

HEICUMED

Angst- und Zwangsstörungen

Annett Pröger

Psychiatrische Klinik der Universität Heidelberg

Überblick

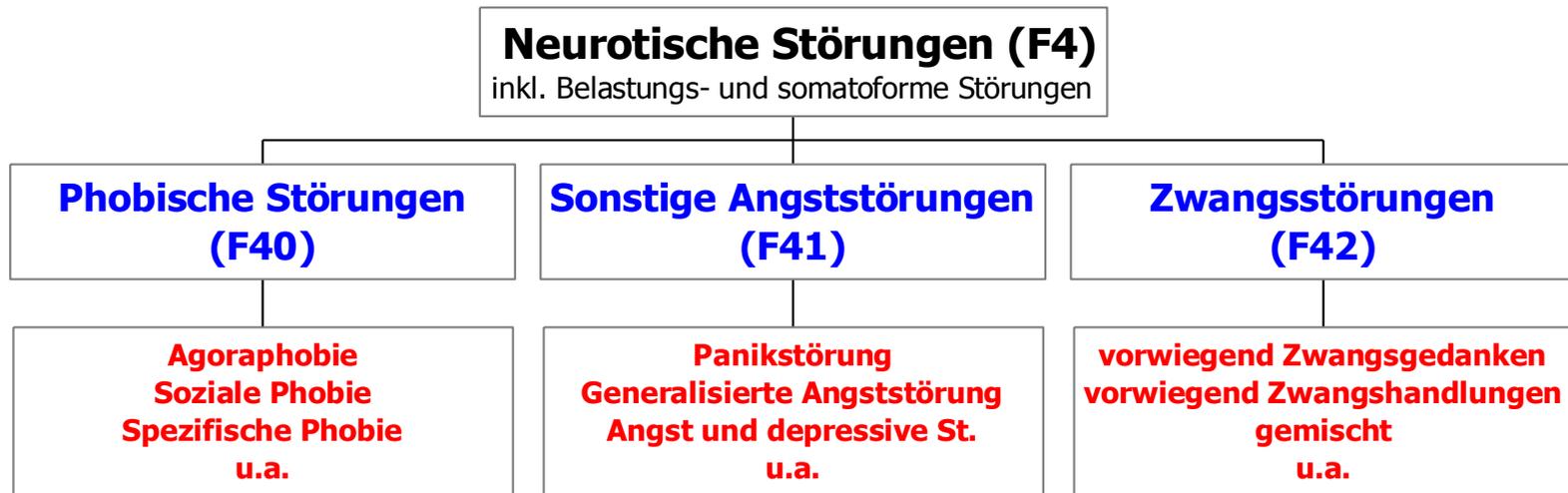
1. Beschreibung der Störungen, Klassifikation
2. Epidemiologie
3. Erklärungsansätze
4. Behandlungsansätze

Angststörungen

Überblick -Angststörungen

- 1. Beschreibung der Störungen, Klassifikation**
2. Epidemiologie
3. Erklärungsansätze
4. Behandlungsansätze

ICD-10 Klassifikation



Phobische Störungen (F40)

- Angst wird ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte oder, im allgemeinen ungefährliche Situationen oder Objekte - außerhalb der Person - hervorgerufen.
- Diese Situationen oder Objekte werden charakteristischer Weise gemieden oder voller Angst ertragen.
- Allein die Vorstellung, dass die phobische Situation eintreten könnte, erzeugt gewöhnlich schon Erwartungsangst.

Agoraphobie

- Begriff bezieht sich nicht nur auf Ängste vor offenen Plätzen, sondern z.B. auch auf Menschenmengen oder die Schwierigkeit, sich wieder sofort und leicht an einen sicheren Platz zurückziehen zu können.
- Diese Phobie ist in der Regel besonders einschränkend.
- Manche Betroffene sind aufgrund der Angst völlig an ihr Haus gefesselt.
- Überwiegend sind Frauen betroffen.

Diagnosekriterien (ICD-10) der Agoraphobie

1. Die Angst muss in mindestens 2 der folgenden Situationen auftreten: in Menschenmengen, auf öffentlichen Plätzen, bei Reisen mit weiter Entfernung von zu Hause oder bei Reisen alleine.
2. Die Angst(symptome) werden nicht besser durch eine andere psychische Störung wie z.B. Wahn- oder Zwangsgedanken erklärt.
3. Vermeidung der phobischen Situation muss ein entscheidendes Symptom sein oder gewesen sein.

Agoraphobie und Panik

- Agoraphobien können mit Panikattacken
 - Agoraphobie mit Panikstörung
- oder ohne Panikattacken ablaufen
 - Agoraphobie ohne Panikstörung

Soziale Phobie

- Im Zentrum dieser Phobie steht die Angst vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen.
- Die Angst tritt entsprechend in sozialen oder Leistungssituationen auf wie z.B. beim Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit.
- Betroffene befürchten, dass andere sie als ängstlich, schwach, „verrückt“ oder dumm beurteilen.
- Angstsymptome wie z.B. Herzklopfen, Erröten, Hände zittern oder Schwitzen werden in entsprechenden Situationen wahrgenommen.

Diagnosekriterien (ICD-10) der sozialen Phobie

1. Die Angst muss auf bestimmte soziale Situationen beschränkt sein oder darin überwiegen.
2. Die Angst(symptome) werden nicht besser durch eine andere psychische Störung wie z.B. Wahn- oder Zwangsgedanken erklärt.
3. Wenn möglich, wird die phobische Situation vermieden.

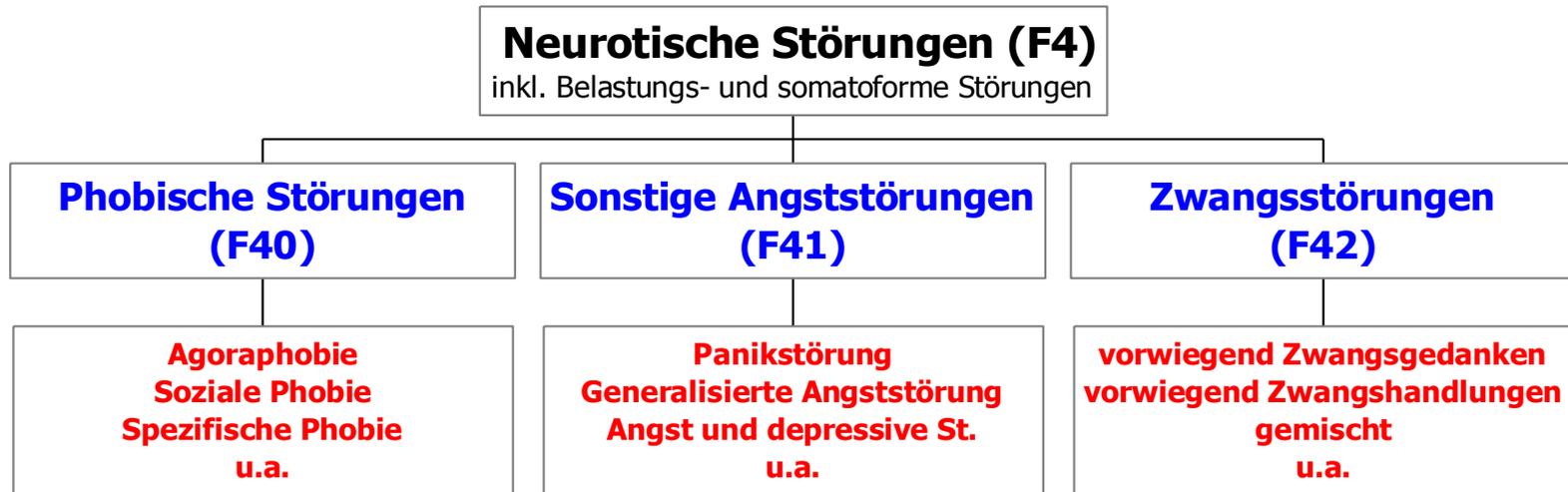
Spezifische Phobien



Subtypen der spezifischen Phobie

- **Tier-Typus:** Angst wird durch Tiere ausgelöst.
- **Umwelt-Typus:** Angst wird durch natürliche Umweltphänomene wie z.B. Stürme, Höhen oder Wasser ausgelöst.
- **Blut-Spritzen-Verletzungstypus:** ausgelöst durch den Anblick von Blut oder einer Verletzung oder durch Injektion oder durch andere invasive medizinische Prozedur.
- **Situativer Typus:** ausgelöst durch spezifische Situationen wie öffentliche Verkehrsmittel, Tunnel, Brücken, Fahrstühle etc.

ICD-10 Klassifikation



Sonstige Angststörungen (F41)

- Das Hauptsymptom dieser Störungen ist eine nicht auf bestimmte Umgebungssituationen begrenzte Angst.
- Dazu zählen u.a.:
 - Panikstörung (ohne Agoraphobie)
 - generalisierte Angststörung

Panikstörung

- Das wesentliche Kennzeichen sind wiederkehrende schwere Angstattacken (Panik), die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken.
- Sie sind deshalb nicht vorhersehbar (unerwartet).
- Typisch ist der plötzliche Beginn einer Attacke mit Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühl und Schwindel.
- Einzelne Attacken dauern meistens nur Minuten.

Mögliche Symptome bei einer Panikattacke

- Palpitationen, Herzklopfen oder beschleunigter Herzschlag
- Schwitzen
- Zittern oder Beben
- Gefühl der Kurzatmigkeit oder Atemnot
- Erstickungsgefühle
- Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust
- Übelkeit
- Schwindel oder Unsicherheit
- Derealisation oder Depersonalisation
- Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden
- Angst zu sterben
- Parästhesien (Taubheit oder Kribbelgefühle)
- Hitzewallungen oder Kälteschauer

Generalisierte Angststörung (GAS)

- Das wesentliche Symptom ist eine generalisierte und anhaltende Angst, die aber nicht auf bestimmte Situationen beschränkt ist.
- Häufig äußern Betroffene die Befürchtung, sie selbst oder ein Angehöriger könnte demnächst erkranken oder verunglücken.
- Es werden eine große Anzahl anderer Sorgen und Vorahnungen geäußert.

Diagnosekriterien (ICD-10) der GAS

Primäre Symptome von Angst an den meisten Tagen, mindestens mehrere Wochen lang, meist mehrere Monate. In der Regel folgende Einzelsymptome:

1. Befürchtungen (Sorge über zukünftiges Unglück, Nervosität, Konzentrationsschwierigkeiten usw.)
2. Motorische Spannung (körperliche Unruhe, Spannungskopfschmerz, Zittern, Unfähigkeit, sich zu entspannen)
3. Vegetative Übererregbarkeit (Benommenheit, Schwitzen, Tachykardie, etc.)

Überblick -Angststörungen

1. Beschreibung der Störungen, Klassifikation

2. Epidemiologie

3. Erklärungsansätze

4. Behandlungsansätze

Lebenszeitprävalenz

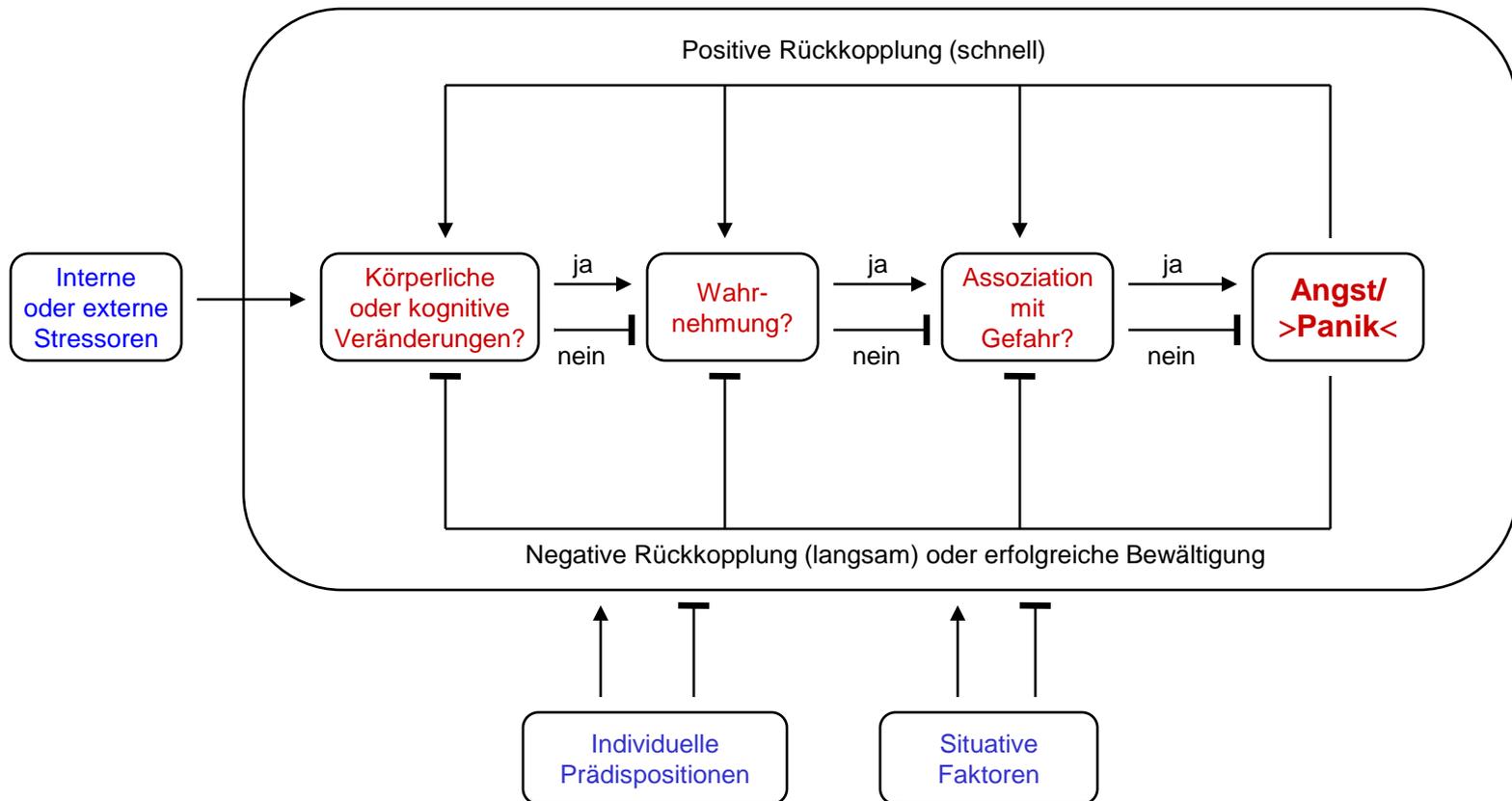
- Agoraphobie mit oder ohne Panikstörung: 2,1 - 10,9 % (Perkonigg & Wittchen 1995)
- Soziale Phobie: 13,3 % (Juster et al 1996)
- Spezifische Phobie: 5,9 - 15,1 % (Öst 1996)
- Generalisierte Angststörung: 5 % (APA 1994)

- Alle Angststörungen zusammen: 25 % (Kessler et 1994)

Überblick - Angststörungen

1. Beschreibung der Störungen, Klassifikation
2. Epidemiologie und Verlauf
- 3. Erklärungsansätze**
4. Behandlungsansätze

Psychophysiologischer Aufschaukelungsprozess bei Panikanfällen



Psychodynamische Erklärungsansätze

Freud (1926) entwickelte das Konzept der Signalangst:

- Das kleine Kind hat zu Beginn seines Lebens noch mit sog. traumatischer Angst (Panik) zu kämpfen, die Entwicklung von Signalangst (komplizierterer, kognitiv differenzierter Affekt) stellt eine Entwicklungsleistung dar
- Sowohl das Fehlen als auch das Überhandnehmen von Signalangst ist Kennzeichen einer neurotischen Störung
- Ich ist ständig bemüht, das Aufsteigen konflikthafter unbewußter Inhalte ins Bewußtsein zu verhindern (Abwehr). Bei dauerhafter/vorübergehender Schwäche des Ichs dient die Symptombildung als Kompromiss

Überblick -Angststörungen

1. Beschreibung der Störungen, Klassifikation
2. Epidemiologie und Verlauf
3. Erklärungsansätze
- 4. Behandlungsansätze**

Behandlung von Angststörungen

- Psychotherapie
- Medikamentöse Therapie
- Kombinationsbehandlung

Psychotherapie bei Angststörungen

- Verhaltenstherapeutische Ansätze
- Psychoanalytische / tiefenpsychologische Verfahren
- Gesprächspsychotherapie
- u.a.

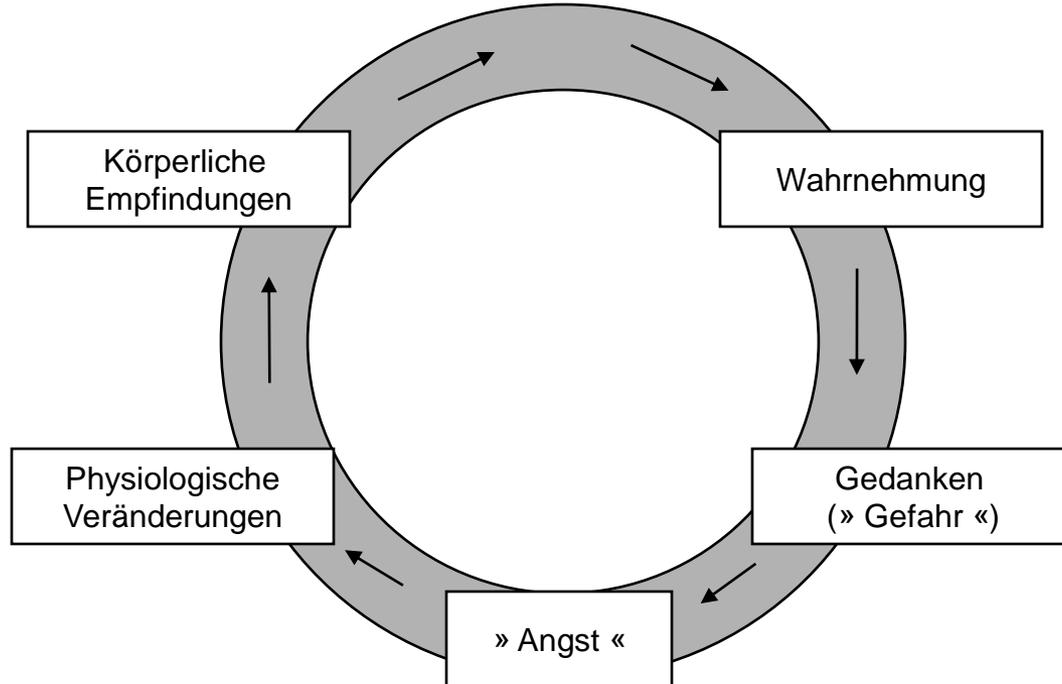
Psychodynamische Therapie

- Aufdeckende Klärung der Ursachen der Ängste
- Besonders bei schweren Verlaufsformen der Angstneurose:
Therapie der Objektbeziehungsfähigkeit – die Patienten haben lebensgeschichtlich die Erfahrung von Unzuverlässigkeit gemacht, was zu einer Mißtrauenshaltung in allen zwischenmenschlichen Beziehungen geführt hat, hier steht die Stärkung und Nachreifung des Ich und der Ich-Funktionen im Fokus

Kognitive Verhaltenstherapie

- Vermittlung von Informationen über die Angst
- Erarbeitung eines individuellen Krankheitsmodells
- Konfrontationsübungen
- Veränderungen der Fehlinterpretationen
- Ergänzung: Stressmanagement, Entspannungsverfahren, Problemlösetraining

„Teufelskreis“ bei Panikanfällen



Medikamentöse Therapie der Angst

- Antidepressiva, insbesondere SSRI wie z.B. Paroxetin, Sertralin, Citalopram u.a.
 - allgemein gute Verträglichkeit
 - besonders gut geeignet bei komorbider Depression
- Benzodiazepine, z.B. Lorazepam
 - schnell wirksam, deshalb zur Kupierung von akuten Panikattacken sehr gut geeignet
 - Nachteil: Abhängigkeitsrisiko und bei plötzlichem Absetzen Entzugssymptome (wie z.B. vermehrte Angst und Unruhe, Schlaflosigkeit etc.)

Zwangsstörungen

Überblick -Zwangsstörungen

- 1. Beschreibung der Störungen, Klassifikation**
2. Epidemiologie
3. Erklärungsansätze / -hypothesen
4. Behandlungsansätze

Zentrale Merkmale der Störung

1. Der Patient berichtet über einen inneren subjektiven Drang, bestimmte Dinge zu denken oder zu tun
2. Die Person leistet zumindest einen gewissen Widerstand gegen die Gedanken bzw. gegen die Ausführung der Handlung
3. Die Person besitzt Einsicht in die Sinnlosigkeit ihrer Gedanken und Handlungen
4. Die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen sind mit erheblicher Belastung bzw. Beeinträchtigung verbunden.

Zwangshandlungen (compulsions)

... sind üblicherweise beobachtbar und stellen zumeist exzessive Wiederholungen alltäglicher Verhaltensausschnitte dar. Sie verlaufen zumeist stereotyp und bekommen den Charakter von Ritualen.

- Waschwänge ("cleaning")
- Kontrollzwänge ("checking")
- Wiederholungszwänge
- Zählzwänge
- Ordnungszwänge
- Sammel- und Aufbewahrungszwänge
- "Primäre zwanghafte Langsamkeit"

(alltägliche Handlungen werden extrem langsam und bedächtig ausgeführt)

Zwangsgedanken (obsessions)

... sind Bewusstseinsinhalte, über die der Patient keine Kontrolle besitzt und deren Inhalt beim Patienten Angst, Unruhe und Erregung auslöst. Der Patient vermag sich diese Gedanken zumeist nicht zu erklären und erlebt sie als sehr störend und sinnlos; erfolglos versucht die betroffene Person, Widerstand zu leisten. Die Gedanken werden jedoch als eigene Gedanken erlebt, selbst wenn sie als unwillkürlich und häufig als abstoßend empfunden werden.

- Zwanghaftes Zweifeln
- Zwanghafte Impulse
- Zwanghafte Vorstellungen und Bilder

Inhalte von Zwangsgedanken

- Aggressive Zwangsgedanken
- Zwangsgedanken, die sich auf Verschmutzung beziehen
- Zwangsgedanken mit sexuellem Inhalt
- Zwangsgedanken, die sich auf das Sammeln und das Aufbewahren von Gegenständen beziehen
- Zwangsgedanken mit religiösen oder solchen Inhalten, die ein schlechtes Gewissen erzeugen
- Zwangsgedanken, die sich auf Symmetrie oder Genauigkeit beziehen
- Zwangsgedanken im Bezug auf den eigenen Körper

Unterscheidungsmerkmale von Zwangsstörung vs Schizophrenie

Der Drang kommt von der Person selbst, d.h. von innen

"Ich will das gar nicht tun, ich versuche mich zu wehren."

Patient distanziert sich von den Inhalten

(ich-dyston)

Gedanken werden eingegeben, eine Stimme sagt mir: "Tu X..."

"Ich muss das tun, das ist mir aufgetragen..."

Patient identifiziert sich mit den Inhalten

(ich-synton)

ICD-10: Klassifikation

- Vorwiegend Zwangsgedanken (F42.0)
- Vorwiegend Zwangshandlungen, Zwangsrituale (F42.1)
- Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt (F42.2)

Zwangsstörung F42

- A. Entweder Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen (oder beides) an den meisten Tagen über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen.

- B. Die Zwangsgedanken (Ideen oder Vorstellungen) und Zwangshandlungen zeigen sämtliche folgenden Merkmale:
 - (1) Sie werden als eigene Gedanken/Handlungen von den Betroffenen angesehen und nicht als von anderen Personen oder Einflüssen eingegeben.
 - (2) Sie wiederholen sich dauernd und werden als unangenehm empfunden, und mindestens ein Zwangsgedanke oder eine Zwangshandlung werden als übertrieben und unsinnig anerkannt.

Zwangsstörung F42 (Fortsetzung)

- (3) Die Betroffenen versuchen, Widerstand zu leisten (bei lange bestehenden Zwangsgedanken und Zwangshandlungen kann der Widerstand allerdings sehr gering sein). Gegen mindestens einen Zwangsgedanken oder eine Zwangshandlung wird gegenwärtig erfolglos Widerstand geleistet.
 - (4) Die Ausführung eines Zwangsgedankens oder einer Zwangshandlung ist für sich genommen nicht angenehm (dies sollte von einer vorübergehenden Erleichterung von Spannung und Angst unterschieden werden).
- C. Die Betroffenen leiden unter den Zwangsgedanken und Zwangshandlungen und werden in ihrer sozialen oder individuellen Leistungsfähigkeit behindert, meist durch den besonderen Zeitaufwand.

Überblick -Zwangsstörungen

1. Beschreibung der Störungen, Klassifikation

2. Epidemiologie

3. Erklärungsansätze / -hypothesen

4. Behandlungsansätze

Epidemiologie und Verlauf

- Lebenszeitprävalenz 1,9%- 3,3%
- Doppelt so verbreitet wie Schizophrenien
- Prävalenz in verschiedenen Kulturen ähnlich hoch
- Männer und Frauen etwa gleichhäufig betroffen
- Männer im Schnitt fünf Jahre früher betroffen
- Familiäre Häufung
- Beginn schleichend, zumeist Adoleszenz oder frühes Erwachsenenalter (Durchschnittsalter ca. 22 Jahre)
- 85% der Betroffenen haben die Störung vor dem 35. LJ entwickelt
- 7,0-7,5 Jahre nach Erkrankungsbeginn erster Kontakt mit einer therapeutischen Einrichtung
- Bis zu 30% respondieren nicht auf bewährte Therapieverfahren

Komorbidity mit Achse I-Störungen (Prävalenzraten in Prozent)

	Rasmussen & Eisen, 1998		Roncci et. al. 1992
	gegenwärtig	Lifetime	gegenwärtig
Major Depression	31	67	32,2
Angststörungen	24	54	5,4
Alkoholabusus	8	14	0
Essstörungen	8	17	3,8
Gilles-de-la Tourette	5	7	0
Tics	-	-	12,3

Überblick -Zwangsstörungen

1. Beschreibung der Störungen, Klassifikation
2. Epidemiologie
- 3. Erklärungsansätze / -hypothesen**
4. Behandlungsansätze

Biologische Grundlagen

- Dysregulation im serotonergen System, so sind vor allem Serotoninwiederaufnahmehemmer wirksam
- „Basalganglienhypothese“: Überaktivität eines zentralnervösen Schaltkreises, der neben Orbitofrontalregion und Gyrus cinguli den Nucleus Caudatus einschließt, der den Basalganglien zugeordnet wird– bei Erkrankungen der Basalganglien (z.B. infektiöser Natur) tritt häufig Zwangssymptomatik auf, außerhalb Deutschlands als ultima ratio bei therapieresistenten schweren Zwangsstörungen Cingulotomie oder Subkaudatumtraktomie

Psychodynamischer Erklärungsansatz

- Unbewußter Konflikt zwischen starken Triebimpulsen sowohl aggressiver als auch libidinöser Natur mit einer rigiden Über-Ich-Instanz
- Regression auf die sadistisch-anale Stufe mit ihrem magischen Weltbild
- Zwang sichert das Individuum vor ständig andrängenden, unruhestiftenden Impulsen, Zwang als Versuch, Zweifel zu beseitigen, ist immer auch Ich-Sicherung (autoprotektiver Charakter von Zwangssymptomatik z.B. bei Borderlinestörung oder Psychosen)

Verhaltenstherapeutischer Erklärungsansatz

- Kognitives Modell nach P.M. Salkovskis :
sich aufdrängende **Gedanken** werden durch die darauffolgende **Bewertung** zum Problem, es wird emotionale und physiologische **Unruhe** produziert, die durch ein bestimmtes **Ritual/Neutralisieren** (aktive Vermeidung) reduziert wird.
Aufrechterhaltung durch negative Verstärkung.

Überblick -Zwangsstörungen

1. Beschreibung der Störungen, Klassifikation
2. Epidemiologie
3. Erklärungsansätze / -hypothesen
- 4. Behandlungsansätze**

Behandlung von Zwangsstörungen

- Medikamentöse Therapie
- Psychotherapie
- Kombinationsbehandlung

Medikamentöse Therapie von Zwangsstörungen

- Antidepressiva mit überwiegender oder selektiver Serotonin-Rückaufnahmehemmung, z.B. Clomipramin, Fluoxetin, Paroxetin u.a.
 - Zumindest 3 Behandlungsversuche mit unterschiedlichen SSRIs (inkl. Clomipramine)
 - 10 - 12 Wochen mit Maximaldosis
 - Bei mangelnder Therapieresponse Augmentation mit atypischen Neuroleptika
 - Bei Therapieerfolg längerfristige Erhaltungstherapie (mind. 18 Monate) erforderlich

Pharmakologische Monotherapie der Zwangsstörung: Überblick randomisierter doppelblinder Studien

Medikament	Dosis (mg)	Wirksamkeit	Anzahl kontrollierter, doppelblinder Studien
SSRIs			
Fluoxetine	20–80	+	5
Fluvoxamine	100–300	+	3
Sertraline	50–200	+	4
Citalopram	20–60	+	1
Paroxetine	20–60	+	4
SNRI			
Venlafaxine	300	+	2
TCA			
Clomipramine	100–300	+	6

In Anlehnung an Schruers et al. (2005), Acta Psychiatr Scand

Prinzipien der psychodynamischen Behandlung

- Arbeitsbündnis, positive Übertragung, Einsicht in psychodynamische Zusammenhänge der Symptombildung, führt zur Reduktion von Schuldgefühlen
- Enttabuisierung von Vorstellungen, Wünschen, Ängsten
- Entstehen einer Übertragungsneurose, Auseinandersetzung mit dem Therapeuten „auf Augenhöhe“ macht die „gehemmte Rebellion“ überflüssig

Prinzipien der VT-Behandlung

- „Konfrontation mit Reaktionsverhinderung (engl. Exposure and Ritual Prevention; ERP)“
- Direkte Konfrontation mit den gefürchteten Reizen (Zwangsgedanken eingeschlossen)
- Identifikation und Modifikation der Interpretationen, die vom Patienten beim Auftauchen seiner aufdringlichen Gedanken gemacht werden
- Unterbindung von Zwangshandlungen und neutralisierendem Verhalten und der Verhinderung verdeckter Reaktionen

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**