

Angststörungen - psychosomatische und psychotherapeutische Aspekte

Prof. Dr. Eric Leibing

SoSe2012

Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

UMG



Angststörungen

„Fight and Flight“

Aktivierung HPA-Achse mit Erhöhung von:

- Frequenz und Stärke des Herzschlags
- Blutvolumen, Sauerstoffversorgung
- Umverteilung der Blutversorgung von den Verdauungsorganen zu Muskulatur, Haut, Gehirn
- vertiefte Atmung, erweiterte Bronchien
- Energiefreisetzung aus der Leber

(Cannon 1871-1945)

UMG



Angststörungen

Die drei Anteile der Angst



Angststörungen

Diagnostische Kategorien (ICD-10)

Spezifische (Isolierte) Phobie (F40.2)

Furcht vor umschriebenen Situationen/Objekten mit Vermeidung

Soziale Phobie (F40.1)

Furcht vor prüfender Betrachtung durch Andere (Vermeiden)

Agoraphobie (F40.0)

Furcht vor Menschenmengen, öffentlichen Plätzen, allein Reisen, weite Entfernung von Zuhause (Vermeidung)

Panikstörung (F41.0)

Wiederkehrende schwere Angstanfälle, situationsunabhängig und nicht vorhersehbar

Generalisierte Angststörung (F41.1)

Andauernde Besorgnis (worry) und Befürchtungen in Bezug auf alltägliche Dinge, chronische innere/körperliche Anspannung

Angststörungen

Ätiologie

- **Vererbung**
- **Neurobiologische Modelle**
- **Psychodynamische Modelle**
- **Psychophysiologische Modelle**
- **Lernpsychologische Modelle**
- **Kognitive Modelle**



Angststörungen

Psychodynamische Modelle – Konfliktmodell (Freud 1926)

Der Angsteffekt hat Signalfunktion.

Bei psychischen Störungen steht die äußere Bedrohung symbolisch für eine innerpsychische, unbewußte Bedrohung

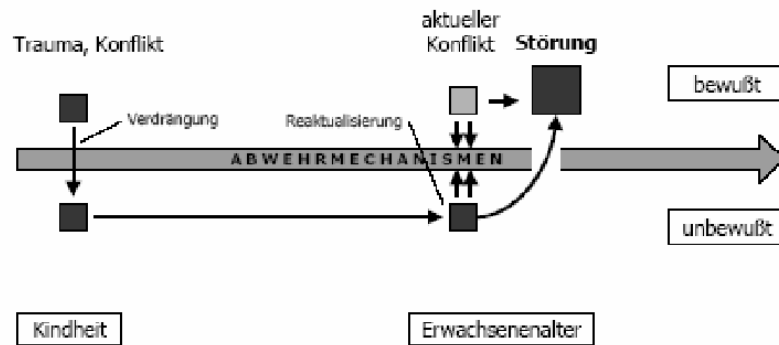
Durch einen äußeren Auslöser (etwa eine „Versuchungs-/Versagungssituation“) wird ein intrapsychischer Konflikt angestossen. Häufig wird dabei ein „alter“ infantiler Konflikt reaktualisiert.

Die damit verbundene Angst kann nicht abgewehrt werden. Angst ist dann neurotische Symptombildung.



Angststörungen

Psychodynamische Modelle - Konfliktmodell



UMG



Angststörungen

Biographische Belastungsfaktoren

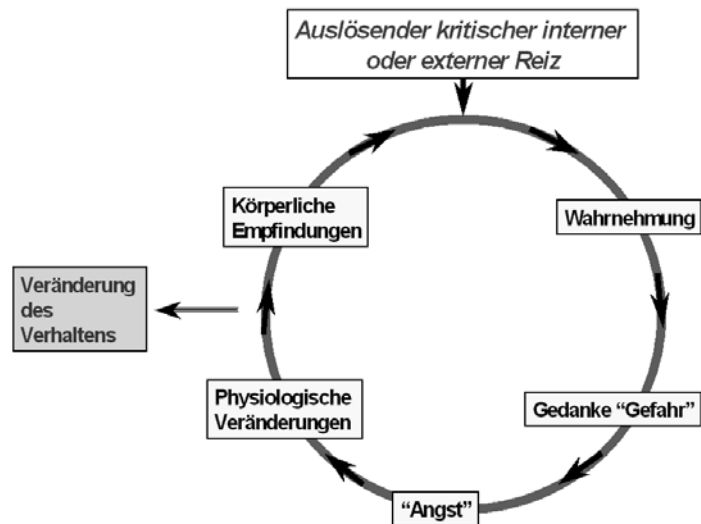
Autor	Ergebnisse
Mancini et al. (1995) N=205	23,4 % kindlicher sexueller Missbrauch; 44,9 % kindliche Gewalterfahrung; Schwere des Missbrauchs korreliert mit der Schwere der Angststörung und der Komorbidität Depression
Portegijs et al. (1996) N=106	16 % sexueller Missbrauch; Schwere korreliert mit der Verknüpfung zur Depression und Panikstörung
David et al. (1996) N=51	63 % kindlicher sexueller und/oder Gewaltmißbrauch; besondere Belastungsfaktoren bei der Soziophobie
Stein et al. (1996) N=125	45,1 % kindlicher sexueller Missbrauch bei Frauen; 33,3 % körperliche Gewalterfahrungen bei Frauen; 15,5 % bei Männern; hohe Belastungen bei Panikpatienten, gehäuft bei Frauen

UMG



Angststörungen

Psychophysiologisches Modell



Angststörungen

Psychophysiologische Modelle

Beendigung der Angst durch:

- Flucht (Vermeidung) – nur kurzfristig positiv
- Hilfesuchen – nur kurzfristig positiv
- Habituation – langfristig positiv

Klassische Modelle zur Aufrechterhaltung von Angst und Grundlagen der verhaltenstherapeutischen Konfrontation.

Verlernen (Löschen) der Angstreaktion durch Habituation.

Angststörungen

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungskonzepte

Eine große Gruppe verschiedener Verfahren, deren sehr gute Wirksamkeit bei Angststörungen nachgewiesen ist.

Grundlage der Behandlungsverfahren sind psychophysiologische, lernpsychologische und kognitive Modelle.

In der verhaltenstherapeutischen Behandlung werden zumeist verschiedene Techniken im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans integriert und individuell angepaßt.

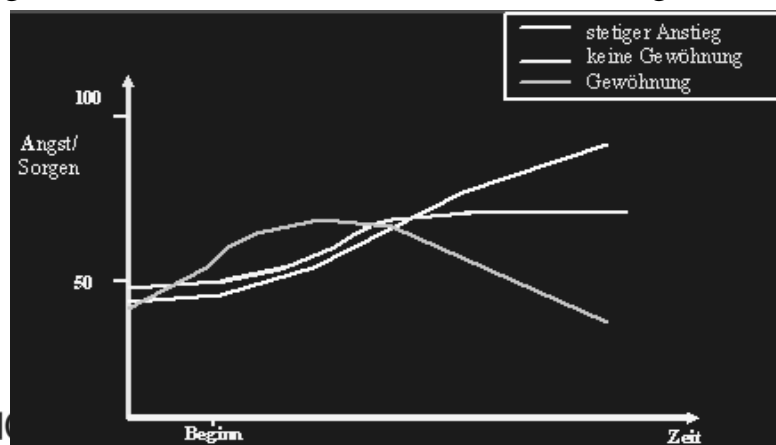
UMG



Angststörungen

Expositionsverfahren

Ziel ist der Abbau von Vermeidung, die Habituation an die angstausslösende Situation und letztlich der Angstabbau.



UMG



Angststörungen

Systematik der Expositionsverfahren

Art der Konfrontation	in sensu	in vivo
graduiert	Systematische Desensibilisierung	Habituationstraining
massiert (Reizüberflutung)	Implosion	Flooding

UMG



Angststörungen

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungskonzepte

Kognitive Therapie (etwa bei Panikstörungen)

- Vermittlung eines individuellen Erklärungsmodells
- Korrektur von kognitiven Fehlern
- Verhaltensexperimente (Hyperventilation)
- Rückfallprophylaxe

Kognitive Verhaltenstherapie (bei Generalisierter Angst)

- Abbau der vegetativen Übererregung (Entspannung)
- Kognitive Therapie der Sorgen / Sorgenexposition
- Abbau von Vermeidungsverhalten
- Problem- und Konfliktbewältigung

Kognitive Verhaltenstherapie (bei Sozialer Phobie)

- Rollenspiele (mit Video)
- Exposition in vivo
- Veränderung dysfunktionaler Einstellungen

UMG • Positive Selbstverbalisation



Angststörungen -

Effektstärken

Effektstärke ES (= d): $d = m_1 - m_2 / sd$

Bewertung der Effektstärke

klein mittel groß
0.2 0.5 0.8

UMG



Angststörungen

Wirksamkeit der Verhaltenstherapie (Margraf & Ruhmland 2001)

Zielsymptomatik Angst als Effektstärke (d)	Prä/Post	Katamnese bis 6 Mon.	Katamnese bis 2 J.	Katamnese über 2 J.
Spezifische Phobien				
Konfrontation	1,9	1,6	2,0	
Entspannung	1,5	1,5	1,6	
Kognitive Therapie / KVT	1,6			
Panikstörung mit Agoraphobie				
Konfrontation	1,6	1,8	3,2	
Kognitive Therapie / KVT	0,9-1,2	1,0-1,3		
Soziale Phobie				
Konfrontation	1,8	1,1	2,8	
Kognitive Therapie / KVT	1,1	1,4	1,1	1,1
Generalisierte Angststörung				
Kognitive Therapie / KVT	1,3	1,1		
Wartegruppe	0,1-0,3	0,1		

Pharmakotherapie vs. Psychotherapie

Acta Psychiatr Scand 2006; 1-13
All rights reserved
DOI: 10.1111/j.1600-0447.2006.00839.x

Copyright © 2006 The Authors
Journal Compilation © 2006 Blackwell Munksgaard
ACTA PSYCHIATRICA
SCANDINAVICA

Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial

Mörberg E, Clark DM, Sundin Ö, Åberg Wistedt A. Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial.

**E. Mörberg¹, D. M. Clark²,
Ö. Sundin³, A. Åberg Wistedt¹**

¹Department of Clinical Neuroscience/Section of Psychiatry, St Göran's Hospital, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden, ²Institute of Psychiatry, Department of Psychology, Kings College London, London, UK and ³Department of Clinical Neuroscience/Section of Psychology, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

Objective: To compare the effects of an intensive group cognitive treatment (IGCT) to individual cognitive therapy (ICT) and treatment as usual (TAU) in social phobia (DSM-IV).

Method: Hundred patients were randomized to: IGCT involving 16 group sessions spread over three weeks; ICT involving 16 shorter weekly sessions in 4 months and; TAU involving an indicated selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) with therapy sessions as required for 1 year. The main outcome measure was a Social Phobia Composite

UMG



Pharmakotherapie vs. Psychotherapie

Mörberg et al.

Table 3. Effect sizes for the Social Phobia Composite at 4, 8 and 12 months

Assessment occasion	ICT	IGCT*	TAU
		All randomized†	
4 months	1.62	0.79	0.44
8 months	1.78	0.96	0.45
12 months	1.89	0.99	0.58
		Completers only	
4 months	1.81	0.96	0.89
8 months	1.95	1.18	0.92
12 months	2.11	1.23	1.17

ICT: Kognitive Verhaltenstherapie 16 Sitzungen in 4 Monaten

IGCT: Intensive Gruppentherapie über 3 Wochen

TAU: Psychiatrische und psychopharmakologische Behandlung über 12 Monate

UMG



Angststörungen

Kombinationsbehandlung bei Panikstörungen

Responder ITT in % (>40% Abnahme im CGI)	Prä - Post 12 Wochen	Erhaltung 6 Monate	Follow-up 6 Monate
Kognitive VT (N=77)	53,9	42,1	31,9
Imipramin (N=83)	48,2	37,8	19,7
Placebo (N=24)	37,5	13,0	13,0
KVT + Imipramin (N=65)	64,1	56,3	26,3
KVT + Placebo (N=62)	61,9	50,0	41,0



Angststörungen

Psychotherapie vs. Pharmakotherapie - Empirie

- Wirksamkeit von Psychotherapie (insbesondere VT) und von Pharmakotherapie (Antidepressiva) gut belegt.
- Es gibt aber nur wenige direkte Vergleichstudien.
- Überlegenheit der VT in vielen Studien bestätigt
- Psychotherapie (VT) ist auch nach Therapieende wirksam, der Effekt nimmt sogar zu
- Psychopharmako-Therapie wirkt vor allem kurzfristig (während der Einnahme) und es werden hohe drop-out Raten angegeben



Angststörungen

Kombination Psychotherapie/Pharmakotherapie - Empirie

Überlegenheit der Kombination mit Psychopharmaka gegenüber reiner Psychotherapie fraglich

Aber: Kombination mit Verhaltenstherapie bei laufender Pharmakotherapie verbessert das Ergebnis bei Panikstörungen (Wirkung auf Panikanfälle kurzfristig größer)

Langfristige Wirksamkeit bei Kombinationsbehandlung eher geringer? (vgl. Barlow et al. 2000, JAMA, Haug et al. 2003)

UMG



Angststörungen

Psychotherapie und/oder Pharmakotherapie? - Klinik

Wahl des Behandlungsverfahren abhängig von:

- Komorbidität
- Behandlungsvorerfahrungen (Mißerfolge/Abbrüche) der Patienten
- Motivation und Wünschen der Patienten (aktive Mitarbeit der Patienten bei Psychotherapie)
- Verfügbarkeit von Psychotherapie (Versorgungslücken)

Kombinationsbehandlung bei Komorbidität, bei komplexen Störungen und bei erfolgloser Monotherapie

UMG



Angststörungen

Diagnosemitteilung in der Praxis

- Bestätigen, dass die Symptome real, nachweisbar und nicht eingebildet sind.
- Mitteilen, dass es sich um eindeutige Symptome einer bekannten, gut behandelbaren Krankheit handelt (Name!)
- Erarbeiten eines psychophysiologischen Modells der Angst („normale und daher nicht gefährliche Reaktion des Körpers zur falschen Zeit“), Teufelskreismodell



Angststörungen

Therapieprinzipien für den Hausarzt

- Vertrauensvorschuss als Hausarzt nützen
- Bewusst medizinische Autorität als sicherheitsgebenden Faktor einsetzen
- Kontrollierte Suggestion unter Berücksichtigung des subjektiven Krankheitsmodells
- Rückhalt geben durch somatische Abklärung und klare Information über Ergebnisse
- Festigen der körperlichen Integrität
- Eingehen auf die Zweifel des Patienten



Angststörungen

Wie kann ich eine Chronifizierung verhindern?

- keine lange Krankenschreibung, außer im therapeutischen Kontext (Exposition)
- keine Behandlung mit „Pseudoplacebos“, solange nicht die wirksamen Therapien ausgeschöpft sind
- Diagnostik nicht zu lange hinziehen, Abschlussbesprechung durchführen.
- Den Patienten ermutigen und unterstützen, schnell mit der Therapie zu beginnen.

Angststörungen

„take-home messages“

- Angststörungen sind gut behandelbar.
- Klare und schnelle Diagnostik sinnvoll.
- Patienten unterstützen, schnell mit Therapie zu beginnen.
- Psychotherapie ist effektiv und wirkt auch nach dem Ende
- Überlegenheit einer Kombinationstherapie nicht belegt, es gibt Hinweise auf Unterlegenheit einer Kombinationsbehandlung gegenüber Psychotherapie allein

Angststörungen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



www.psychosomatik.uni-goettingen.de

UMG

