

State of the Art

Behandlung von Angststörungen

Ziel der Behandlung ist nicht nur eine Verminderung belastender Ängste, sondern auch die Auseinandersetzung mit bisher vermiedenen Gedanken und Gefühlen und deren Integration sowie der Aufbau von Selbstwertgefühl und Autonomie.

Angst ist ein für das Erkennen und die rechtzeitige Bewältigung von Gefahren wichtiges Gefühl und soll das Überleben des Menschen sichern. Unter Angststörungen werden Störungen zusammengefasst, die durch ausgeprägte Angstreaktionen bei gleichzeitigem Fehlen äußerer Bedrohungen charakterisiert sind. Ohne adäquate Therapie nehmen Angststörungen in vielen Fällen einen chronischen Verlauf und daher sollten alle vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten genutzt werden.

Die Einteilung der Angststörungen nach ICD-10 (**Abb.**) erfolgt danach, ob die Angst ungerichtet ist (anfallsartig: Panikstörung; dauernd: generalisierte Angststörung) oder ob sie gerichtet ist (Angst vor freien Plätzen: Agoraphobie; Angst vor Menschen: Sozialphobie; isolierte Angst vor spezifischen Situationen oder Dingen: spezifische Phobie).

Angststörungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Nach Wittchen & Jacobi (2005) beträgt die Lebenszeitprävalenz 21 % (spezifische Phobie 13,2 %, soziale Phobie 5,8 %, generalisierte Angststörung 5,1 %, Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie 3,8 %, Agoraphobie ohne Panikstörung 3,8 %).

Das Erstauftreten der verschiedenen Angststörungen scheint mit unterschiedlichen lebensgeschichtlichen Entwicklungsphasen assoziiert zu sein. Spezifische Phobien entstehen oft schon in der Kindheit, soziale Phobien bei Eintritt der Pubertät und Panikstörungen und Agoraphobien bevorzugt zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr. Das Verhältnis von



Univ.-Prof. Dr. Gerhard Lenz
Universitätsklinik für Psychiatrie,
Medizinische Universität Wien

Frauen zu Männern wird auf mindestens 2:1 geschätzt, insbesondere die Agoraphobie weist mit 80–90 % einen hohen Anteil von Frauen gegenüber Männern auf.

Häufig nehmen Angststörungen, wenn sie nicht rechtzeitig erkannt und adäquat behandelt werden, einen chronischen Verlauf, wobei hier oft eine Komorbidität mit Depression, Suchterkrankungen oder anderen Angststörungen eine Rolle spielt. Durch die Tendenz zur Chronifizierung wird die Lebensqualität der Betroffenen erheblich eingeschränkt. Daher sollten alle vorhandenen Therapiemöglichkeiten genutzt werden, d. h. Psychotherapie, Pharmakotherapie und Soziotherapie.

Medikamentöse Behandlung

Einen Überblick über die psychopharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten gibt die **Tabelle auf Seite 11**. Im Folgenden sollen die in der Angstbehandlung eingesetzten Substanzklassen im Einzelnen dargestellt werden:

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer: Die Wirksamkeit der SSRI bei Angststörungen konnte in zahlreichen kontrollierten Studien (auch in Langzeitstudien über ein halbes bis 1 Jahr) nachgewiesen werden. Unruhe, Nervosität, Zunahme der Angstsymptomatik und Schlaflosigkeit in den ersten Tagen oder Wochen der Behandlung können die Compliance negativ beeinflussen. Durch eine niedrige Dosis am Beginn kann diese Überstimulierung vermieden wer-

den. Sexuelle Dysfunktionen können bei Langzeitbehandlungen ein Problem darstellen. Insgesamt aber haben die SSRI ein günstiges Nebenwirkungsprofil. Der anxiolytische Effekt kann mit einer Latenz von 2 bis 4 Wochen (in manchen Fällen auch länger) auftreten.

Selektiver Serotonin-/Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) Venlafaxin: Die Wirksamkeit von Venlafaxin bei Angststörungen konnte in zahlreichen kontrollierten Studien gezeigt werden. Zu Beginn können Nebenwirkungen auftreten (Übelkeit, Unruhe, Schlafstörungen), die die Compliance beeinträchtigen können, bei höheren Dosierungen muss auf mögliche Blutdruck-erhöhungen geachtet werden.

Trizyklische Antidepressiva (TZA): Vor allem für Imipramin und Clomipramin konnte die Wirksamkeit bei der Panikstörung und bei der generalisierten Angststörung nachgewiesen werden. Wegen des ungünstigeren Nebenwirkungsspektrums (anfangs oft Zunahme der Angst, Kreislaufprobleme, Tachykardie, Müdigkeit, sexuelle NW) sollte mit sehr niedrigen Dosen begonnen und langsam gesteigert werden bis zu Dosierungen, die auch bei Depressionen verwendet werden.

Reversible MAO-A-Hemmer: Die Wirksamkeit von Moclobemid konnte vor allem bei der sozialen Angststörung nachgewiesen werden.

Benzodiazepine: In zahlreichen kontrollierten Studien konnte die Wirksamkeit bei Angststörungen nachgewiesen werden und auch in Langzeitstudien über ein halbes bis 1 Jahr bestätigt werden. Ein Vorteil ist der schnelle Wirkungseintritt der Angstlösung, Nachteile sind Nebenwirkungen wie Sedierung, Beeinträchtigung kognitiver Funktionen und mögliche Abhängigkeitsentwicklung nach mehrmonatiger Behandlungsdauer (Kontraindikation für Patienten mit Suchterkrankungen in der Anamnese). Häufig werden Benzodiazepine in den ersten Wochen einer Angststörung zur Überbrückung der Wirklatenz von Antidepressiva mit diesen kombiniert.

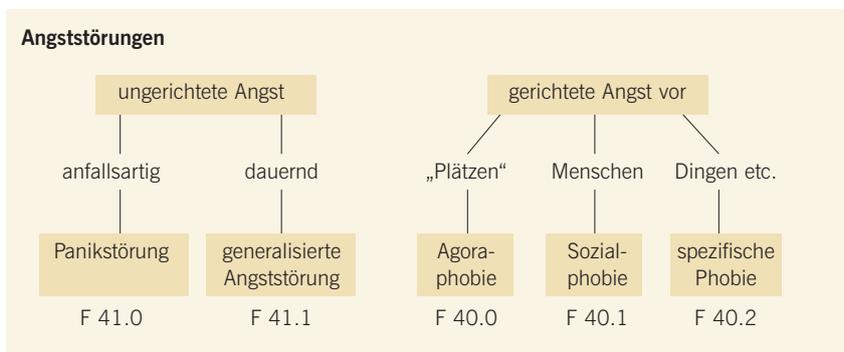


Abb.: Einteilung der Angststörungen nach ICD-10

Buspiron ist vor allem bei der generalisierten Angststörung wirksam. Mögliche Nebenwirkungen können Schwindel, Kopfschmerzen und Unruhe sein.

Pregabalin, eine dem Antikonvulsivum Gabapentin ähnliche Substanz, ist wirksam in der Behandlung der generalisierten Angststörung. Zu den möglichen Nebenwirkungen gehören Müdigkeit, Schwindel und Gewichtszunahme.

Antihistamine: Das Antihistamin Hydroxyzin ist bei generalisierter Angststörung wirksam. Nebenwirkungen sind vor allem Müdigkeit, Gegenanzeigen sind Engwinkelglaukom und Prostataadenom. Die Gabe sollte zeitlich befristet auf wenige Wochen erfolgen.

Betablocker: Diese Substanzen werden manchmal gezielt bei Schauspielern oder Musikern nur in spezifischen Auftrittssituationen oder bei Prüfungsängsten für den Zeitpunkt der Prüfung gegeben. Nachteil ist oft die Blutdrucksenkung.

Spezielle Empfehlungen für die Therapie verschiedener Angststörungen

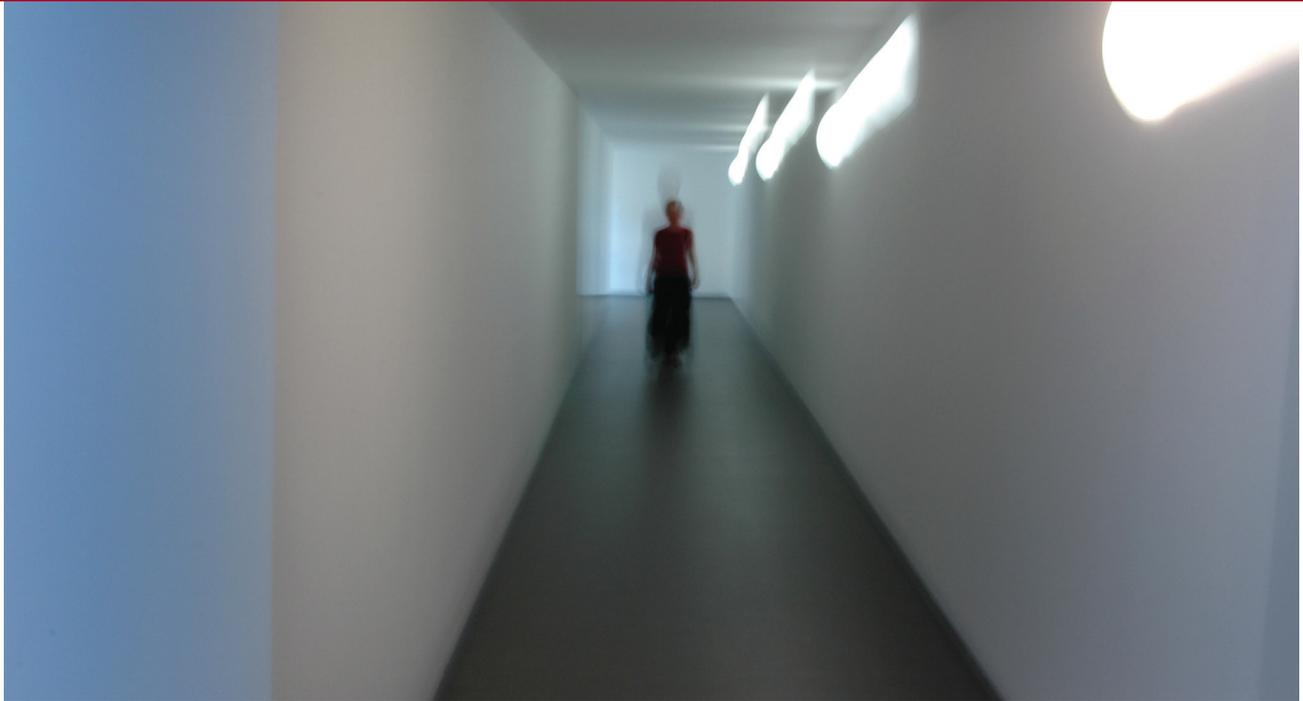
Panikstörung und Agoraphobie

Bei akuten Panikattacken ist es wichtig, ein beruhigendes Gespräch zu führen und unmittelbare Angstbewältigungsstrategien wie Bauchatmung, Vagustechniken oder andere Entspannungsmethoden zu vermitteln. Eine Behandlung mit kurz wirksamen Benzodiazepinen (Alprazolam) wird bei sehr schweren Panikattacken, die mit

ausgeprägter Hyperventilation einhergehen, oft sinnvoll sein.

Psychotherapie: Modelle der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) beruhen auf der zentralen Annahme, dass Angstanfälle in einem Aufschaukelungsprozess positiver Rückkoppelung zwischen körperlichen Sensationen (z. B. Herzklopfen), deren Bewertung als Gefahr und der daraus resultierenden, wiederum mit körperlichen Sensationen einhergehenden Angstreaktion entstehen. Ein solcher Teufelskreis psychophysiologischer Rückkoppelung scheint durch individuelle Prädisposition (Hyperventilationsneigung, erhöhtes physiologisches Aktivierungsniveau, erhöhte Aufmerksamkeit für interozeptive Reize), traumatische bzw. belastende Lebensereignisse und dem Einfluss von Modelllernen (im Hinblick auf Gesundheitsverhalten, Bewältigung von Ängsten) begünstigt zu werden.

KVT: Nach fast 3 Jahrzehnten systematischer Forschung ist die Effektivität von KVT in der Behandlung von Panikstörung und Agoraphobie durch eine große Zahl von randomisierten kontrollierten Studien belegt (Mitte, 2005; Butler et al., 2006; Subic-Wrana et al., 2006; Pull, 2007). Wichtige Bausteine sind: Aufbau einer guten Therapiebeziehung, Vermittlung störungsspezifischer Informationen, genaue Problemanalyse, Vermittlung eines besseren Selbstverständnisses hinsichtlich Ängsten und persönlicher Lebenssituation, individueller Therapieplan aus verhaltenstherapeutischen und kognitiv-emotionalen Techniken unter Beachtung systemischer Aspekte. ▶



PFPP: Milrod et al. (1997) haben eine manualisierte Kurzzeitpsychotherapie, die panikfokussierte psychodynamische Psychotherapie (PFPP) entwickelt, um die Wirksamkeit symptomfokussierter, psychoanalytischer Behandlungsmethodik in kontrollierten Studien empirisch überprüfen zu können. Das zentrale Behandlungsprinzip der 24 Behandlungsstunden umfassenden PFPP ist die Exploration der mit der Paniksymptomatik verbundenen Gedanken und Gefühle. Dieses Behandlungsprinzip folgt einem erprobten psychoanalytischen Wirkmechanismus: das Verstehen und das Aushalten der unbewussten Bedeutung der Symptomatik machen das der Abwehr dieser Erkenntnis dienende Symptom überflüssig. Die Erfahrung, die Symptomatik durch die Beschäftigung mit bisher vermiedenen Gedanken und Gefühlen beeinflussen zu können, stärkt Selbstwertgefühl sowie Autonomie des Patienten und hilft so bei der Meisterung negativer Gefühle.

Obwohl die Versorgungsforschung zeigt, dass viele Patienten mit Panikstörungen mit psychodynamischer Psychotherapie behandelt werden, gibt es außer den beiden Studien von Milrod (2001 und 2006) keine systematischen Wirknachweise.

Medikamentöse Therapie: In der medikamentösen Behandlung sind SSRI, TZA und Benzodiazepine gleich wirksam.

Für die Dauerbehandlung sind die SSRI Mittel der ersten Wahl. Die Wirksamkeit wurde für alle verfügbaren SSRI gezeigt (Tab.). Der SNRI Venlafaxin wurde in Deutschland nun neuerdings ebenfalls für die Behandlung der Panikstörung zugelassen. Die ebenfalls wirksamen TZA Imipramin und Clomipramin sollten wegen der höheren Nebenwirkungsrate erst angewendet werden, wenn Behandlungsversuche mit SSRI gescheitert sind. Benzodiazepine gelten wegen der Gefahr der Abhängigkeitsentwicklung und des Auftretens von Gedächtnisstörungen bei Langzeitgabe nicht als Mittel erster Wahl. Sehr häufig werden in der Praxis SSRI mit Benzodiazepinen kombiniert. In der bisher einzigen Studie zu dieser Kombination (Paroxetin/Clonazepam versus Paroxetin) zeigten sich Vorteile nur zu Beginn der Behandlung in Form eines schnelleren Wirkungseintritts, nach einigen Wochen war aber kein Unterschied mehr zwischen den beiden Behandlungsstrategien feststellbar.

Die Wirksamkeit von Moclobemid ist geringer als bei den vorhin genannten Substanzen, Buspiron und Betablocker können wegen mangelnden Wirknachweises nicht empfohlen werden.

Vergleich und Kombinationsbehandlungen KVT/Pharmakotherapie: In den Metaanalyse von Mitte (2005) und Furukawa (2006) zeigten sich KVT und Pharmakotherapie gleich wirksam in der

Akuttherapie. Eine Kombinationstherapie ist wirksamer in der Akuttherapie, in der Langzeittherapie ist die Kombination wirksamer als Pharmakotherapie allein, aber nicht wirksamer als KVT allein.

Generalisierte Angststörung

Psychotherapie: Von den Psychotherapieformen hat sich eine spezielle auf Sorgenkontrolle ausgerichtete kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als wirksam erwiesen (Linden et al., 2005).

Medikamentöse Therapie: SSRI wie Paroxetin und Escitalopram und der SNRI Venlafaxin sind in ihrer Wirksamkeit belegt. Als 2. Wahl gelten TZA (Clomipramin) oder Buspiron, als 3. Wahl Benzodiazepine (Aprazolam, Diazepam, Lorazepam), Pregabalin und Opipramol. Wirksamkeitssnachweise gibt es auch für das Antihistamin Hydroxyzin, allerdings fehlen Langzeit- und Dosisfindungsstudien.

Kombinationstherapie Psychotherapie/medikamentöse Therapie: Hierzu fehlen noch ausreichend Daten, um eine Empfehlung abgeben zu können

Soziale Angststörung (soziale Phobie)

Psychotherapie: Die Wirksamkeit ist in erster Linie für KVT nachgewiesen. Bei Defiziten im Sozialverhalten ist ein so-

Tab.: Empfehlungen für die medikamentöse Behandlung von Angststörungen

Panikstörung und Agoraphobie	
1. Wahl:	SSRI, eventuell initial gemeinsam mit Benzodiazepinen (z. B. Escitalopram 10–20 mg/die, Paroxetin oder Fluoxetin 20–40 mg/die, Sertralin 50–150 mg/die, Citalopram 20–60 mg/die)
2. Wahl:	SNRI (Venlafaxin 50–225 mg/die), Clomipramin (langsam steigern bis 150 mg, eventuell bis 250 mg/die), Alprazolam (3–6 mg/die)
3. Wahl:	Clonazepam (1–4 mg/die), Lorazepam (2–8 mg/die)
Generalisierte Angststörung	
1. Wahl:	SNRI: Venlafaxin ER (75–225 mg/die) SSRI: z. B. Paroxetin (20–40 mg/die), Escitalopram (10–20 mg/die)
2. Wahl:	Bupiron (15–60 mg/die)
3. Wahl:	Pregabalin (150–600 mg/die), Benzodiazepine (Diazepam 10–15 mg/die), Opipramol (50–250 mg/die), Hydroxyzin (50–100 mg/die)
Soziale Phobie	
1. Wahl:	SSRI (z. B. Paroxetin 20–50 mg/die, Escitalopram 10–20 mg/die, Sertralin 50–150 mg/die, Citalopram 20–60 mg/die, Fluvoxamin 100–300 mg/die), SNRI: Venlafaxin ER (75–225 mg/die)
2. Wahl:	Pregabalin (150–600 mg/die), Moclobemid (300–600 mg/die)
3. Wahl:	Clonazepam (1–3 mg/die), Gabapentin (600–1.200 mg/die)

ziales Kompetenztraining notwendig. In neueren Therapieprogrammen ist mehr die Konfrontation und kognitive Umstrukturierung im Zentrum der Behandlung. Eine Studie weist auch auf die Wirksamkeit der IPT (interpersonelle Therapie) hin.

Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (Hinsch & Pfingsten, 2002) besteht aus Diskriminationstraining zur Unterscheidung von selbstsicherem, unsicherem und aggressivem Verhalten, aus Übungen, wie man eigene Rechte durchsetzt, einer Analyse von Selbstverbalisationen, dem Einüben von selbstsicherem Verhalten in Beziehungen und dem Gewinnen von Sympathie.

Stangier, Clark und Ehlers (2006) fokussieren auf Faktoren, die die Sozialphobie aufrechterhalten, wie exzessive Selbstbeobachtung, negative Selbsteinschätzung in sozialen Situationen und den Einsatz von Sicherheitsverhalten. Die Patienten haben bisher den Eindruck, den sie auf andere machen, aus ihren eigenen Gefühlen, Körperempfindungen und Vorstellungsbildern erschlossen und werden nun angeleitet, stattdessen ihre Aufmerksamkeit in sozialen Situationen nach außen zu richten. In der Therapie wird demonstriert, dass das Sicherheitsverhalten unerwünschte negative Effekte

auf die Angst und eine negative Wirkung auf andere hat. Durch Videofeedback wird die Diskrepanz zwischen subjektiv negativem Bild und tatsächlicher Wirkung auf andere Personen verdeutlicht.

Medikamentöse Therapie: In der Behandlung der sozialen Angststörung konnte in kontrollierten Studien eine Wirksamkeit für die meisten SSRI (vor allem Escitalopram, Paroxetin, Sertralin) sowie für den SNRI Venlafaxin nachgewiesen werden. Als Therapie der 2. Wahl gelten Moclobemid, Clonazepam und Gabapentin, eine Wirksamkeit wurde auch für Pregabalin nachgewiesen.

Vergleich und Kombinationstherapie KVT/Pharmakotherapie: Manche Studien zeigten eine Überlegenheit der medikamentösen Behandlung, andere einen Vorteil für die Verhaltenstherapie und andere keinen Unterschied. Die Kombination scheint nur geringfügig besser zu wirken als die Monotherapie.

Spezifische Phobie

Patienten mit einer spezifischen Phobie kommen meist nur dann in Behandlung, wenn die angstauslösenden Stimuli im Alltag eine praktische Rolle spielen und

nicht vermieden werden können. Man unterscheidet 4 verschiedene Typen von spezifischen Phobien:

- Tier-Typus (Spinnen, Schlangen, Hunde etc.): starke sympathoton dominierte Furchtreaktion;
- Blut-Spritzen-Verletzungs-Typus (Anblick von Blut, medizinischen Prozeduren, Dentalphobie etc.): diphasisches vegetatives Muster der Furchtreaktion; anfangs Sympathikus-Aktivierung, dann Parasympathikus-Aktivierung oft mit Kollaps;
- situativer Typus: klaustrophobische Symptome (Lift, Tunnel, Flugzeug etc.), starke kognitive Symptome;
- Umwelt-Typus: (Gewitter, Höhen, Wasser etc.): Schwindel und Vermeidung.

Psychotherapie: Die Methode der Wahl ist die KVT, die immer eine systematische Konfrontation mit den gefürchteten Objekten oder Situationen beinhalten sollte (systematische Desensibilisierung, Reizkonfrontation in sensu, Reizkonfrontation in vivo). Die Behandlungsdauer beträgt oft nur wenige Stunden, mit hoher Erfolgsquote.

Medikamentöse Therapie: Psychopharmaka werden nicht als Standardbehandlung einer spezifischen Phobie empfohlen, sollten aber in schweren Fällen erwogen werden (SSRIs).

Literatur beim Verfasser

Resümee

Antidepressiva, vor allem SSRI und SNRI, sind Mittel erster Wahl in der medikamentösen Behandlung der Angststörungen. Auch bei der häufigen Komorbidität mit Depression bietet sich eine antidepressive Medikation an. Angststörungen stellen eine primäre Behandlungsindikation für eine kognitive Verhaltenstherapie dar, wobei unterschiedliche Vorgehensweisen bei den einzelnen Angststörungen notwendig sind. Eine Kombination psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Verfahren ist in vielen Fällen zu empfehlen.