



Angststörungen

Medikamentöse Therapie

Konsensus-Statement – State of the art 2009

Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Bach, Univ.-Doz. Dr. Andreas Conca,
Univ.-Prof. Dr. Richard Frey, O. Univ.-Prof. Dr. Max Hermann Friedrich,
Ass. Prof. Dr. Brigitte Hackenberg, Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Haller,
Univ.-Prof. Dr. Peter Hofmann, Dir. Dr. Marion Kalousek,
Prim. Univ.-Prof. DDr. Michael Lehofer, Prim. Dr. Susanne Lentner,
Prim. Univ.-Prof. Dr. Josef Marksteiner, Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek,
OA Dr. Angela Naderi-Heiden, Univ.-Prof. Dr. Nicole Praschak-Rieder,
Priv.-Doz. Dr. Michael Rainer, Univ.-Prof. DDr. Gabriele-Maria Sachs,
Univ.-Prof. Dr. Harald Schubert, Prim. Dr. Manfred Stelzig, Prim. Dr. Anton Tölk,
Prim. Dr. David Vyssocki, Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata,
Univ.-Prof. Dr. Matthäus Willeit, Prim. Dr. Elmar Windhager, Prim. Dr. Margit Wrobel

Vorsitz: O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Siegfried Kasper,
O. Univ.-Prof. DDr. Hans-Peter Kapfhammer

Unter der Patronanz:



Österreichische
Gesellschaft für
Neuropsychophar-
makologie und Biolo-
gische Psychiatrie

Vorwort



O. Univ.-Prof. Dr. DDR. h.c.
Siegfried Kasper
Univ.-Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie, Wien



O. Univ.-Prof. DDR.
Hans-Peter Kapfhammer
Univ.-Klinik für Psychiatrie,
Graz



Österreichische
Gesellschaft für
Neuropsychophar-
makologie und Biolo-
gische Psychiatrie

Angsterkrankungen zählen gemeinsam mit Depressionen zu den häufigsten Erkrankungen auf dem Gebiet der Psychiatrie und stellen auch in anderen organmedizinischen Richtungen, z.B. der inneren Medizin, einen bedeutsamen Faktor dar. Während vor etwa 20 Jahren lediglich zwischen Angstneurosen und Phobien unterschieden wurde, finden sich nun in der Fachliteratur Unterscheidungen wie z.B. spezifische Phobie, soziale Phobie, Panikstörung mit/ohne Agoraphobie, generalisierte Angsterkrankung, posttraumatische Belastungsstörung sowie Zwangsstörung. Diese Erkrankungen zeigen einen unterschiedlichen Erkrankungsbeginn und -verlauf und bedürfen daher unter einem klinisch-praktischen Gesichtspunkt einer speziellen Beachtung. So kann eine Komorbidität zwischen den Angsterkrankungen untereinander bestehen, jedoch ist diese auch mit anderen psychiatrischen Erkrankungen, vorwiegend der Depression, möglich. Die Bedeutsamkeit der Komorbidität liegt einerseits im Verlauf, andererseits in der Schwere der Erkrankung, da z.B. bei einer komorbiden Angsterkrankung und Depression von einer langsameren Genesung und von höheren Suizidraten ausgegangen werden muss.

Das praktische Interesse im Umgang mit Angsterkrankungen hat mit der Möglichkeit der Therapierbarkeit begonnen: Zuerst wurde die Panikstörung ausführlich untersucht, gefolgt von der sozialen Phobie und der generalisierten Angsterkrankung. Insbesondere durch den Einsatz von Medikamenten der Klasse der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), in weiterer Folge auch anderer spezifisch wirksamer Medikamente aus der Gruppe der Antidepressiva, wurde die Möglichkeit geboten, effektiv und mit einem für den Patienten akzeptablen Nebenwirkungsprofil zu behandeln. Unter einem psychotherapeutischen Gesichtspunkt wurden in letzter Zeit insbesondere kognitiv-verhaltenstherapeutische Aspekte in den Vordergrund gestellt, die ergänzend zu der eher umfassenden Sichtweise, wie sie psychodynamische Konzepte vorgeben, verstanden werden können. Patienten mit Angststörungen haben meistens das Gefühl, dass sie die Einzigen sind, die davon betroffen sind, und dass sie sich aufgrund dieser Symptomatik eher verstecken sollten, da man ihnen keine effektive Behandlung bieten könne. Im Gegensatz dazu zeigen epidemiologische Daten, dass die Erkrankung sehr häufig auftritt, nach Jahren intensiver Forschung gut bekannt ist und günstige Therapieaussichten zeigt.

Das vorliegende Konsensus-Statement stellt die konsensuelle Meinung der Autoren dar. Das ursprünglich im Jahr 2004 herausgegebene Konsensus-Statement wurde vollständig überarbeitet und auf den neuesten wissenschaftlichen Stand gebracht. An dieser Stelle sei auch den sechs Unternehmen der Arzneimittelindustrie gedankt, die für die Entstehung dieser Arbeit eine finanzielle Unterstützung bereitstellten.

Die Grundzüge der in diesem Konsensus-Dokument festgehaltenen Diagnose- und Therapieempfehlungen sollen nicht nur Anhalt für die tägliche Praxis geben, sondern auch entsprechenden politischen Gremien als Ausgangspunkt für einen effektiven und kostengünstigen Umgang mit Angststörungen dienen.

Wir hoffen sehr, dass Ihnen das Konsensus-Dokument „Angststörungen“ für die Behandlung und das Verständnis der Angsterkrankungen nützlich ist, und würden uns über eine Rückmeldung freuen.

In diesem Sinne zeichnen

O. Univ.-Prof. Dr. DDR. h.c. Siegfried Kasper

O. Univ.-Prof. DDR. Hans-Peter Kapfhammer



Angststörungen

1. Begriffsbildung und historischer Abriss der wissenschaftlichen Beschäftigung mit Angststörungen

Angst ist eine ubiquitär vorkommende komplexe Emotion, der nicht von vornherein pathologische Wertigkeit zukommt. Der Begriff selbst leitet sich vom lateinischen „angor“ (Beklemmung, Angst, Unruhe) bzw. „anxietas“ (Ängstlichkeit, Sorgfalt) her und beschreibt seiner althochdeutschen Wurzel „angi, engi“ (= neuhochdeutsch „Enge“) entsprechend „nicht bloß Mutlosigkeit, sondern quälende Sorge, (einen) zweifelnden, beengenden Zustand überhaupt“. Der Zustand kann in Form unterschiedlicher psychischer und physischer Symptome in Erscheinung treten (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1

Psychopathologische Zeichen der Angst

Stimmung: Einengung, Unsicherheit, Beunruhigung, Ausgesetzt-Sein, In-die-Enge-getrieben-Sein, Atem-benommen-Sein, Abgewürgt-Sein, Furcht, Sorge um die Gesundheit, Lebensangst etc.

Antrieb: Spannung, Unruhe, Erregung, Panik, Erstarren

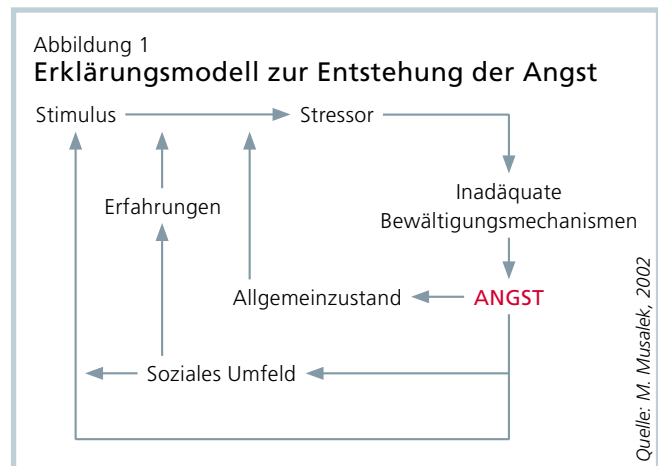
Bewusstsein: Einschränkung der Besonnenheit, der Übersicht, des Denkens etc.

Leibsymptomatik: Kopfdruck, Herzklopfen, zugeschnürter Hals, Herzschmerzen, Zittern, Schwindel, Atemstörungen, Impotenz, Frigidität

Vegetativum: Sympathikuserregung: weite Pupillen, Puls- und Blutdruckanstieg, Mundtrockenheit, Schwitzen, erhöhter Muskeltonus; Parasympathikuserregung: Übelkeit, Erbrechen, Harn-drang, Durchfall

„Das Angstsyndrom ist ein Verhaltensgrundmuster, ist aber individuell sehr verschieden.“ Ch. Scharfetter, 1991

tive und somatoforme Störungen. Im Rahmen der seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts einsetzenden intensiven wissenschaftlichen Beschäftigung mit Angststörungen wurden mannigfache Erklärungsmodelle zu deren Entstehung entwickelt, die von frühen einfachen über später immer komplexer werdenden psychologischen bzw. biologischen Modellen bis hin zu integrativen kybernetischen Modellen reichen und die in ihrer Gesamtheit die bis heute andauernde Vorläufigkeit diagnostischen und pathogenetischen Wissens widerspiegeln. Die möglichen Zusammenhänge und deren Interaktionen miteinander sind in Abbildung 1 festgehalten.



Freud wies in diesem Zusammenhang bereits 1906 darauf hin, „dass in manchen Fällen von Angstneurose sich eine Ätiologie überhaupt nicht erkennen“ (lasse). Trotz des heutigen hohen Wissensstands auf dem Gebiet der Angststörungen, der natürlich über den damaligen weit hinausreicht und im Folgenden noch ausführlich dargestellt wird, ist diesem Satz auch heute noch eine gewisse Aktualität nicht abzusprechen.

In den vergangenen Jahren wurde die Erforschung neurobiologischer Zusammenhänge vermehrt in den Vordergrund gerückt. Interessante und praktisch-therapeutisch relevante Zusammenhänge wurden u.a. aus dem „Molecular Neuroimaging“ abgeleitet. Dies bedeutet z.B. die Erkenntnis, dass – ausgehend von der genetischen Prädisposition – verschiedene, für die Angstverarbeitung relevante Hirnstrukturen (z.B. Nucleus amygdalae) unterschiedliche Aktivierungsmuster zeigen, was einer unterschiedlichen Vulnerabilität (seelische Widerstandsfähigkeit, Resilienz) für Angsterkrankungen entsprechen könnte.

2. Epidemiologie

Systematische Untersuchungen zur Lebenszeitprävalenz von Angsterkrankungen gibt es erst seit den 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts. Demnach liegt die Lebenszeitprävalenz für alle Angsterkrankungen bei ca. 16 Prozent, die 12-Monats-Prävalenz bei ca. zehn Prozent (siehe auch Tabelle 2).

Das pathologische Moment der Angst findet sich vor allem in der erhöhten Intensität und Dauer sowie im Auftreten derselben in einem besonderen (dem Beobachter meist nicht nachvollziehbaren) Kontext und nicht zuletzt auch in der (den) daraus resultierenden Einschränkung(en) der Betroffenen. Die heute üblichen Klassifikationen von Angststörungen wie z.B. ICD-10 und DSM-IV finden sich im Wesentlichen auch in den Beschreibungen von Sigmund Freud, die wiederum ihre Grundlagen in den psychopathologischen Studien von Pierre Janet haben.

Schon in seinen frühen Arbeiten trennte Freud die Angstneurose diagnostisch von der Neurasthenie und reihte sie neben den Zwangsneurosen und der Hysterie in die Gruppe der Neurosen ein. Dementsprechend finden sich z.B. auch im ICD-10 unter der Diagnosehauptkategorie „Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen“ die diagnostischen Unterklassen phobische Störungen und sonstige Angststörungen, Zwangsstörungen sowie Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen bzw. dissozia-

Tabelle 2

Systematische Übersicht über 1-Jahres- und Lebenszeitprävalenzraten der Angststörungen nach der Methode der besten Schätzung auf der Grundlage der weltweit publizierten Studien

| | 1-Jahres-Prävalenz (%) | Lebenszeitprävalenz (%) | Frauen (%) ** | Männer (%) ** |
|-----------------------------|------------------------|-------------------------|---------------|---------------|
| Panikstörung | 0,99 | 1,2 | 2,7 (1,6*) | 1,2 (0,76*) |
| Agoraphobie | 1,6 | 3,1 | 2,9 (4,2) | 1,1 (1,7) |
| Generalisierte Angststörung | 2,6 | 6,2 | 2,6 (8,4) | 1,4 (5,2) |
| Soziale Phobie | 4,5 | 2,5* | 4,6 (2,9*) | 3,0 (1,8*) |
| Spezifische Phobien | 3,0 | 4,9 | 10,6 (8,2*) | 4,4 (3,5*) |
| Angststörungen | 10,6 | 16,6 | 16,4 (18,5) | 8,9 (10,4) |

* Die im Vergleich zur 1-Jahres-Prävalenz niedrigere Lebenszeitprävalenz bei der sozialen Phobie resultiert aus der statistischen Methode der jeweils getrennt durchgeführten besten Schätzung, wobei nicht in allen Studien für beide Zeiträume Daten angegeben waren.

** Für Frauen und Männern folgen zunächst die 1-Jahres-Prävalenzen, in Klammern die Lebenszeitprävalenzen.

Modifiziert nach: Somers et al. 2006

Daten speziell für Österreich liegen nicht vor. Heimische Experten schätzen aber, dass für österreichische Versorgungsverhältnisse im Vergleich zu internationalen Daten von einer sehr ähnlichen Behandlungsbedürftigkeit ausgegangen werden muss. Frauen dürften häufiger als Männer (Verhältnis 2:1) von Angsterkrankungen betroffen sein.

Auffällig ist die Korrelation zwischen Alter und Typ der Angststörung. So treten spezifische Phobien häufig bereits im Kindesalter und soziale Phobien erstmals in der Pubertät auf. Die Panikstörung wiederum gilt als Erkrankung der späten Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters, und generalisierte Angststörungen treten nicht selten erst nach dem 40. Lebensjahr auf.

Zu den psychosozialen Risikofaktoren für die Entwicklung einer Angsterkrankung zählt auch der Familienstatus: Verwitwete oder getrennt lebende Personen erkranken häufiger als ledige oder verheiratete. Besonders vulnerabel sind die Phasen während reifungsabhängiger Verselbstständigungsprozesse.

Auffallend ist die hohe Komorbidität: 30 bis 80 Prozent aller Patienten mit einer Angststörung leiden an einer weiteren Angststörung, auch die Komorbidität mit anderen psychiatrischen Erkrankungen ist hoch. So erkranken bis zu 60 Prozent aller Patienten mit Panikstörungen später auch an einer Depression, darüber hinaus finden sich bei gezielten Untersuchungen überproportionale Komorbiditätsraten zwischen Angststörungen und verschiedenen Substanzabhängigkeiten – speziell von Alkohol und Tranquilizern.

3. Genese

3.1. Biologische Grundlagen

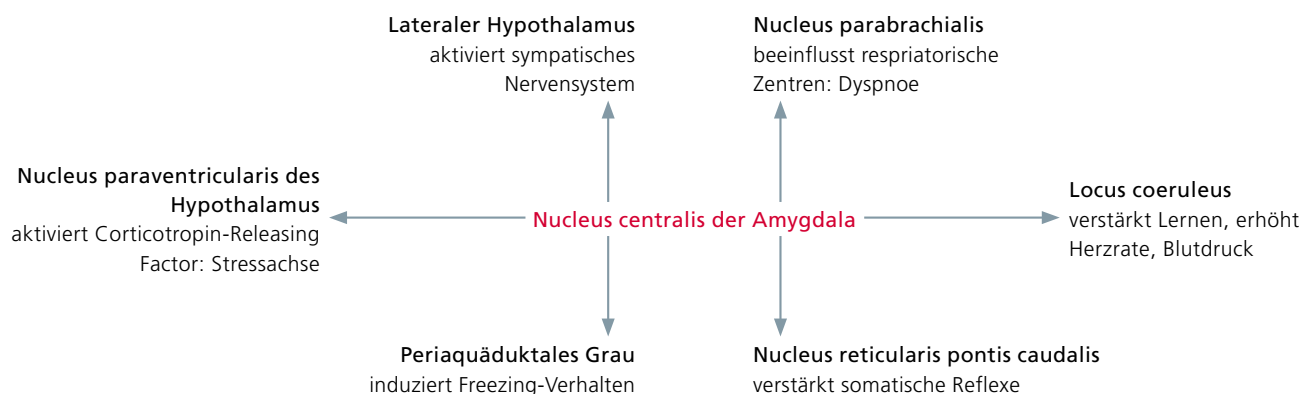
Angststörungen werden neurobiologisch im Zusammenhang mit Balancestörungen der Neurotransmitter Serotonin, Noradrenalin, Dopamin, GABA und Glutamat diskutiert. Medikamentöse Strategien bei Angsterkrankungen, die diese Neurotransmittersysteme beeinflussen, sind daher auch aus neurobiologischer Sicht sinnvoll. Entsprechende Hinweise zur Abstützung neurobiologischer Hypothesen konnten mittlerweile durch moderne molekularbiologische Tiermodelle sowie durch bildgebende Verfahren (z.B. Positronenemissionstomographie, PET oder funktionelles MRI) und biochemische Nachweise gewonnen werden. Der Aktivität der Amygdala mit ihren vielfältigen Verbindungen zu zahlreichen motorischen, viszeralen und humoralen Reaktionssystemen kommt innerhalb eines neuronalen Angstregelkreises eine zentrale Bedeutung zu (vgl. Abbildung 2). Eine genetische Prädisposition kann vorliegen. Pathophysiologisch können sich Störungen von Schilddrüse, Nebenniere und Wachstumshormonen ungünstig auf die Entwicklung einer Angsterkrankung auswirken.

3.2. Psychosoziale Grundlagen

Die Ätiologie der Angststörungen lässt sich anhand verschiedener Modelle beschreiben: neurobiologischer Modelle, Modelle genetischer Disposition sowie psychologischer Modelle. Zu den psychologischen Modellen zählen Persönlichkeitsmodelle, kognitive Schemata, soziale Kompetenz, Entwicklungsmodelle, lerntheoretische sowie psychodynamische Modelle. Die individuelle neurobiologische Vulnerabilität wirkt dabei prädisponierend, sofern ent-

Abbildung 2

Grundlegende Efferenzen des zentralen Nucleus der Amygdala in der Vermittlung der Angstreaktionen



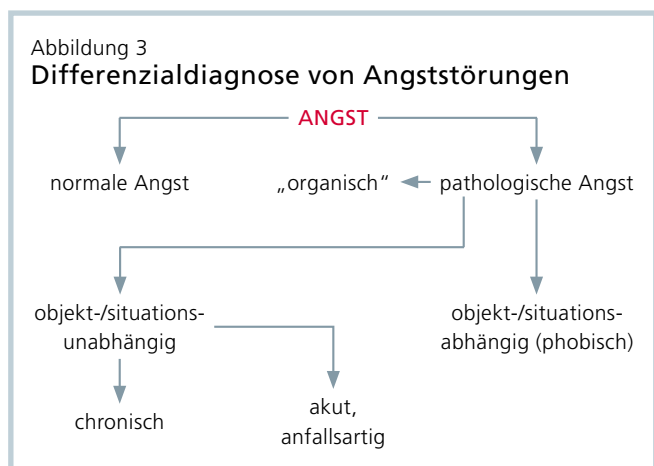
Nach: Ninan u. Dunlop 2005

sprechende psychosoziale Faktoren zutreffen. Es gibt eine Reihe von psychosozialen Ursachen der Angststörungen: zu den häufigsten zählen emotional belastende Erlebnisse während der Kindheit bzw. Jugend, Missbrauch, das Modelllernen am Beispiel sozial ängstlicher Eltern sowie ungünstige Bindungsstile der Eltern wie etwa Überbehütung oder Demütigung. Menschen mit Angststörungen nehmen ihre Umwelt bewusster wahr und treffen mitunter Fehlurteile über die Gefährlichkeit einer Situation. So kann es zu unangepasstem Vermeidungsverhalten kommen.

4. Diagnostik

Bei der klinisch relevanten „pathologischen“ Angst sollte die „organische“ Angst von den objekt- oder situationsunabhängigen oder -abhängigen (phobischen) Angstzuständen unterschieden werden. Objekt-/situationsunabhängige Angst kann wiederum in chronische und akute, anfallsartige Zustände unterteilt werden (siehe auch Abbildung 3).

Da es sich bei Angst um eine ubiquitär vorkommende, normale, lebenserhaltende Emotion handelt, liegt der Unterschied zwischen „Normalangst“ und „pathologischer Angst“ nicht in der Qualität derselben, sondern in der Dauer und der Intensität, im Kontext ihres Auftretens und etwaiger aus ihr folgender Beeinträchtigungen bzw. Freiheitsgradverluste.



Als „organisch bedingte“ Angstzustände kann man jene bezeichnen, die z.B. auf eine Stoffwechselentgleisung (z.B. Hyperthyreose), Gehirnverletzung, eine Entzündung bzw. einen Tumor zurückgeführt werden können.

Die wichtigsten Differenzialdiagnosen unter den Angststörungen sind phobische Störungen, Panikstörung, generalisierte Angststörung, Zwangsstörung, Anpassungsstörung, akute Belastungsstörung und posttraumatische Belastungsstörung (siehe Tabelle 3).



Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Bach
Abteilung für Psychiatrie, Landeskrankenhaus Steyr



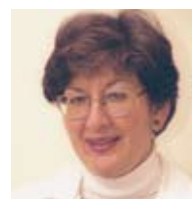
Univ.-Doz. Dr. Andreas Conca
1. Abteilung für Psychiatrie I, Landeskrankenhaus Rankweil



Univ.-Prof. Dr. Richard Frey
Klin. Abt. für Biologische Psychiatrie, Univ.-Klinik für Psychiatrie, Wien



O. Univ.-Prof. Dr. Max Hermann Friedrich
Univ.-Klinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Wien



Ass. Prof. Dr. Brigitte Hackenberg
Univ.-Klinik für Kinder- und Jugendheilkunde



Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Haller
Sonderkrankenanstalt für Suchtkranke Frastanz

Tabelle 3

Diagnostische Klassifikation nach ICD-10

F40 Phobische Störung

- F40.0 Agoraphobie
 - .00 ohne Panikstörung
 - .01 mit Panikstörung
- F40.1 soziale Phobie
- F40.2 spezifische (isolierte) Phobien

F41 Andere Angststörung

- F41.0 Panikstörung
- F41.1 generalisierte Angststörung
- F41.2 Angst und depressive Stimmung, gemischt

F42 Zwangsstörung

- F42.0 vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang
- F42.1 vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale)
- F42.2 Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt

F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

- F43.0 akute Belastungsreaktion
- F43.1 posttraumatische Belastungsstörung
- F43.2 Anpassungsstörungen
 - .20 kurze depressive Reaktion
 - .21 längere depressive Reaktion
 - .22 Angst und depressive Reaktion, gemischt
 - .23 mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen
 - .24 mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens

4.1. Phobische Störungen

Allen phobischen Störungen gemeinsam ist die irrationale Furcht vor bestimmten Situationen oder Objekten, die zu einem Vermeidungsverhalten und somit zur Kontrolle der umschriebenen Angst führt. Häufig treten phobische Störungen in Bezug auf Tiere, enge Räume, Höhen, Flugzeuge, gefährliche Gegenstände, Blut, körperliche Verletzungen, medizinische Utensilien oder medizinische Orte auf.

4.1.1. Agoraphobie

Bei der Agoraphobie kommt es zum Vermeidungsverhalten gegenüber Situationen, in denen das Auftreten von Angstanfällen befürchtet wird. Zentrales Thema ist die Angst, in eine hilflose Situation geraten zu können. Es kommt zu einer gehäuften Assoziation mit Panikanfällen und in vielen Fällen auch zur Angst vor weiteren Angstanfällen (Phobophobie). Die Erkrankung neigt zur Generalisierung mit allen sekundären psychosozialen und psychiatrischen Konsequenzen.

4.1.2. Soziale Phobie

Die soziale Phobie ist charakterisiert durch unangemessene, häufig chronische Angst und Vermeidung von sozialen Situationen, in denen

der Betroffene einer interpersonalen Bewertung ausgesetzt sein könnte. Hinzu kommt die Angst vor leistungsbezogenem Versagen, sozialer Beschämung und Demütigung. Sozialphobische Ängste zeigen ein breites Spektrum und können spezifisch (d.h. nur in wenigen Situationen) bis generalisiert sein. Typisch ist die ausgeprägte Erwartungsangst bei bevorstehender Konfrontation.

4.2. Panikstörung

Unerwartete, meistens ohne unmittelbar subjektiv wahrgenommene Gefahr auftretende Angstanfälle (Dauer meist bis zu 15 Minuten) ohne somatisch-medizinische Ursache werden als Panikstörung bezeichnet. Typisch ist die anhaltende Besorgnis vor wiederkehrenden Angstanfällen (antizipatorische Angst). Die Anfälle sind durch ein crescendohaftes Ansteigen der furchtsamen Empfindung charakterisiert, und die Patienten zeigen eine Vielzahl somatischer Symptome. Häufig sind Todesangst, das Gefühl des Kontrollverlusts oder einer unmittelbar bevorstehenden seelischen und/oder körperlichen Katastrophe, Depersonalisation und Derealisation. Aus der antizipatorischen Angst (Phobophobie, Angst vor der Angst) resultiert zudem häufig ein agoraphobes Vermeidungsverhalten.

4.3. Generalisierte Angststörung (GAD)

Die generalisierte Angststörung ist charakterisiert durch ein anhaltend erhöhtes Angstniveau ohne beherrschende Paniksymptome sowie ohne klare phobische Ausrichtung der Angst. Unrealistische Besorgnis und übertriebene Katastrophenerwartungen dominieren. Die Patienten zeigen weiterhin muskuläre Verspannungen, autonom-nervöses Hyperarousal sowie Hypervigilanz in Bezug auf die Umwelt. Die Erkrankung neigt zur Chronifizierung.

4.4. Zwangsstörung (OCD)

Zwang wird definiert als Gefühl eines subjektiven Gezwungenseins (intrusiv), dominiert von innerem willentlichem Widerstand (ich-dyston) und erhaltener Einsichtsfähigkeit. Mentale Erlebnisse wie Zwangsvorstellungen sind ebenso häufig wie Zwangshandlungen, etwa Waschen, Zählen, Wiederholen oder Ordnen. Inhaltlich werden Schmutz und Kontamination ebenso thematisiert wie Sexualität oder Religion, aber auch unbelebt-immaterielle Aspekte wie Ordnung oder Ästhetik. Die Patienten sind einem unangenehmen, quälenden und angstbesetzten emotionalen Distress ausgesetzt. Das Spektrum der Symptome ist breit und reicht von abnormer Risikoabschätzung mit erhöhter Angstbereitschaft über pathologische Zweifel bis hin zu einem inneren Unvollständigkeitsgefühl.

4.5. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Eine psychotraumatische Störung tritt unmittelbar oder mittelbar auf unterschiedliche psychosoziale oder psychobiologische Stressoren auf und ist explizit ereignisbezogen. Problematisch kann jedoch die Definition von Belastung und Trauma sein. In Abhängigkeit von Schwere, syndromaler Ausprägung und Verlaufsdynamik der Reaktionen werden folgende Störungen unterschieden: Anpassungsstörung, akute Belastungsstörung und posttraumatische Belastungsstörung.

4.5.1. Anpassungsstörung

Die Anpassungsstörung ist eine über einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten andauernde maladaptive Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Stressoren, die jedoch nicht von ungewöhnlicher Schwere (im Vergleich zur akuten Belastungsstörung bzw. PTSD)

Tabelle 4

Kurzbeschreibung der Angststörungen anhand von ICD-10- und DSM-IV-Definition

Panikstörung: Die Panikstörung ist durch häufige Panikattacken charakterisiert. Panikattacken sind Zustände mit intensiver Angst und Unwohlsein, die nach ICD-10 von mindestens vier von insgesamt 14 somatischen und psychischen Symptomen begleitet werden (13 bei DSM-IV). Eine Panikattacke erreicht ihren Höhepunkt nach zehn Minuten und dauert im Durchschnitt 30 bis 45 Minuten. Oft fürchtet der Patient, unter einer schwerwiegenden körperlichen Erkrankung zu leiden, wie z.B. an einem Herzinfarkt.

Agoraphobie: Etwa zwei Drittel der Patienten mit einer Panikstörung leiden gleichzeitig unter einer Agoraphobie, die durch Furcht an Orten und in Situationen gekennzeichnet ist, in denen ein Entkommen schwierig oder medizinische Hilfe nicht verfügbar wäre, wenn eine Panikattacke aufträte würde. Beispiele für solche Situationen sind Menschenmengen, Schlangestehen, weit weg von zu Hause sein oder Reisen in öffentlichen Verkehrsmitteln. Die Situationen werden vermieden bzw. unter Unwohlsein und Angstzuständen ertragen.

Generalisierte Angststörung: Die Hauptmerkmale der generalisierten Angststörung sind übergroße Befürchtungen und Sorgen. Die Patienten leiden weiterhin an körperlichen Angstsymptomen sowie unter Ruhelosigkeit, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Muskelverspannungen, Schlafstörungen und leichter Ermüdbarkeit. Die Patienten neigen zu Sorgen, dass z.B. ein Verwandter ernsthaft krank werden oder einen Unfall haben könnte.

Spezifische Phobie: Als spezifische Phobie wird eine exzessive und übertriebene Angst vor einzelnen Objekten oder Situationen bezeichnet (Fliegen im Flugzeug, Höhen, Tiere, Anblick von Blut und Verletzungen usw.).

Soziale Phobie: Diese Erkrankung wird durch eine deutliche andauernde und übertriebene Angst gekennzeichnet, durch andere Leute negativ in sozialen Situationen beurteilt zu werden. Sie ist mit körperlichen und kognitiven Symptomen verbunden. Die Situationen werden vermieden oder unter intensiver Angst und Unwohlsein ertragen. Typisch für solche Situationen sind Sprechen in der Öffentlichkeit, Sprechen mit Unbekannten oder die Furcht, der kritischen Beurteilung durch andere Menschen ausgesetzt zu sein.

Zwangsstörung: Die Zwangsstörung wird durch Zwangshandlungen und Zwangsgedanken (oder beides) gekennzeichnet, die wegen des damit verbundenen Unwohlseins, des Zeitaufwands für die Zwangshandlungen und der Einschränkung der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit zu starken Beeinträchtigungen führen.

Beispiele für Zwangsgedanken sind Furcht vor Ansteckung oder sich aufdrängende sexuelle, körperliche oder religiöse Vorstellungen. Beispiele für Zwangshandlungen sind Wasch-, Kontroll-, Wiederholungs-, Ordnungs- oder Zählzwang, Horten von Gegenständen oder Angst vor Berührung.

Posttraumatische Belastungsstörung: Ausgelöst durch ein traumatisches Ereignis von außergewöhnlicher Schwere, entweder innerhalb von sechs Monaten oder danach (verzögerter Typ) auftretend. Unausweichliche Erinnerung oder Wiederinszenierung des Ereignisses im Gedächtnis, in Tagträumen oder Träumen. Symptomatologisch eher uncharakteristisch, Gefühlsabstumpfung, emotionaler Rückzug, vegetative Störung, Vermeidung von Reizen, die eine Wiedererinnerung an das Trauma hervorrufen können.

sein soll. Die Leitsymptome sind Angst, Depressivität und inadäquates Sozialverhalten. Die Erkrankung muss abgegrenzt werden von normalen „adaptiven“ Reaktionen auf psychosoziale Probleme, von spezifischen Achse-I-Störungen (z.B. Depression) und unterschweligen (subsyndromalen) Störungen. Auffallend ist die hohe Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen.

4.5.2. Akute Belastungsstörung

Die akute Belastungsstörung setzt ein Trauma von ungewöhnlicher Schwere voraus. Die Reaktion dauert zwischen zwei Tagen und einem Monat. Charakteristisch ist das Vorhandensein von Symptomclustern (intrusiv, vermeidend oder autonom). Symptomatologische Schwerpunkte sind (vor allem in der Konzeptualisierung nach DSM-IV) weiters akut dissoziative Symptome wie Gefühlsbetäubung, Entfremdung, Mangel an emotionaler Reagibilität, Depersonalisation oder Derealisation sowie dissoziative Amnesie.

4.5.3. Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)

Im Zentrum einer posttraumatischen Belastungsstörung steht ein erlebtes Trauma, das lebensbedrohlich war und subjektiv Gefühle von Furcht, Horror oder Hilflosigkeit vermittelte. Diese Traumata führen zu atypischen, nicht normativen Stressreaktionen. Betroffene erleben das Trauma wieder oder erinnern sich daran, vermeiden äußere und innere traumabezogene Stimuli, leiden unter autonomem Hyperarousal und assoziierten Defiziten. Eine posttraumatische Belastungsstörung dauert zumindest vier Wochen an. Zur Diagnosestellung einer PTSD müssen folgende Kriterien erfüllt sein (in Anlehnung an ICD-10): ein traumatisches Ereignis (bei dem das Individuum anwesend war) außerhalb der menschlichen Erfahrung oder die Beobachtung eines solchen, ein unwillkürliches ständiges bildhaftes Wiedererleben des Traumas („Flashbacks“, „Intrusionen“), das Vermeiden von Reizen, die mit dem Trauma assoziiert werden, eine Verminderung der Reagibilität („emotionale Erstarrung“), anhaltende Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus („Hyperarousal“) sowie die Dauer der Symptome (länger als einen Monat).

4.5.4. Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters/Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters

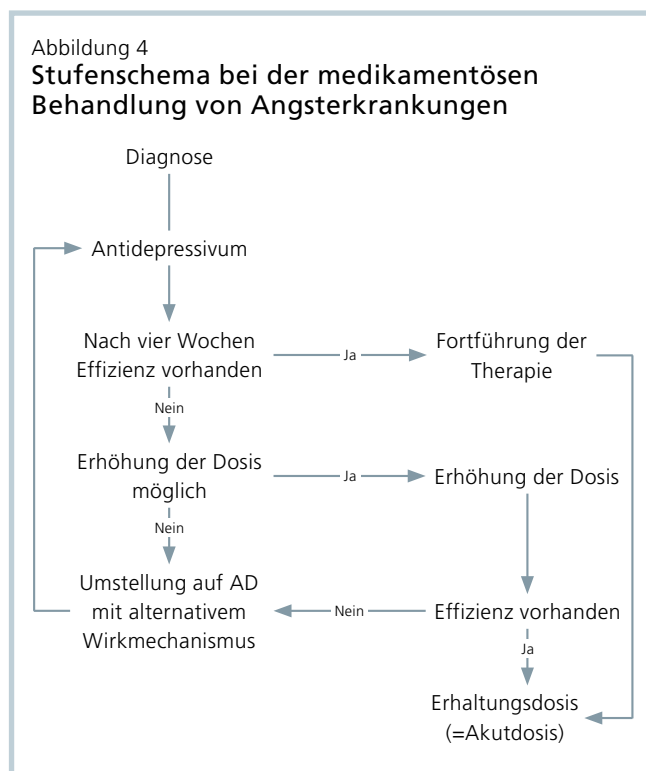
Beide Störungen sind für das Kindesalter typisch, beginnen in der Regel vor dem sechsten Lebensjahr und manifestieren sich häufig durch Schulverweigerung („Schulphobie“) und Somatisierung. Im Vordergrund steht entweder eine fokussierte, übermäßige Angst vor der Trennung von solchen Personen, an die das Kind gebunden ist, oder eine durchgängige oder wiederkehrende Angst vor fremden Personen. In beiden Fällen kommt es durch die unangemessene Angst zu einer Beeinträchtigung der sozialen Beziehungen und der schulischen Leistung durch Abwesenheit. Eine Dauer von mindestens vier Wochen ist für die Diagnose nach dem „Multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS)“ nach ICD-10 erforderlich.

5. Therapie

5.1. Medikamentöse Therapie

Eine Reihe von Substanzen und Substanzklassen können zur Therapie von Angsterkrankungen eingesetzt werden. Zum Teil sind die therapeutischen Erfolge evidenzgesichert, zum Teil finden Substanzen Verwendung, die sich in der klinischen Praxis bewährt haben, für die jedoch noch keine spezifische Indikation vorliegt. Die pharmakologische Therapie von Angsterkrankungen gliedert sich genauso wie die Therapie einer Depression in drei Phasen: Zu Beginn wird eine Akuttherapie verordnet, nach Stabilisierung eine Erhaltungstherapie, und schließlich wird mit einer prophylaktischen Therapie ein Rückfall verhindert.

Generell sollte bei selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) und Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern (SNRI) am Anfang eine reduzierte Standarddosis verordnet, d.h. einschleichend dosiert werden, ebenso kann eine Komedikation mit Benzodiazepinen zu Beginn der Akuttherapie sinnvoll sein. In Analogie zur Therapie depressiver Erkrankungen können Dosierungsschritte bzw. Dosierungsumstellungen von Antidepressiva auch bei Angsterkrankungen vorgenommen werden, wie aus Abbildung 4 ersichtlich ist. Bei Angstpatienten erscheint eine Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Pharmakotherapie besonders empfehlenswert, um die Compliance zu sichern.



Univ.-Prof. Dr.
Peter Hofmann
Univ.-Klinik für
Psychiatrie, Graz



Dir. Dr.
Marion Kalousek
Ärztliche Direktion, SMZ
Baumgartner Höhe Otto-
Wagner-Spital, Wien



Prim. Univ.-Prof. DDR.
Michael Lehofer
Landesnervenklinik
Sigmund Freud, Graz



Prim. Dr.
Susanne Lentner
API SKH für Alk., Medi-
kam.- und Drogenabh.,
Kalksburg Wien



Prim. Univ.-Prof. Dr.
Josef Marksteiner
Abteilung für Psychiatrie
und Psychotherapie,
LKH Klagenfurt



Prim. Univ.-Prof. Dr.
Michael Musalek
API SKH für Alk.-, Medi-
kam.- und Drogenabh.,
Kalksburg Wien

Antidepressiva und andere Medikamente zur Behandlung von Angststörungen*

| Substanzgruppen | ASRI | SSRI | | | | | SNRI | |
|--|------------------------|-----------------------|--------------|------------|-----------|--------------------------|---|------------------------------------|
| Wirkstoffe | Escitalopram | Citalopram | Fluoxetin | Fluvoxamin | Paroxetin | Sertralin | Duloxetin | Milnacipran |
| Pharmakodynamik | | | | | | | | |
| Serotonin (5-HT) | +++ ¹ | +++ | +++ | +++ | +++ | +++ | +++ | +++ |
| Noradrenalin (NA) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | +++ | +++ |
| Monoaminoxidase (MAO) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Anticholinerg (mACh) | 0 | 0 | 0 | 0 | + | 0 | 0 | 0 |
| Antihistaminerg (H ₁) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Serotonin-2-Rezeptorblocker (5-HT ₂) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Dopamin (DA) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | + | 0 | 0 |
| α ₁ -Blocker (α ₁) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| α ₂ -Blocker (α ₂) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Glutamat | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Melatonin (MT ₁ , MT ₂) | – | – | – | – | – | – | – | – |
| α ₂ δ-Ligand von spannungsabhängigen Ca-Kanälen | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Pharmakokinetik | | | | | | | | |
| Metabolit | Desmethyl-Escitalopram | Didemethyl-Citalopram | Norfluoxetin | – | – | N-Desmethyl-Sertralin | 4-Hydroxy-Dul., 5-Hydroxy-6-Methoxy-Duloxetin (beide inaktiv) | – |
| Halbwertszeit (h) | 30 | 35 | 96 | 13–22 | 24 | 22–36 | 12 | 8–10 |
| Bioverfügbarkeit (%) | 80 | 80 | 85 | 53 | 65 | 88 | 50 | 85 |
| Plasmaeiweißbindung (%) | 80 | 80 | 75 | 80 | 95 | 98 | 96 | 13 |
| Dosierung (mg/Tag)⁵ | | | | | | | | |
| Soziale Phobie | 10–20 | – | – | – | 20–50 | 25–200 | – | – |
| Panikstörung | 5–20 | 5–30 | – | – | 10–60 | 25–200 | – | – |
| Zwangsstörungen | 10–20 | 5–60 | 10–80 | 50–300 | 20–60 | 50–200 | – | – |
| Zwangsstörungen Kinder | – | – | – | – | – | 50 (25–200) ⁹ | – | – |
| Postramat. Belastungsstörungen | – | – | – | – | 20–50 | 25–200 | – | – |
| Generalisierte Angststörung | 10–20 | – | – | – | 20–50 | – | 30–60 | – |
| Depression | 10–20 | 5–40 | 10–80 | 50–300 | 20–50 | 50–200 | 60–120 | 25–100 aufgeteilt in 2 Einzelgaben |
| Nebenwirkungen | | | | | | | | |
| Anticholinerge Wirkung | 0 | 0 | 0 | 0 | + | 0 | 0 ³ | 0 ³ |
| Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe | ++ | ++ | ++ | ++ | ++ | ++ | ++ | + |
| Sedierung | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Agitation, Schlafstörungen | + | + | ++ | ++ | + | ++ | + | + |
| Sexuelle Funktionsstörungen | + | + | ++ | + | ++ | + | 0 | 0 |
| Orthostatische Hypotonie | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Gewichtszunahme | 0 | 0 | 0 | + | 0/+ | 0 | 0 | 0 |
| EKG-Veränderungen | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Thrombozytenaggregationshemmung | ++ | ++ | ++ | ++ | ++ | ++ | 0 | 0 |

* Die Angaben beziehen sich auf mögliche Anfangsdosierung bei Einstellung der Patienten bis zur maximal empfohlenen Tagesdosis.

Fußnoten:

- 1) Selektive allosterische Bindung
- 2) Nur in Depressionsstudien mit Kapseln, bei anderen Indikationen und Tabletten nicht vorgekommen
- 3) Pseudoanticholinerge, noradrenerge Wirkung wie z.B. Mundtrockenheit, Obstipation, Schwitzen
- 4) Klinisch wahrscheinlich unbedeutende Serotonin-Wiederaufnahmevermehrung

- 5) Dosierungen beziehen sich auf die „Indikation“
- 6) Antagonistische Wirkung auf 5-HT_{2c}-Rezeptoren
- 7) Stationär bis 600mg
- 8) Stationär bis 600mg, ab 75mg für geriatrische Patienten
- 9) 25–200mg beziehen sich auf das Alter 6–12 Jahre, 50mg initial auf 13–17 Jahre

| | GM | NaSSA | SARI | NARI | RIMA | Andere | Antikonvulsiva |
|------------------------------|--|----------------------|-----------------------------|----------------------------------|--|--|----------------|
| Venlafaxin ER | Tianeptin | Mirtazapin | Trazodon | Reboxetin | Moclobemid | Agomelatin | Pregabalin |
| +++ | ++ ⁴ | +++ | + | + | 0 | +++ ⁶ | 0 |
| +++ | 0 | ++ | - | +++ | 0 | 0 | 0 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | ++ | 0 | 0 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 0 | 0 | ++ | + | 0 | 0 | 0 | 0 |
| + | - | ++ | +++ | 0 | 0 | 0 | 0 |
| + | 0 | 0 | - | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 0 | 0 | 0 | ++ | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 0 | - | +++ | + | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - | +++ | - | - | - | - | 0 | 0 |
| - | - | - | - | - | - | +++ | 0 |
| - | - | - | - | - | - | - | +++ |
| O-Desmethyl-Venlafaxin (ODV) | extensiv metabolisiert, 2 Hauptmetaboliten | Desmethyl-Mirtazapin | Metachloro-phenyl-Piperazin | - | geringe Nachweisbarkeit pharm. aktiver Metaboliten | hydroxyliertes und demethyliertes Agomelatin (beide inaktiv) | - |
| 15 | 2,5-7,2 | 20-40 | 9,1 | 13 | 2-4 | 1-2 | 6,3 |
| 45 | 99 | 50 | 100 | 60 | 50-80 | <5 | ≥90 |
| 27 | 95 | 85 | 85-95 | 92-97 | 50 | 95 | - |
| 75-225 | - | - | - | - | 600 | - | - |
| - | - | - | - | - | - | - | - |
| - | - | - | - | - | - | - | - |
| - | - | - | - | - | - | - | - |
| - | - | - | 150-300 ⁷ | - | - | - | - |
| 75-225 | - | - | 150-300 ⁷ | - | - | - | 150-600 |
| 75-375 | 3x12,5 | 15-45 | 150-300 ⁸ | 8-12 aufgeteilt in 2 Einzelgaben | 300-600 aufgeteilt in 2 Einzelgaben | 25-50 | - |
| 0 ³ | 0 | 0 | 0 | 0 ³ | 0 | 0 | 0 |
| ++ | + | 0 | + | + | 0 | + | + |
| 0 | 0 | ++ | ++ | 0 | 0 | 0 | ++ |
| + | 0 | 0 | 0 | ++ | + | 0 | 0 |
| + | 0 | 0 | 0 | + | 0 | 0 | + |
| 0 | 0 | + | + | ++ | 0 | 0 | 0 |
| 0 | 0 | ++ | 0 | 0 | 0 | 0 | + |
| + ² | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Legende:

- keine Daten verfügbar bzw. keine Indikation
- 0 keine Wirkung
- + geringe Wirkung
- ++ moderate Wirkung
- +++ starke Wirkung

Abkürzungen:

- ASRI: Allosterischer Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
- SSRI: Selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
- SNRI: Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
- GM: Glutamat-Modulator

- NaSSA: Noradrenalin- und Serotonin-spezifisches Antidepressivum
- SARI: Serotonin-Antagonist und Wiederaufnahmehemmer
- NARI: Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
- RIMA: Reversibler Monoaminoxidase-A-Inhibitor

Zur Beurteilung von Therapieeffekten bei Angststörungen ist eher ein längerer Zeitraum zu veranschlagen als bei depressiven Störungen, bevor Änderungen/Umstellungen vorgenommen werden.

5.1.1. Benzodiazepine

Benzodiazepine werden im klinischen Alltag sehr häufig verordnet. Sie nehmen einen zentralen Stellenwert in der Psychopharmakotherapie von Angsterkrankungen, vor allem in der Akutbehandlung, ein. Die anxiolytische Wirksamkeit dieser Substanzgruppen, insbesondere auf somatische, angstassoziierte Symptome, ist durch mehrere kontrollierte Studien belegt. Trotz guter Wirksamkeit treten häufig Nebenwirkungen wie Sedierung, Benommenheit, verzögerte Reaktionsfähigkeit, Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten etc. auf.

Da es sich bei Angststörungen meist um chronische Krankheiten handelt, die eine längerfristige Pharmakotherapie erfordern, ist jedoch die Behandlung mit Benzodiazepinen problematisch. Das Hauptproblem einer längerfristigen Benzodiazepinbehandlung besteht einerseits in der Gefahr einer Abhängigkeits- und Toleranzentwicklung, andererseits in der kognitiven Beeinträchtigung. Während eines Benzodiazepinentzugs kommt es auch regelhaft zu einer Zunahme von Angst und innerer Unruhe.

Aus diesem Grund erfordert die Behandlung mit Benzodiazepinen eine kritische Abwägung gegenüber alternativen Behandlungen. Nach einer Behandlungsdauer von vier bis sechs Wochen kann meist ein vorsichtiges Reduzieren und schließlich Absetzen der Benzodiazepine erfolgen. In einer Langzeitperspektive ist zu empfehlen, das Benzodiazepin zusammen mit einem serotonergen Antidepressivum zu kombinieren und es dann sukzessiv zu reduzieren und auszuschleichen.

Die Erfahrungen mit einem mehrmonatigen Einsatz von Benzodiazepinen zeigen, dass ein maximaler Therapieeffekt nach sechs Wochen beobachtet wird, darüber hinaus aber kaum mehr ein Zuwachs an positiver Wirksamkeit erreicht wird. Einige Patienten – vor allem jene mit einer bereits langfristigen und kontrollierten Benzodiazepineinnahme – können auch auf diesem medikamentösen Regime wirksam und sicher belassen werden. Dies vor allem dann, wenn wiederholte Versuche einer Umstellung auf ein Antidepressivum mit wesentlicher Symptomverschlechterung einhergingen.

5.1.2. Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)

Die Wirksamkeit der meisten SSRI wurde bei Panikstörung, generalisierter Angststörung, Sozialphobie, posttraumatischer Belastungsstörung sowie Zwangsstörung in einer Reihe von doppelblind plazebokontrollierten Studien belegt. Zu Beginn der Behandlung können jedoch bei manchen Patienten Nebenwirkungen wie Unruhe, Zunahme der Angstsymptome und Schlafstörungen auftreten, die durch eine reduzierte Anfangsdosis oder durch Zugabe von Benzodiazepinen gemildert bzw. verhindert werden können. Angesichts der guten Wirksamkeit, des günstigen Nebenwirkungsprofils und der Sicherheit sind mehrere SSRI als First-line-Therapeutika für die Behandlung unterschiedlicher Angststörungen anzusehen.

5.1.2.1. Citalopram: Citalopram hat sich als gut wirksames First-line-Therapeutikum bei verschiedenen Indikationen der Angsterkrankungen etabliert. Die empfohlene Anfangsdosis beträgt 5 bis 10mg täglich, die empfohlene Tagesdosis nach Einstellung 20 bis 60mg täglich.

5.1.2.2. Escitalopram: Escitalopram, das S-Enantiomer von Citalopram, stellt die pharmakologische Weiterentwicklung von Citalopram dar. Die Wirksamkeit von Escitalopram bei Sozialphobie konnte in randomisierten, doppelblinden, plazebokontrollierten Kurz- und Langzeitstudien nachgewiesen werden. Gute Wirksamkeit zeigte sich ebenfalls in kontrollierten Studien bei generalisierter Angststörung und bei Panikstörung. Weiters senkt eine Erhaltungstherapie mit Escitalopram bei generalisierter Angststörung das Rückfallrisiko. Die empfohlene Anfangsdosis beträgt 5 bis 10mg täglich, die empfohlene Tagesdosis nach Einstellung 10 bis 20mg täglich.

5.1.2.3. Fluoxetin: Fluoxetin hat sich in kontrollierten Studien, insbesondere auch bei Zwangsstörungen, als effektiv erwiesen. Die empfohlene Anfangsdosis beträgt 10 bis 20mg täglich, die empfohlene Tagesdosis nach Einstellung 20 bis 80mg täglich. Fluoxetin ist nicht für GAD bzw. Panikstörung zugelassen. Entsprechende Studien haben für diese Indikation keinen Effekt erkennen lassen.

5.1.2.4. Fluvoxamin: Fluvoxamin entfaltet eine günstige Wirkung bei Zwangsstörung und Panikstörung. Die empfohlene Anfangsdosis beträgt 50mg täglich, die empfohlene Tagesdosis nach Einstellung 100 bis 300mg täglich.

5.1.2.5. Paroxetin: Paroxetin hat sich in einer Reihe von Studien als gut wirksame Substanz bei sozialer Phobie, Panikstörung, Zwangsstörung, posttraumatischer Belastungsstörung und generalisierter Angststörung – auch über einen längeren Beobachtungszeitraum hin – erwiesen. Die empfohlene Anfangsdosis beträgt 10 bis 20mg täglich, die empfohlene Tagesdosis nach Einstellung 20 bis 60mg täglich.

5.1.2.6. Sertralin: Sertralin weist insbesondere günstige Effekte bei posttraumatischer Belastungsstörung, bei Zwangsstörungen, der sozialen Phobie und Panikstörungen auf. Die empfohlene Anfangsdosis bei PTSD beträgt 25 bis 50mg täglich, die empfohlene Tagesdosis nach Einstellung 50 bis 200mg täglich. Sertralin ist in der Indikation „Zwangsstörung“ auch für Kinder und Jugendliche zugelassen. Bei PTSD beträgt die Anfangsdosis bei Kindern und Jugendlichen (Kinder ab sechs Jahren) 25mg/d.

5.1.3. Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI): Venlafaxin ER, Duloxetin, Milnacipran

Venlafaxin ER (d.h. die retardierte Form von Venlafaxin) ist bei der Indikation generalisierte Angststörung eine gut wirksame Substanz. Die Wirksamkeit konnte sowohl in Kurz- als auch Langzeitstudien bestätigt werden. Venlafaxin ER ist auch für die Behandlung der sozialen Phobie zugelassen und zeigt günstige Effekte bei der PTSD. Die empfohlene Anfangsdosis für die retardierte Form von Venlafaxin (ER) beträgt 75mg täglich, die empfohlene Tagesdosis nach Einstellung 75 bis 225mg täglich. Die nicht retardierte Form von Venlafaxin wurde für die Indikation „Angststörung“ nicht untersucht.

Duloxetin zeigt aufgrund seines dualen Wirkmechanismus günstige Effekte bei der Angstsymptomatik. Duloxetin konnte in Kurz- und Langzeitstudien eine hohe Wirksamkeit bei der Behandlung der generalisierten Angststörungen belegen und wurde von der EMEA im Juli 2008 in dieser Indikation zugelassen. Die empfohlene Startdosis beträgt für Patienten mit generalisierter Angststörung 30mg einmal täglich, unabhängig von den Mahlzeiten. Bei Patienten mit einem unzureichenden Ansprechen sollte die Dosis auf 60mg erhöht

werden, was der üblichen Erhaltungsdosis für die meisten Patienten entspricht.

Das ebenfalls dual wirksame Medikament Milnacipran zeigte in einer offenen Studie vor allem eine gute Wirksamkeit bei generalisierter Angststörung. Da Milnacipran keinen First-pass-Effekt in der Leber aufweist, kann es bei Patienten mit Leberschädigung ohne Dosisanpassung verabreicht werden. Milnacipran ist im gesamten Dosisbereich dual wirksam. Die empfohlene Anfangsdosis beträgt 25 bis 50mg täglich, die empfohlene Tagesdosis nach Einstellung 100mg täglich.

Die ebenso wie bei der Depression auch mit Angst regelhaft einhergehende körperliche und dabei insbesondere die Schmerzsymptomatik kann therapeutisch günstig beeinflusst werden. SNRI können in den ersten Tagen nach Einnahme zu Übelkeit, Unruhe und Schlafstörungen führen, die nach einer weiteren Einnahme meist wieder zurücktreten.

5.1.4. Serotonin-(5-HT₂)-Antagonist und Wiederaufnahmehemmer (SARI): Trazodon

In einer doppelblinden, plazebokontrollierten, randomisierten Studie konnte die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Trazodon in der GAD aufgezeigt werden. Die bei PTSD häufig auftretenden Schlafstörungen können durch Trazodon effektiv behandelt werden.

Die Wirksamkeit von Trazodon beruht auf einem ausgeprägten 5-HT₂-Rezeptor-Antagonismus kombiniert mit einer schwächeren Serotonin-Wiederaufnahmehemmung. Die Blockade der 5-HT₂-Rezeptoren führt einerseits zu einer Verstärkung der antidepressiven Wirkung von Serotonin über die 5-HT_{1A}-Rezeptoren und verhindert andererseits Nebenwirkungen wie Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen und Agitation, welche durch eine serotonerge Stimulierung der 5-HT₂-Rezeptoren hervorgerufen werden. Die in klinischen Studien nachgewiesene anxiolytische Wirkung von Trazodon bei Depressionen ist ebenfalls auf eine Blockade von 5-HT₂-Rezeptor-Subtypen zurückzuführen.

Zu Beginn der Behandlung empfiehlt sich eine niedrige Initialdosis: mindestens drei Tage 50mg, danach drei Tage 100mg und die darauffolgenden drei Tage 150mg. Die empfohlene Tagesdosis nach Einstellung beträgt 150–300mg/Tag, stationär bis 600mg.

5.1.5. Noradrenerg, spezifisch serotonerges Antidepressivum (NaSSA): Mirtazapin

Mirtazapin, das seine duale Wirkung über einen receptorspezifischen Mechanismus und nicht über eine Wiederaufnahmehemmung entfaltet, konnte in einer offenen Studie eine Wirksamkeit bei Sozialphobie aufzeigen. In einer weiteren vorläufigen Studie wurde auch die Effektivität bei depressiven Patienten mit komorbider gene-

ralisierter Angststörung dargestellt. Therapeutisch günstig ist die Verbesserung der klinischen Schlafparameter durch Mirtazapin.

5.1.6. Partieller 5-HT_{1A}-Agonist: Buspiron

Buspiron als partieller 5-HT_{1A}-Agonist hat sich bei generalisierter Angststörung in mehreren kontrollierten Studien als wirksam erwiesen. Jedoch wird ein maximaler Therapieerfolg erst nach drei bis vier Wochen erzielt. Im Vergleich zu Benzodiazepinen zeigt Buspiron keine Abhängigkeitsentwicklung und behindert nicht die Gedächtnisleistung. Mit seinem relativ günstigen Nebenwirkungsprofil stellt es gegenüber Benzodiazepinen eine interessante Behandlungsoption dar. Die empfohlene Anfangsdosis beträgt 5 bis 10mg täglich, die empfohlene Tagesdosis nach Einstellung 30 bis 60mg täglich.

5.1.7. Selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (NARI): Reboxetin

Reboxetin als einziger derzeit verfügbarer NARI zeigte in einer kontrollierten Studie Wirksamkeit in der Behandlung der Panikstörung. In einer offenen Studie wurde auf die Wirksamkeit von Reboxetin bei Sozialphobie hingewiesen. Die antriebssteigernde Wirkung könnte auch für diese Indikationen in der Praxis ein wichtiger Zusatzeffekt sein.

5.1.8. Glutamat-Modulator (GM) Tianeptin

Obwohl keine spezifischen Studien von Tianeptin zur Behandlung der Angststörungen vorliegen, lässt der Wirkmechanismus (Beeinflussung glutamaterger Neurone) erwarten, dass sowohl die mit der Depression einhergehende Angstsymptomatik als auch spezifische Angststörungen, wie z.B. die posttraumatische Belastungsstörung, durch Tianeptin günstig beeinflusst werden könnten. Die signifikante Verbesserung von Angst bei Depression wurde in klinischen Studien mehrfach nachgewiesen – und zwar im gleichen Ausmaß wie bei SSRI und Amitriptylin.

5.1.9. Trizyklische Antidepressiva (TZA)

Die Effektivität der TZA wurde bei mehreren Formen der Angststörung gezeigt, insbesondere für Clomipramin. Die anxiolytische Wirksamkeitslatenz beträgt wie bei SSRI zwei bis vier, in manchen Fällen bis zu sechs Wochen und bei Zwangsstörungen im Generellen länger. Die empfohlenen Anfangsdosen sind für Clomipramin 25 bis 50mg täglich, die empfohlenen Tagesdosen nach Einstellung liegen im Bereich der Depressionsindikation, d.h. bei 75 bis 225mg täglich. Die Langzeitwirkung der TZA ist gut. Allerdings treten unter Therapie mit trizyklischen Antidepressiva in der klinisch notwendigen Dosierung häufig Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Obstipation, orthostatische Hypotension, Tachykardie, Sedierung, psychomotorische Störungen, Gewichtszunahme etc. auf. Wegen dieser zum Teil erheblichen Nebenwirkungen und mangelnder Sicherheit (z.B. Kardiotoxizität, Glaukom, Prostatahypertrophie) sollten TZA als Medikamente der dritten Wahl angesehen werden.



OA Dr.
Angela Naderi-Heiden
Klin. Abt. für Biologische
Psychiatrie, Univ.-Klinik
für Psychiatrie, Wien



Univ.-Prof. Dr. Nicole
Praschak-Rieder
Klin. Abt. für Biologische
Psychiatrie, Univ.-Klinik
für Psychiatrie, Wien



Priv.-Doz. Dr.
Michael Rainer
Psychiatrische Abteilung
Donauspital im SMZ Ost,
Wien



Univ.-Prof. DDR.
Gabriele-Maria Sachs
Klin. Abt. für Sozial-
psychiatrie, Univ.-Klinik
für Psychiatrie, Wien



Univ.-Prof. Dr.
Harald Schubert
Niedergelassener Fach-
arzt für Psychiatrie,
Innsbruck



Prim. Dr.
Manfred Stelzig
Psychosomatische
Ambulanz, Christian-
Doppler-Klinik, Salzburg

5.1.10. Antipsychotika

Niedrig dosierte typische Neuroleptika (Antipsychotika der 1. Generation) im Sinne einer „Neuroleptanxiolyse“ kamen bei Angststörungen, insbesondere bei generalisierter Angststörung, ebenfalls zur Anwendung. Sie erwiesen sich als zum Teil effektiv, jedoch ist ihre Anwendung bei längerfristiger Einnahme wegen der Entwicklung einer möglicherweise auftretenden tardiven Dyskinesie, nicht empfehlenswert. Studien zur Wirkung einiger atypischer Antipsychotika (Antipsychotika der neuen Generation) (z.B. Quetiapin) bei Angsterkrankungen deuten auf eine gute Wirksamkeit bei der generalisierten Angststörung hin. Ein anxiolytischer Effekt wird vermutlich über eine 5-HT₂-Blockade vermittelt.

5.1.11. Antikonvulsiva: Pregabalin

Pregabalin, ein α 2- δ -Ligand an spannungsabhängigen Kalziumkanälen, zeigte in mehreren großen plazebokontrollierten Studien eine rasche Wirksamkeit und gute Verträglichkeit bei der Indikation generalisierte Angststörung. Der anxiolytische Effekt von Pregabalin zeigte sich in der Verminderung sowohl der psychischen als auch der somatischen Symptome der Angst. Auch die bei Angstpatienten oft auftretenden Schlafstörungen können mit dieser Substanz positiv beeinflusst werden. Pregabalin wird nicht über CYP450 metabolisiert und zeichnet sich durch ein geringes Interaktionspotenzial aus. Pregabalin wird auch für die Behandlung von peripheren und zentralen neuropathischen Schmerzen eingesetzt.

5.1.12. Antihistaminika: Hydroxyzin

Hydroxyzin erwies sich in zwei kontrollierten Studien in der Behandlung der generalisierten Angststörung als wirksam. Limitierend kann jedoch die unter dieser Substanz anfänglich auftretende Sedierung sein.

5.1.13. Opipramol

Es liegen für Opipramol günstige Resultate aus einer doppelblinden und plazebonkontrollierten Studie bei generalisierter Angststörung vor.

5.1.14. Phytopharmaka

Eine Reihe von Phytopharmaka wie Johanniskraut oder Baldrianpräparate sind freiverkäuflich erhältlich. Es gibt für diese Präparate aber keinen gesicherten Wirksamkeitsnachweis, wie er vergleichbar für andere Wirkstoffgruppen (wie z.B. die SSRI) vorliegt.

5.1.15. Beta-Blocker

Nicht kardioselektive Beta-Blocker (z.B. Propranolol) können in bestimmten Situationen als Komedikation bei Angststörungen gegeben werden, um eine mit Angst einhergehende körperliche Symptomatik kurzfristig zu kontrollieren (z.B. „stage anxiety“: Lampenfieber). Kontrollierte Studien ließen jedoch keinen anxiolytischen Effekt erkennen, sodass u.a. auch aufgrund des immer wieder diskutierten möglichen depressiogenen Effekts der Beta-Blocker von dieser Medikation abgeraten werden sollte.

5.1.16. Agomelatin

Agomelatin ist das erste Antidepressivum, das antagonistisch auf 5-HT_{2C}-Rezeptoren, die u.a. mit Angst und Depression in Verbindung gebracht werden, und zugleich agonistisch auf MT1- und MT2-Rezeptoren wirkt.

Dieser synergistische Wirkmechanismus trägt zur antidepressiven Wirksamkeit von Agomelatin bei. Außerdem kann Agomelatin da-

durch die zirkadiane Rhythmik, also den Schlaf-Wach-Rhythmus, der bei depressiven Patienten oft erheblich gestört ist, wiederherstellen. Die signifikante Verbesserung von Angst bei Depression wurde in klinischen Studien mehrfach nachgewiesen. In einer Vergleichsstudie zeigte Agomelatin bei depressiven Patienten nach sechs Wochen eine stärkere Wirkung auf die Angstsymptome als Sertralin. Spezifische Studien für die verschiedenen Angsterkrankungen wurden noch nicht durchgeführt.

5.2. Psychotherapeutische Behandlungen

Im Rahmen dieses State-of-the-art-Papers zur medikamentösen Therapie von Angststörungen können psychotherapeutische Aspekte nur im Überblick andiskutiert werden. Auf den praktisch relevanten Stellenwert diverser Verfahren gerade in der Behandlung von Angststörungen sei explizit hingewiesen.

Prinzipiell sollen psychotherapeutische Maßnahmen (ebenso wie die medikamentöse Therapie) von Anfang an in einem Gesamtbehandlungsplan eingebunden sein und nicht erst zum Tragen kommen, wenn etwa die medikamentösen Maßnahmen keinen ausreichend zufriedenstellenden Erfolg gezeigt haben. Auch sollte hierbei die psychotherapeutische Methode nicht überbewertet werden, da das Gelingen der Beziehungsgestaltung Therapeut zu Patient und die Erfahrung des Therapeuten (störungsspezifische Kompetenz) von ebenso großer Wichtigkeit sind.

Eine geglückte Veränderung des Lebensstils wird von Patienten nicht selten als positiver Therapieerfolg gewertet, auch wenn eine völlige Symptombefreiheit nicht erreicht worden ist. Daher sind im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung nicht ausschließlich Therapieziele zu formulieren, die sich auf die Symptomebene beziehen müssen. Auch sollten die zeitlichen und finanziellen Ressourcen des Patienten mitberücksichtigt werden.

5.2.1. Supportive Psychotherapie

Unter einer supportiven (=unterstützenden) Psychotherapie wird eine einfache Form der Psychotherapie verstanden, die den Patienten selbst zur Änderung seines Verhaltens zu einem funktionaleren, d.h. besser geeigneten Weg führen soll, der weniger Stress oder Probleme bereitet. Die üblichen Inhalte der supportiven Psychotherapie können auch bei Patienten mit Angststörungen eingesetzt werden: Aufklärung und ausführlich wiederholte Information über die Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten (psychoedukative Maßnahmen), problemorientiertes Gespräch, konkrete Ratschläge, Vermittlung einer praktischen Lebensphilosophie, Bestätigung und Hebung des Selbstwertgefühls, Erlernen einer gelasseneren Haltung, Symptomanalyse, paradoxe Intervention, indirekte und direkte Suggestion sowie Entspannungsmethoden.

5.2.2. Kognitive Verhaltenstherapie

Eine genaue Störungsdiagnostik in der Psychotherapie ist im Hinblick auf die Planung therapeutischen Vorgehens (störungsspezifische Strategien) wichtig. Eine exakte psychotherapiebezogene Diagnostik hilft, verhaltenstherapeutische störungsspezifische Maßnahmen zu planen. Unterschieden werden Verfahren bei gerichteten Ängsten, die gekennzeichnet sind durch unangemessene Intensität, Hilflosigkeitszustand sowie Flucht- und Vermeidungsverhalten, bei ungerichteten Ängsten und bei generalisierter Angststörung. Die verhaltenstherapeutischen Behandlungsrichtlinien erfordern wie bei allen Methoden den Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung, die exakte Erhebung der Lebensgeschichte mit allen Faktoren, die für die jeweilige Angststörung typisch sind. Danach werden

kognitive Strategien, Entspannungstechniken, imaginative Verfahren und Expositionstherapie angewandt. Die kognitive Verhaltenstherapie kann aus der Sicht der „Evidence Based Medicine“ bei Phobien und bei OCD als das psychotherapeutische Verfahren der ersten Wahl angesehen werden.

5.2.3. Psychodynamische Psychotherapie

Die Stärken der Psychodynamischen Therapien beruhen darin, Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene therapeutisch nutzbar zu machen. Indikationen für psychodynamische Verfahren können gestellt werden, wenn lebensgeschichtliche Konflikte in einem ursächlichen Zusammenhang mit Angststörungen erhoben werden können und beim Patienten die Fähigkeit für einsichtsvermittelnde Psychotherapieverfahren besteht.

Psychodynamische Verfahren bei Angststörungen setzen speziell an der Funktion des Angsterlebens in dysfunktionalen Beziehungsmustern an und zielen darüber auf eine bessere Symptombewältigung.

Die empirische Datenlage zu psychodynamischen Verfahren ist im Vergleich zur kognitiven Verhaltenstherapie deutlich geringer. Ergebnisse aus mehreren offenen Studien zur Panikstörung sind aber vielversprechend.

5.2.4. Systemische Therapie

Der systemische Ansatz bietet Zugang über Personen, die mit dem Patienten in relevanter Verbindung zum Problem stehen und zu dessen Lösung beitragen können. Empirische offene oder kontrollierte Studien, die eine eindeutige, der Methode zuordenbare Wirksamkeit nachweisen, sind noch ausständig.

5.2.5. Biofeedback-Therapie

Mithilfe der computerunterstützten Darstellung physiologischer Vorgänge (z.B. Atmung, Herzfrequenz, Muskelspannung, Hautleitfähigkeit, Hauttemperatur etc.) lernen Patienten die kontrollierte Beeinflussung der typischen körperlichen Symptome der Angst. Das verringert das subjektive Gefühl der Ohnmacht gegenüber den als bedrohlich erlebten physiologischen Abläufen. Die nonverbale Methode ist auch für Kinder und Jugendliche geeignet. Sie ist jedoch in einen gesamttherapeutischen Rahmen wie z.B. bei der generalisierten Angststörung zu stellen.

5.2.6. Andere psychotherapeutische Verfahren

Musiktherapie, körperorientierte Verfahren wie etwa Tanztherapie und Kunsttherapie (sind in Österreich nicht als eigene Psychotherapiemethoden anerkannt) sollen in diesem Zusammenhang erwähnt werden und können, eingebunden in ein therapeutisches Gesamtkonzept, für die Behandlung von Angststörungen nützlich sein.



Prim. Dr. Anton Tölk
Institut für Psychotherapie,
Landesnervenklinik
Wagner-Jauregg, Wien



Prim. Dr. David Vyssoki
Ambulanz ESRA,
Zentrum für Psycho-
traumatologie, Wien



Univ.-Prof. Dr.
Johannes Wancata
Klin. Abt. für Sozial-
psychiatrie, Univ.-Klinik
für Psychiatrie, Wien



Univ.-Prof. Dr.
Matthäus Willeit
Klin. Abt. für Biologische
Psychiatrie, Univ.-Klinik
für Psychiatrie, Wien



Prim. Dr.
Elmar Windhager
Abt. für Psychiatrie,
Klinikum Wels-
Grieskirchen



Prim. Dr. Margit Wrobel
5. Psych. Abt., SMZ
Baumgartner Höhe Otto-
Wagner-Spital, Wien

6. Spezielles therapeutisches Vorgehen ...

Angstpatienten neigen zu erhöhter Selbstbeobachtung und zeigen eine durchschnittlich erhöhte Somatisierungsneigung. Für jede der verschiedenen Angststörungen scheint eine bestimmte Kombination von psychotherapeutischer und medikamentöser Therapie vorteilhaft zu sein, wobei zu Beginn immer die Therapiemotivation abgeklärt werden muss. Nachfolgend werden Anregungen für therapeutische Strategien gegeben, die auf der Grundlage von klinischen Studien bzw. „Evidence Based Medicine“ besonders empfehlenswert erscheinen.

6.1. ... bei phobischen Störungen

6.1.1. Agoraphobie

Bei Vorhandensein einer Agoraphobie ohne Panikstörung ist eine volle Exposition anzustreben, diese kann vorteilhaft mit Antidepressiva kombiniert werden, nicht jedoch mit Benzodiazepinen, wenngleich Letztere manchmal zur Einleitung oft nicht zu umgehen sind.

6.1.2. Soziale Phobie

Bei sozialer Phobie ist eine Kombination aus psychotherapeutischer mit medikamentöser Therapie empfehlenswert. Als geeignete psychotherapeutische Methoden sind die Verhaltenstherapie bzw. die kognitive Therapie und die Expositionstherapie am besten untersucht. Für die medikamentöse Therapie können SSRI, Venlafaxin ER und vorübergehend Benzodiazepine eingesetzt werden. Sofern keine Kontraindikation besteht, können zusätzlich vorübergehend Beta-Blocker (bei Dominanz von physiologischen Symptomen wie Zittern oder Schwitzen, etwa in sozialen Situationen) eingesetzt werden.

6.1.3. Spezifische Phobien

Bei spezifischen Phobien besitzt das Expositionstraining die höchste Erfolgswahrscheinlichkeit. In bestimmten Fällen kann zusätzlich eine kognitive Therapie verordnet werden.

6.2. ... bei Panikstörung

Die kognitive Verhaltenstherapie gilt bei Panikstörungen als Therapieverfahren der Wahl. Bei ausgeprägtem Vermeidungsverhalten (Panikstörung mit Agoraphobie) ist ein Expositionstraining zusätzlich nötig. Damit ein Expositionsverfahren bei Vermeidungsverhalten auch zum Ziel führt, ist es in einen psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplan mit entsprechendem Prozessmodell einzubetten. Eine Kombination mit einer medikamentösen Therapie (SSRI) ist für sehr viele Patienten mit Panikstörungen angezeigt.

6.3. ... bei generalisierter Angststörung

Bei generalisierter Angststörung ist ein mehrphasiger Therapieansatz zu empfehlen. Der erste Schritt besteht darin, durch Beratung die verschiedenen Ängste zu identifizieren. Danach sollte gezielt ein psychologisches Management wie Beratung, Verhaltensthera-

pie, kognitive Verhaltenstherapie oder Entspannung eingesetzt werden. Gleichzeitig wird die Einnahme von speziell wirkenden Psychopharmaka (SSRI, SNRI bzw. Pregabalin) empfohlen.

6.4. ... bei Zwangsstörung

Bei Zwangshandlungen verspricht die verhaltenstherapeutische Methode einer Exposition mit Response-Prävention die größte Wirksamkeit. Die (kognitive) Verhaltenstherapie stellt sich bei mentalen Zwängen als sehr viel schwieriger dar. Eine Kombination mit serotonergen Antidepressiva ist fast die Regel. Therapien mit Medikamenten wie auch psychotherapeutische Verfahren führen bei Zwangsstörungen oft nur zu einer deutlichen Symptomreduktion, nicht aber zu einer vollständigen Remission.

6.5. ... bei posttraumatischer Belastungsstörung

Aus Untersuchungen ist bekannt, dass etwa 20 Prozent aller Menschen, die als Erwachsene eine schwere traumatische Erfahrung gemacht haben, an PTSD erkranken. Wird diese Erfahrung jedoch im Kindes- und Jugendalter gemacht, so liegt das Erkrankungsrisiko bei etwa 60 Prozent. Im Rahmen der Akutversorgung einer posttraumatischen Belastungsstörung gilt es, die äußeren Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Befindet sich das Opfer in einer stabilen und sicheren psychosozialen Situation ohne Täterkontakt? Gerade bei Missbrauchsdelikten in der Familie kommt es oft zu jahrelangem Täterkontakt. Auch der körperliche Gesundheitszustand des Opfers sollte ausreichend evaluiert werden.

Folgende Erstmaßnahmen werden bei Kontakt mit einem Opfer empfohlen: Eine sichere Umgebung sollte ebenso wie ein psychosoziales Helfersystem organisiert werden, mit PTSD-Behandlung erfahrene Psychotherapeuten sollten frühzeitig hinzugezogen und der Patient und gegebenenfalls sein Angehöriger sollten über traumatische Symptome und Verläufe informiert werden.

Die traumaspezifische Stabilisierung soll von entsprechend qualifizierten Ärzten und Psychotherapeuten übernommen werden. Krisenintervention und ressourcenorientierte Interventionen wie imaginative Verfahren oder Distanzierungstechnik gelten als zeitgemäß. Eine Pharmakotherapie kann entweder adjuvant oder symptomorientiert verordnet werden. Die Medikamente aus den Substanzklassen der SSRI oder SNRI gelten bei PTSD als Therapie der ersten Wahl, wobei lediglich Sertralin und Paroxetin die entsprechende Zulassung haben. Besondere Vorsicht ist bei der Verabreichung von Benzodiazepinen geboten, da die Suchtgefahr bei Patienten mit PTSD äußerst hoch ist. Letztlich ist das Therapieziel immer die psychosoziale Reintegration.

Von den Psychotherapiemethoden hat sich bisher die Verhaltenstherapie und die Eye-Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) am wirksamsten erwiesen. Eine weitere erfolgreiche evaluierte Therapie ist die Exposition mit dem traumatischen Ereignis (Expositionsvorgehen: Vergegenwärtigen des Traumas zusammen mit dem Psychotherapeuten). Die therapeutische Exposition wird vorbereitet und ergänzt durch Entspannungsmethoden und Atemübungen. In der verhaltenstherapeutischen Exposition in sensu wird das traumatische Ereignis mehrfach wiederholt berichtet, bis eine Habituation, mit abgeschwächter Reaktion bei Konfrontation mit den Erinnerungen an das Trauma, erfolgt. Bei komplexer PTBS sind Stabilisierungs- und Affektsteuerungstechniken entwickelt worden (Imaginationsmethode des „sicheren Ortes“ dient dem Schutz vor unkontrollierbaren Intrusions- und Flashback-Attacken).

In der psychopharmakologischen Behandlung werden vor allem in Studien gute Therapieerfolge durch SSRI beschrieben, die als Mittel der ersten Wahl gelten. Venlafaxin zeigte eine dem Sertralin vergleichbar gute Wirkung (Quelle: U. Frommberger und A. Maercker, Posttraumatische Belastungsstörung: in Therapie psychischer Störungen State of the Art (Hg.): U. Voderholzer, F. Hohagen 2008/2009).

7. Therapie bei Kindern und Jugendlichen

Angst- und Panikstörungen werden auch im Kindes- und Jugendalter diagnostiziert. Die Prävalenz liegt in den USA bei vier bis neun Prozent, für Europa liegen keine Zahlen vor. Generalisierte Angststörungen sind dabei häufig mit vegetativen Symptomen verbunden. Panikstörungen wiederum sind charakterisiert durch wiederkehrende, ausgeprägte Angstattacken, die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken. Die Häufigkeit von Angststörungen im Kindesalter wird in epidemiologischen Längsschnittstudien zwischen 5 und 18 Prozent je nach Alter angegeben.

Als typische Störung des Kindesalters gilt die emotionale Störung mit Trennungsangst während der ersten Lebensjahre. Dieser an sich normale Entwicklungsschritt kann bei außergewöhnlichem Schweregrad oder abnormer Dauer zur Beeinträchtigung sozialer Funktionen führen.

Die Leitsymptome bei Kindern können von somatischen Beschwerden maskiert werden, etwa wiederholtes Auftreten von Übelkeit, Bauchschmerzen, Erbrechen oder Kopfschmerzen. Weiters können bei diesen Kindern übertriebene Sorgen bezüglich alltäglicher Ereignisse und Probleme wie Schul- oder Arbeitssituation festgestellt werden, aber auch die Sorge, dass den Eltern etwas zustößt. Betroffene Kinder haben Schwierigkeiten, diese Sorgen zu kontrollieren, was wiederum zu Konzentrationschwierigkeiten und Nervosität führt. Wiederholte Alpträume sowie extremes und wiederholtes Leiden in Erwartung, etwa Unglücklichsein, Schreien, Wutausbrüche oder Anklammern, runden das klinische Bild ab.

Bei der Therapie von Angsterkrankungen im Kindes- und Jugendalter steht die psychologische Betreuung im Mittelpunkt, ebenso wie die Erziehungsberatung und Aufklärung des Umfelds. Systemische Familientherapie und Verhaltenstherapie werden altersentsprechend eingesetzt und können unterstützt werden durch gezielte Pharmakotherapie mit SSRI. Positive Studienergebnisse liegen für Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin und Citalopram vor. Sertralin ist das einzige SSRI, das in der Indikation Zwangsstörungen auch für Kinder und Jugendliche zugelassen ist. Anxiolytika werden vor allem in der Anfangsphase der Behandlung empfohlen.

Aufgrund ihres Nebenwirkungsspektrums und ihrer Toxizität sind trizyklische Antidepressiva wie auch bei Erwachsenen als Medikamente dritter Wahl anzusehen. Bei der Behandlung der Angsterkrankung von Kindern unter sieben Jahren wird von einer Therapie mit SSRI nur in seltenen Fällen Gebrauch gemacht.

In der Pharmakotherapie können bei ausgeprägter antizipierter Angstproblematik und Schlafstörungen Antidepressiva (bevorzugt SSRI) sowie Benzodiazepine (z.B. Alprazolam, Clonazepam, Chlordiazepoxid) indiziert sein. Außerdem werden Beta-Rezeptorblocker (z.B. Propranolol, Metoprolol) mit guter Wirkung auf die begleitenden vegetativen Phänomene angewandt.

8. Therapie bei älteren Menschen

Die Prävalenz der Angststörung bei älteren Menschen scheint bei bis zu 15 Prozent zu liegen. Die Diagnostik ist komplex: Oft sind Informationen über die Symptome ungenau, die Angstsymptome können sich atypisch präsentieren (z.B. als körperliche Beschwerden), zudem steht nur eine begrenzte Anzahl geeigneter Beurteilungsinstrumente zur Verfügung. Aufgrund hoher organischer Komorbidität erschwert sich die Diagnose ohnehin. Besonders häufig treten Angstsyndrome bei kardiovaskulären Erkrankungen, Parkinson- und Alzheimer-Erkrankung, Schilddrüsenleiden (Hypothyroidismus) sowie bei depressiven Erkrankungen im Zusammenhang mit langjährig zurückliegenden traumatisierenden Ereignissen auf.

Zumeist sind Angststörungen bei Älteren komorbid mit anderen Erkrankungen z.B. bei Depressionen, Schlaganfall, Morbus Parkinson, Demenz, Alkoholabhängigkeit, Somatisierungsstörungen und kardiovaskulären Erkrankungen. Die Unterscheidung der Angst und Agitation beim Demenzpatienten ist eine diagnostische Herausforderung.

Bei Verdacht auf das Vorliegen einer Angsterkrankung müssen differenzialdiagnostisch eine Depression, eine Demenz, Substanzmissbrauch, Medikamentennebenwirkungen sowie körperliche Erkrankungen ausgeschlossen werden. Danach können medikamentöse und nicht medikamentöse therapeutische Konzepte angestrebt werden. Antidepressiva stellen auch in der Gerontopsychiatrie die erste Wahl bei Angsterkrankungen dar (z.B. SSRI bzw. NaSSA). Aufgrund von Wirksamkeit und Nebenwirkungsprofil sollten neuere Antidepressiva verordnet werden. Die Substanzen sind sowohl bei primärer Angststörung als auch bei Komorbidität (Depression und Angst) geeignet. Die Dauer der Therapie hängt von Wirkung, Krankheitsverlauf und Verträglichkeit ab, die Medikamente sollten aber auch von Patienten über 65 Jahre im Sinn einer Rückfallsprophylaxe über sechs Monate nach Remission eingenommen werden.

Benzodiazepine sind zwar wirksame Medikamente, müssen jedoch mit Vorsicht eingesetzt werden, da sie mit kognitiven Beeinträchtigungen sowie mit Sturz- und Frakturgefahr assoziiert sind. Als nicht pharmakologische Methoden können die beschriebenen psychotherapeutischen Verfahren sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting je nach vorliegender Psychotherapiefähigkeit des Patienten empfohlen werden.

9. Therapieresistenz

Einer Therapieresistenz können differenzialdiagnostisch andere psychische Ursachen der Symptomatik bzw. eine Komorbidität mit Depression, Zwang, Persönlichkeitsstörung oder Suchtmittelmissbrauch zugrunde liegen. Gerade Abhängigkeitskrankheiten haben eine starke Assoziation mit Angststörungen. Auch endokrinologische Probleme können eine Ursache für Therapieresistenz sein.

Bei gleichzeitiger Sucht muss die Angsttherapie – zur Vermeidung einer Chronifizierung – unbedingt durch eine effiziente Behandlung begleitender Abhängigkeitsprozesse ergänzt werden. Andererseits sollte bei vordergründig manifesten Substanzabhängigkeiten routinemäßig nach zusätzlichen Angststörungen gefahndet werden, die unbehandelt zu Rückfällen durch neuerliche Selbstmedikation führen könnten. Aber auch körperliche Ursachen wie eine bis dato unbekannt somatische Erkrankung können den Therapieerfolg beeinträchtigen (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5

Körperliche Ursachen bei Therapieresistenz

- Schilddrüsenstörungen
- Blutzuckerstörungen
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Multiple Sklerose
- Temporallappenepilepsie
- Phäochromocytom
- etc.

Zur Abklärung erneutes Screening: EKG, EEG, Blutbild und Differenzialblutbild, Schilddrüsenparameter etc.

Untersuchungen zufolge leiden z.B. bis zu 60 Prozent aller Patienten mit kardiovaskulären Krankheiten auch an Angststörungen. Schließlich kann die Therapieresistenz auch pharmakologische Ursachen haben, wie eine schlechte Compliance wegen nicht tolerierter Nebenwirkung, eine Abschwächung der Wirkung durch Interaktionen, die Einnahme einer falschen Dosis bzw. ein Therapiebeginn mit zu hoher Dosis sowie eine zu kurze Behandlungsdauer oder falsche Einnahmefrequenz. Aber auch die Psychotherapie führt nicht immer zu einem adäquaten Erfolg. In diesem Fall muss die Wahl der Therapiemethode überdacht werden. Als Hauptursache für das Versagen der Psychotherapie gelten unklare Zielsetzungen, eine schlechte Therapeutenbeziehung bzw. falsche Behandlungstechnik. Im Zusammenhang mit einem zögerlichen Therapieansprechen ist auch an die die Symptome aufrechterhaltende psychosoziale Belastung zu denken.

Ist eine Therapieresistenz evident, gilt es, sowohl psychotherapeutische als auch psychopharmakologische Strategien zu überdenken. Möglicherweise kann ein Wechsel der Medikation oder die Kombination mit einem anderen Pharmakon – unter Berücksichtigung auf die spezielle Pharmakodynamik der Medikation – den gewünschten Erfolg bringen. Komorbide Störungen sowie andere körperliche Erkrankungen müssen in jedem Fall suffizient therapiert sein.

10. Medikamentöse Langzeitbehandlung

Angststörungen sind häufig chronisch und bedürfen einer Langzeitbehandlung (Erhaltungstherapie: 12 bis 24 Monate nach Akuttherapie; Rezidivprophylaxe: Zeit danach), die an die erfolgreiche Akuttherapie anschließt.

In der klinischen Praxis kann bei Angstpatienten daran gedacht werden, die Therapie abzusetzen, wenn sie etwa ein Jahr symptomfrei sind, keine Komorbidität (mehr) vorliegt und der Patient sich dazu bereit fühlt. In vielen Fällen ist jedoch eine Langzeitbehandlung über viele Jahre, oft auch „lebensbegleitend“, indiziert.

11. Komorbiditäten

Die Komorbiditäten bei Angststörungen, meist mit Depression, aber auch mit einer bipolaren Störung verbunden, sind mit bis zu 60% in der Literatur angegeben. Eine Komorbidität bedeutet immer einen prinzipiell schwereren und potenziell therapieresistenten Verlauf, der auch mit einer höheren Suizidalität verbunden ist. Wenn eine Angsterkrankung komorbid mit einer anderen Erkrankung auftritt, sollte zusätzlich die Medikation gegeben werden, für die die Indikation besteht, wenn nicht von der Substanz, mit der die Angststörung behandelt wird, diese Indikation bereits gegeben ist. ■

Mit freundlicher Unterstützung von:



Well Depression schmerzt.



Impressum

Verleger: Medizin Medien Austria GmbH DVR Nr.: 1042475 **Verlags- und Redaktionsadresse:** Wiedner Hauptstraße 120-124, 1050 Wien, Tel.: 01/546 00-0, Fax: DW 730, E-Mail: medizin@medizin-medien.at **Geschäftsführung:** Thomas Zembacher **Für den Inhalt verantwortlich:** O. Univ.-Prof. Dr. DDr. h.c. Siegfried Kasper, O. Univ.-Prof. DDr. Hans-Peter Kapfhammer (Vorsitz), Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Bach, Univ.-Doz. Dr. Andreas Conca, Univ.-Prof. Dr. Richard Frey, O. Univ.-Prof. Dr. Max Hermann Friedrich, Ass. Prof. Dr. Brigitte Hackenberg, Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Haller, Univ.-Prof. Dr. Peter Hofmann, Dir. Dr. Marion Kalousek, Prim. Univ.-Prof. DDr. Michael Lehofer, Prim. Dr. Susanne Lentner, Prim. Univ.-Prof. Dr. Josef Marksteiner, Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek, OA Dr. Angela Naderi-Heiden, Univ.-Prof. Dr. Nicole Praschak-Rieder, Priv.-Doz. Dr. Michael Rainer, Univ.-Prof. DDr. Gabriele-Maria Sachs, Univ.-Prof. Dr. Harald Schubert, Prim. Dr. Manfred Stelzig, Prim. Dr. Anton Tölk, Prim. Dr. David Vyssoki, Univ.-Prof. Dr. Johannes Wancata, Univ.-Prof. Dr. Matthäus Willeit, Prim. Dr. Elmar Windhager, Prim. Dr. Margit Wrobel **Projektverantwortung:** Claudia Lorbeer, Mag. Tanja Hagenhofer **Titelbild:** John Foxx Images™ **Lektorat:** Karl Heinz Javorsky **Art Direction:** Karl J. Kuba **Layout und DTP:** Johannes Spandl **Druck:** Friedrich VDV, 4020 Linz **Auflage:** 15.500. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher, schriftlicher Genehmigung von Medizin Medien Austria GmbH.
Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt, verwertet oder verbreitet werden.

Mit freundlicher Unterstützung der Firmen Boehringer Ingelheim, CSC, Eli Lilly, Lundbeck, Pfizer, Servier.

