

Angststörungen - psychosomatische und psychotherapeutische Aspekte

Prof. Dr. Eric Leibing

Wintersemester 2015/16

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

UMG



Angststörungen **Normale Angst (Realangst)**

- Angst gehört zur "Grundausstattung" an Gefühlen und ist an sich nicht pathologisch.
- Angst vor realer Bedrohung (Sicherheit, Integrität, Angehörige) ist lebenswichtig.
- Zweck von Angst ist es, uns zu aktivieren bzw. in einen Alarmzustand zu versetzen (Fight/Flight).
- Angst zeigt uns, wo wir uns weiterentwickeln können (Signalangst).
- Veranlagung, Angst zu empfinden (Ängstlichkeit) ist von Mensch zu Mensch sehr verschieden.

UMG

Angst kann auch Spaß machen (Angstlust, Thrill)



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

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.

UMG



Angststörungen

Ätiologie (Was unterscheidet Mensch und Tier?)

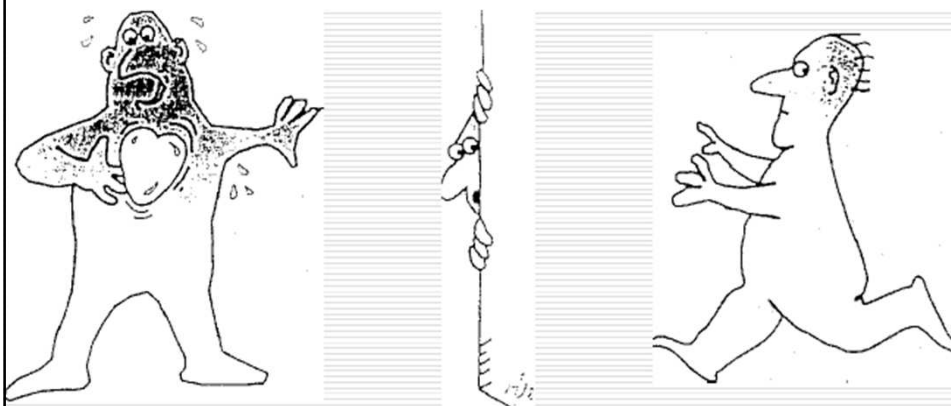
- **Vererbung**
- **Neurobiologische/physiologische Modelle**
- **Psychodynamische Modelle**
- **Kognitive / lernpsychologische Modelle**

UMG



Angststörungen

Die drei Anteile der Angst



Körper

Denken/Fühlen

Verhalten

UMG



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.

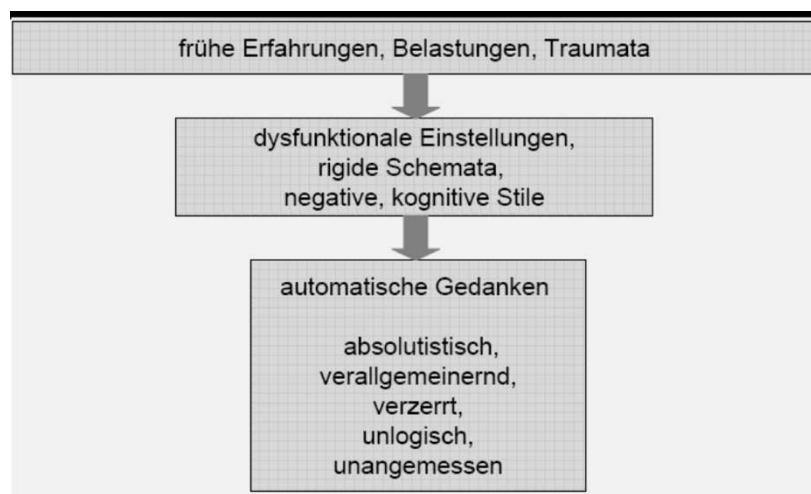
Die damit verbundene Angst kann nicht abgewehrt werden. Angst ist dann neurotische Symptombildung.

UMG



Angststörungen

Kognitives Modell (Beck 1985)



UMG



Angststörungen

Typische Fehlinterpretationen von Panikpatienten

Symptome	Gedanken / Interpretationen
Palpitationen, Brustschmerzen, Schwitzen, Atembeschwerden Herzrasen/-rhythmusstörungen	Ich bekomme einen Herzinfarkt.
Schwindel, Schwächegefühl, Benommenheit, visuelle Symptome, Zittern/Blässe	Ich werde in Ohnmacht fallen. Ich habe einen Hirntumor. Ich bekomme einen Schlaganfall
Atemnot, Würgegefühl, Kloß im Hals	Ich erstickte.
Depersonalisations- und Derealisations-Gefühle, Konzentrationsstörungen	Ich verliere die Kontrolle über mich. Ich werde verrückt.
Intensive Angst	Diese Angst bringt mich um.

UMG

Margraf & Schneider (1990)



Angststörungen

Kognitives Modell (Beck 1985)

Kognitive Schemata:

- „die Welt ist gefährlich“
- „bestimmte Situationen (Auslandsreisen, enge Räume) sind besonders gefährlich“
- „andere Menschen beobachten mich besonders kritisch“
- „Herzrasen und schnelle Atmung sind immer ein Zeichen für schwere körperliche Erkrankungen“
- „ich bin hilflos und kann wenig tun“

Konsequenzen für die Therapie:

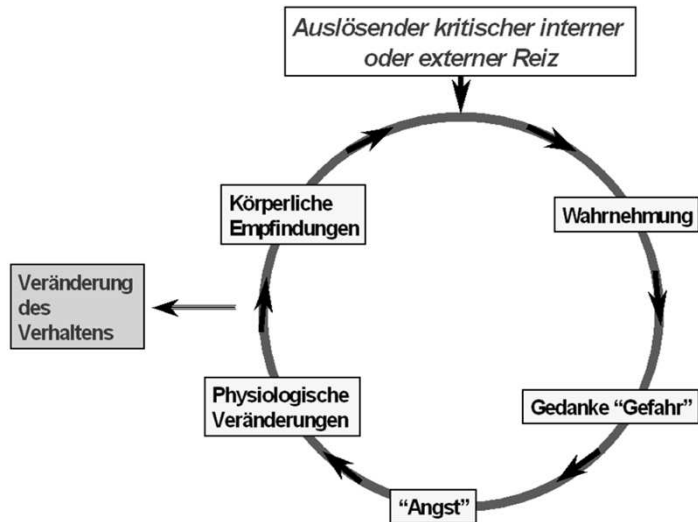
Änderung der maladaptiven Kognitionen

UMG



Angststörungen

Teufelskreis der Angst



SOZIALE PHOBIE				
Therapieform	Empfehlung	Evidenzkategorie	Empfehlungsgrad	
Psychotherapie und Pharmakotherapie	<p>Patienten mit sozialen Phobie soll angeboten werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychotherapie - Pharmakotherapie <p>Dabei soll die Präferenz des informierten Patienten berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.</p> <p>In Fällen, in denen eine Psycho- und Pharmakotherapie nicht ausreichend wirksam war, soll die jeweils andere Therapieform angeboten werden oder kann eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden.</p>	Ia	A	
		Expertenkonsens	KKP	
Psychotherapie und andere Maßnahmen				
Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	Patienten mit einer sozialen Phobie soll eine KVT angeboten werden.	Ia	A	
Psychodynamische Psychotherapie	Patienten mit einer sozialen Phobie sollte eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden, wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche Präferenz des informierten Patienten besteht. ¹	Ib	B	
Patientenselbsthilfe- und Angehörigengruppen	Patienten und Angehörige sollen über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert und, wenn angebracht, zur Teilnahme motiviert werden.	Expertenkonsens	KKP	
Medikamente				
SSRIs	Patienten mit einer sozialen Phobie sollen die SSRIs Escitalopram, Paroxetin oder Sertralin angeboten werden.	Ia	A	
	Medikament	Tagesdosis		
	Escitalopram ²	10-20 mg		
	Paroxetin	20-50 mg		
	Sertralin	50-150 mg		
SNRI	Patienten mit einer sozialen Phobie soll der SNRI Venlafaxin angeboten werden.	Ia	A	
	Venlafaxin	75-225 mg		
RIMA	Wenn Therapien mit der Empfehlung A oder B unwirksam waren oder nicht vertragen wurden, kann Patienten mit einer generalisierenden Angststörung Moclobemid angeboten werden.	Expertenkonsens	KKP	
	Moclobemid	300-600 mg		

Effektstärken

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

Bewertung der Effektstärke

klein mittel groß
0.2 0.5 0.8



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		

Angststörungen

Psychotherapie vs. Pharmakotherapie - Empirie

- Wirksamkeit von Psychotherapie (insbesondere VT) und von Pharmakotherapie (Antidepressiva) gut belegt.
- Es gibt nur wenige direkte Vergleichsstudien – (keine Förderung durch Pharmaindustrie)
- **Psychotherapie 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 (rebound)**

UMG



Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Generalized Anxiety Disorder: A Randomized, Controlled Trial

Falk Leichsenring, D.Sc.

Simone Salzer, M.Sc.

Ulrich Jaeger, M.Sc.

Horst Kächele, M.D.

Reinhard Kreische, M.D.

Frank Leweke, M.D.

Ulrich Rüger, M.D.

Christel Winkelbach, D.Sc.

Eric Leibing, D.Sc.

Objective: While several studies have shown that cognitive-behavioral therapy (CBT) is an efficacious treatment for generalized anxiety disorder, few studies have addressed the outcome of short-term psychodynamic psychotherapy, even though this treatment is widely used. The aim of this study was to compare short-term psychodynamic psychotherapy and CBT with regard to treatment outcome in generalized anxiety disorder.

Method: Patients with generalized anxiety disorder according to DSM-IV were randomly assigned to receive either CBT (N=29) or short-term psychodynamic psychotherapy (N=28). Treatments were carried out according to treatment manuals and included up to 30 weekly sessions. The primary outcome measure was the Hamilton Anxiety Rating Scale, which was applied by trained raters blind to the treatment conditions. Assessments were

carried out at the completion of treatment and 6 months afterward.

Results: Both CBT and short-term psychodynamic psychotherapy yielded significant, large, and stable improvements with regard to symptoms of anxiety and depression. No significant differences in outcome were found between treatments in regard to the primary outcome measure. These results were corroborated by two self-report measures of anxiety. In measures of trait anxiety, worry, and depression, however, CBT was found to be superior.

Conclusions: The results suggest that CBT and short-term psychodynamic psychotherapy are beneficial for patients with generalized anxiety disorder. In future research, large-scale multicenter studies should examine more subtle differences between treatments, including differences in the patients who benefit most from each form of therapy.

(Am J Psychiatry 2009; 166:875-881)

Therapiestudie Generalisierte AS Verhaltenstherapie vs. Psychodynamische Therapie

TABLE 3. Post Hoc Comparisons and Effect Size Estimates for Patients With Generalized Anxiety Disorder Who Received Cognitive-Behavioral Therapy or Short-Term Psychodynamic Psychotherapy

Variable and Time Point	Within-Group Comparison With Baseline, by Paired t Test				Between-Group Effect Size (Cohen's d)
	Cognitive-Behavioral Therapy (N=29)		Short-Term Psychodynamic Psychotherapy (N=28)		
	t (df=28)	Effect Size (Cohen's d) ^a	t (df=27)	Effect Size (Cohen's d) ^a	
Hamilton Anxiety Rating Scale					
End of therapy	8.99*	2.62	9.15*	2.14	0.48
6-month follow-up	9.23*	2.67	8.43*	2.02	0.65
Penn State Worry Questionnaire					
End of therapy	7.32*	1.78	4.23*	0.80	0.98
6-month follow-up	7.99*	1.72	4.22*	0.68	1.04
State-Trait-Anxiety Inventory, trait anxiety					
End of therapy	7.85*	1.84	5.59*	1.02	0.82
6-month follow-up	8.00*	1.87	4.66*	0.94	0.93
Beck Anxiety Inventory					
End of therapy	6.35*	1.41	6.20*	1.08	0.33
6-month follow-up	6.12*	1.39	5.44*	1.02	0.37
Hospital Anxiety and Depression Scale, anxiety scale					
End of therapy	9.27*	2.26	7.09*	1.69	0.57
6-month follow-up	7.53*	2.16	6.13*	1.53	0.63
Beck Depression Inventory					
End of therapy	7.65*	1.74	5.47*	0.98	0.76
6-month follow-up	7.03*	1.58	5.89*	0.99	0.59
Inventory of Interpersonal Problems, circumplex version					
End of therapy	3.59*	0.49	3.51*	0.41	0.08
6-month follow-up	3.51*	0.58	3.28*	0.51	0.07

^a Calculated as the pretreatment mean minus the posttreatment mean, divided by the pooled standard deviation.

*p<0.01.

Sehr große Effekte, CBT > STPP



Long-Term Effects of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioural Therapy in Generalized Anxiety Disorder: 12-Month Follow-up

Simone Salzer, PhD¹; Christel Winkelbach, PhD¹; Frank Leweke, MD²; Eric Leibing, PhD³; Falk Leichsenring, PhD⁴

Objective: In a previous randomized controlled trial (RCT), short-term efficacy of cognitive-behavioural therapy (CBT) and short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) in generalized anxiety disorder (GAD) was demonstrated. In this article, long-term stability of these effects will be examined. Effects of CBT and STPP will be compared.

Method: In the original RCT, patients with GAD were treated with either CBT ($n = 29$) or STPP ($n = 28$). Treatments were carried out according to manuals and included up to 30 sessions. As the primary outcome measure the Hamilton Anxiety Rating Scale was used. In addition to short-term outcome previously reported, treatment effects were assessed 12 months after termination of treatment.

Results: Both CBT and STPP yielded large improvements at 12-month follow-up. No significant differences were found between treatments concerning the primary outcome measure. This result was corroborated by 3 self-report measures of anxiety. In measures of trait anxiety and worry, however, CBT was superior. Concerning depression, differences reported at posttreatment were no longer significant at 12-month follow-up.

Conclusions: In GAD, both CBT and STPP yield large and stable effects 12 months after treatment. Concerning trait anxiety and worry, CBT seems to be superior. For STPP further studies should be carried out to confirm the results.

Can J Psychiatry. 2011;56(7): - .

Therapiestudie Generalisierte AS Verhaltenstherapie vs. Psychodynamische Therapie

Table 2 Paired *t* tests and *P* values and effect size estimates within and between treatment groups

Variable	CBT (<i>n</i> = 29)		STPP (<i>n</i> = 28)		Between-group effect size (Cohen's <i>d</i>)
	Pre, compared with 12-month follow-up		Pre, compared with 12-month follow-up		
	<i>t</i> (<i>df</i> = 28)	Within-group effect size (Cohen's <i>d</i>) ^a	<i>t</i> (<i>df</i> = 27)	Within-group effect size (Cohen's <i>d</i>) ^a	
HARS	9.71 ^b	2.70	9.06 ^b	2.20	0.50
PSWQ	7.76 ^b	1.80	3.59 ^b	0.61	1.19
STAI, trait anxiety	7.83 ^b	1.82	4.18 ^b	0.85	0.97
BAI	5.44 ^b	1.24	5.54 ^b	1.05	0.19
HADS, anxiety scale	7.81 ^b	2.06	7.02 ^b	1.46	0.60
BDI	6.07 ^b	1.53	5.00 ^b	0.91	0.62
IIP, Circumplex Version	2.81 ^b	0.57	2.14 ^c	0.36	0.21

^a Calculated as the pretreatment mean minus the posttreatment mean, divided by the pooled SD.
^b *P* < 0.01; ^c *P* = 0.04

Große Effekte sind stabil (1 Jahr), CBT > STPP

UMG



SOPHO-NET

Forschungsverbund zur Psychotherapie der Sozialen Phobie

Gefördert vom BMBF von 2006 – 2014
Fördersumme: ca. 6 Mio. €



Therapiestudie A

Psychodynamische Kurztherapie (STPP)

vs CBT bei sozialer Phobie

- randomisiert (Zufallszuordnung zur Bedingung)
- kontrolliert (STPP vs. CBT vs. Wartegruppe)
- manualisiert (Behandlungsmanuale mit je 25h)
- multizentrisch (5 Orte: Bochum/Dortmund, Dresden, Göttingen, Jena, Mainz)
- KKS Heidelberg
- N = 512

UMG



Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Social Anxiety Disorder: A Multicenter Randomized Controlled Trial

Falk Leichsenring, D.Sc.

Simone Salzer, D.Sc.

Manfred E. Beutel, M.D.

Stephan Herpertz, M.D.

Wolfgang Hiller, Ph.D.

Juergen Hoyer, Ph.D.

Johannes Huesing, D.rer.medic.

Peter Joraschky, M.D.

Bjoern Nolting, M.D.

Karin Poehlmann, Ph.D.

Viktoria Ritter, M.Sc.

Ulrich Stangier, D.Sc.

Bernhard Strauss, Ph.D.

Nina Stuhldreher, M.Sc.

Susan Tefikow, M.Sc.

Tobias Teismann, Ph.D.

Ulrike Willutzki, Ph.D.

Joerg Wiltink, M.D.

Eric Leibing, D.Sc.

Objective: Various approaches to cognitive-behavioral therapy (CBT) have been shown to be effective for social anxiety disorder. For psychodynamic therapy, evidence for efficacy in this disorder is scant. The authors tested the efficacy of psychodynamic therapy and CBT in social anxiety disorder in a multicenter randomized controlled trial.

Method: In an outpatient setting, 495 patients with social anxiety disorder were randomly assigned to manual-guided CBT (N=209), manual-guided psychodynamic therapy (N=207), or a waiting list condition (N=79). Assessments were made at baseline and at end of treatment. Primary outcome measures were rates of remission and response, based on the Liebowitz Social Anxiety Scale applied by

raters blind to group assignment. Several secondary measures were assessed as well.

Results: Remission rates in the CBT, psychodynamic therapy, and waiting list groups were 36%, 26%, and 9%, respectively. Response rates were 60%, 52%, and 15%, respectively. CBT and psychodynamic therapy were significantly superior to waiting list for both remission and response. CBT was significantly superior to psychodynamic therapy for remission but not for response. Between-group effect sizes for remission and response were small. Secondary outcome measures showed significant differences in favor of CBT for measures of social phobia and interpersonal problems, but not for depression.

Conclusions: CBT and psychodynamic therapy were both efficacious in treating social anxiety disorder, but there were significant differences in favor of CBT. For CBT, the response rate was comparable to rates reported in Swedish and German studies in recent years. For psychodynamic therapy, the response rate was comparable to rates reported for pharmacotherapy and cognitive-behavioral group therapy.

(Am J Psychiatry 2013; 170:759-767)

SOPHO-NET

Ergebnisse outcome

	CBT - ES N=209	PDT - ES N=207	WL - ES N=79
LSAS*	1,29	1,02	0,23
SPAI*	1,24	0,69	0,22
BDI	0,46	0,17	-0,02
IIP-C*	0,71	0,27	0,20
Response LSAS Abnahme \geq 31%	60%	52%	15%
Remission* LSAS \leq 30	36%	26%	8%

*signifikante Unterschiede zugunsten der CBT; Unterschiede aber eher klein
 Daten: multiple imputation, ES: SD_{prä} (alle Gruppen)

UMG



THE AMERICAN JOURNAL OF
PSYCHIATRY

What the BRAIN Initiative Means for Psychiatry
 Cornelia I. Bargmann, Ph.D., and Jeffrey A. Lieberman, M.D. 1038

Out of Sight, Out of Mind: Mental Illness Behind Bars
 David R. Rubinow, M.D. 1041

Exploration of the Patient-Therapist Relationship in Psychotherapy
 Per Høglend, M.D., Ph.D. 1056

◀ Long-Term Outcome of Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Social Anxiety Disorder
 Falk Leichsenring, D.Sc., et al. 1074

October 2014
 Volume 171 • Number 10
 Official Journal of the
 AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
ajp.psychiatryonline.org

UMG

Long-Term Outcome of Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Social Anxiety Disorder

Falk Leichsenring, D.Sc.

Simone Salzer, D.Sc.

Manfred E. Beutel, M.D.

Stephan Herpertz, M.D.

Wolfgang Hiller, Ph.D.

Juergen Hoyer, Ph.D.

Johannes Huesing, Dr.Rer.Medic.

Peter Joraschky, M.D.

Bjoern Nolting, M.D.

Karin Poehlmann, Ph.D.

Viktoria Ritter, D.Phil.Nat.

Ulrich Stangier, D.Sc.

Bernhard Strauss, Ph.D.

Susan Tefikow, Ph.D.

Tobias Teismann, Ph.D.

Ulrike Willutzki, Ph.D.

Joerg Wiltink, M.D.

Eric Leibing, D.Sc.

Objective: Relatively few studies have examined the long-term outcome of psychotherapy in social anxiety disorder. The authors previously reported findings of a clinical trial comparing cognitive-behavioral therapy (CBT), psychodynamic therapy, and a wait-list control. The purpose of the present study was to follow the participants' status over the ensuing 24 months.

Method: Outpatients with social anxiety disorder who were treated with CBT (N=209)

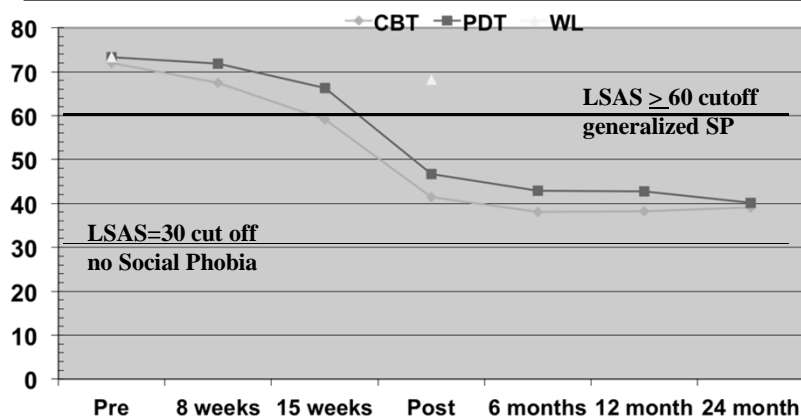
or psychodynamic therapy (N=207) in the previous trial were assessed 6, 12, and 24 months after the end of therapy. Primary outcome measures were rates of remission and response.

Results: For both CBT and psychodynamic therapy, response rates were approximately 70% by the 2-year follow-up. Remission rates were nearly 40% for both treatment conditions. Rates of response and remission were stable or tended to increase for both treatments over the 24-month follow-up period, and no significant differences were found between the treatment conditions after 6 months.

Conclusions: CBT and psychodynamic therapy were efficacious in treating social anxiety disorder, in both the short- and long-term, when patients showed continuous improvement. Although in the short-term, intention-to-treat analyses yielded some statistically significant but small differences in favor of CBT in several outcome measures, no differences in outcome were found in the long-term.

(Am J Psychiatry 2014; 171:1074-1082)

Longterm course (LSAS)

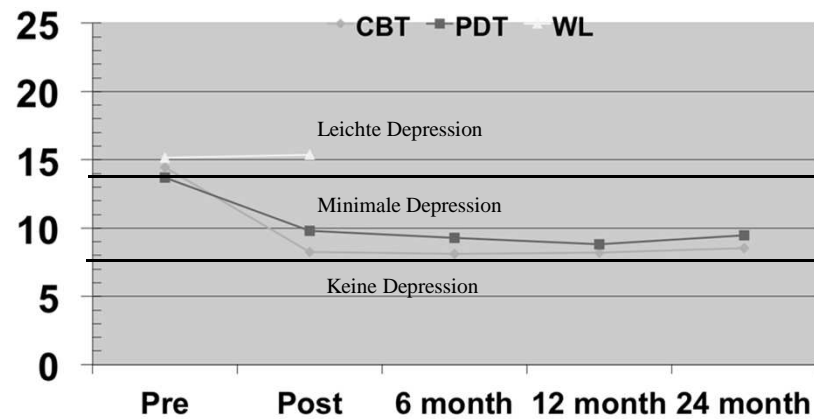


data: multiple imputation

UMG

gefördert vom
Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Longterm course (BDI)



Grenzwerte BDI

- 0-8: Keine Depression
- 9-13: Minimale Depression
- 14-19: Leichte Depression

UMG

gefördert vom
Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

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

UMG



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
- Eingehen auf die Zweifel des Patienten

UMG



Angststörungen

Wie kann ich eine Chronifizierung verhindern?

- keine lange Krankschreibung, 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.

UMG



Angststörungen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



www.psychosomatik.uni-goettingen.de

UMG

