Journal für
Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

DFP: Psychotherapie der Angststörungen

Doering S

Journal für Neurologie Neurochirurgie und Psychiatrie

2011; 12 (4), 348-353

Homepage:

www.kup.at/ JNeurolNeurochirPsychiatr

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M, Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21 Preis: EUR 10,–

76. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie

Joint Meeting mit der Französischen Gesellschaft für Neurochirurgie

DGNC

2025
1.–4. Juni
HANNOVER

www.dgnc-kongress.de

Im Spannungsfeld zwischen Forschung und Patientenversorgung

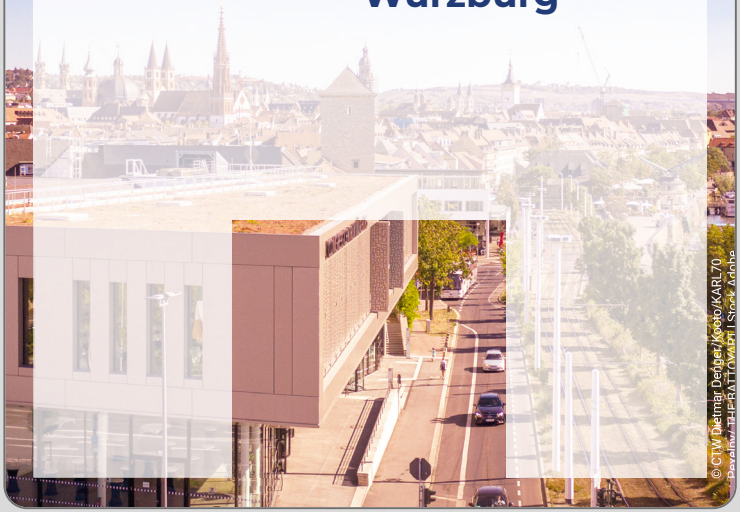
PROGRAMM JETZT ONLINE EINSEHEN!

Deutsche Gesellschaft für Epileptologie

64. JAHRESTAGUNG

der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie

10.–13. Juni 2026
Würzburg



Psychotherapie der Angststörungen

S. Doering

Kurzfassung: Die Psychotherapie stellt eine wirksame Behandlung für alle Angststörungen dar. Die Kombination mit einer (antidepressiven) Pharmakotherapie dürfte oft sinnvoll sein, ist jedoch nur bei der Panikstörung empirisch untermauert. Bei allen Angststörungen sind verhaltenstherapeutische Ansätze am besten in ihrer Wirksamkeit belegt. Inzwischen sind – außer für die spezifischen Phobien – auch psychodynamische Ansätze manualisiert und empirisch evaluiert. Entspannungsverfahren werden bei der sozialen Phobie und der Panikstörung empfohlen und sind oft Bestandteil umfassender Behandlungsprogramme. Komorbide Störungen – insbesondere Persönlichkeitsstörungen – verschlechtern den Outcome der Angstbehandlung. Für die Zukunft sind weitere Untersuchungen zur langfristigen Wirksamkeit der Psychotherapie sowie zur Behandlung von Angstpatienten mit komorbiden Störungen notwendig.

Schlüsselwörter: spezifische Phobie, soziale Phobie, Panikstörung, generalisierte Angststörung, Review

Abstract: Psychotherapy of Anxiety Disorders. Psychotherapy represents an efficacious treatment of anxiety disorders. A combination with antidepressants might be reasonable but is empirically validated only in panic disorder. In all anxiety disorders, the best empirical support exists for behavioral therapies. However, psychodynamic treatments have been manualized and validated as well, except for specific phobias. Applied relaxation is recommended in social phobia and panic disorder and is frequently part of comprehensive treatment programs. Comorbid disorders – particularly personality disorders – impair treatment outcome in anxiety disorders. Future studies should address long-term outcome and psychotherapy of patients with comorbid disorders. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2011; 12 (4): 348–53.**

Key words: specific phobia, social phobia, panic disorder, generalized anxiety disorder, review

Einleitung

Bei der Behandlung von Angststörungen stellt die Psychotherapie seit jeher einen wichtigen Baustein dar. Aufgrund der hohen Prävalenzzahlen, der meist ausgeprägten Ich-Dystonizität und des oft hohen Leidensdrucks stellen die betroffenen Patienten einen beträchtlichen Anteil der Inanspruchnahme-Klientel psychotherapeutischer und psychiatrischer Praxen und Kliniken dar.

Es ist davon auszugehen, dass Therapeuten aller „Schulen" Angstpatienten unspezifisch mit ihrer jeweiligen Methode behandeln. Seit Sigmund Freud 1919 postulierte, dass *„die verschiedenen Krankheitsformen, die wir behandeln, nicht durch die nämliche Technik behandelt werden können"* [1], ist eine Vielzahl von störungsspezifischen Behandlungsansätzen entwickelt, manualisiert und empirisch überprüft worden. Alle Ergebnisse der Psychotherapieforschung deuten darauf hin, dass eine spezielle störungsspezifische Qualifikation der Therapeuten zu besseren Resultaten führt als eine unspezifische Behandlung. Interessanterweise führen inzwischen immer häufiger die spezialisierten Ansätze verschiedener Therapieschulen zu ähnlichen Vorgehensweisen bei spezifischen Erkrankungen (trotz weiter bestehender wesentlicher Unterschiede im Detail). Im Hinblick auf die Angststörungen, insbesondere die mit Vermeidungsverhalten einhergehenden Phobien, stellt die Konfrontation mit dem angstauslösenden Reiz eine Art kleinsten gemeinsamen Nenner dar. Dieser wurde nicht etwa erst durch die Behavioristen formuliert, sondern bereits 1919 von Freud [1]: *„Bei diesen letzteren [= den Phobikern zweiten Grades] hat man nur dann Erfolg, wenn man sie durch den Einfluss der Analyse bewegen kann, sich wieder wie Phobiker ersten Grades zu benehmen, also auf die Straße zu gehen und während dieses Versuches mit der Angst zu kämpfen. Man bringt es also zunächst dahin, die Phobie so weit zu ermäßigen, und erst wenn dies durch die Forderung des Arztes erreicht ist, wird der Kranke jener Einfälle und Erinnerungen habhaft, welche die Lösung der Phobie ermöglichen"* (Freud unterschied an dieser Stelle zwischen Agoraphobikern ersten Grades, die trotz ihrer Ängste auf die Straße gehen, und solchen zweiten Grades, die ein Vermeidungsverhalten zeigen).

In diesem Beitrag werden psychotherapeutische Behandlungsansätze dargestellt, die spezifisch zur Behandlung der Angststörungen entwickelt und empirisch überprüft wurden. Dabei wird der Einteilung der Angststörungen in 3 Gruppen – wie sie auch in der ICD-10 [2] zu finden ist – gefolgt: den Phobien einschließlich der sozialen Phobie, der Panikstörung sowie der generalisierten Angststörung. Aus pragmatischen Gründen wird im Sinne des DSM-IV [3] die Agoraphobie zusammen mit der Panikstörung abgehandelt, da diese klinisch oft vergesellschaftet sind, und da die meisten Behandlungsansätze auf beide gemeinsam zielen.

Interessierten Lesern werden in den jeweiligen Abschnitten Hinweise auf Therapiemanuale gegeben, die in deutscher Sprache erhältlich sind.

Phobien (ICD-10: F40)

Spezifische Phobien (ICD-10: F40.2)

Systematische Desensibilisierung

Die systematische Desensibilisierung stellt einen der frühesten verhaltenstherapeutischen Ansätze in der Angstbehandlung dar. Sie wurde bereits in den 1950er-Jahren von Joseph Wolpe entwickelt [4]. Dabei erlernt der Patient zunächst ein Entspannungsverfahren, z. B. die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson [5], bevor eine so genannte Angstliste erstellt wird, die eine Hierarchie angstauslösender Situationen von wenig ängstigenden bis zu am stärksten ängstigenden enthält. Diese werden in der Behandlung abgearbeitet, wobei der Patient sich entspannt, dann der am wenigsten ängstigen-

Eingelangt am 8. März 2011; angenommen nach Revision am 9. Juni 2011; Pre-Publishing Online am 28. September 2011

Aus der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Doering, Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien, A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20; E-Mail: stephan.doering@meduniwien.ac.at

For personal use only. Not to be reproduced without permission of Krause & Pachernegg GmbH.

de Stimulus dargeboten wird und der Patient sich erneut entspannen soll. Sobald keine Angstgefühle mehr auftreten, wird der nächste Stimulus präsentiert. Zwischendurch werden die Erfahrungen bei der Beschäftigung mit den ängstigenden Stimuli besprochen. Typischerweise erfolgt die Beschäftigung mit den angstauslösenden Reizen in der Vorstellung (*in sensu*) und nicht in der Realität (*in vivo*). Wird auf das Entspannungsverfahren verzichtet, so spricht man von einer Expositionsbehandlung *in sensu* oder „imaginal exposure".

Die empirische Überprüfung dieser Methoden hat gezeigt, dass sie in der Behandlung spezifischer Phobien nur mäßige Effekte zeigt. In ihrer Metaanalyse berichten Choy et al. [6] von 6 kontrollierten Studien, in denen die systematische Desensibilisierung zwar zu einer subjektiven Angstreduktion, jedoch nicht immer zu einer Reduktion des Vermeidungsverhaltens geführt hat. Hierzu ist die Expositionsbehandlung *in vivo* sehr viel besser geeignet.

Reizkonfrontation *in vivo*

Bei der Reizkonfrontation *in vivo* werden die Patienten direkt mit der angstauslösenden Situation bzw. dem Objekt in der Realität konfrontiert. Nach einer kognitiven Vorbereitung setzt sich der Patient in Begleitung des Therapeuten kontrolliert und schrittweise der entsprechenden Situation aus und macht dabei die Erfahrung, dass er die Angst beherrschen kann und befürchtete Katastrophen nicht eintreten. Die Behandlungen z. B. von Tierphobien, Klaustrophobie oder Höhenphobien benötigen in der Regel nur wenige Stunden. Ein sogar nur 1-stündiges Vorgehen wurde von Öst [7] beschrieben und evaluiert. Bei der Blut-, Spritzen- und Verletzungsphobie wird die Konfrontation *in vivo* mit der Methode der angewandten Anspannung [8] kombiniert. Eine gute und pragmatische Darstellung der Reizkonfrontationsmethoden liefert Hamm [9] in seinem deutschsprachigen Therapiemanual.

Die *In-vivo*-Exposition stellt die mit Abstand erfolgreichste Behandlung der spezifischen Phobien dar. Übereinstimmend wurde in 2 rezenten Metaanalysen die Überlegenheit dieser Methode im Vergleich zu allen Kontrollbedingungen berichtet [6, 10]. Wolitzky-Taylor et al. [10] ermittelten für die Reizkonfrontation *in vivo* aus 20 Studien im Vergleich zu Wartelisten- oder unbehandelten Kontrollgruppen eine mittlere Effektstärke von $d = 1{,}03$ ($p < 0{,}001$). Positive Langzeiteffekte über 6–14 Monate wurden berichtet [6].

Reizkonfrontation in virtueller Realität

Neuerdings werden bei spezifischen Phobien Expositionsbehandlungen in virtueller Realität durchgeführt. Ein typischer Anwendungsbereich ist die Flugangst, da hier aus ökonomischen und pragmatischen Gründen eine Reizkonfrontation *in vivo* nur schwer möglich ist. Computersimulationen oder die Erzeugung einer virtuellen Realität in einem Simulator werden aber auch bei anderen spezifischen Phobien erfolgreich eingesetzt. In einer Metaanalyse [11] fanden sich für diese Methode Effektstärken zwischen $d = 0{,}92$ (Spinnenphobie) und $d = 1{,}59$ (Flugphobie).

Kognitive Therapie

Die kognitive Therapie zielt auf die Veränderung der dysfunktionalen bzw. irrationalen Gedanken, die aus verhaltenstherapeutischer Sicht eine wesentliche Grundlage der Phobien darstellen. In mehreren Studien hat sich die kognitive Therapie als wirksam in der Phobiebehandlung erwiesen, wobei nicht selten eine Kombination mit einer *In-vivo*-Exposition erfolgte. In ihrer Metaanalyse kommen Choy et al. [6] zu dem Schluss, dass die kognitive Therapie eine Alternative zur *In-vivo*-Exposition bei der Klaustrophobie darstellt, bei anderen Phobien jedoch wenig zum Effekt der Reizkonfrontation *in vivo* hinzufügt.

Psychodynamische Therapie

In einer Untersuchung aus den 1980er-Jahren [12] wurde eine psychodynamisch orientierte supportive Psychotherapie über 26 Sitzungen mit einer Verhaltenstherapie verglichen, die unter anderem auch eine *In-vivo*-Exposition enthielt. Es zeigte sich, dass die supportive Therapie genauso wirksam war wie die Verhaltenstherapie. Eine Follow-up-Untersuchung nach 10–16 Jahren ergab eine relativ hohe Rückfallrate, jedoch weiterhin keine Gruppenunterschiede [13].

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Eine interessante neue Entwicklung stellt die EMDR-Behandlung von Phobien dar. Diese wird derzeit insbesondere bei Patienten mit Zahnbehandlungsphobie erprobt. Es ist bekannt, dass zwischen 67 % und 87 % der Betroffenen ein traumatisches Erlebnis bei einer früheren Zahnbehandlung als Ursache für ihre Angst angeben [14, 15]. Zahnbehandlungsphobiker weisen entsprechend häufig milde Formen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auf oder zeigen zumindest einzelne Symptome einer PTBS [15]. Durch die Exposition *in vivo* könnte die traumatische Erinnerung aktiviert und die Angst nicht reduziert, sondern im Gegenteil sogar verstärkt werden [16, 17]. Aus diesem Grund lässt sich vermuten, dass bei traumabasierten Phobien zunächst eine Verarbeitung der traumatischen Erinnerung erfolgen muss, damit eine Exposition mit der Angstsituation erfolgreich sein kann [17]. De Jongh et al. [18] publizierten 4 Einzelfälle, die erfolgreich mit EMDR behandelt wurden. Bisping [19] berichtete jüngst von einer kontrollierten Studie an 24 Zahnbehandlungsphobikern, in der sich die EMDR der Wartelisten-Kontrollbedingung hochsignifikant überlegen zeigte.

Schlussfolgerung

Aufgrund dieser eindeutigen Studienlage kann die Reizkonfrontation *in vivo* mit einer Ansprechrate von 80–90 % [6] derzeit als Psychotherapie der ersten Wahl für einfache spezifische Phobien empfohlen werden. Bei den meist kurzen Therapien scheint eine Dosis-Wirkungs-Abhängigkeit zu bestehen in dem Sinne, dass längere Behandlungen zu einem besseren Outcome führen [10].

Soziale Phobie (ICD-10: F40.1)

Kognitive Verhaltenstherapie

Die kognitive Verhaltenstherapie (CBT) zielt primär auf die Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen, die der sozialen Angst zugrunde liegen. Je nach Ansatz kommen Expositionsübungen und das Erlernen sozialer Fertigkeiten oder auch Entspannungsübungen hinzu. Eine deutschsprachige Darstellung und Manualisierung des Ansatzes findet sich bei Stangier et al. [20, 21].

Taylor [22] kam in seiner frühen Metaanalyse zu dem Schluss, dass die CBT dann am wirksamsten ist, wenn sie mit einer Expositionsbehandlung *in vivo* kombiniert wird. Gould et al. [23] fanden in ihrer Metaanalyse Gesamteffektstärken von d = 0,80 für CBT und Expositionsbehandlung sowie d = 0,89 für die Expositionsbehandlung alleine. Kognitive Therapie ohne Exposition war weniger wirksam (d = 0,60). In der gleichen Metaanalyse erfolgte ein Vergleich der randomisiert-kontrollierten Studien (RCT) zur CBT mit solchen zur pharmakologischen Behandlung der sozialen Phobie. Beide Therapieformen waren wirksam, die Gesamteffektstärken unterschieden sich nicht signifikant (d = 0,74 für die CBT und d = 0,62 für die Pharmakotherapie). Trotz geringerer Effektstärke (d = 0,49) bei den Kombinationsbehandlungen fand sich auch hier kein signifikanter Unterschied zu den einzelnen Monotherapien.

Ponniah und Hollon [24] fanden in ihrer aktuellen Übersicht 25 RCTs zur kognitiven Verhaltenstherapie der sozialen Phobie, die in der Zusammenschau die Wirksamkeit der CBT bei der sozialen Phobie eindrucksvoll belegen.

Expositionsbehandlung
Ähnlich wie bei den Phobien findet die Expositionsbehandlung mithilfe einer Angsthierarchie *in vivo* statt. Der Patient erarbeitet gemeinsam mit seinem Therapeuten ein Liste mit angstauslösenden Situationen, die der Reihe nach abgearbeitet werden, wobei mit der am wenigsten bedrohlichen Situation begonnen wird. Wenn eine Situation (weitgehend) angstfrei ertragen werden kann, wird zur nächsten übergegangen. Am Beginn einer solchen Hierarchie kann ein Einkaufsbummel zur Hauptgeschäftszeit stehen, an deren Ende beispielsweise ein „Blind Date“. In einer aktuellen Übersicht [24] wurden 15 kontrollierte Studien mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 12 Sitzungen (Range: 6–20) zusammengefasst, wobei sich insgesamt eine eindeutige Überlegenheit der Expositionsbehandlung über die Kontrollbedingungen zeigte.

Training sozialer Fertigkeiten
Im so genannten „social skills training“ (SST) werden in der Therapiesituation die angstauslösenden Situationen identifiziert und diskutiert. Anschließend werden mithilfe von Imaginationen und Rollenspielen alternative Verhaltensmuster geübt, wofür sich besonders ein Gruppensetting eignet. Zwischen den Sitzungen soll das Erlernte in der Realität angewendet werden, wobei allerdings nicht so systematisch vorgegangen wird wie bei einer Expositionsbehandlung. Isoliert angewendet ist das SST offenbar etwas weniger wirksam (d = 0,60) als CBT mit Expositionsbehandlung [23].

Angewandte Entspannung
In ihrer Übersicht aus dem Jahr 2005 identifizierten Rowa und Antony [25] 3 kontrollierte Studien zur angewandten Entspannung bei sozialer Phobie, die eine Überlegenheit im Vergleich zu den Kontrollgruppen ergaben.

Psychodynamische Therapien
In einem RCT verglichen Knijnik et al. [26] an 30 Patienten eine psychodynamische Gruppentherapie über 12 Sitzungen mit einer Placebo-Gruppentherapie. Die psychodynamische Gruppe war hinsichtlich der soziophobischen Symptomatik signifikant überlegen, nicht jedoch bezogen auf die allgemeine Ängstlichkeit und Psychopathologie. In einem RCT verglichen die gleichen Autoren die psychodynamische Gruppentherapie in Kombination mit Clonazepam mit einer Monotherapie mit Clonazepam [27]. Hinsichtlich des primären Zielkriteriums des globalen Funktionsniveaus war die Kombinationstherapie überlegen, nicht jedoch bezogen auf die sekundären Zielkriterien.

Derzeit wird in Deutschland die größte, bislang durchgeführte RCT zur Psychotherapie der sozialen Phobie ausgewertet, in der ca. 400 Patienten behandelt wurden [28]. Darin wurde eine psychodynamische Kurztherapie eingesetzt, die eine Modifikation der supportiv-expressiven Therapie von Luborsky [29] darstellt. Eine Manualisierung dieses Ansatzes erfolgte durch Leichsenring et al. [30]. Eine sehr lesenswerte Darstellung dieses und verwandter Ansätze findet sich übrigens bei Hoffmann [31]. Die psychodynamische Behandlung wurde mit CBT verglichen, die Ergebnisse der Studie werden demnächst publiziert.

Schlussfolgerung
Übereinstimmend wird die kognitive Verhaltenstherapie unter Einbeziehung einer Expositionsbehandlung als die am besten validierte und damit primär empfehlenswerte Psychotherapie der sozialen Phobie angesehen. „Social skills training“ und angewandte Entspannung sind ebenfalls wirksam, dürften jedoch primär in Kombination mit CBT bzw. Exposition einzusetzen sein. Obwohl psychodynamische Verfahren in der Praxis weit verbreitet sind, hinken sie bezüglich der Wirksamkeitsnachweise für die soziale Phobie hinterher. Hier wird die erwähnte große deutsche Studie demnächst Aufschluss bringen.

Einschränkend bleibt festzuhalten, dass die Rückfallraten bei allen (Kurzzeit-) Therapien relativ hoch sind, wofür mehrfach komorbide Störungen, insbesondere Depression und Persönlichkeitsstörungen, verantwortlich gemacht wurden – bei diesen Patienten dürften längere Therapien nötig sein [32].

Panikstörung (ICD-10: F41.0)

In den meisten Behandlungsansätzen und empirischen Studien werden Panikstörungen mit und ohne Agoraphobie in gleicher Weise behandelt bzw. eingeschlossen. Daher wird im Folgenden nicht explizit auf das Vorliegen einer Agoraphobie eingegangen.

Kognitive Verhaltenstherapie

Die kognitive Verhaltenstherapie (CBT) zielt bei der Panikstörung auf die Fehlinterpretation eigentlich harmloser körperlicher Symptome [33, 34]. Die Patienten sollen lernen, körperliche Signale realitätsgerecht zu interpretieren und entsprechend darauf zu reagieren. Neben den kognitiven Techniken kommen Exposition und Entspannungsverfahren zum Einsatz. Bei der Exposition wird zwischen einer interozeptiven Exposition und einer Exposition *in vivo* unterschieden. Erstere bezieht sich auf Körperwahrnehmungen, wobei beispielsweise durch körperliche Betätigung die Herzfrequenz erhöht oder durch Hyperventilation Schwin-

del erzeugt wird. Der Patient soll dabei die Erfahrung machen, dass die resultierenden physiologischen Veränderungen ungefährlich sind, was wiederum zu einer Löschung der konditionierten Angstreaktion führen soll. Die Exposition *in vivo* zielt auf die Agoraphobie und findet wie bereits oben beschrieben statt. In deutscher Sprache wurde das Vorgehen von Schneider und Margraf anschaulich und praxisorientiert beschrieben [33].

Zwei rezente Metaanalysen mit 47 bzw. 42 kontrollierten Studien zur Psychotherapie der Panikstörung [35, 36] kamen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass die CBT die mit Abstand am besten evaluierte Behandlung für die Panikstörung darstellt. Sánchez-Meca et al. [36] folgerten, dass eine Kombination von CBT mit Exposition, Entspannungsverfahren und Atemtraining die besten Effekte bringt (je nach Analyse bis zu d = 1,8). Zumindest in der Akutphase der Behandlung hat sich eine Kombination der Psychotherapie mit einer (antidepressiven) pharmakologischen Therapie als überlegen erwiesen [37, 38]. In späteren Therapiephasen scheint die Pharmakotherapie eher verzichtbar zu sein, nicht jedoch die Psychotherapie [37].

Psychodynamische Psychotherapie

Die panikfokussierte psychodynamische Psychotherapie (PFPP) wurde von Milrod et al. [39] entwickelt und eignet sich zur Kurz- wie auch zur Langzeitbehandlung der Panikstörung. Initial zielt die Behandlung auf die Symptomatik der akuten Panik und die damit verbundenen (unbewussten) Gedanken und Gefühle. Es werden (unbewusste) Auslöser der Panik eruiert, bevor die zugrunde liegenden, meist unbewussten intrapsychischen Konflikte herausgearbeitet werden. In der mittleren Therapiephase werden vor allem interpersonelle Beziehungen fokussiert, wobei es zum einen um potenziell pathogene frühere Beziehungserfahrungen geht, zum anderen aber auch um die aktuelle therapeutische Beziehung und die darin enthaltenen Übertragungsprozesse. Besondere Aufmerksamkeit gilt in der späten Therapiephase der anstehenden Beendigung der Therapie, die typischerweise die bei vielen Patienten vorhandene Trennungsthematik aktiviert. Im Anschluss an eine offene Pilotstudie [40] führten Milrod et al. [41] eine RCT an 49 Patienten durch. Dabei wurde die PFPP über 24 Sitzungen mit einem Entspannungstraining verglichen. Es zeigte sich, dass die PFPP signifikant überlegen war. Am stärksten waren die Gruppenunterschiede, wenn die Patienten eine komorbide Persönlichkeitsstörung aufwiesen [42]. Eine deutsche Replikationsstudie wurde gerade abgeschlossen und wird demnächst publiziert [43].

Wilborg und Dahl [44] verglichen eine Kombination aus einer 15-stündigen psychodynamischen Kurztherapie und einer Medikation bestehend aus Clomipramin mit Clomipramin allein. Initial führten beide Therapien zum Sistieren der Panikattacken, die Rückfallrate war jedoch in der Gruppe, die die Psychotherapie erhalten hatte, signifikant geringer und nach 9 Monaten zeigten die Psychotherapiepatienten signifikant geringere Angstwerte.

Entspannungsverfahren

Angewandte Entspannung zeigte sich in einer Studie ebenso wirksam wie kognitive Verhaltenstherapie [45], ein Jahr nach Therapieende waren in beiden Gruppen noch > 80 % der Patienten frei von Panikattacken.

Schlussfolgerung

Die CBT stellt derzeit die am besten evaluierte Psychotherapie der Panikstörung dar und ist in Kombination mit Exposition und Entspannungstechniken zu empfehlen. Inzwischen liegt auch ausreichende Evidenz für die Wirksamkeit spezifischer psychodynamischer Ansätze vor, sodass diese ebenfalls empfohlen werden können.

In der Frühphase der Behandlung sollte eine Kombinationsbehandlung aus Psycho- und Pharmakotherapie erfolgen. Zu beachten ist, dass die Komorbidität insbesondere von Persönlichkeitsstörungen den Therapieerfolg negativ beeinflusst [36, 46]. Möglicherweise liegt hier eine Stärke der psychodynamischen Ansätze [42].

Generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1)

Kognitive Verhaltenstherapie

Wie bei den anderen Angststörungen setzt sich auch bei der generalisierten Angststörung (GAD) die kognitive Verhaltenstherapie (CBT) aus mehreren Elementen zusammen. In ihrem in deutscher Sprache erschienenen Therapiemanual führen Becker und Margraf [47] die folgenden Techniken an: allgemeine Informationsvermittlung, Sorgenkonfrontation *in sensu*, Konfrontation *in vivo*, kognitive Therapie und angewandte Entspannung. Der kognitive Therapieanteil zielt auf die Identifikation und Überwindung der Sorgen und des Katastrophisierens; die Konfrontation kann beispielsweise darin bestehen, die eigenen Kinder beim abendlichen Ausbleiben nicht übermäßig häufig anzurufen. Die Dauer der Behandlung wird von Becker und Margraf mit 15–20 Stunden angegeben.

Eine rezente Metaanalyse [48] zur Psychotherapie der GAD umfasst 22 RCTs, von denen die meisten die CBT untersuchten. Es zeigte sich, dass die CBT Wartelisten-Kontrollbedingungen und „treatment as usual“ signifikant überlegen ist. Zum gleichen Ergebnis waren bereits frühere Metaanalysen gekommen, die darüber hinaus Effektstärken mitteilten: Gould et al. [49] errechneten eine Gesamteffektstärke von d = 0,70 für die CBT, lediglich bezogen auf die Sorgen der GAD-Patienten ermittelten Covin et al. [50] d = 1,15 im Vergleich zu den Kontrollgruppen. Die positiven Effekte zeigten sich über 6–12 Monate stabil [51], darüber hinaus fehlen allerdings noch Langzeituntersuchungen. Trotz der positiven Resultate ist die Ansprechrate vergleichsweise niedrig: Nur 46 % der mit CBT behandelten Patienten zeigten eine relevante Verbesserung nach der Therapie [48].

Psychodynamische Therapieverfahren

Die von Luborsky entwickelte supportiv-expressive Psychotherapie [29] wurde von Crits-Christoph et al. [52] für die GAD adaptiert und in einer Pilotstudie erfolgreich angewendet [53]. Die Methode fokussiert auf interpersonelle Beziehungen, wobei zum einen viel Wert auf die Etablierung einer hilfreichen therapeutischen Beziehung gelegt wird und zum anderen das zentrale Beziehungskonfliktthema identifiziert und bearbeitet wird. Es wird davon ausgegangen, dass diese

biographisch determinierten Themen von zentraler Bedeutung für die Entwicklung der Pathologie sowie deren Verständnis und Überwindung sind. Im Rahmen der Behandlung kommen neben unterstützenden (supportiven) auch deutende (expressive) Techniken zum Einsatz.

Leichsenring et al. formulierten aufbauend auf den Konzepten von Luborsky und Crits-Christoph ein deutschsprachiges Therapiemanual [54] und verglichen die psychodynamische Behandlung mit der CBT über jeweils 30 Sitzungen in einem RCT mit 57 GAD-Patienten [55]. Es zeigte sich, dass beide Behandlungen bezogen auf das primäre Outcome-Kriterium (Hamilton Anxiety Rating Scale) ohne signifikanten Unterschied wirksam waren, während die CBT in den sekundären Maßen Trait-Angst, Sorgen und Depression überlegen war.

Schlussfolgerung

Auch bei der GAD stellt die kognitive Verhaltenstherapie die am besten in ihrer Wirksamkeit belegte Psychotherapie dar. Psychodynamische Kurzzeittherapien sind ebenfalls wirksam, möglicherweise aber nicht im gleichen Ausmaß wie die CBT. Hier sind weitere Studien zur Klärung notwendig. Insgesamt scheint die GAD schlechter als andere Angststörungen auf die Behandlung anzusprechen, da gut die Hälfte der Patienten nach einer Behandlung weiterhin unter ihren Beschwerden leidet.

Während die Kombinationsbehandlung aus Pharmako- und Psychotherapie bei der Panikstörung mit/ohne Agoraphobie in der Akutphase empfohlen wird, fehlen bislang Untersuchungen, die dies auch für die GAD nahelegen.

Resümee

Angststörungen können erfolgreich psychotherapeutisch behandelt werden. In vielen Fällen wird eine Kombinationsbehandlung mit einem Pharmakon (Antidepressivum) sinnvoll sein, wobei aufgrund der Datenlage nur für die Panikstörung eine eindeutige Empfehlung für eine Kombinationsbehandlung in der Akutphase gegeben werden kann [37]. Langfristig dürfte die Psychotherapie nachhaltiger wirken als eine pharmakologische Therapie ohne Psychotherapie [38].

Für alle Angststörungen sind verhaltenstherapeutische Ansätze am besten in ihrer Wirksamkeit belegt. Für die spezifischen Phobien hat die Reizkonfrontation *in vivo* die besten Ergebnisse erzielt, bei der sozialen Phobie wird primär die kognitive Verhaltenstherapie unter Einbeziehung einer Expositionsbehandlung empfohlen. Bei der Panikstörung hat sich die CBT mit Expositionsbehandlung und Entspannungsverfahren am besten bewährt, während bei der generalisierten Angststörung kognitive Verhaltenstherapieprogramme die beste Evidenzlage aufweisen.

Mit Ausnahme der spezifischen Phobien liegen für alle Angststörungen inzwischen auch manualisierte und empirisch überprüfte psychodynamische Behandlungsansätze vor, wobei es sich durchwegs um Kurztherapien handelt.

Zusätzlich hat sich die angewandte Entspannung bei der sozialen Phobie und der Panikstörung bewährt sowie als Therapiemodul umfassenderer Behandlungsprogramme bei allen Angststörungen.

Eine interessante Entwicklung könnte in Zukunft im Eye Movement Desensitization and Reprocessing für die Phobiebehandlung liegen, insbesondere dort, wo an der Phobieentstehung subjektiv als traumatisch erlebte Auslöser beteiligt waren, was oft bei der Zahnbehandlungsphobie der Fall ist.

Von allen Angststörungen weist die generalisierte Angststörung die geringste Ansprechrate auf psychotherapeutische Behandlungen auf. Diese Erkenntnis bestätigt die Auffassung, dass es sich bei den Betroffenen um vergleichsweise schwerer gestörte Patienten handelt, deren Funktionsniveau stärker beeinträchtigt ist als das anderer Angstpatienten [31].

Es ist bekannt, dass komorbide Störungen – insbesondere Persönlichkeitsstörungen – das Outcome einer Psychotherapie negativ beeinflussen. Hier sind höchstwahrscheinlich längere Behandlungen vonnöten, möglicherweise liegt hier eine Indikation für längerfristig angelegte psychodynamische Therapieansätze, die umfassender und aufdeckend vorgehen. Hier ist jedoch weitere Forschung notwendig, bevor eindeutige Empfehlungen ausgesprochen werden können. Gleiches gilt für die Langzeiteffekte der Angstbehandlung, da bislang kaum Untersuchungen mit einem Follow-up-Zeitraum von > 12 Monaten vorliegen.

Relevanz für die Praxis

Zur Behandlung der Angststörungen liegen eine Reihe von störungsspezifischen, manualisierten und empirisch in ihrer Wirksamkeit belegten Psychotherapieansätzen vor. In der Behandlung von Patienten mit Angststörungen sollten diese Ansätze nach Möglichkeit zum Einsatz kommen. Eine Kombination aus Psycho- und Pharmakotherapie wird in vielen Fällen als sinnvoll angesehen, ist empirisch allerdings nur für die Akutphase der Panikstörung in ihrer Überlegenheit gegenüber einer Monotherapie belegt. Es liegen deutliche Hinweise für eine nachhaltigere Wirksamkeit der Psychotherapie gegenüber der Pharmakotherapie vor. Verhaltenstherapeutische Ansätze sind derzeit am besten empirisch abgesichert, außer für die spezifischen Phobien liegen inzwischen auch für psychodynamische Therapien empirische Wirksamkeitsnachweise vor. Auch Entspannungsverfahren sind – meist als Baustein umfassenderer Therapien – zu empfehlen.

Interessenkonflikt

Der Autor verneint einen Interessenkonflikt.

Literatur:

1. Freud S. Wege der psychoanalytischen Therapie. In: Freud S. Gesammelte Werke, Band XII. Fischer, Frankfurt/M, 1919/1999; 181–94.
2. Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 7. überarb. Aufl. Huber, Bern, 2010.
3. American Psychiatric Association. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR). Hogrefe, Göttingen, 2003.
4. Wolpe J. Psychotherapy of reciprocal inhibition. Stanford Universal Press, Stanford, 1958.
5. Jacobson E. Progressive relaxation. University of Chicago Press, Chicago, 1929.

6. Choy Y, Fyer AJ, Lipsitz JD. Treatment of specific phobia in adults. Clin Psychol Rev 2007; 27: 266–86.

7. Öst LG. One-session treatment for specific phobias. Behav Res Ther 1989; 27: 1–7.

8. Öst LG, Sterner U. Applied tension: a specific behavioral method for treatment of blood phobia. Behav Res Ther 1987; 25: 25–9.

9. Hamm A. Spezifische Phobien. Hogrefe, Göttingen, 2006.

10. Wolitzky-Taylor KB, Horowitz JD, Powers MB, et al. Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. Clin Psychol Rev 2008; 28: 1021–37.

11. Parsons ZD, Rizzo AA. Affective outcomes of virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias: A meta-analysis. J Behav Ther Exp Psychiat 2008; 39: 250–61.

12. Klein DF, Zitrin CM, Woerner MG, et al. Treatment of phobias. II. Behavior therapy and supportive psychotherapy: Are there any specific ingredients? Arch Gen Psychiatry 1983; 40: 139–45.

13. Lipsitz JD, Mannuzza S, Klein DF, et al. Specific phobia 10–16 years after treatment. Depress Anxiety 1999; 10: 105–10.

14. Enkling N, Marwinski G, Jöhren P. Dental anxiety in a representative sample of residents of a large German city. Clin Oral Invest 2006; 10: 84–91.

15. De Jongh A, Aartman I, Brand N. Trauma-related phenomena in anxious patients. Community Dent Oral Epidemiol 2003; 31: 52–8.

16. Baeyens F, Eelen P, Van den Bergh O, et al. The content of learning in human evaluative conditioning: Acquired valence is sensitive to US-revaluation. Learn Motiv 1992; 23: 200–24.

17. De Jongh A, Ten Broeke E, Renssen MR. Treatment of specific phobias with Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Protocol, empirical status, and conceptual issues. J Anxiety Disord 1999; 13: 69–85.

18. De Jongh A, Van den Oord HJM, Ten Broeke E. Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of specific phobias: Four single case studies on dental phobia. J Clin Psychol 2002; 58: 1489–503.

19. Bisping V. Wirksamkeit von Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) bei Zahnbehandlungsphobie. Inaugural-Dissertation. Westfälische Wilhelms-Universität, Münster, 2010.

20. Stangier U, Heidenreich T, Peitz M. Soziale Phobien. Beltz, Weinheim, 2003.

21. Stangier U, Clark DM, Ehlers A. Soziale Phobie. Hogrefe, Göttingen, 2006.

22. Taylor S. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. J Behav Ther Exp Psychiat 1996; 27: 1–9.

23. Gould RA, Buckminster S, Pollack MH, et al. Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: a meta-analysis. Clin Psychol Sci Pract 1997; 4: 291–306.

24. Ponniah K, Hollon SD. Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: a qualitative review of randomized controlled trials. Psychol Med 2008; 38: 3–14.

25. Rowa K, Antony MM. Psychological treatments for social phobia. Can J Psychiatry 2005; 50: 308–16.

26. Knijnik DZ, Kapczinski F, Chachamovich E, et al. Psychodynamic group treatment for generalized social phobia. Rev Bras Psiquiatr 2004; 26: 77–81.

27. Knijnik DZ, Blanco C, Salum GA, et al. A pilot study of clonazepam versus psychodynamic group therapy plus clonazepam in the treatment of generalized social anxiety disorder. Eur Psychiatry 2008; 23: 567–74.

28. Leichsenring F, Hoyer J, Beutel M, et al. The social phobia psychotherapy research network. The first multicenter randomized controlled trial of psychotherapy for social phobia: rationale, methods and patient characteristics. Psychother Psychosom 2009; 78: 35–41.

29. Luborsky L. Einführung in die analytische Psychotherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1995.

30. Leichsenring F, Beutel M, Leibing E. Psychoanalytisch-orientierte Fokaltherapie der sozialen Phobie: Ein Behandlungsmanual auf der Grundlage der supportiv-expressiven Therapie Luborskys. Psychotherapeut 2008; 53: 185–97.

31. Hoffmann SO. Psychodynamische Therapie von Angststörungen. Einführung und Manual für die kurz- und mittelfristige Therapie. Schattauer, Stuttgart, 2008.

32. Zaider TI, Heimberg RG. Non-pharmacologic treatments for social anxiety disorder. Acta Psychiatr Scand 2003; 108 (Suppl 417): 72–84.

33. Schneider S, Margraf J. Agoraphobie und Panikstörung. Göttingen, Hogrefe, 1998.

34. Heinrichs N, Alpers GW, Gerlach AL. Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie der Panikstörung und Agoraphobie. Hogrefe, Göttingen, 2009.

35. Mitte K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. J Affect Disord 2005; 88: 27-45.

36. Sánchez-Meca J, Rosa-Alcázar AI, Marín-Martínez F, et al. Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A meta-analysis. Clin Psychol Rev 2010; 30: 37–50.

37. Bandelow B, Seidler-Brandler U, Becker A, et al. Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatment for anxiety disorders. World J Biol Psychiatry 2007; 8: 175–87.

38. Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. Cochrane Database Syst Rev 2007; (1): CD004364.

39. Milrod BL, Busch FN, Cooper AM, et al. Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1997.

40. Milrod B, Busch F, Leon AC, et al. A pilot open trial of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. J Psychother Pract Res 2001; 10: 239–45.

41. Milrod B, Leon AC, Busch F, et al. A randomized controlled clinical trial of psychodynamic psychotherapy for panic disorder. Am J Psychiatry 2007; 164: 265–72.

42. Milrod BL, Leon AC, Barber JP, et al. Do comorbid personality disorders moderate panic-focused psychotherapy? An exploratory examination of the American Psychiatric Association practice guideline. J Clin Psychiatry 2007; 68: 885–91.

43. Subic-Wrana C, Knebel A, Beutel M. The Mainz PFPP study: An RCT comparing a psychodynamic and a cognitive behavioral short term psychotherapy for panic disorder. Society for Psychotherapy Research, 41st International Meeting, June 23–27, 2010.

44. Wiborg IM, Dahl AA. Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? Arch Gen Psychiatry 1996; 53: 689–94.

45. Öst LG, Westling BE. Applied relaxation vs cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. Behav Res Ther 1995; 33: 145–58.

46. Prasko J, Houbova P, Noval T, et al. Influence of personality disorder on the treatment of panic disorder – comparison study. Neuroendocrinol Lett 2005; 26: 667–74.

47. Becker E, Margraf J. Generalisierte Angststörung. Beltz, Weinheim, 2002.

48. Hunot V, Churchill R, Teixera V, et al. Psychological therapies for generalised anxiety disorder (Review). Cochrane Database Syst Rev 2007; (1): CD001848.

49. Gould RA, Otto MW, Pollack MH, et al. Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: a preliminary meta-analysis. Behav Ther 1997; 28: 285–305.

50. Covin R, Ouimet AJ, Seeds PM, et al. A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. J Anxiety Disord 2008; 22: 108–16.

51. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, et al. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. Clin Psychol Rev 2006; 26: 17–31.

52. Crits-Christoph P, Wolf-Palacio D, Ficher M, et al. Brief supportive-expressive psychodynamic therapy for generalized anxiety disorder. In Barber JP, Crits-Christoph P (eds). Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders (Axis I). Basic Books, New York, 1995.

53. Crits-Christoph P, Connolly Gibbons MB, Narducci J, et al. Interpersonal problems and the outcome of interpersonally oriented psychodynamic treatment of GAD. Psychotherapy 2005; 42: 211–24.

54. Leichsenring F, Winkelbach C, Leibing E. Psychoanalytisch orientierte Kurzzeittherapie der generalisierten Angststörung – ein Behandlungsmanual. Psychotherapeut 2005; 50: 258–64.

55. Leichsenring F, Salzer S, Jaeger U, et al. Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: a randomized, controlled trial. Am J Psychiatry 2009; 166: 875–81.

Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Doering

Geboren 1966. Studium der Medizin in Göttingen, Berlin und Jerusalem. 1994 Promotion, 1995–2004 Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie in Innsbruck, 2002 Habilitation. 2004–2010 Professur für Psychosomatik in der Zahnheilkunde an der Universität Münster. Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalytiker. Seit 2011 Professor für Psychoanalyse und Psychotherapie und Leiter der gleichnamigen Klinik an der Medizinischen Universität Wien.

Forschungsschwerpunkte: Psychotherapieforschung, Diagnostik und Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, neurobiologische Grundlagen psychischer Erkrankungen.

Akkreditierter ärztlicher Herausgeber:
Klinische Abteilung für Biologische Psychiatrie, Univ.-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien

Lecture Board:
Univ.-Prof. Dr. Martin Aigner, Wien
Prof. Dr. Borwin Bandelow, Göttingen
Univ.-Prof. Dr. Hans-Peter Kapfhammer, Graz

DFP online Literaturstudium
Entsprechend dem Fortbildungsgedanken des JOURNALS FÜR NEUROLOGIE, NEUROCHIRURGIE UND PSYCHIATRIE sollen auch in Zukunft approbierte Fachartikel zur Erlangung von DFP- (Diplom-Fortbildungs-Programm-) Punkten (Österreich) der „akademie der ärzte“ publiziert werden.

Den Test zur Erlangung von 2 DFP-Punkten finden Sie in Kürze unter:

http://www.meindfp.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere

zeitschriftenübergreifende Datenbank

☑ **Bilddatenbank** ☑ **Artikeldatenbank** ☑ **Fallberichte**

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☑ **Bestellung e-Journal-Abo**

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

Impressum **Disclaimers & Copyright** **Datenschutzerklärung**