

Angststörungen

In der November-Ausgabe von «der informierte arzt» erschien der 1. Teil mit dem Titel «Angststörungen: Häufigkeit, Klassifikation und Diagnostik». Daran anknüpfend beschreiben wir in diesem 2. Teil einige Therapieoptionen. Patienten mit einer beeinträchtigenden Angststörung (Panikstörung/Agoraphobie, Soziale Phobie, Generalisierte Angststörung (GAS), «Angst und depressive Störung, gemischt») sollten psychotherapeutisch oder medikamentös behandelt werden. Langfristig zeigen psychotherapeutische und medikamentöse Interventionen eine vergleichbar starke Wirksamkeit. Eine beeinträchtigende Spezifische Phobie sollte mit Expositionstherapie behandelt werden. Im Folgenden werden die verschiedenen Behandlungsansätze genauer beleuchtet.

Die folgenden Therapieempfehlungen beziehen sich hauptsächlich auf die S3-Leitlinien, die 2014 veröffentlicht wurden (1). Die Beschreibungen zu den Evidenz- und Empfehlungsgraden sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Als Therapieindikation für eine Angststörung gelten die Diagnose nach ICD-10 (2,3), sowie ein mittelgradiger bis schwerer Leidensdruck des Patienten, psychosoziale Einschränkungen und/oder negative Konsequenzen durch die Angststörung. Typische negative Konsequenzen wären eine sekundäre Depression, Suizidgedanken oder Alkoholmissbrauch (1,4). Allgemeine Ziele einer Behandlung sind die Reduktion von Angstsymptomen, Vermeidungsverhalten und der Rückfallwahrscheinlichkeit, sowie die Verbesserung der Bewegungsfähigkeit, der Lebensqualität, der sozialen Integration und die Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit. Die meisten Angststörungen können ambulant behandelt werden. Indikationen für einen stationären Aufenthalt wären Suizidalität, ein mangelnder Behandlungserfolg im ambulanten Setting oder bedeutsame Komorbiditäten, wie eine mittelgradige bis schwere Depression, Persönlichkeitsstörungen oder Substanzmissbrauch (4).

Prinzipiell sollte ein Patient mit Panikstörung/Agoraphobie (Ia/A), Generalisierter Angststörung (Ia/A) und Sozialer Phobie (Expertenkonsens/KKP) über die Möglichkeit der Behandlung mittels Psychotherapie und Pharmakotherapie informiert werden. Dabei sollte die Präferenz der Patienten berücksichtigt werden, nachdem sie über folgende Aspekte informiert wurden: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit. Ist eine Therapieform unzureichend wirksam, sollte die jeweils andere, beziehungsweise eine Kombination, angeboten werden (Expertenkonsens/KKP).

Empirische Evidenz für Psychotherapie versus Pharmakotherapie

Eine Metaanalyse mit 234 Studien zeigte beim Vergleich von Prä-Post-Veränderungen starke Effekte bei der Pharmakotherapie und



Dr. phil.
Olivia Bolt
Zürich



Dr. med.
Lucas Krug
Zürich

der Psychotherapie, wobei die Effekte der Pharmakotherapie signifikant grösser waren (5). Die durchschnittliche Dauer für die Pharmakotherapie in dieser Metaanalyse war 9.2 Wochen, für die Psychotherapie 12.4 Wochen. Eine Metaanalyse mit 91 Studien, welche die Langzeiteffekte von Angstbehandlungen untersuchte, zeigte, dass es 26-104 Wochen nach Beendigung der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) zu einer weiteren signifikanten Verbesserung der Symptomatik kam (6). Die Effekte der Pharmakotherapie waren über den Beobachtungszeitraum hinweg stabil und wurden auch nach Absetzen des Medikaments beibehalten. Über den längeren Beobachtungszeitraum unterschieden sich die Effekte zwischen Pharmakotherapie und Psychotherapie nicht signifikant. Die Wirksamkeit von KVT und von Pharmakotherapie war hierbei im Vergleich zu Medikamentenplacebo über alle Angststörungen hinweg moderat (5). Kombinationsbehandlungen waren der jeweiligen Monotherapie meist nicht überlegen (1).

Psychotherapie bei Angststörungen

Grundlage jeder Psychotherapie ist der Aufbau und die Aufrechterhaltung einer guten, tragfähigen therapeutischen Beziehung, welche den Therapieerfolg positiv beeinflusst. Allen Patienten mit einer Angststörung sollten Psychoedukation zu ihrer Diagnose, der möglichen Ätiologie und Information zu den verschiedenen Behandlungsformen angeboten werden (4). Da die KVT zurzeit die beste empirische Evidenz (Ia/A) für die psychotherapeutische Behandlung von Angststörungen hat (1, 4), wird diese im Folgenden genauer beschrieben. Sollte sich die KVT als nicht genügend wirksam, nicht erwünscht oder nicht verfügbar erweisen, sollte eine psychodynamische Psychotherapie angeboten werden (IIa/B; Soziale Phobie: Ib/B).

Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

Grundlage kognitiver Therapien ist, dass Gedanken unsere Gefühle beeinflussen und die Reaktion eines Individuums auf eine Situation von deren Interpretation abhängt (1). So kann ein Vortragender das Gähnen einer Person im Publikum als «mein Vortrag ist langweilig» oder als «die Person hat letzte Nacht wenig geschlafen»

TAB. 1 Evidenz- und Empfehlungsgrade gemäss S3-Leitlinien (1)	
Evidenzgrad	Definition
Ia	Evidenz aus einer Metaanalyse auf der Basis von mindestens 3 methodisch hochwertigen, kontrollierten, randomisierten Studien (RCTs)
Ib	Evidenz aus mindestens einer methodisch hochwertigen, kontrollierten, randomisierten Studie, oder aus einer Metaanalyse von weniger als drei RCTs
IIa	Evidenz aus wenigstens einer methodisch hochwertigen, kontrollierten Studie, ohne Randomisierung
IIb	Evidenz aus wenigstens einer hochwertigen, quasi-experimentellen deskriptiven Studie
III	Evidenz aus mehreren methodisch guten, nichtexperimentellen Beobachtungsstudien
IV	Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees oder Expertenmeinung und/oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten
Empfehlungsgrad	Definition
A	«Soll/Soll nicht»-Empfehlung: Evidenzebenen Ia und Ib
B	«Sollte/Sollte nicht»-Empfehlung: Evidenzebenen II oder III oder Extrapolation von Evidenzebene I
O	«Kann»-Empfehlung: Evidenzebenen IV oder Extrapolation von Evidenzebenen IIa, IIb oder III
Sofern die Evidenzlage keine eindeutigen Bewertungen zur Beantwortung relevanter klinischer Fragestellungen zulies, wurden Empfehlungen in den S3-Leitlinien im Expertenkonsens formuliert: «Klinischer Konsenspunkt» (KKP)	

TAB. 2 Therapiebestandteile der KVT bei Panikstörung/Agoraphobie (ICD-10 F41.0 / F40.0) gemäss S3 Leitlinien (1)	
Psychoedukation	<ul style="list-style-type: none"> • Information über das Störungsbild • «Teufelskreismodell der Angst» • «Stressmodell» • Empfehlung geeigneter Selbsthilfematerialien
Spezifisch für Panikattacken	
Interozeptive Exposition	<ul style="list-style-type: none"> • Provokation von Körpersymptomen (z. B. Aufforderung zum Hyperventilieren, die Luft anzuhalten, durch einen Strohhalm zu atmen, sich für 30 Sekunden auf einem Bürostuhl um die eigene Achse zu drehen oder schnell eine Treppe hinauf zu laufen) mit der Lernerfahrung hierdurch keinen Schaden zu nehmen
Abbau von Absicherungsverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion von Absicherungsverhalten (z.B. Verlangen nach einer erneuten EKG-Untersuchung bei Panikstörung, obwohl bereits mehrere ohne Befund waren)
Rückfallprophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> • kognitive Vorbereitung des Patienten auf mögliche zukünftige Panikattacken
Spezifisch für Agoraphobie	
Kognitive Vorbereitung	<ul style="list-style-type: none"> • Exposition sollte nur nach vorheriger kognitiver Vorbereitung durchgeführt werden, da es sonst zu Überforderung des Patienten und zu Therapieabbrüchen kommen kann • Erarbeitung eines Störungsmodells (Modell, das der Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Störung dient) • Erarbeitung von subjektiv vom Patienten erwarteten und realistischen Angstverläufen bei Konfrontationen mit den angstbesetzten Situationen oder Objekten • Informationen über Wirkungsweise und Effizienz der Therapie. Hierzu gehört vor allem, dass der Patient verstehen lernt, dass ein Zulassen der Angst und ihrer möglichen kurzfristigen Konsequenzen in der angstbesetzten Situation in der Regel dazu führt, dass die Angst bereits kurzfristig abnimmt, auch wenn die Exposition nicht vorzeitig abgebrochen wird • Die auf den Patienten zukommenden Anforderungen (Belastungen durch Angst bei der Exposition, Mitarbeit, Selbständigkeit bei der Durchführung) sollten vorher besprochen werden
Exposition	<ul style="list-style-type: none"> • In-vivo-Exposition: In der Expositionstherapie werden die Patienten direkt mit der angstausslösenden Situation konfrontiert (z.B. Bus fahren) • «Flooding» - Bereits initial Exposition mit hoch angstbesetzten Situationen oder Objekten; intensive und lang (oft mehrere Stunden) andauernde Expositionen • Gestufte in-vivo-Exposition: Beginn mit «milden» Konfrontationen; langsame Steigerungen der Intensität • Verzicht auf Sicherheitsverhalten (Vermeidung von Expositionen) • Imaginative Konfrontation: Der Patient wird gebeten, sich in der Vorstellung mit den angstbesetzten Situationen auseinanderzusetzen, wobei bei Aufkommen von Angst die Situation abgebrochen wird und der Patient sich wieder entspannen kann • Nach erfolgreicher Durchführung soll der Patient dafür gelobt werden, dass er sich in eine angstausslösende Situation begab und nicht dafür, dass er diese angstfrei erlebt und bewältigt hat
Rückfallprophylaxe	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten werden im Gespräch darauf vorbereitet, dass Panikattacken auch nach erfolgreicher Expositionstherapie auftreten können (Löschungslernen bewirkt Hemmung der Angst, aber kein Vergessen)

interpretieren. Je nach Interpretation wäre die darauffolgende emotionale Reaktion unterschiedlich. Im Laufe der Sozialisation werden gewisse Grundannahmen (Schemata) herausgebildet, welche die Interpretation von Situationen beeinflussen. Beck geht davon aus, dass maladaptive Gedanken, welche die Gefühle und das Verhalten von Patienten beeinflussen, ein gemeinsames Merkmal von psychi-

schen Störungen sind (7). Dementsprechend kann eine Modifikation des Denkens zu einer Verbesserung der Stimmung und des Verhaltens führen. Neben den kognitiven Aspekten ist ein wesentlicher Anteil der KVT die Konfrontation mit angstausslösenden Situationen bzw. Stimuli. Während der Konfrontation ist es das Ziel, zu lernen, dass die gefürchtete Reaktion nicht eintritt (z.B. «die Spinne

TAB. 3 Therapiebestandteile der KVT bei der Generalisierten Angststörung (GAS) (ICD-10 F41.1) gemäss S3 Leitlinien (1)	
Psychoedukation	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsvermittlung unter Einbezug häufig auftretender Sorgen und körperlicher Ausdrucksformen der Angst • Empfehlung geeigneter Selbsthilfematerialien
Kognitive und metakognitive Ansätze	<ul style="list-style-type: none"> • Bearbeitung von positiven und negativen Metakognitionen/Metasorgen («Ich mache mir Sorgen, dass meine Sorgen meine Gesundheit beeinträchtigen», «Ich kann meine Sorgen nicht kontrollieren», «Wenn ich mir Sorgen mache, bin ich besser vorbereitet») • Neubeurteilung unrealistischer Annahmen bezüglich des Nutzens und der Nachteile von Sorgen • Erarbeitung einer realistischen Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, dass Probleme zu negativen Konsequenzen führen und wie viel Leiden hierdurch verursacht wird • Umgang mit Problemen, die durch die Intoleranz gegenüber dem Gefühl der Unsicherheit und durch Perfektionismus entstehen
Exposition	<ul style="list-style-type: none"> • In-sensu-Exposition gegenüber befürchteten persönlichen Katastrophen und damit verbundenen Sorgen • Eliminierung von unangemessenem Sicherheitsverhalten • Lernen, angstbesetzte Erfahrungen zu tolerieren, anstatt diese zu vermeiden
Abbau von Sicherheitsverhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten werden gehalten, von Sicherheitsverhalten Abstand zu nehmen (z.B. Rückversicherungsanrufe einer Mutter, ob ihre Kinder auch gesund sind)
Emotionsregulation	<ul style="list-style-type: none"> • Entspannungsverfahren • Strategien der Akzeptanz und Mindfulness (Achtsamkeit)
Problemlösetechniken	<ul style="list-style-type: none"> • Einüben von Problemlösungsstrategien, um inadäquate Lösungsansätze («sich Sorgen machen») zu reduzieren • Identifikation und Reduktion von Vermeidungsverhalten • Erwerb von interpersonellen Kompetenzen • Erarbeitung von Zielen und Lebensplanung, Durchführung angenehmer Aktivitäten, Steigerung der Wahrnehmung psychischen Wohlbefindens
Rückfallprävention	<ul style="list-style-type: none"> • Vorbereitung auf Phasen, in denen erneut Ängste oder Ereignisse auftreten, die mit den vorherrschenden Sorgen in Bezug stehen

TAB. 4 Therapiebestandteile der KVT bei der Sozialen Phobie (ICD-10 F40.1) gemäss S3 Leitlinien (1)	
Psychoedukation	<ul style="list-style-type: none"> • Darstellung der prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren und Erarbeitung des Zusammenhanges zwischen unrealistischen Vorstellungen über soziale Standards, erhöhter Anspannung, dysfunktionalen Gedanken, erhöhter Aufmerksamkeitsfokussierung nach innen und Vermeidungsverhalten
Kognitive Umstrukturierung	<ul style="list-style-type: none"> • Übertrieben negative Selbsteinschätzungen werden mit der Realität abgeglichen
Training sozialer Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlage der Anwendung dieser Behandlungskomponente ist die Annahme, dass die Soziale Phobie durch soziale Kompetenzdefizite bedingt ist. In Rollenspielen soll der Patient eine Rede vor anderen Gruppenteilnehmern halten etc., ggf. mit Videofeedback
Exposition (Konfrontation)	<ul style="list-style-type: none"> • Der Patient wird aufgefordert, sich bewusst in der Öffentlichkeit einer subjektiv besonders unangenehmen Situation auszusetzen und die Reaktion der Umgebung zu beobachten (z.B. auf einem belebten Platz ein Lied zu singen)

beisst mich nicht"), oder dass die gefürchtete Reaktion ausgehalten werden kann (z.B. «ich kann auch ängstlich einen Vortrag halten»). Die Konfrontation kann in der echten Situation (in vivo), in der Vorstellung (in sensu) oder in der virtuellen Realität (in virtuo) erfolgen (1).

Auch modernere Formen der KVT im Rahmen der sogenannten «dritten Welle der Verhaltenstherapie», wie Achtsamkeitsbasierte Therapie, Acceptance and Commitment Therapy (ACT) und Compassion Focused Therapy (CFT), sind vielversprechend in der Behandlung von Angststörungen (8,9,10,11). Achtsamkeitsbasierte Therapie und ACT fokussieren im Vergleich zur klassischen KVT mehr auf die Akzeptanz von maladaptiven Gedanken als darauf, diese zu verändern (12). Im Rahmen der CFT lernen Patienten sich selber zu beruhigen, wenn sie Angst empfinden, indem sie sich selber mit Mitgefühl begegnen (13).

In Tabelle 2 werden die Therapieelemente der KVT bei **Panikstörung/Agoraphobie** genauer beschrieben. In der Psychoedukation zur Panikstörung wird erklärt, dass Panikattacken als besonders dramatisch ablaufende Alarmreaktionen des Körpers auf Stress verstanden werden können. In Phasen eines allgemein hohen Anspannungsniveaus kann schon eine alltägliche Stresssituation zum Auslöser einer Panikattacke werden («Stress Modell» der Panikstörung; 1). Aufgrund der stark furchterregenden Wirkung einer Panikattacke kommt es in der Folge häufig zu einer Sensibilisierung gegenüber den erlebten körperlichen Reaktionen (z.B. Herzrasen, Schwitzen), was in der Folge erneute Panikattacken auslösen kann (14). Die dabei auftretenden katastrophisierenden Missinterpretationen der körperlichen Empfindungen (z.B. «Ich habe einen Herzinfarkt») führen über die Symptome zu einem Gefühl der Gefährdung und damit zu weiteren Körpersymptomen («Teufelskreis der Angst»; 15).

Tabelle 3 beschreibt die Elemente der KVT bei **GAS**, welche in der Therapie bearbeitet werden. Laut kognitiven Modellen (16) wird die GAS aufrechterhalten durch den Gebrauch des «Sich-Sorgen-Machens» als inadäquate Bewältigungsstrategie sowie die anschliessende negative Evaluation derselben (z.B. «Sich-Sorgen-Machen macht mich krank») und die als mangelhaft wahrgenommene Kontrolle hierüber. Zudem wenden Patienten mit GAS häufig Sicherheitsverhalten an (z.B. Rückversicherungsanrufe), welches zur Aufrechterhaltung der Störung beiträgt. In Tabelle 4 werden die Therapieelemente der KVT bei **Sozialer Phobie** genauer beschrieben. Aufrechterhaltende Faktoren der Sozialen Phobie sind neben Vermeidungsverhalten eine stärkere Selbstaufmerksamkeit, Sicherheitsverhalten und negativ gefärbte kognitive Verarbeitungsprozesse während und nach sozialen Situationen (17). Sicherheitsverhalten kann oft kontraproduktiv sein (wie z.B. keinen Blickkontakt halten und auf den Boden blicken), da Personen, die dieses Verhalten zeigen, mehr auffallen. Manchmal führt das Sicherheitsverhalten auch zu der befürchteten Reaktion (z.B. Arme andrücken, um Schwitzen nicht zu sehen, was zu verstärktem Schwitzen führt) (18).

Zur Behandlung der **Spezifischen Phobie** wird vor allem die Expositionstherapie eingesetzt. Für die effektive Behandlung von spezifischen Phobien sind nur wenige Sitzungen notwendig (4). In Studien werden 1-5 Sitzungen zu 1-3 Zeitstunden beschrieben. Wenn eine in-vivo-Exposition nicht möglich ist, sollte eine Virtuelle-Realität-Expositionstherapie angeboten werden (Expertenkonsens/KKP). Derzeit existieren diverse Szenarien zur Behandlung von spezifischen Phobien (z.B. Höhsituationen zur Behandlung von Höhenphobie, Szenarien mit virtuellen Spinnen zur Behandlung von Spinnenphobie etc.) (19).

Pharmakotherapie bei Angststörungen

Für die pharmakologische Behandlung von Angststörungen (keine Empfehlung für die Spezifische Phobie) bestehen die höchsten Evidenzkategorien (Ia) und Empfehlungsgrade (A) für die SSRIs (selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) und SNRIs (Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer). Je nach Angststörungen werden auch andere Substanzklassen empfohlen wie z.B. Trizyklische Antidepressiva (TZAs) (Ia/B).

Beim Einsatz von **SSRIs/SNRIs und TZAs** wird der Patient über eine Wirksamkeit von ca. 2 Wochen (1-6 Wochen) und über mögliche unerwünschte Nebenwirkungen informiert (bei SSRIs/SNRIs z.B. Unruhe / Schlaflosigkeit in den ersten Tagen, sexuelle Dysfunktionen, Absetzphänomene; bei TZAs/Opipramol: z.B. anticholinerge Wirkung, Sedierung, Gewichtszunahme, kardiovaskuläre Wirkung). Darüber hinaus zeigte eine Studie 2017 (20), dass rund ein Viertel einer Patientenpopulation, die wegen Angst oder Depression mit z.B. Escitalopram, Sertralin, Desvenlafaxin (aktiver Hauptmetabolit von Venlafaxin) behandelt wurde, innerhalb der ersten 6 Behandlungswochen eine ängstlich-agitierte Symptomatik mit motorischer Unruhe («jitteriness syndrome») entwickelte. Bei den SSRIs und SNRIs besteht eine flache Dosis-Response-Kurve, d.h. dass ca. 75% der Patienten bereits auf eine initiale/niedrige Dosis reagieren. Bei bestehenden Leberfunktionsstörungen können Dosierungsanpassungen erforderlich sein (z.B. Citalopram). Für einige Präparate bestehen Empfehlungen für altersbedingte Dosisanpassungen (z.B. TZAs, Citalopram, Escitalopram). Um Überstimulierungen und Schlaflosigkeit zu verhindern, sollte die Dosis morgens oder mittags gegeben werden. TZAs sollten in niedriger Dosierung begonnen und alle 3-5 Tage erhöht werden.

Um Rückfälle zu vermeiden wird empfohlen die Psychopharmakotherapie nach eingetretener Remission noch mindestens 6-12 Monate weiterzuführen. Eine Verlängerung der Dauer kann u.a. dann erwogen werden, wenn ein Absetzversuch zu einem Wiederauftreten der Angstsymptomatik führte oder der Krankheitsverlauf besonders schwer war.

Benzodiazepine sind zwar wirksam (Ia/Ib), sollen jedoch aufgrund gravierender Nebenwirkungen (Abhängigkeitsentwicklung, Toleranz, Verlängerung der Reaktionszeit, Stürze etc.) nicht angeboten werden (KKP). In Ausnahmefällen (z.B. bei schwerer kardialer Erkrankung, bestehenden Kontraindikationen für die jeweiligen Standardmedikamente oder Suizidalität) können sie unter sorgfältiger Risiko-Nutzen-Abwägung angewendet werden. Sie sollten dann aber in der Regel nur für wenige Wochen eingenommen und nach längerer Behandlung sehr langsam ausgeschlichen werden (ggf. über mehrere Wochen).

Gemäss den S3-Leitlinien gibt es für die Wirksamkeit homöopathischer oder pflanzlicher Präparate bislang keine wissenschaftlichen Nachweise. In einer jüngeren Studie zeigte sich bei Patienten

Pharmakologische Therapie von Panikstörung/Agoraphobie gemäss S3- Leitlinie (1)			
SSRIs	Citalopram ¹	20-40mg	Ia/A
	Escitalopram ²	10-20mg	
	Paroxetin	20-50mg	
	Sertralin	50-150mg	
SNRI	Venlafaxin	75-225mg	
TZA	Clomipramin	75-250mg	Ia/B
1 Die Regeldosis darf wegen einer möglichen QTc-Zeit-Verlängerung nicht überschritten werden. Maximaldosis bei verminderter Leberfunktion 30mg/Tag, bei älteren Patienten 20mg/Tag 2 Die Regeldosis darf wegen einer möglichen QTc-Zeit-Verlängerung nicht überschritten werden. Maximaldosis bei Patienten über 65 Jahren 10mg/Tag			

Pharmakologische Therapie der Generalisierten Angststörung gemäss S3- Leitlinie (1)			
SSRIs	Escitalopram ³	10-20mg	Ia/A
	Paroxetin	20-50mg	
SNRIs	Venlafaxin	75-225mg	
	Duloxetin	60-120mg	
Kalziummodulator	Pregabalin	150-600mg	Ia/B
TZA	Opipramol	50-300mg	Ib/0
Azapiron	Buspiron ⁴	15-60mg	
3 Die Regeldosis darf wegen einer möglichen QTc-Zeit-Verlängerung nicht überschritten werden. Maximaldosis bei Patienten über 65 Jahren 10mg/Tag 4 Buspiron ist seit 2010 in der Schweiz nicht mehr im Handel erhältlich			

Pharmakologische Therapie der Sozialen Phobie gemäss S3- Leitlinie (1)			
SSRIs	Escitalopram ⁵	10-20mg	Ia/A
	Paroxetin	20-50mg	
	Sertralin	50-150mg	
SNRI	Venlafaxin	75-225mg	
RIMA	Moclobemid	300-600mg	Expertenkonsens/KKP
5 Die Regeldosis darf wegen einer möglichen QTc-Zeit-Verlängerung nicht überschritten werden. Maximaldosis bei Patienten über 65 Jahren 10mg/Tag			

mit subsyndromaler Angst oder Generalisierter Angststörung nach 2 Wochen unter Einnahme einer Substanz aus Lavendelöl eine deutliche Besserung der Symptome bei sehr guter Verträglichkeit (21). Bei der **Panikstörung/Agoraphobie** (siehe Tabelle 5) sollten Citalopram, Escitalopram, Paroxetin, Sertralin oder Venlafaxin angeboten werden (Ia/A). Bei deren ungenügendem Ansprechen oder bei Unverträglichkeit soll Clomipramin angeboten werden (Ia/B). Bei der **GAS** (siehe Tabelle 6) sollte eine Behandlung mit Escitalopram, Paroxetin, Venlafaxin oder Duloxetin angeboten werden (Ia/A). Zudem sollte der Kalziummodulator Pregabalin (Ia/B) angeboten werden, jedoch nicht bei Patienten mit aktivem oder früherem Substanzmissbrauch (z.B. Opioidmissbrauch oder multipler Substanzgebrauch) (22). Für Quetiapin besteht keine Zulassung für Angststörungen. In einer Übersichtsarbeit von 2019 (23) zeigten sich für die GAS unter Quetiapin zwar hohe positive Effekte bei jedoch gleichzeitig bestehender schlechter Verträglichkeit. Bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit dieser Strategien kann Opipramol (Ib/0) oder Buspiron (Ib/0) angeboten werden. Bei der **Sozialen Phobie** (siehe Tabelle 7) sollte Escitalopram, Paroxetin, Sertralin oder Venlafaxin angeboten werden (Ia/A). Bei

deren Unwirksamkeit/Unverträglichkeit kann gemäss Experten-konsens der reversible Monoaminoxidase A Inhibitor (RIMA) Moclobemid angeboten werden.

Weitere ausgewählte Behandlungsansätze

Internetbasierte Psychotherapie

Zunehmend gibt es auch mehr Studien zu Internetbasierter Psychotherapie mit nur geringem oder keinem Therapeutenkontakt (4). Bis zum heutigen Zeitpunkt gibt es noch nicht genug Evidenz darüber, ob diese so effektiv ist wie die «face-to-face» KVT. Für die Soziale Phobie besteht zurzeit die beste empirische Evidenz für internetbasierte Psychotherapie. Für die anderen Angststörungen sind die Resultate weniger konsistent (24).

Sport

Nebst der psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Behandlung hat sich in unserer klinischen Praxis die Wichtigkeit von körperlichem Training in der Verminderung von Angstsymptomen gezeigt. Eine kürzlich durchgeführte Metaanalyse zeigte einen moderaten Effekt in der Verbesserung von Angstsymptomen bei Patienten mit einer diagnostizierten Angststörung (25).

Biofeedback

Zudem bestehen vielversprechende Verfahren in Form von Biofeedback-Therapie, bei welcher Veränderungen biologischer Zustandsgrössen (z.B. Herzrate/Herzratenvariabilität, Atemfrequenz/tiefe, muskuläre Anspannung, Hautleitwert) mittels elektronischen Hilfsmitteln in Echtzeit am Bildschirm sichtbar und so dem eigenen Bewusstsein zugänglich gemacht werden können. Hier zeigte eine Meta-Analyse 2017 z.B. dass Herzratenvariabilitäts-Biofeedback-Training mit einer starken Reduktion bezüglich Angst- und Stresserleben einhergeht (26).

Dr. phil. Olivia Bolt

Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin
olivia.bolt@hin.ch

Dr. med. Lucas Krug

Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Zentrum für Psychosomatik, Zürich, Sanatorium Kilchberg AG
und eigene Praxis in Zürich
Rothstrasse 54, 8057 Zürich
l.krug@hin.ch

+ **Interessenskonflikte:** Die Autoren haben in Zusammenhang mit diesem Artikel keine Interessenskonflikte deklariert.

+ **Literatur:** am Online-Beitrag unter: www.medinfo-verlag.ch

<https://doi.org/10.23785/ARZT.2020.03.001>

Take-Home Message

- ◆ Zur Behandlung von Panikstörungen (inklusive Agoraphobie), Generalisierter Angststörung und Sozialer Phobie sollten Psychotherapie oder Pharmakotherapie angeboten werden und die Präferenz des Patienten einbezogen werden. Bei Spezifischer Phobie hat Expositionstherapie die beste Wirksamkeit
- ◆ Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ist die Psychotherapie erster Wahl. Ist diese nicht wirksam oder vom Patienten nicht erwünscht, sollte eine psychodynamische Therapie angeboten werden
- ◆ Bei der Psychopharmakotherapie von Angststörungen haben SSRIs (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) und SNRIs (Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer) die beste Evidenz. Benzodiazepine sind zwar wirksam, sollen jedoch aufgrund gravierender Nebenwirkungen nicht angeboten werden
- ◆ Kombinationsbehandlungen sind den Monobehandlungen meist nicht überlegen



Now, more than ever!

10. JHaS-Kongress
04. April 2020
Université de Fribourg

10^{ème} Congrès JHaS
04 avril 2020
Université de Fribourg

SYMPOSIUM
Praxisassistent
au cabinet

JHaS  Junge Hausärztinnen und -ärzte Schweiz
Jeunes médecins de premier recours Suisses
Giovani medici di base Svizzeri

Veranstalter/Organisateur
www.jhas.ch

Informationen & Anmeldung/
Informations & inscription
www.jhas-kongresse.ch/2020

Administrative Organisation/
Organisation administrative
Medworld AG, www.medworld.ch

Als Kernfortbildung AIM anerkannt /
Reconnue comme formation continue essentielle
spécifique MIG

Credits für Deinen Facharzt AIM /
Crédits pour ton titre de spécialiste en MIG

Hauptpartner/Partenaires principaux




Partner/Partenaires





Patronat/Patronage

