



**University of
Zurich** ^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2014

Kognitive Verhaltenstherapie bringt gute Behandlungsergebnisse

Rufer, Michael ; Brühl, Annette Beatrix ; Weidt, Steffi

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-99960>
Journal Article
Published Version

Originally published at:

Rufer, Michael; Brühl, Annette Beatrix; Weidt, Steffi (2014). Kognitive Verhaltenstherapie bringt gute Behandlungsergebnisse. *INFO Neurologie Psychiatrie*, 12(5):21-24.

Angststörungen Troubles anxieux

Kognitive Verhaltenstherapie bringt gute Behandlungsergebnisse

La thérapie cognitivo-comportementale apporte de bons résultats thérapeutiques

Michael Rufer, Annette Beatrix Brühl, Steffi Weidt, Zürich

Angststörungen gehören, neben den Depressionen, zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Nicht selten wird der Arzt primär wegen körperlichen Symptomen aufgesucht, wie Herzklopfen, Atemnot, Schwindel und gastrointestinales Beschwerden. Die richtige Diagnose und das Einleiten einer adäquaten Behandlung sind essenziell zur Vermeidung einer Generalisierung und Chronifizierung der Angstsymptomatik. Die Therapie der Wahl ist die kognitive Verhaltenstherapie einschliesslich Expositions-Reaktionsmanagement. Eine medikamentöse Therapie sollte erwogen werden, wenn der Patient schwer beeinträchtigt ist und eine alleinige kognitive Verhaltenstherapie nicht die gewünschte Wirkung erbracht hat.

Les troubles anxieux font partie des maladies psychiques les plus fréquentes à côté des dépressions. Il n'est pas rare que le médecin soit consulté initialement en raison de symptômes physiques tels que palpitations cardiaques, détresse respiratoire, vertiges, troubles gastro-intestinaux. Le bon diagnostic et l'instauration d'un traitement adapté sont essentiels pour éviter une généralisation et une chronification des symptômes d'anxiété. Le traitement de choix est la thérapie comportementale et cognitive incluant la gestion de l'exposition-réaction. Un traitement médicamenteux doit être envisagé lorsque le patient souffre de troubles importants et qu'une thérapie cognitivo-comportementale seule n'a pas eu l'effet souhaité.

■ Sowohl im ICD-10 als auch im DSM-5 werden objekt- und situationsabhängige (phobische) von objekt- und situationsunabhängigen Ängsten unterschieden.

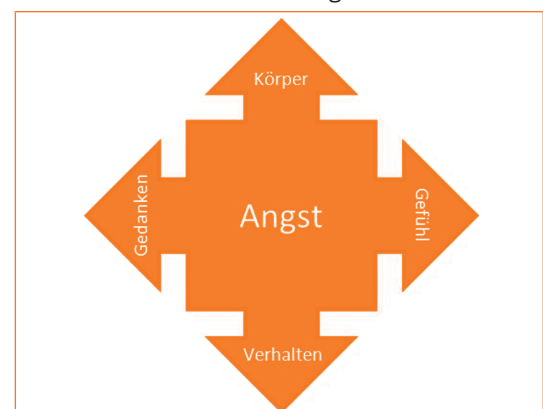
- Bei einer *phobischen* Störung empfinden die Betroffenen überwiegend oder ausschliesslich in eng umschriebenen, eigentlich ungefährlichen Situationen Angst. Ausserhalb dieser Angstsituationen besteht typischerweise Symptommfreiheit. Angst vor der Angst sowie die Vermeidung angstauslösender Situationen können jedoch die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigen.
- Im Rahmen von *objekt- und situationsunabhängigen* Ängsten treten die Angstsymptome ohne äusseren spezifischen Anlass plötzlich auf (Panikstörung) oder sind durch eine permanente Anspannung und Angst (generalisierte Angststörung) gekennzeichnet.

Ein wichtiger Bestandteil der Analyse von Angstsymptomen ist die detaillierte Erfassung aller vier Anteile der Angst [1]. Diese vier Anteile sind

1. die körperlichen Symptome
2. die mit der Angst einhergehenden Gedanken und
3. Gefühle sowie
4. das Verhalten.

In **Abbildung 1** sind die Anteile zusammengefasst und **Tabelle 1** stellt beispielhaft die vier Angstanteile der wichtigsten Angststörungen dar.

Abb. 1: Die vier Anteile der Angst



Tab. 1: Beispiele für Angstsymptome auf der physiologischen, kognitiven, emotionalen und Verhaltensebene

Störung	Körper (physiologische Ebene)	Gedanken (kognitive Ebene)	Gefühle (emotionale Ebene)	Verhalten
Agoraphobie	Atemnot, Kloss im Hals, Herzklopfen	«Mit meinem Herz stimmt etwas nicht»	Angst zu sterben, Hilflosigkeit	Vermeidet die unangenehme Situation
Soziale Phobie	Hitzegefühl, «rot» werden, rasende Gedanken	«Ich werde mich blamieren; alle werden sehen, dass ich rot wie eine Tomate bin»	Scham	Bereitet Vorträge exzessiv vor, um jeden Fehler zu vermeiden
Spezifische Phobie	Herzrasen, Konzentrationsstörung	«Mit dieser Spinne im Raum kann ich nicht schlafen»	Angst, Ekel	Ruft jemanden, der die Spinne entfernen muss; Schläft in einem anderen Raum
Panikstörung	Ohnmachtsgefühl, Schwindel, Zittern, Schwäche, Depersonalisierung	«Ich falle in Ohnmacht; Ich werde verrückt»	Angst zu sterben; Angst verrückt zu werden	Ruft den Notarzt
Generalisierte Angststörung	Anspannung, Innerliche Unruhe, Kopf- und Muskelschmerzen	«Hoffentlich passiert XY nichts»	Verzweiflung, Angst	Ruft XY häufig an, um sich zu vergewissern, dass nichts passiert ist

Charakteristika

Charakteristisch für die einzelnen Angststörungen sind folgende Aspekte:

Agoraphobie: Ängste bestehen mitunter beim Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel, in geschlossenen Räumen und Menschenansammlungen. Teilweise ist den Patienten das Verlassen des Hauses nur noch in Begleitung möglich. Oft werden auch körperliche Symptome beklagt.

Soziale Phobie: Es besteht eine ausgeprägte Angst, aufgrund des eigenen Verhaltens oder aufgrund

des Auftretens befürchteter Symptome (z.B. «rot» werden) in sozialen Situationen negativ beurteilt zu werden. Entsprechende Situationen (z.B. Vortrag halten, Geburtstagsfeier besuchen) werden deswegen vermieden oder nur mit starker Angst durchgestanden.

Spezifische Phobie: Typischerweise treten Angstsymptome nur auf, wenn der Betroffene mit dem spezifischen, auslösenden Reiz (z.B. Fahrstuhl bei Klaustrophobie) konfrontiert wird. Ausserhalb der Auslösesituationen sind die Betroffenen symptomfrei. In Abhängigkeit vom Auftreten des Auslösereizes können symptomfreie Intervalle mehrere Wochen oder Monate dauern. Inhaltlich können sich diese Phobien auf jede Lebenssituation beziehen (z.B. Fliegen, Dunkelheit, einzelne Tiere usw.).

Panikstörung: Patienten mit einer Panikstörung leiden unter intermittierend auftretenden schweren Angstattacken (Panik), welche für die Patienten nicht vorhersehbar sind und oft mit der Angst zu sterben einhergehen. Diese Attacken beginnen abrupt und erreichen innerhalb kurzer Zeit ihr Maximum. Patienten mit einer Panikstörung beklagen häufig körperliche Symptome und suchen wegen diesen immer wieder Ärzte/Notfallstationen auf. Die durchgeführten Untersuchungen (z.B. EKG, Labor) bleiben typischerweise ohne pathologischen Befund.

Generalisierte Angststörung: Im Vordergrund dieser Störung stehen permanente Sorgen über zahlreiche Themen des alltäglichen Lebens. Weitere wesentliche Symptome sind unter anderem Muskelverspannungen (oft einhergehend mit akuten und chronischen Schmerzen), Ruhelosigkeit, Nervosität, Reizbarkeit und Schlafstörungen.

Bevor die Diagnose einer Angststörung gestellt wird, müssen körperliche Ursachen und Krankhei-

Tab. 2: Auswahl einiger Differenzialdiagnosen aus den Bereichen der Inneren Medizin, Psychiatrie, Neurologie und weiterer Fächer

Innere Medizin	Psychiatrie	Neurologie	Weitere
Schilddrüsenfehlfunktion	Nikotin-/Alkohol-/Drogenkonsum	Restless-Legs (RLS)	Medikamenten-nebenwirkung
Myokardinfarkt	Depression	Beginnende MS	Vestibularproblematik (Schwindel)
Eisenmangel	Psychotische Symptomatik	Migräne	Delir
Lungenembolie	Somatoforme Störung	Neuropathie	Schlafapnoe
Blutdruckschwankungen	Anpassungsstörung	Chorea Huntington	Anaphylaxie
Phäochromozytom			Koffeinkonsum
Herzrhythmusstörung			

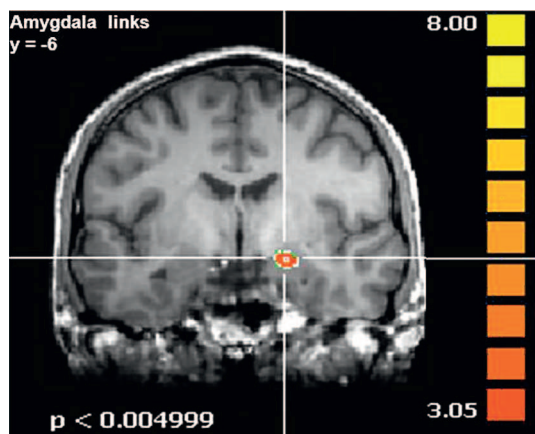


Abb. 2: Gesteigerte Aktivität der Amygdala bei Patienten mit sozialer Angststörung im Vergleich zu Gesunden während der Erwartung negativer emotionaler Bilder (unpublizierte Re-Analyse aus [2])

ten, welche Angst und angstähnliche Symptome hervorrufen können, ausgeschlossen werden. Zentrale Punkte sind dabei eine gute Anamneseerhebung (inkl. Medikamenten- und Substanzanamnese) sowie eine grundlegende körperliche Untersuchung und technische Abklärungen, wie z.B. EKG, Blutdruckmessungen und Basis-Labor einschliesslich Schilddrüsenwerten. Typische Differenzialdiagnosen sind in **Tabelle 2** zusammengefasst.

Neurobiologische Grundlagen

Die Amygdala oder der Mandelkern, medial im Temporallappen gelegen, ist die Hirnregion, der eine zentrale Rolle in der Detektion von Bedrohung zugeschrieben wird. Sobald die Amygdala einen Stimulus als bedrohlich «wahrgenommen» hat, werden im Mittelhirn und Hirnstamm gelegene Regionen aktiviert, die dann die typischen physiologischen Angstsymptome auslösen: Anstieg von Atem- und Herzfrequenz und Blutdruck, muskuläre Anspannung, Sympathikotonus, Aktivierung des Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindensystems (Kortisol) und weitere. Parallel werden andere kognitive Systeme, die für die Wahrnehmung und Verarbeitung von Reizen zuständig sind, beeinflusst: Die Aufmerksamkeit und das Denken werden auf potenziell bedrohliche Stimuli fokussiert, andere Inhalte treten in den Hintergrund. Auf der neurobiologischen Ebene bilden sich diese beiden Prozesse (peripher-physiologisch, kognitiv) in verstärkten Aktivierungen in einerseits der Inselrinde und andererseits in präfrontalen und parietalen kortikalen Regionen ab.

Eine solche Angstreaktion findet sich regelhaft, wenn Gesunde mit angstauslösenden Stimuli konfrontiert werden. Wie stark eine gesunde Person dabei reagiert, hängt unter anderem von der individuellen Ängstlichkeit ab, also der individuellen Tendenz, Situationen und Stimuli als bedrohlich wahrzunehmen und mit Angst zu reagieren. Je ängstlicher eine Person, desto eher wird eine Angstreaktion ausgelöst und desto stärker die Angstreaktion. Aus neurobiologischer Sicht sind bei angemessener «normaler» Angst

und bei Angsterkrankungen dieselben Systeme beteiligt. Bei Angststörungen sind diese Systeme allerdings in stärkerem Ausmass beteiligt und sie reagieren auf Stimuli und Situationen, die bei Gesunden keine Angstreaktion auslösen. So findet sich bei Angststörungen generell eine gesteigerte Aktivität und Reaktivität der Amygdala (**Abb. 2**), Inselrinde und in frontalen Regionen [2,3]. Mit erfolgreicher Therapie nimmt diese Hyperaktivität bis hin zur Normalisierung ab [4].

Therapie

Sind die in Frage kommenden körperlichen Erkrankungen ausgeschlossen, sollten weitere somatische Abklärungen möglichst vermieden werden, da diese die (häufig auch hypochondrischen) Ängste verstärken und den Beginn einer adäquaten Therapie hinauszögern [5]. In den ersten Gesprächen, die oft beim Hausarzt oder (im Fall von Panikattacken) auf der Notfallstation stattfinden, hat die Psychoedukation einen hohen Stellenwert. Die Beschwerden des Patienten sollten als Stress- oder Angstsymptome erklärt werden, die gut behandelt werden können.

Die konkrete Anleitung zur Selbsthilfe spielt bei allen Schweregraden der Angststörungen eine wichtige Rolle, bei einer leichten Symptomatik ohne relevante Einschränkung der Alltagsaktivitäten kann diese sogar ausreichen. In der Praxis bewährt es sich hierbei, den Patienten unter Einbezug von kognitiv-verhaltenstherapeutischer Selbsthilfeleratur individuell zu beraten und systematisch zur Angstbewältigung anzuleiten (Bibliotherapie) [6]. Hierdurch kann strukturiert vermittelt werden, durch welche Kreisläufe Angst ausgelöst und aufrechterhalten wird und welche Möglichkeiten bestehen, diese zu unterbrechen und die Angst zu bewältigen. Entspannungsverfahren wie z.B. die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson werden ebenfalls eingesetzt. Die Informa-

Tab. 3: Übersicht über verschiedene Arten der Exposition bei unterschiedlichen Angststörungen

Angststörung	Expositionsverfahren
Phobie	<p>Exposition in vivo</p> <ul style="list-style-type: none"> – Konfrontation mit den angstauslösenden Situationen/Objekten, möglichst in den relevanten Alltagssituationen des Betroffenen – Eine vorherige Exposition in sensu ist meistens nicht notwendig
Panikstörung	<p>Interozeptive Exposition</p> <ul style="list-style-type: none"> – Konfrontation mit den angstauslösenden körperlichen Symptomen, z.B. durch körperliche Anstrengung, Hyperventilation oder Drehstuhl (bei Schwindel)
Generalisierte Angststörung	<p>Sorgenexposition in sensu</p> <ul style="list-style-type: none"> – Konfrontation mit lebhaften Vorstellungsbildern der Sorgen in sensu – Erst in nachfolgender Therapiephase Konfrontation in vivo zum Abbau von Vermeidungs- und Rückversicherungsverhalten

tion, dass funktionelle Veränderungen des Gehirns bei Menschen mit Angststörungen nachgewiesen wurden und, dass sich diese bei einer erfolgreichen Bewältigung der Ängste normalisieren, kann entlastend und motivierend für einen aktiven Umgang mit der Angstproblematik sein.

Wenn eine Anleitung zur Selbsthilfe keinen Erfolg zeigt oder wenn ein Störungsbild vorliegt, das über leichte Angstsymptome hinausgeht, sollte baldmöglichst eine störungsspezifische Behandlung bei einer dafür ausgewiesenen Fachperson eingeleitet werden. Die Behandlung der Wahl ist die Psychotherapie, wobei die mit Abstand beste Evidenz für die kognitive Verhaltenstherapie vorliegt. Diese kann einzeln oder auch in Gruppen stattfinden, Kernelemente sind die Exposition mit Reaktionsmanagement sowie kognitive Verfahren zur Veränderung von dysfunktionalen Annahmen und – vor allem bei der sozialen Phobie – zum Aufbau sozialer Kompetenzen. Die unterschiedlichen Expositionsformen, welche je nach Angststörung angewandt werden, sind in **Tabelle 3** aufgeführt. In der Praxis bewährt sich hierbei ein graduiertes Vorgehen mit einem stufenweisen Anstieg des Schweregrads der Situation anhand einer zuvor erstellten individuellen Angsthierarchie.

Bei komplexen Störungsbildern spielen auch weitere kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden und der Einbau von systemischen und/oder psychodynamischen Elementen eine wichtige Rolle. Die Auswahl des Vorgehens erfolgt individuell auf der Basis einer sorgfältigen Analyse der ursächlichen, auslösenden und aufrechterhaltender Bedingungen für die Angstsymptomatik und allenfalls in Abhängigkeit von Komorbiditäten.

Eine medikamentöse Therapie bei Angsterkrankungen sollte dann erwogen werden, wenn der Patient schwer beeinträchtigt ist und eine alleinige kognitive Verhaltenstherapie nicht die gewünschte Wirkung erbracht hat. Darüber hinaus spielen in der Praxis unter anderem folgende Faktoren eine Rolle, welche für eine medikamentöse Therapie sprechen können [7]:

- Schwere Angstsymptomatik, durch die eine spezifische Psychotherapie verhindert wird (zu geringe Risikobereitschaft; Überforderung, regelmässige Termine wahrzunehmen)
- Vorliegen einer schweren komorbiden Depression
- Präferenz des Patienten
- Kontraindikationen für eine Expositionstherapie (z.B. wegen einer Herzschwäche)
- Wartezeitüberbrückung bis zur spezifischen Psychotherapie.

In erster Linie kommen Antidepressiva in Betracht, die beste Evidenz besteht für viele selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI) und Trizyklika [8]. Benzodiazepine sollten – unter anderem wegen des Abhängigkeitsrisikos – nur kurzfristig im «Angstnotfall» gegeben werden, wenn das beruhigende ärztliche Gespräch nicht ausreicht. Eine weitere Indikation besteht gelegentlich bei initial durch Antidepressiva ausgelöster oder verstärkter Angst/Unruhe, welche durch Benzodiazepine reduziert werden kann.

Insbesondere unter Berücksichtigung der Langzeiteffekte sollte eine medikamentöse Behandlung immer mit kognitiver Verhaltenstherapie kombiniert werden, um Therapieerfolge auch nach stufenweisem Absetzen der Medikation zu sichern.



Prof. Dr. med. Michael Rufer

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
UniversitätsSpital Zürich
Culmannstrasse 8, 8091 Zürich
michael.rufer@usz.ch

Literatur:

1. Weidt S, et al.: Mein Patient hat Angst – wie weiter? Praxis 2012; 101: 523–530.
2. Brühl AB, et al.: Neural correlates of altered general emotion processing in social anxiety disorder. Brain Res 2011; 1378: 72–83.
3. Etkin A, et al.: Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. Am J Psychiatry 2007; 164: 1476–1488.
4. Quide Y, et al.: Differences between effects of psychological versus pharmacological treatments on functional and morphological brain alterations in anxiety disorders and major depressive disorder: a systematic review. Neurosci Biobehav Rev 2012; 36: 626–644.
5. Aceto L, et al.: Angst- und Panikstörungen. Praxis 2009; 98: 59–65.
6. Rufer M, et al.: Stärker als die Angst. Ein Ratgeber für Menschen mit Angst- und Panikstörungen. Bern: Huber; 2010.
7. Rufer M, et al.: Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie bei Angststörungen: Gibt es additive Effekte? Forschungsstand und Praxisempfehlungen. Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie 2006; 3: 30–34.
8. Keck ME, et al.: Die Behandlung der Angsterkrankungen. Teil 1: Panikstörung, Agoraphobie, generalisierte Angststörung, soziale Phobie, spezifische Phobien. Schweizerisches Medizin-Forum 2011; 11: 558–566.