischen und neuropsychologischen Untersuchungen	25
1.4.7 Suizidneigung und Persönlichkeitseigenschaften	28
1.5 Komorbide Störungen.	28
1.5.1 Spezifische Phobie	29
1.5.2 Soziale Phobie.	30
1.5.3 Generalisierte Angststörung	32
1.5.4 Zwangsstörung	33
1.5.5 Akute Belastungsreaktion und posttraumatische Belastungsstörung	34
1.5.6 Trennungsangst	35
1.5.7 Depressionen	36
1.5.8 Dissoziative Störungen, Somatisierungsstörung, hypochondrische Störung und Substanzstörung	37
1.6 Resümee	39

Kapitel 2: Annahmen zur Entstehung von Panik und Agoraphobie. 41

2.1 Lerntheoretischer Hintergrund	41
2.2 Genetische und neuropsychologische Erkenntnisse	43
2.3 Stress, Stresshormone und Stressreaktion.	45
2.4 Sympathogene cardiovaskuläre und immunologische Reaktionen	47
2.5 Emotional-kognitive Prozesse	48
2.6 Zusammenfassung: Entstehungsmodell von Panikstörung und Agoraphobie	49

II Therapeutischer Leitfaden

Kapitel 3: Hinweise zum therapeutischen Vorgehen	52
3.1 Orientierungsmodell	54
3.2 Haltung des Therapeuten	54
3.3 Schwierigkeiten für den Therapeuten in der therapeutischen Allianz	56
Kapitel 4: Bausteine und Organisation des Angstbehandlungsprogramms	59
4.1 Struktureller Aufbau	59
4.2 Auswahl der Patienten	60
4.3 Evaluation des therapeutischen Prozesses	61
4.4 Einzeltherapie als Kurzzeitintervention	62
4.5 Hinweise zum kombinierten Gruppen- und Einzelbehandlungsprogramm	62
4.6 Therapeutenverhalten	63
Kapitel 5: Curricula der acht Übungseinheiten	64
5.1 Erste Übungseinheit	65
5.1.1 Hinweise für Therapeuten	66
5.1.2 Patienteninformationen zur ersten Übungseinheit	73
5.2 Zweite Übungseinheit	78
5.2.1 Hinweise für Therapeuten	79
5.2.2 Patienteninformationen zur zweiten Übungseinheit – Das Modell der panikartigen Angst	84
5.3 Dritte Übungseinheit	95
5.3.1 Hinweise für Therapeuten	96
5.3.2 Patienteninformationen zur dritten Übungseinheit	98
5.4 Vierte Übungseinheit	102
5.4.1 Hinweise für Therapeuten	103
5.4.2 Patienteninformationen zur vierten Übungseinheit	107
5.5 Fünfte Übungseinheit	112
5.5.1 Hinweise für Therapeuten	113
5.6 Sechste Übungseinheit	118
5.6.1 Hinweise für Therapeuten	119
5.6.2 Patienteninformationen zur sechsten Übungseinheit	121
5.7 Siebte Übungseinheit	124
5.7.1 Hinweise für Therapeuten	125
5.7.2 Patienteninformationen zur siebten Übungseinheit	127
5.8 Achte Übungseinheit	130
5.8.1 Hinweise für Therapeuten	131
5.8.2 Patienteninformationen zur achten Übungseinheit	135

Kapitel 6: Ausführliches Fallbeispiel einer Frau mit hartnäckiger Agoraphobie	137
Kapitel 7: Erfahrungen mit dem therapeutischen Leitfaden und Evaluation ...	143
Literatur	146
Anhang	157
Einschätzung der Beeinträchtigung als Folge der Angst	159
Anleitung zur Progressiven Muskelentspannung nach Jacobson (PME)	160
Leitfaden für die Evaluation	164
Angstbeobachtungsblatt	165
Sachregister	167

CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien von den Materialien, die im Anhang des Buches abgedruckt sind, sowie von den Patienteninformationen (zur 5. Übungseinheit gibt es keine Patienteninformationen), die zu einem Angst-Reader zusammengestellt werden können.

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

Vorwort

Panikattacken sind horrorähnliche Erlebnisse. Sie kommen nicht nur bei Angststörungen vor, sondern vereinzelt auch bei anderen psychischen Problemen. Vornehmlich leiden Personen mit Panikstörung und Agoraphobie darunter. Panikanfälle können sehr heftig sein: Die Mehrzahl der Panik- und Agoraphobiepatienten wurden durch einen Panikanfall (oder mehrere) schwer gezeichnet und geradezu traumatisiert. Aus Angst vor erneuten Anfällen beginnen in der Folge die meisten, mehr und mehr Angstsituationen zu vermeiden. Panikattacken und Vermeidungsreaktionen sind somit Schlüsselbegriffe für Panik und Agoraphobie.

Mittlerweile gibt es eine Fülle von evidenzbasierten, wirkungsvollen Vorgehensweisen zur Behandlung dieser Angststörungen. Sie werden in dem vorliegenden kognitiv-verhaltenstherapeutischen Leitfaden, der verhaltensmedizinisch erweitert ist, vorgestellt. Seit Erscheinen des Buches (1. Auflage 1997, 2. Auflage 2000, 3. Auflage 2008) hat sich die Diagnose- und Therapieforschung weiter entwickelt. Abgesehen von den atemberaubenden Erkenntnissen in Genetik und Neuropsychologie wurden jedoch nach meinem Dafürhalten die interessantesten und innovativsten Panik- und Agoraphobie-Studien in den 90er Jahren veröffentlicht.

Meiner Lektorin, Susanne Weidinger, bin ich sehr dankbar für eine weitere Neuauflage. Damit kann das Manual auf den neuesten Stand der Forschung gebracht werden. Der therapeutische Leitfaden wurde vollständig überarbeitet und mit neuen Ergebnissen aus der Angsttherapieforschung, Genforschung und vor allem aus der neuropsychologischen Forschung ergänzt.

Die diagnostische Kategorie „Panikstörung“ ist noch verhältnismäßig jung. 1980 veröffentlichte die Amerikanische Psychiatrische Assoziation sie erstmalig im DSM-III. In Deutschland wurde sie jedoch erst nach etwa 9 bis 10 Jahren einer breiten Fachöffentlichkeit bekannt. Zu ihrer Verbreitung haben einmal die Öffentlichkeitsarbeit der Christoph-Dornier-Stiftung beigetragen und zum anderen Margraf und Schneider mit ihrem Buch „Panik“ (1. Auflage 1989). Davor erhielten Patienten, die unter Panik litten, häufig diffuse diagnostische Etikette, wie „psychovegetative Dystonie“ oder „psychovegetatives Syndrom“, die natürlich keine zielsicheren oder gar wirkungsvollen psychotherapeutischen Behandlungen nach sich zogen.

Je genauer die Diagnose, desto größer der Therapieerfolg und desto geringer die Gefahr eines Therapieabbruchs. Zur Verfeinerung der Differenzialdiagnostik werden deshalb im Teil I des vorliegenden Buches alle Angststörungen nach ICD-10 und zum Teil nach DSM-5 unter die Lupe genommen. Das ist umso wichtiger, als viele Angstpatienten komorbide Störungen haben; oft sind es andere Angststörungen und Depressionen. Es folgt der theoretische Bezugsrahmen für das Störungsmodell mit Bedingungs- und Verhaltensanalyse beider Angststörungen. Im Teil II wird der verhaltenstherapeutische Leitfaden detailliert dargestellt und mit einem ausführlichen Beispiel abgerundet.

Das Manual wurde zunächst für die Einzelbehandlung von Panik- und Agoraphobiepatienten in Kurzzeittherapie geschrieben. Ich habe viele Jahre an dem therapeutischen Leitfaden gefeilt, bis er seine gegenwärtige Form fand. Er versetzt 80 bis 90 % der danach behandelten Patienten in die Lage, ihre Angst eigenständig zu kontrollieren. Der Leitfaden hat sich sowohl in der Einzeltherapie als auch in der Gruppentherapie bewährt und eignet sich besonders gut für eine kombinierte Gruppen- und Einzeltherapie.

Die weitgehend evidenz-basierten Therapiebausteine sind ganzheitlicher ausgerichtet, als es in der klassischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Angstliteratur üblich ist. Das größere Angebot an therapeutischen Vorgehensweisen soll es Panik- und Agoraphobiepatienten ermöglichen, sich besonders wirkungsvolle Strategien auszusuchen und sie individuell auf ihre Bedürfnisse zurechtzuschneiden. In dem Manual wird zudem dafür plädiert, auf allen Ebenen des Angsterlebens – der kognitiven, physiologischen, motorischen und behavioralen – therapeutisch anzusetzen. Nicht wenige Patienten arbeiten z. B. besser mit körperorientierten, als mit kognitiven Methoden.

Dem Patienten maximale Wahlfreiheit zu lassen ist besonders wichtig, weil er dazu angeleitet wird, seine Angst in Selbstorganisation zu bearbeiten. Selbstmanagement ist deshalb so dringend erforderlich, weil Angstpatienten, insbesondere weibliche, sehr stark auf soziale Unterstützung bauen und in diesem Sinn eine hohe Personenabhängigkeit zeigen. Ein derartiges Sicherheitsverhalten ist eine Variante von Vermeidung, wodurch die Angst verfestigt wird. Die Erweiterung der eigenständigen Entscheidungs- und Handlungsspielräume

des Patienten¹ hilft zudem, einem Rückfall in die Angst vorzubeugen. Nicht zuletzt belegen Daten aus zahlreichen katamnesticen Gesprächen, dass Angstpatienten mit einem verstärkten Selbstmanagement Rückfälle besser meistern.

Anleitung zur Selbsthilfe erfordert höchste Flexibilität vom Therapeuten und setzt eine Weiterbildung im Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie voraus. Die Therapeutenhinweise zu jeder der 8 doppelstündigen Übungseinheiten im Teil II reichen keineswegs, um Behandlern ohne fundierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Kenntnisse die notwendige Hilfestellung zu geben.

Zur Erleichterung der Zusammenarbeit von Angstpatient(en) und Therapeut gibt es im Anschluss an die Therapeutenhinweise in sieben Übungseinheiten auch Patienteninformationen. Diese können von der beiliegenden CD-ROM

ausgedruckt und dem Patienten als Angst-Reader mitgegeben werden. Panik- und Agoraphobiepazienten sprechen besonders gut auf Informationsmaterial zum Thema Angst an. Sie schauen sehr häufig zur Auffrischung und Erweiterung ihrer Erkenntnisse in die Informationssammlung oder beruhigen sich damit nach einem Angstanfall.

Zum Schluss gilt mein Dank den zahlreichen Angstpatienten, mit denen ich gearbeitet habe. Ich danke ihnen besonders für ihr Vertrauen, Interesse und ihre Offenheit, denn dadurch habe ich unendlich viel über die Entwicklung und Behandlung von Angst gelernt. Danken möchte ich auch meinen Kollegen aus der kollegialen Supervision und der Ausbildungssupervision für ihre Neugierde, lebhaftige Diskussionsbereitschaft, ihre vielen Fragen und kritischen Rückkopplungen.

Berlin, August 2013

Sigrun Schmidt-Traub

¹ Anmerkung: Der einfacheren Lesbarkeit halber wurde im gesamten Text auf die gleichzeitige Nennung der femininen und maskulinen Form (Patient/Patientin bzw. Therapeut/Therapeutin) verzichtet.

I Theoretischer Hintergrund

Kapitel 1

Psychiatrische Klassifikation von Angststörungen

1.1 Normale und unbegründete Angst

Angst ist eine elementare, biologisch vorbereitete emotionale Reaktion bei Mensch und höher entwickeltem Tier. Das Angstgefühl ist eine lebensnotwendige Alarmreaktion: Angst rüttelt auf, macht wachsam und alert. Funktional gesehen ist Angst ein adaptives Verhalten, ein zentraler motivationaler Zustand, der handlungsbereit hält (Rosen et al., 1998): In brenzligen Situationen rüstet Angst blitzschnell für defensive Reaktionen wie Flucht- und Kampfverhalten. Auf der Erlebnisebene geht Angst mit starker Unruhe, Atembeschleunigung und Herzzrasen einher, mit kaltem Schweiß, Zittern und Kloßgefühl im Hals. In bedrohlichen Situationen ist das Ausmaß der Angst überdies abhängig von der Bewertung der Gefahr und der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten (Lazarus, 1981).

Manche suchen regelrecht die Angst, weil sie den Kick genießen. Sie wollen Spannung und ein Kribbelgefühl spüren, das so schön schaurig daher kommt, wenn sie sich einer Gefahr stellen. Für das Gefühl von Triumph bei der Bewältigung der eigenen Angst scheuen sie manchmal kein Risiko und versuchen, alles aus sich heraus zu holen. So machen sie z. B. Extremsport wie Fallschirmspringen, Rafting oder Steilwandklettern – nach dem Motto: Eine brisante Gefahr nach der anderen meistern, bloß keine Langeweile aufkommen lassen!

Sicherlich versuchen einige, mit übertriebenem Risikoverhalten ihre Angst zu überwinden. Die Schriftstellerin Sandra Kimberley Hall litt als Alleinerziehende nach ihrem Wechsel von Australien in die USA unter panischen Ängsten. Sie konnte kaum allein aus dem Haus gehen, einkaufen oder Auto fahren, weil sie befürchtete, ihr würde etwas Ernsthaftes zustoßen und dann wären ihre Kinder – fern der Heimat und des Clans – auf sich alleine gestellt. Um sich die eigene Unabhängigkeit zu beweisen und ihren vorpubertären Kindern ein angstfreies Elternvorbild zu sein, begann sie, in kleinen Schritten wieder auszugehen und zu reisen. Später wurde sie in ihrem Bekanntenkreis für ihre Abenteuerreisen und Trekkingtouren durch Tibet bewundert. Ein Motiv für ihr

risikofreudiges Verhalten war die Angst ohne ersichtliche Gefahrenquelle, von der sie sich in ihrer Lebensführung extrem eingeschränkt fühlte. Ein weiterer Beweggrund war das Verantwortungsgefühl ihren Kindern gegenüber. Ihr selbstironisches Fazit: „Nur Feiglinge könnten richtig tapfer sein“ (Newsweek vom 27.9.1999).

Zunehmend mehr Menschen bekommen panische Angst in Situationen, die in Wirklichkeit nicht gefährlich sind. Sie erleben anfallsartig innere Donnerwetter, die sie einschüchtern und ernsthaft in ihrer Lebensqualität einschränken. Die immer wiederkehrenden Ängste machen sie madig und lassen sie glauben, ernsthaft körperlich krank zu sein.

Auch Charles Darwin (1809–1882) litt unter einer „psychophysiologischen Krankheit“, die der panikartigen Angst auffallend nahekommt (Barloon et al., 1997). In Aufzeichnungen, Briefen und Tagebüchern beschrieb er Attacken, die ganz plötzlich begannen. Sie gingen mit Herzzrasen, Kurzatmigkeit, „schwimmendem Kopf“, Zittern, Weinen, Magenbeschwerden, dem Gefühl, „auf Luft und auf Visionen zu laufen“, und mit Todesangst einher und laugten ihn völlig aus. „Diese andauernden Attacken ... machen das Leben zu einem unerträglichen Ärgernis und zwingen mich, mit dem Arbeiten aufzuhören“, schrieb er 1878 an einen Freund. Natürlich könnte es auch eine organische Störung gewesen sein, z. B. die Menière'sche Erkrankung oder die Folgen einer leichten Vergiftung durch Arsen.

Darwins „Krankheit“ kommt einer Panikstörung jedoch auffallend nahe. Schon als junger Mann hatte er Magenprobleme unter Stress. Später kamen Tachykardien und Brustschmerzen hinzu (Verhaltenstherapeuten denken sogleich an „Reaktionsgeneralisierung“). Im Alter von 28 Jahren fingen die ersten Angstanfälle an. Sie kamen immer wieder und quälten ihn. Ausgelöst wurden sie durch unterschiedliche (phobische) Situationen – anlässlich von geschäftlichen Verabredungen, auf Reisen oder beim Sprechen vor größeren Gruppen („Reizgeneralisierung“). Darwin schränkte seinen Bewegungsradius zusehends ein und lebte bald

„wie ein Eremit“. Ohne seine Frau vermochte er meist nicht mehr, alleine aus dem Haus zu gehen (exzessives Vermeiden). 45 Jahre lang soll er unter dieser „Krankheit“ gelitten haben, ohne körperlich abzubauen (Barloon et al., 1997).

Im Prinzip könnte jemand, der für das Erleben von Angst disponiert ist, vor allem und jedem Angst bekommen. Wovor er sich schließlich fürchtet, hängt vor allem von den Lernerfahrungen in seinem speziellen kulturellen Umfeld ab. Es scheint eine Reihe von besonders typischen, kulturell geprägten Angstgehalten zu geben. Besonders häufig sind es Orte, in denen ängstliche Personen sich extrem eingengt fühlen. Solche Ängste können eine Intensität erreichen, die eine starke Beeinträchtigung nach sich zieht.

1.2 Zur Entwicklung, Bedeutung und Klassifikation des Begriffs „Angststörung“

Psychologisch-psychiatrische Begriffe, wie „gestört“, „krank“, „psychogen“ oder „psychosomatisch“, und ihre jeweilige semantische Bedeutung sind kulturell determiniert und für die so Diagnostizierten folgenreich. Im Grunde genommen ist die Zuschreibung einer Diagnose bereits ein „moralisches Urteil“ (Sarbin et al., 1982). Eine diagnostische Aussage legt den therapeutischen Umgang mit ihr schon weitgehend fest. Bemüht sich der Therapeut, den Patienten an der Entwicklung seines Störungsmodells und an der Auswahl von therapeutischen Vorgehensweisen zu beteiligen, dirigiert er ihn auch sehr viel weniger.

Die Verwendung von unterschiedlichen Begriffen für Angstphänomene lassen sich auf zwei Traditionen zurückführen (Smoller et al., 1998). Die eine Tradition ist aus der klinischen Psychiatrie hervorgegangen: Von ihr stammen die gängigen „kategorischen Diagnosen“. Die andere Tradition kommt aus der psychologischen Forschung, in der bei der Untersuchung von Angstphänomenen vermehrt auf die „dimensionalen Eigenschaften und das ängstliche Temperament“ des Patienten geachtet wird. Diese verschiedenen Perspektiven lassen erkennen, wie sehr Zufall, Willkür und Überlieferung die systematische Beschreibung von Angststörungen beeinflussen.

Psychologische und psychiatrische Klassifikationen sind demnach willkürliche Zäsuren. In den 1990er Jahren erschien der Begriff „psychische

Erkrankung“ besonders vorurteilsgeladen. Deshalb wurde er im ICD-10 („International Classification of Disorders“ der Weltgesundheitsorganisation, WHO, 1991) – in Anlehnung an das DSM-III, DSM-IV bzw. DSM-5 („Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ der American Psychiatric Association [APA], 1987, 1993 und 2013, deutsche Version 1993, 1998²) – durch das Wort „Störung“ (disorder) ersetzt. So wurde der Begriff „psychosomatische Erkrankung“ z. B. durch „somatoforme“ oder „funktionelle Störung“ abgelöst. Von den neuen Begriffen erhoffte man sich eine vergleichbarere Bedeutung über verschiedene Kulturen hinweg.

Die Kulturabhängigkeit und Vergänglichkeit von psychiatrischen Klassifikationen lässt sich recht gut an der Diagnose „Angststörung“ ablesen. Der Begriff Angststörung hat mittlerweile längst die Bezeichnung „Angstneurose“ verdrängt. Gestützt auf Kleins (1964) Beobachtungen der unterschiedlichen Reaktionen von Angstpatienten auf Psychopharmaka, war es im DSM-III zur Umwandlung der früheren Diagnose „Angstneurose“ in die differenzierteren psychiatrischen Klassifikationen „Panikstörung“ und „Generalisiertes Angstsyndrom“ gekommen. Klein hatte nachgewiesen, dass Panikattacken abgeschwächt werden durch den in trizyklischen Antidepressiva enthaltenen Wirkstoff Imipramin, während Patienten mit generalisiertem Angstsyndrom recht gut auf Benzodiazepine ansprechen. Diese Ergebnisse differenzieller psychopharmakologischer Behandlung ließen sich jedoch in späteren Therapiewirkstudien nicht erhärten.

Das DSM-III ist seinerzeit in Europa nicht kritiklos aufgenommen worden. Einmal wurde bemängelt, dass darin der Zugang zu Symptomen und Syndromen theoretisch nicht ausreichend fundiert sei. Zum anderen würden quantitative Aussagen gegenüber Verständnis und Empathie bevorzugt. Außerdem werde das DSM-III von typisch amerikanischen Werten wie Pragmatismus und Glaube an Veränderung getragen (Pichot, 1997).

Panikattacken und Agoraphobie treten oft gemeinsam auf. Dennoch unterscheiden sich beide Angstphänomene deutlich voneinander: Es gibt Panikpatienten ohne agoraphobische Ängste und umgekehrt Agoraphobiker ohne gegenwärtiges Panikerleben. (Dem wird nun im DSM-5 Rechnung getragen.) Schon in den 1960er und 1970er Jahren des vergangenen Jahrhunderts konnte die Effizienz von In-vivo-Konfrontation für beide Störungen belegt werden (Williams, 1996). Nachdem die APA im DSM-R-III (1987) die psychiatrische