



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Vorlesung, UaK
(F2, F3)

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Diagnostik und Therapie von Angst- und Zwangsstörungen (ICD-10: F4)

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf (UKE)



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Vorlesung, UaK (F2, F3)

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Erstellung des Inhalts:

Prof. Dr. Martin Lambert, Prof. Michael Kellner

Lehrbeauftragter

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Zentrum Psychosoziale Medizin

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Martinistr. 52, 20246 Hamburg

Gebäude W37

Tel.: +49-40-7410-24041

Fax: +49-40-7410-52229

E-Mail: lambert@uke.de



- **Grundlagen**
 - Epidemiologie
 - Einleitung der Angststörungen
 - Übersicht zum Krankheitsbild
 - Ätiopathogenese
 - Klassifikation nach ICD-10, DSM-IV und Differentialdiagnose
- **Soziale und spezifische Phobien**
 - Diagnostik und Therapie
- **Agoraphobie und Panikstörung**
 - Diagnostik und Therapie
- **Generalisierte Angststörung (GAS)**
 - Diagnostik und Therapie
- **Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)**
 - Diagnostik und Therapie
- **Zwangsstörung**
 - Diagnostik und Therapie
- **Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen**



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

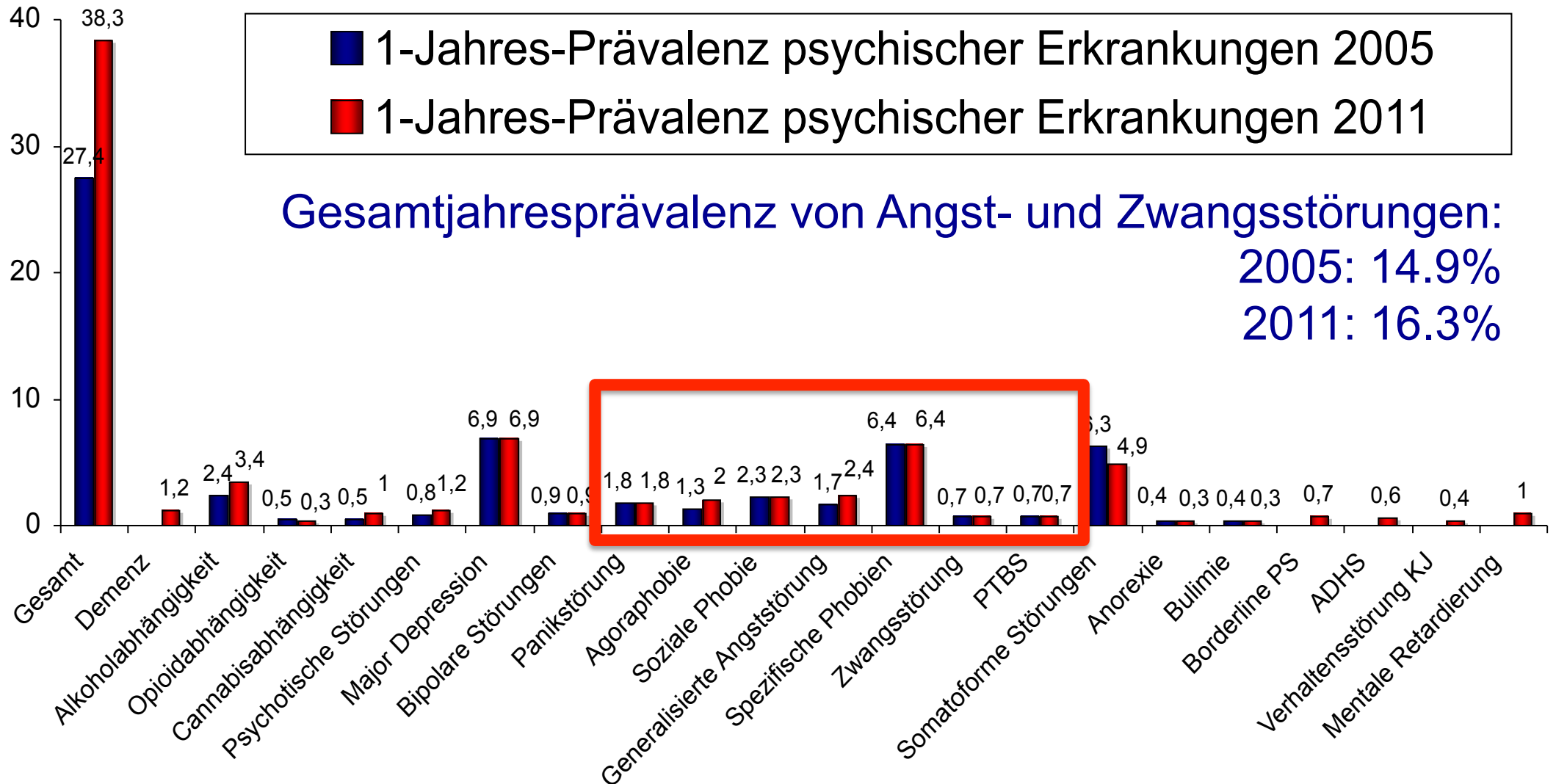
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Grundlagen: Epidemiologie

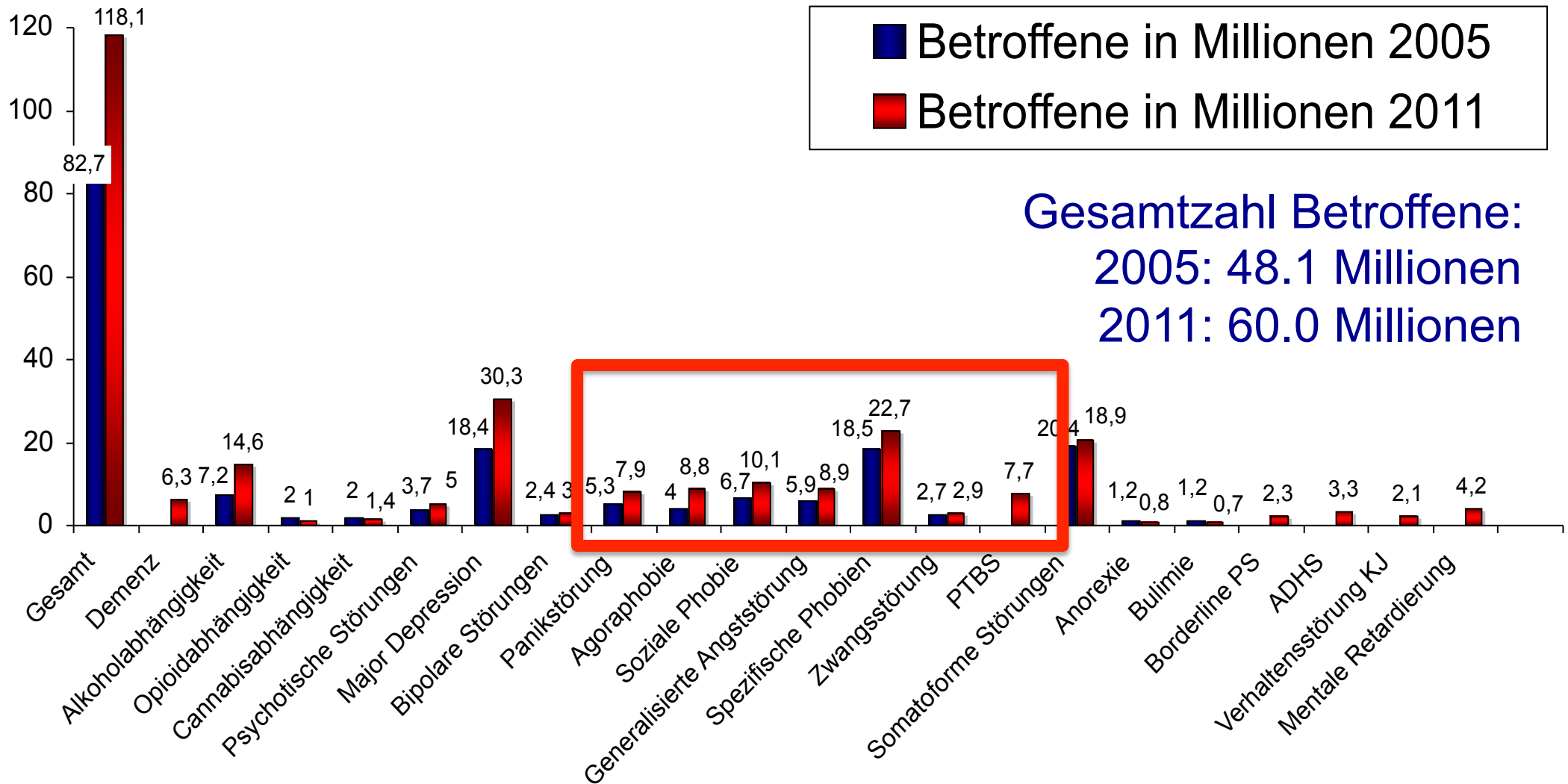


1-Jahres-Prävalenz von Angst- und Zwangsstörungen in Europa (2005 / 2011)



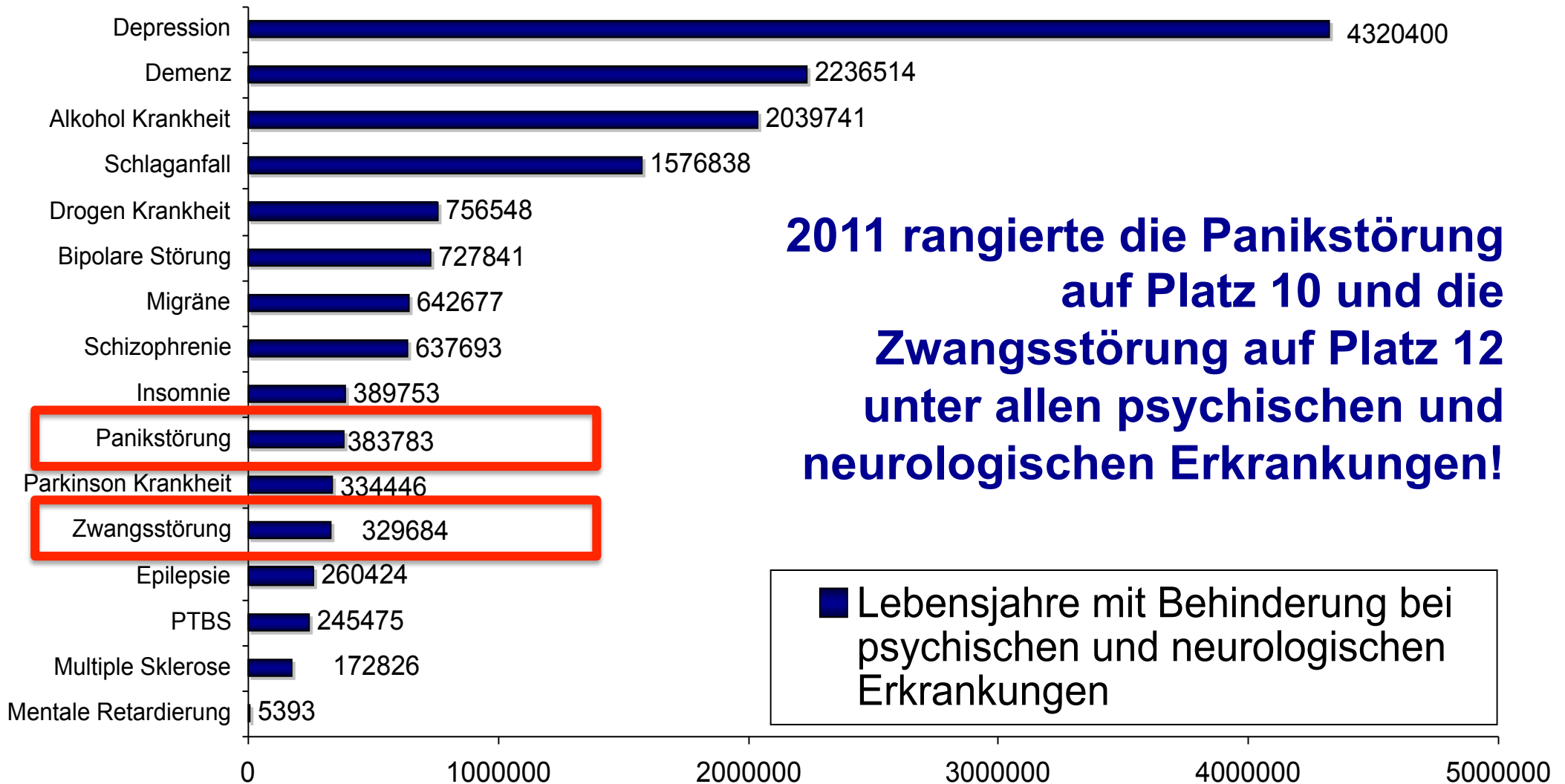


Betroffene mit von Angst- und Zwangsstörungen in Europa (2005 / 2011)





Erkrankungen mit den meisten Lebensjahren mit Behinderung in Europa 2011





Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Grundlagen: Einleitung der Angststörungen



- Angst ist auch Gesunden vertraut
- Angst spielt sich in mehreren Ebenen ab: kognitiv, emotional, körperlich
- Pathologische Ängste sind...
 - ...unangemessen gegenüber Bedrohungsquellen (Phobie)
 - ...unangemessen in der Symptomausprägung (Intensität, Persistenz, subjektive Beeinträchtigung)
 - ...beeinträchtigend (Beruf, soziale Aktivitäten, Leiden)
- Einteilung in...
 - ...Primärängste (Angsterkrankungen i. e. S.)
 - ...Sekundärängste (ausgelöst durch körperliche oder psychiatrische Grunderkrankungen, z.B. KHK, Asthma, Depression)



- **Furcht:**
 - Realistische Antwort auf eine objektive Bedrohung mit identifizierbarem Stimulus (aktuell)
- **Phobie:**
 - Unrealistische Antwort auf einen objektiv unbedrohlichen, identifizierbaren Stimulus
- **Panikattacke:**
 - Diskrete Periode intensiver Angst oder Unbehagens, die durch bestimmte körperliche, behaviorale und kognitive Symptome begleitet wird
- **Angst:**
 - Unrealistische Furcht vor nicht-identifizierbarem Stimulus



- **Spontane Angst:**
 - Anfallsartig → Panikstörung
 - Durchgehend → Generalisierte Angststörung

- **Objekt- und situationsgebundene Angst:**
 - Phobien



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Grundlagen: Übersicht zum Krankheitsbild



Übersicht zum Krankheitsbild (I)

Krankheitsaspekt	Panikstörung/ Agoraphobie	Generalisierte Angststörung	Soziale Phobie	Spezifische Phobie
Lebenszeitprävalenz	6,1%	5,7%	12,1%	12,5%
12-Monatsprävalenz	3,5%	3,1%	6,8%	8,7%
Geschlechterverhältnis (f:m)	2,2 : 1	2 : 1	1,4 : 1	2,3 : 1
Erkrankungsalter (Median)	24	31	13	7
Wichtige Komorbiditäten	Andere Angststörungen, Depression, Dysthymie, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen			
Erbfaktor	48%	31,6%	24-51%	20-40%



Krankheitsaspekt	Panikstörung/ Agoraphobie	Generalisierte Angststörung	Soziale Phobie	Spezifische Phobie
Leitlinien	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="712 512 2112 692">■ Evidence-based Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety Disorders: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology<li data-bbox="712 751 2112 995">■ World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders – First Revision<li data-bbox="712 1054 2112 1369">■ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Anxiety (amended): Management of Anxiety (Panic Disorder, with or without Agoraphobia, and Generalised Anxiety Disorder) in Adults in Primary, Secondary and Community Care			



■ Verlauf

- Spontanremission ca. 20%
- Mittlere Zeitdauer zwischen Manifestation und Diagnose 5-15 Jahre

■ Folgen

- Vermeidungsverhalten
- Sekundäre Folgeerkrankungen
- Psychosoziale Auswirkungen
- Hohes Inanspruchnahmeverhalten des medizinischen Versorgungssystems (z.B. Fehlbehandlung)



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Grundlagen: Ätiopathogenese



■ Multifaktorielle Entstehung

- Genetische Vulnerabilität (erhöhte Angstbereitschaft)
- Neurochemische Dysfunktionen (u. a. serotonerg, noradrenerg, GABAerg)
- Angst generierende Faktoren in der Lebensgeschichte
 - Traumatische Kindheitserfahrungen
 - Erziehungsstile
 - Modelllernen
 - Belastende Lebensereignisse
 - Fehlkonditionierungen



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Grundlagen: Klassifikation nach ICD-10, DSM-IV und Differentialdiagnose



Klassifikation der Angststörungen nach ICD-10 (I)

F40	Phobische Störung
F40.0	Agoraphobie
F40.00	Ohne Angaben einer Panikstörung
F40.01	Mit Panikstörung
F40.1	Soziale Phobien
F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien
F40.8	Sonstige phobische Störungen
F41	Sonstige Angststörungen
F41.0	Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)
F41.1	Generalisierte Angststörung
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt
F41.3	Sonstige gemischte Angststörungen
F41.8	Sonstige näher bezeichnete Angststörung
F41.9	Nicht näher bezeichnete Angststörung



Klassifikation der Angststörungen nach ICD-10 (II)

F42	Zwangsstörung
F42.0	Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang
F42.1	Vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale)
F42.2	Zwangsgedanken und –handlungen, gemischt
F42.8	Sonstige Zwangsstörungen
F42.9	Nicht näher bezeichnete Zwangsstörung



Klassifikation der Angststörungen nach ICD-10 (III)

F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
F43.0	Akute Belastungsreaktion
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung
F43.2	Anpassungsstörung
F43.20	Kurze depressive Reaktion
F43.21	Längere depressive Reaktion
F43.22	Angst und depressive Reaktion gemischt
F43.23	Mit vorwiegender Störung anderer Gefühle
F43.24	Mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens
F43.25	Mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten
F43.8	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastungen
F43.9	Nicht näher bezeichnete Reaktion auf schwere Belastung



Unterschiede Klassifikation Angststörungen ICD-10 vs. DSM-IV (I)

ICD-10		DSM-IV	
F40	Phobische Störungen		
F40.0	Agoraphobie		
F40.00	Agoraphobie ohne Panikstörung	300.22	Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte
F40.01	Agoraphobie mit Panikstörung	300.21	Panikstörung mit Agoraphobie
F40.1	Soziale Phobie	300.22	Soziale Phobie
F40.2	Spezifische (isolierte) Phobie	300.29	Spezifische Phobie



Unterschiede Klassifikation Angststörungen ICD-10 vs. DSM-IV (II)

ICD-10		DSM-IV	
F41	Andere Störungen		
F41.0	Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)	300.1	Panikstörung ohne Agoraphobie
F41.1	Generalisierte Angststörung	300.2	Generalisierte Angststörung
F41.2	Angst und Depression, gemischt		
F41.3	Andere gemischte Angststörungen		
		300.0	Angststörung nicht näher bezeichnet
		300.3	Zwangsstörung
		309.81	Posttraumatische Belastungsstörung
		308.3	Akute Stresserkrankung
		293.89	Angststörung aufgrund des medizinischen Allgemeinzustandes



- **Ausschluss primärer somatischer Ursachen**
 - Neurologische Erkrankungen
(z. B. Tumor, Enzephalitis, ...)
 - Endokrine und metabolische Erkrankungen
(z. B. Schilddrüsenstörung, Porphyrrie, ...)
 - Entzündliche Erkrankungen
(z. B. Lupus erythematodes, ...)
 - Intoxikationen
(z. B. Coffein, Cannabis, ...)

- **Ausschluss primärer psychiatrischer Störungen**



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Soziale und spezifische Phobien: Diagnostik und Therapie



- Wird durch Konfrontation fast unvermeidlich hervorgerufen
- Ist übermäßig angesichts geringer Bedrohung
- Führt zu Erwartungsangst
- Der Betroffene weiß um die Diskrepanz zwischen geringer Bedrohung und subjektivem Erleben
- Unterscheidung:
 - „Soziale Phobien“
 - „einfache, spezifische, isolierte Phobien“



- Anhaltende, irrationale Ängste vor bestimmten Objekten oder Situationen
- Spezifische Untergruppen:
 - natürliche **Umgebung** (z. B. Tiere, Insekten, Sturm, Wasser),
 - **Blut, Spritzen, Verletzungen,**
 - **situativ** (z. B. Autos, Flugzeuge, Höhen, Aufzüge, Tunnels, Brücken),
 - **sonstige** (z. B. phobische Vermeidung von Situationen, die zum Ersticken, zum Erbrechen oder zu Krampfanfällen führen könnten).



- 1-Jahres Prävalenz: 9%
- Beginn: meist Kindheit oder Adoleszenz
- Verlauf: spontane Remission, teils chronisch
- Meist keine Behandlung, da kaum Beeinträchtigung
- Therapie: Verhaltenstherapie



Diagnostische Kriterien (Auszug)

Quellenangaben: APA (2003)

- | | |
|---|--|
| A | Durch die Anwesenheit oder die Erwartung eines spezifischen Objektes oder einer spezifischen Situation ausgelöste Angst (z. B. Fliegen, Höhen, Tiere, Spritzen, Blut). |
| B | Die Konfrontation mit dem spezifischen Stimulus löst fast immer eine unmittelbare Angstreaktion aus, die die Form eines Angstanfalls annehmen kann. |
| C | Die phobischen Stimuli werden vermieden oder mit starker Angst ertragen. |
| D | Die gefürchteten sozialen oder Leistungssituation werden vermieden oder nur unter intensiver Angst oder Unwohlsein ertragen. |
| E | Die Person erkennt , dass die Angst übertrieben oder unvernünftig ist. |
| F | Die Vermeidung oder die ängstlichen Erwartungen verursachen ausgeprägtes Leiden oder beeinträchtigen die berufliche oder soziale Funktionsfähigkeit. |



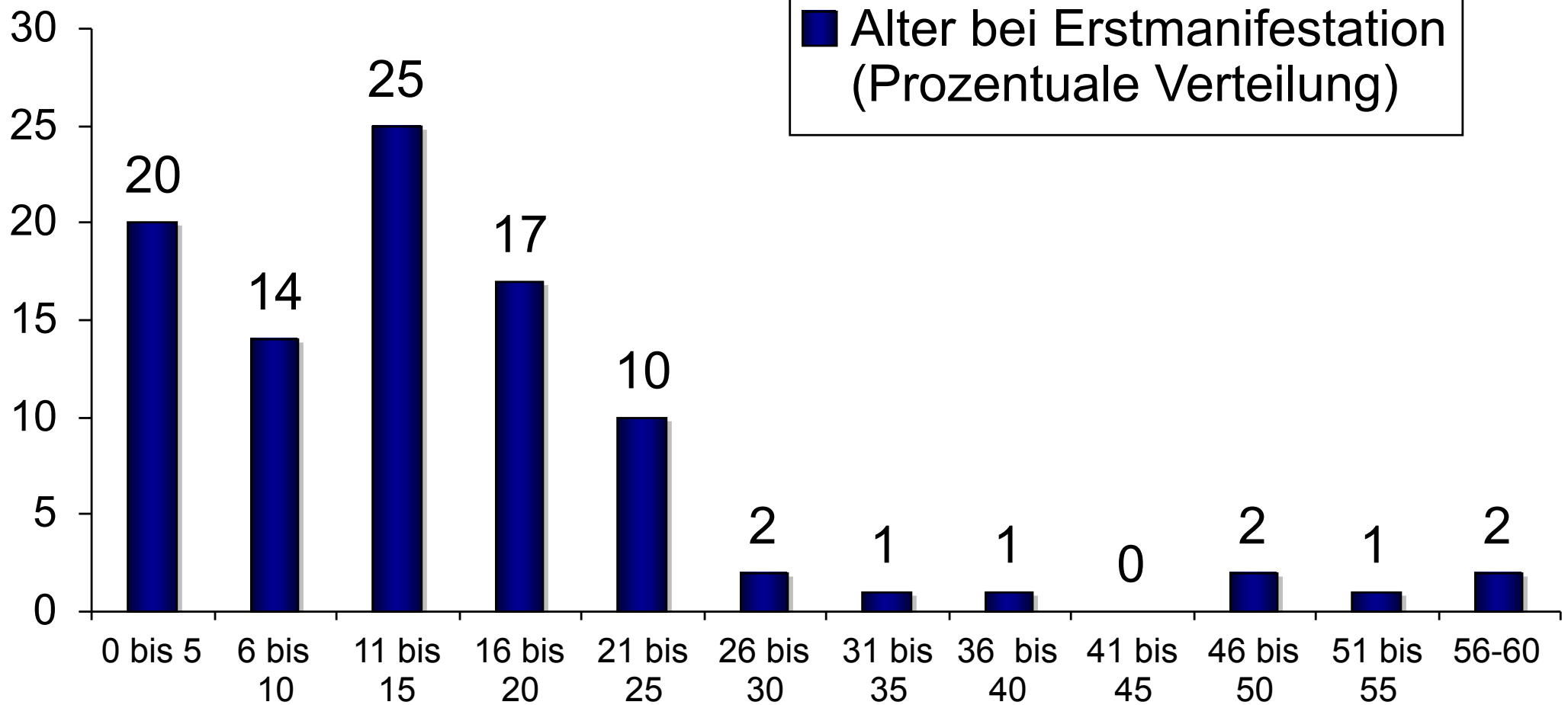
- Angst vor prüfender Betrachtung in kleinen Gruppen
- Erröten, kein Blickkontakt, Zittern, Übelkeit
- Kommt in spezifischen Situationen oder generalisiert vor
- Große Alltagsbeeinträchtigung
- Beginn: meist in der Jugend
- Verlauf: chronisch fluktuierend



Diagnostische Kriterien (Auszug)

Quellenangaben: APA (2003)

- | | |
|---|---|
| A | Eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor einer oder mehreren sozialen oder Leistungssituationen , bei denen die Person mit unbekannten Personen konfrontiert ist oder von anderen Personen beurteilt werden könnte. Die Person fürchtet, ein Verhalten (oder Angstsymptome) zu zeigen, das demütigend oder peinlich sein könnte. |
| B | Die Konfrontation mit der gefürchteten Situation ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor, die das Erscheinungsbild eines situationsgebundenen oder eine situationsbegünstigten Panikattacke annehmen kann. |
| C | Die Person sieht ein , dass die Angst übertrieben und unvernünftig ist. |
| D | Die gefürchteten sozialen oder Leistungssituation werden vermieden oder nur unter intensiver Angst oder Unwohlsein ertragen. |
| E | Andere gemischte Angststörungen |
| F | Das Vermeidungsverhalten, die ängstliche Erwartungshaltung oder das Unbehagen in den gefürchteten sozialen oder Leistungssituationen beeinträchtigt deutlich die normale Lebensführung der Person, ihre berufliche (oder schulische) Leistung oder soziale Aktivitäten oder Beziehungen, oder die Phobie verursacht erhebliches Leiden . |
| G | Bei Personen unter 18 Jahren hält die Phobie über mindestens sechs Monate an. |





- **Nicht-pharmakologisch:**
 - Expositionsübungen
 - Kognitive Restrukturierung
 - Entspannungsverfahren
 - Training sozialer Kompetenz
- **Pharmakotherapie:**
 - Benzodiazepine nur vorübergehend
 - SSRI, z.B. Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin
 - SNRI, z.B. Venlafaxin
 - RIMA: Moclobemid



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Agoraphobie und Panikstörung: Diagnostik und Therapie



- **Phobische Befürchtung bezieht sich auf:**
 - Situationen, in denen Flucht oder Hilfe unmöglich erscheint Öffentlichkeit
 - Situationen, in denen Sicherheit vermittelnde Person nicht verfügbar ist
 - Vermeidungsverhalten, sozialer Rückzug
 - Begleitung wirkt entlastend
 - Einsicht, dass Furcht übertrieben / unsinnig ist
 - Oft Kompensation durch symbiotische Bindung



Diagnostische Kriterien (Auszug)

Quellenangaben: APA (2003)

A	<ul style="list-style-type: none">▪ Angst, an Orten zu sein, von denen eine Flucht schwierig (oder peinlich) sein könnte oder wo im Falle einer unerwarteten oder durch die Situation begünstigten Panikattacke oder panikartiger Symptome Hilfe nicht erreichbar sein könnte.▪ Agoraphobische Ängste beziehen sich typischerweise auf charakteristische Muster von Situationen: z.B. alleine außer Haus zu sein, in einer Menschenmenge zu sein, in einer Schlange zu stehen, auf einer Brücke zu sein, Reisen im Bus, Zug oder Auto.
B	<ul style="list-style-type: none">▪ Die Situationen werden vermieden (z. B. das Reisen wird eingeschränkt), oder sie werden nur mit deutlichem Unbehagen oder mit Angst vor dem Auftreten einer Panikattacke oder panikähnlicher Symptome durchgestanden bzw. können nur in Begleitung aufgesucht werden.
B (ohne Panik)	<ul style="list-style-type: none">▪ Die Kriterien für Panikstörung wurden zu keiner Zeit erfüllt.
C	<ul style="list-style-type: none">▪ Die Angst oder das phobische Vermeidungsverhalten werden nicht durch eine andere psych. Störung besser erklärt, wie Soziale Phobie (z.B. die Vermeidung ist aus Angst vor Peinlichkeiten auf soziale Situationen beschränkt), Spezifische Phobie (z. B. die Vermeidung ist beschränkt auf einzelne Situationen, wie z. B. Fahrstuhl), Zwangsstörung (z. B. die Vermeidung von Schmutz aus zwanghafter Angst von Kontamination), Posttraumatische Belastungsstörung (z. B. Vermeidung von Reizen, die mit einer schweren belastenden Situation assoziiert sind), oder Störung mit Trennungsangst (z. B. es wird vermieden, das Zuhause oder die Angehörigen zu verlassen).



Diagnostische Kriterien (Auszug)

Quellenangaben: APA (2003)

- | | |
|---|---|
| A | <p>Sowohl (1) als auch (2)</p> <p>(1) wiederkehrende unerwartete Panikattacken</p> <p>(2) bei mindestens einer der Attacken folgte mindestens ein Monat mit mindestens einem der nachfolgend genannten Symptome:</p> <ul style="list-style-type: none">(a) Anhaltende Besorgnis über das Auftreten weiterer Panikattacken(b) Sorgen über die Bedeutung der Attacke oder ihre Konsequenzen (z. B. die Kontrolle zu verlieren, einen Herzinfarkt zu erleiden, verrückt zu werden),(c) deutliche Verhaltensänderung infolge der Attacken. |
| B | <p>Es liegt keine Agoraphobie vor.</p> |
| C | <p>Die Panikattacken gehen nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Hyperthyreose) zurück.</p> |
| D | <p>Die Panikattacken werden nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt, wie z.B. Soziale Phobie (Panikattacken nur bei Konfrontation mit gefürchteten sozialen Situationen), Spezifische Phobie (Panikattacken nur bei Konfrontation mit spezifischer phobischer Situation), Zwangsstörung (Panikattacken nur bei Konfrontation mit Schmutz bei zwanghafter Angst vor Kontamination), Posttraumatische Belastungsstörung (Panikattacken nur als Reaktion auf Reize, die mit einer schweren, belastenden Situation assoziiert sind) oder Störung mit Trennungsangst (Panikattacken als Reaktion auf die Abwesenheit von zu Hause oder engen Angehörigen).</p> |



- Bus, Zug, Jet
- Brücke, Tunnel
- Allein zu Hause
- Von zu Hause entfernt
- Menschenmassen, Sportereignis
- Kaufhäuser
- Kirche, Kino, Hörsaal
- Anstehen
- ...



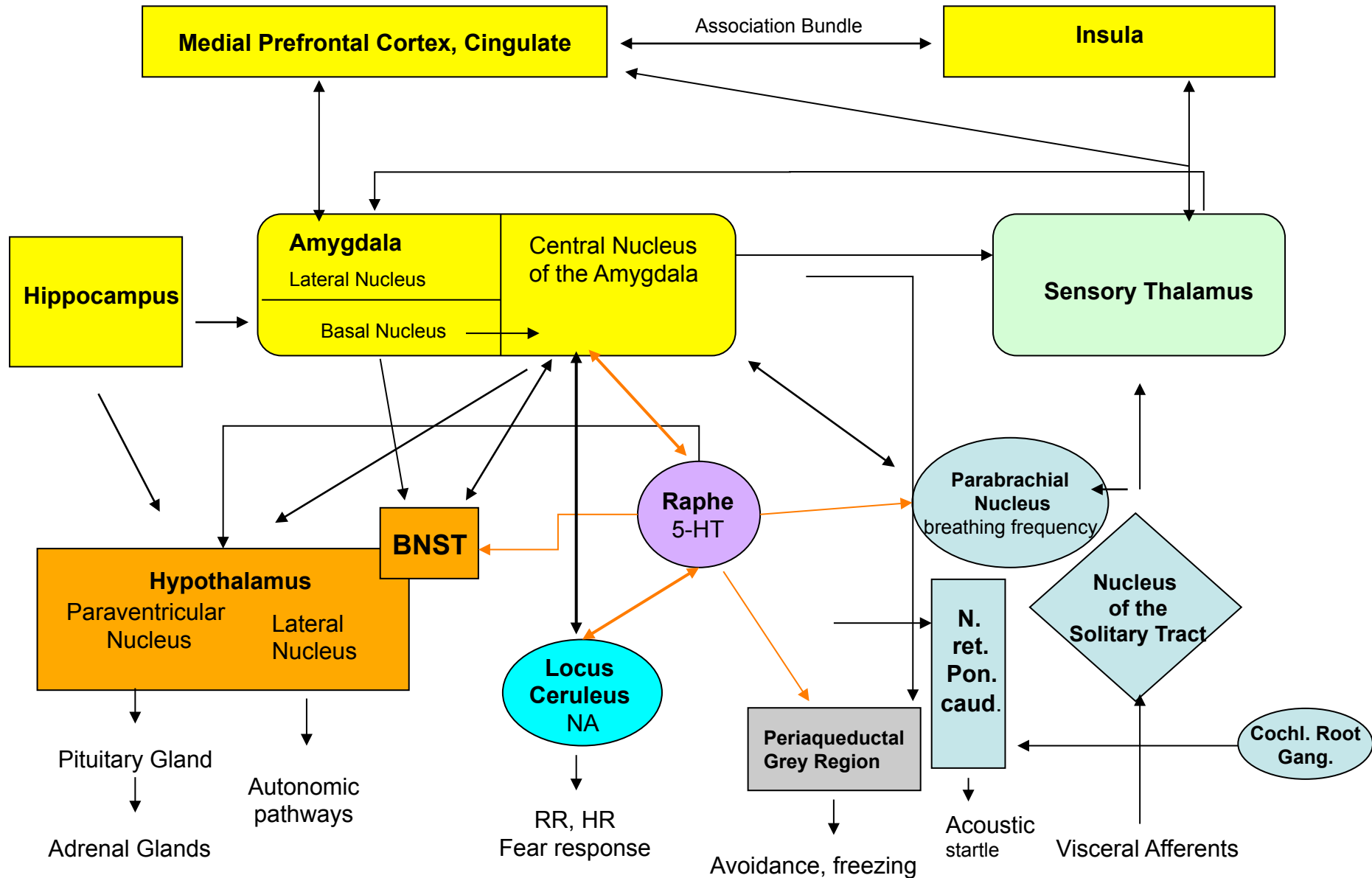
- Ausgestanzte Episode intensiver Angst
- Plötzlicher Beginn
- Höhepunkt \leq 10 Minuten
- Abklingen: 30-180 Minuten
 - Situativ gebunden → Phobien
 - Unerwartet → Panikstörung
 - Situativ prädisponiert → Panikstörung



- 1) Herzklopfen, Tachykardie
- 2) Schwitzen
- 3) Zittern, Beben
- 4) Atemnot, Beklemmungsgefühle
- 5) Benommenheit, Ohnmachtsgefühl
- 6) Erstickungsgefühle
- 7) Übelkeit
- 8) Depersonalisation, Derealisation
- 9) Taubheit, Kribbelgefühle
- 10) Hitzewallungen, Kälteschauer
- 11) Schmerz, Unwohlsein in der Brust
- 12) Furcht zu sterben
- 13) Furcht verrückt zu werden, vor Kontrollverlust



Panikattacken – Neuroanatomische Modell





Krankheitsaspekt	Wissen
1-Jahres-Prävalenz	<ul style="list-style-type: none">▪ 1-2%
Geschlechterverhältnis (f:m)	<ul style="list-style-type: none">▪ 2:1
Komorbiditäten	<ul style="list-style-type: none">▪ 60-90% Depression
Familiäre Häufung	<ul style="list-style-type: none">▪ 4-7 faches Risiko bei Erstangehörigen▪ Höheres Risiko bei mono- vs. dizygoten Zwillingen▪ 50-75% der Patienten haben dennoch keinen betroffenen angehörigen
Verlauf	<ul style="list-style-type: none">▪ Meist früher Beginn: 18. – 35. Lebensjahr▪ Erste Panikattacke meist unerwartet▪ Prognose verbessert durch VT und Psychopharmaka
Komplikation	<ul style="list-style-type: none">▪ Einschränkung sozialer Funktion▪ Erhöhte Suizidrate▪ Komorbidität: Sucht und Depression



Bei akuten Panikattacken:

- Benzodiazepine, z.B. Alprazolam, Lorazepam

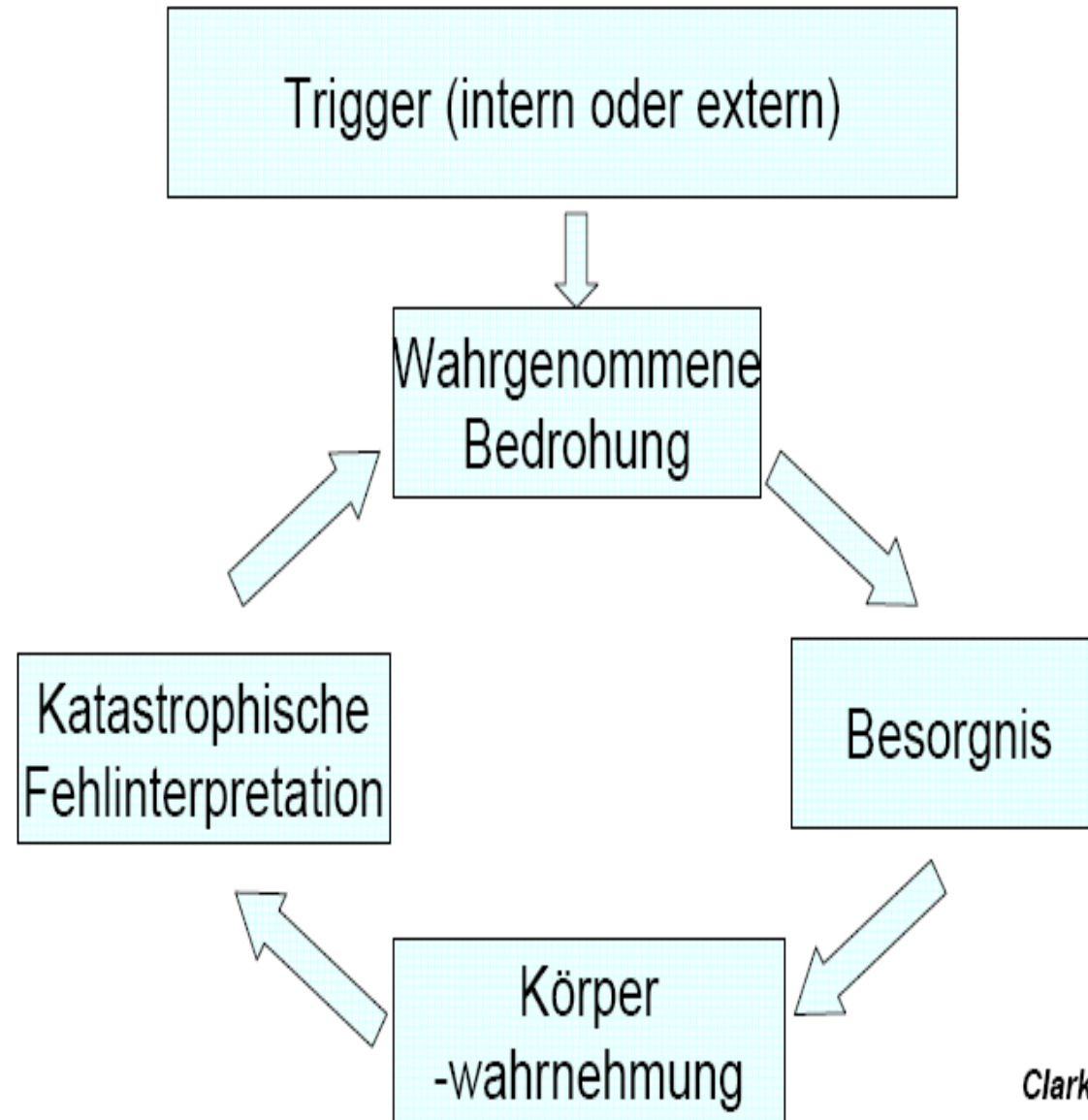
Erhaltungstherapie:

- SSRI, z.B. Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin
- SNRI, z.B. Venlafaxin
- Zweite Wahl:
 - TCAs, v.a. Imipramin, Clomipramin
 - MAO-I, Trancylcypromin / Moclobemid
- **Wichtig:** allmählich aufdosieren, lange Wirklatenz



Panikstörung – (kognitive) Verhaltenstherapie

Später mehr dazu!



Clark, 1992



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Generalisierte Angststörung: Diagnostik und Therapie



- Generalisierte, viele Lebensbereiche umfassende und anhaltende Angst
- Angst frei flottierend und heftet sich an verschiedenste Gedanken
 - Exzessive Angst und Besorgnis
 - >3 Zeichen motorischer Anspannung (z.B. Unruhe, muskuläre Verspannung, Zittern...)
 - Vegetative Übererregbarkeit (Atemnot, Palpitation, Schwitzen, Mundtrockenheit)
 - Hypervigilanz und erhöhte Aufmerksamkeit (z.B. sich angespannt fühlen, Schreckhaftigkeit, reizbar)
 - Die meiste Zeit innerhalb von 6 Monaten



Diagnostische Kriterien (Auszug)

Quellenangaben: APA (2003)

- | | |
|---|--|
| A | Übermäßige Angst und Sorge (furchtsame Erwartung) bezüglich mehrerer Ereignisse oder Tätigkeiten (wie etwa Arbeit oder Schulleistungen), die während mindestens 6 Monaten an der Mehrzahl der Tage auftreten. |
| B | Die Person hat Schwierigkeiten, die Sorgen zu kontrollieren. |
| C | Die Angst und Sorge sind mit mindestens drei der folgenden 6 Symptome verbunden (wobei zumindest einige der Symptome in den vergangenen 6 Monaten an der Mehrzahl der Tage vorlagen)...
(1) Ruhelosigkeit oder ständiges „auf dem Sprung sein“,
(2) leichte Ermüdbarkeit,
(3) Konzentrationsstörungen oder Leere im Kopf,
(4) Reizbarkeit,
(5) Muskelspannung,
(6) Schlafstörungen (Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten oder unruhiger, nicht erholsamer Schlaf)... |
| E | Die Angst, Sorge oder körperlichen Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen Funktionsbereichen... |



Krankheitsaspekt	Wissen
Lebenszeitprävalenz	3-5%
12-Monatsprävalenz	2-4%
Punktprävalenz	1-3%
Familiäre Häufung	Familienstudien zeigen familiäre Häufung; Spezifität einer genetischen Komponente ist jedoch fraglich
Spontanverlauf (unbehandelt)	<ul style="list-style-type: none">• Chronisch und persistierend• Nicht selten über ein Jahrzehnt oder länger• Schwankungen in der Symptomschwere• Verhältnis von Punkt- zu Lebenszeitprävalenz: 40-60% (somit höher als bei anderen Störungen)
Komorbiditäten	<ul style="list-style-type: none">• affektiven Störungen (71,6%): insbesondere Major Depression (60,9%)• Angststörungen (57,8%)



Krankheitsaspekt

Wissen

Therapie

- Kognitive Verhaltenstherapie (v.a. Sorgenexposition)
- Pharmakotherapie (Benzodiazepine, SSRI's, Buspiron, SNRI's)

Quellenangaben: Wittchen, H.-U., Hoyer, J., Klinische Psychologie & Psychotherapie. Heidelberg, 2011



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS): Diagnostik und Therapie



- Die Diagnose PTBS ist an ein auslösendes „traumatisches“ Ereignis gebunden
- Zum Teil ungelöste Forschungsfragen:
 - Was ist ein traumatisches Erlebnis?
 - Warum entwickeln viele Betroffene auf schwerste Traumata keine PTBS?
- Notwendigkeit den wissenschaftlichen Traumbegriff bei der Diagnostik eng zu fassen und genau zu spezifizieren



Posttraumatische Belastungsstörung – Diagnostik nach DSM-IV

Kriterien		Beschreibung der Kriterien	Notwendige Bedingungen
A.	Konfrontation mit traumatischem Stressor	Traumatisches Ereignis (A1) Subjektive Reaktion: Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen (A2)	A1 + A2
B.	Wiedererleben	In Form von wiederkehrenden belastenden Erinnerungen (Intrusionen) wie Bildern, Gedanken, Wahrnehmungen (1), (Alb-)Träumen (2) und Flashbacks (3) erleben die Betroffenen das Trauma. Sie reagieren auf Auslöser mit physiologischer Erregung (4) und emotionaler Belastung (5).	1 aus 5 Symptomen
C.	Vermeidung und	Aktive Vermeidung internaler und externaler Reize, die der Traumatisierung ähneln: belastungsauslösende Situationen, Aktivitäten, Erinnerungen, Gefühle und Gedanken (1), Menschen (2). Unfähigkeit, wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern (3).	3 aus 7 Symptomen
	emotionale Taubheit	Das Interesse an Dingen, die den Betroffenen vor dem Trauma wichtig waren, ist gemindert (4); sie fühlen sich vom sozialen Umfeld entfremdet und losgelöst (5). Affektspielraum (6) und Zukunftsperspektive (7) sind eingeschränkt.	



Posttraumatische Belastungsstörung – Diagnostik nach DSM-IV

Kriterien		Beschreibung der Kriterien	Notwendige Bedingungen
D.	Übererregung	Dazu zählen Ein- und Durchschlafstörungen (1), erhöhte Reizbarkeit (2), Konzentrationsschwierigkeiten (3), Hypervigilanz (4) und über- mäßige Schreckreaktionen (5).	2 aus 5 Symptomen
F.	Die Symptome müssen länger als ein Monat andauern.		
G.	Die Symptome rufen klinisch bedeutsame Belastungen oder Beeinträchtigungen im sozialen bzw. beruflichen Bereich und anderen wichtigen Funktionsbereichen hervor.		

Quellenangaben: Voderholzer, U., Hohagen, F. Therapie psychischer Erkrankungen. Elsevier, 2013



Posttraumatische Belastungsstörung – Traumata

Einteilung nach Verursachung	Einteilung nach Ereignistyp		
	Typ-I-Traumata	Typ-II-Traumata	Krankheitsbedingte Traumata
Akzidentelle Traumata	<ul style="list-style-type: none"> schwere Verkehrsunfälle berufsbedingte Traumen (z. B. Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte) kurz dauernde Katastrophen (z. B. Wirbelsturm, Brand) 	<ul style="list-style-type: none"> lang dauernde Naturkatastrophen (z. B. Erdbeben mit Nachbebenserie, Überschwemmung) technische Katastrophen (z. B. Giftgaskatastrophen) mit anhaltenden Folgen 	<ul style="list-style-type: none"> akute lebensgefährliche Erkrankungen (z. B. kardiale, pulmonale Notfälle) chronische lebensbedrohliche/schwerste Krankheiten (z. B. Malignome, HIV/Aids) als notwendig erlebte medizinische Eingriffe (z. B. Defibrillationsbehandlung)
Interpersonelle Traumata	<ul style="list-style-type: none"> sexuelle Übergriffe (z. B. Vergewaltigung) kriminelle bzw. körperliche Gewalt ziviles Gewalterleben (z. B. Banküberfall) 	<ul style="list-style-type: none"> sexueller und körperlicher Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter Kriegserleben Geiselhäft Folter, politische Inhaftierung (z. B. KZ-Haft) 	<ul style="list-style-type: none"> komplizierter Behandlungsverlauf nach angenommenem Behandlungsfehler

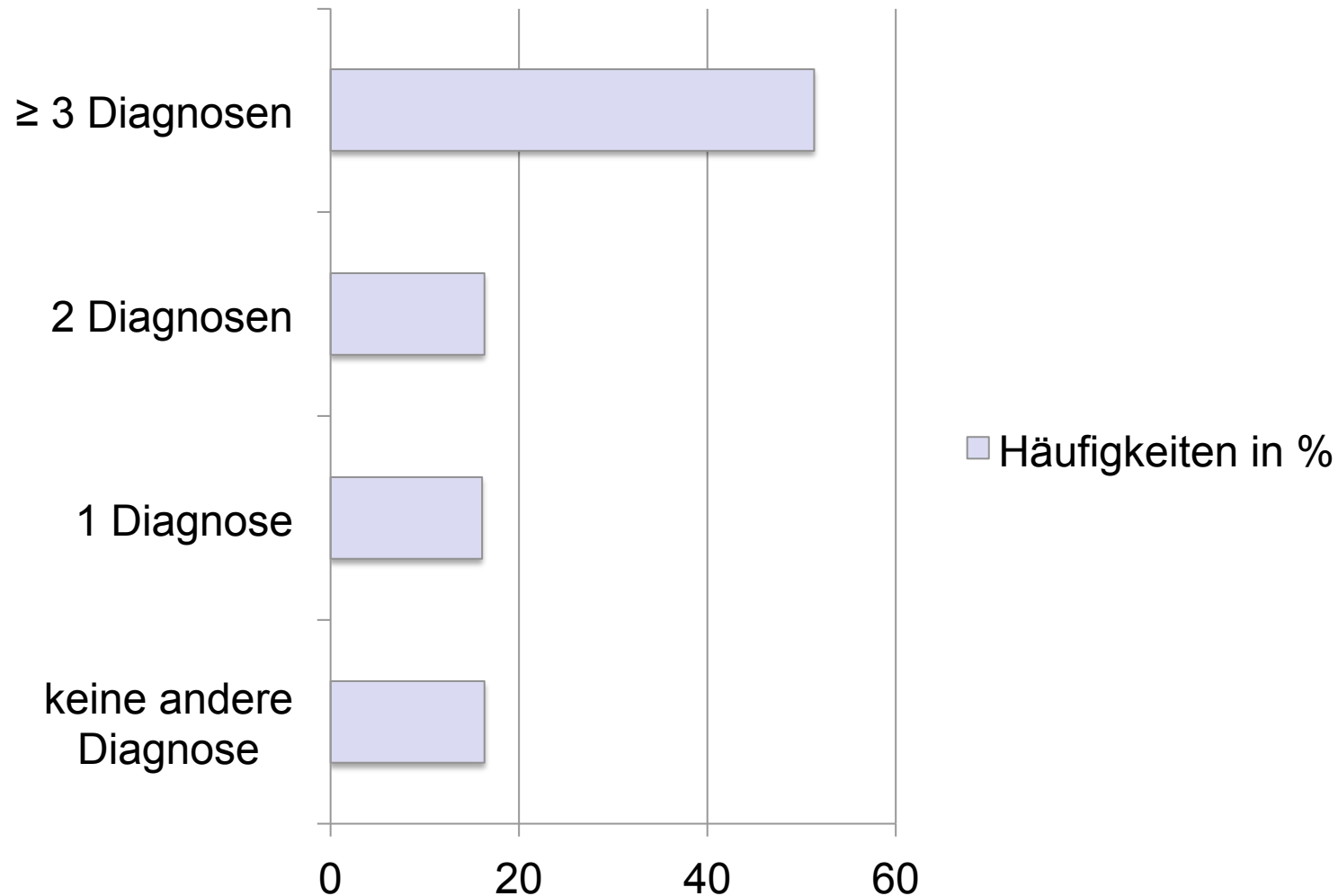


Trauma	Trauma-Häufigkeit (%)	PTSD-Häufigkeit (%)
Vergewaltigung	5,5	55,5
Kriegsteilnahme	3,2	38,9
Misshandlung i. d. Kindheit	2,7	21,8
Sexuelle Belästigung	7,5	19,3
Waffengewaltandrohung	12,9	17,2
Unfälle	19,4	7,6
Zeuge (v. Unfällen, Gewalt)	25,0	7,0
Feuer / Naturkatastrophen	17,1	4,5



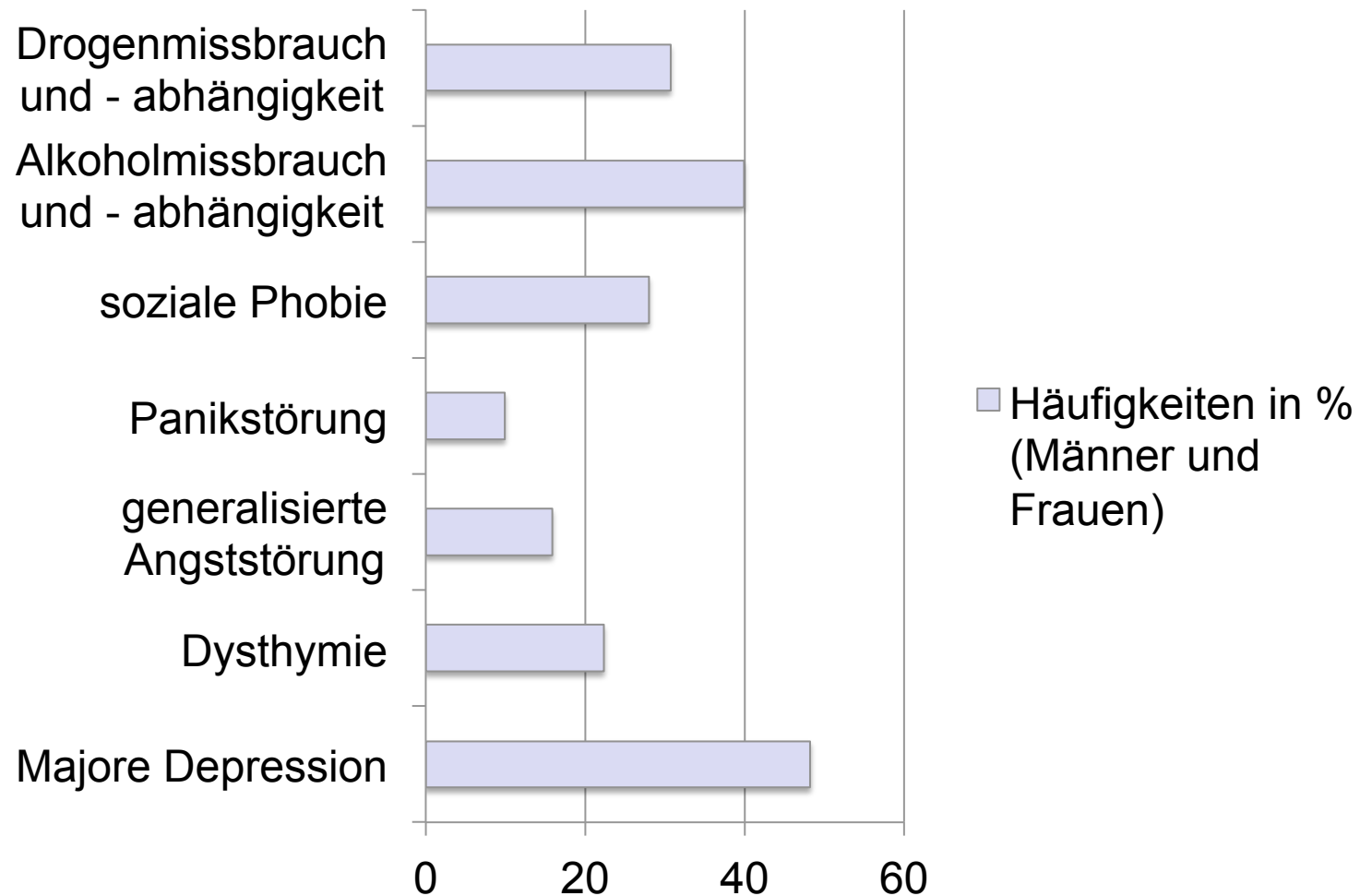
Posttraumatische Belastungsstörung - Komorbiditäten

Häufigkeiten in %



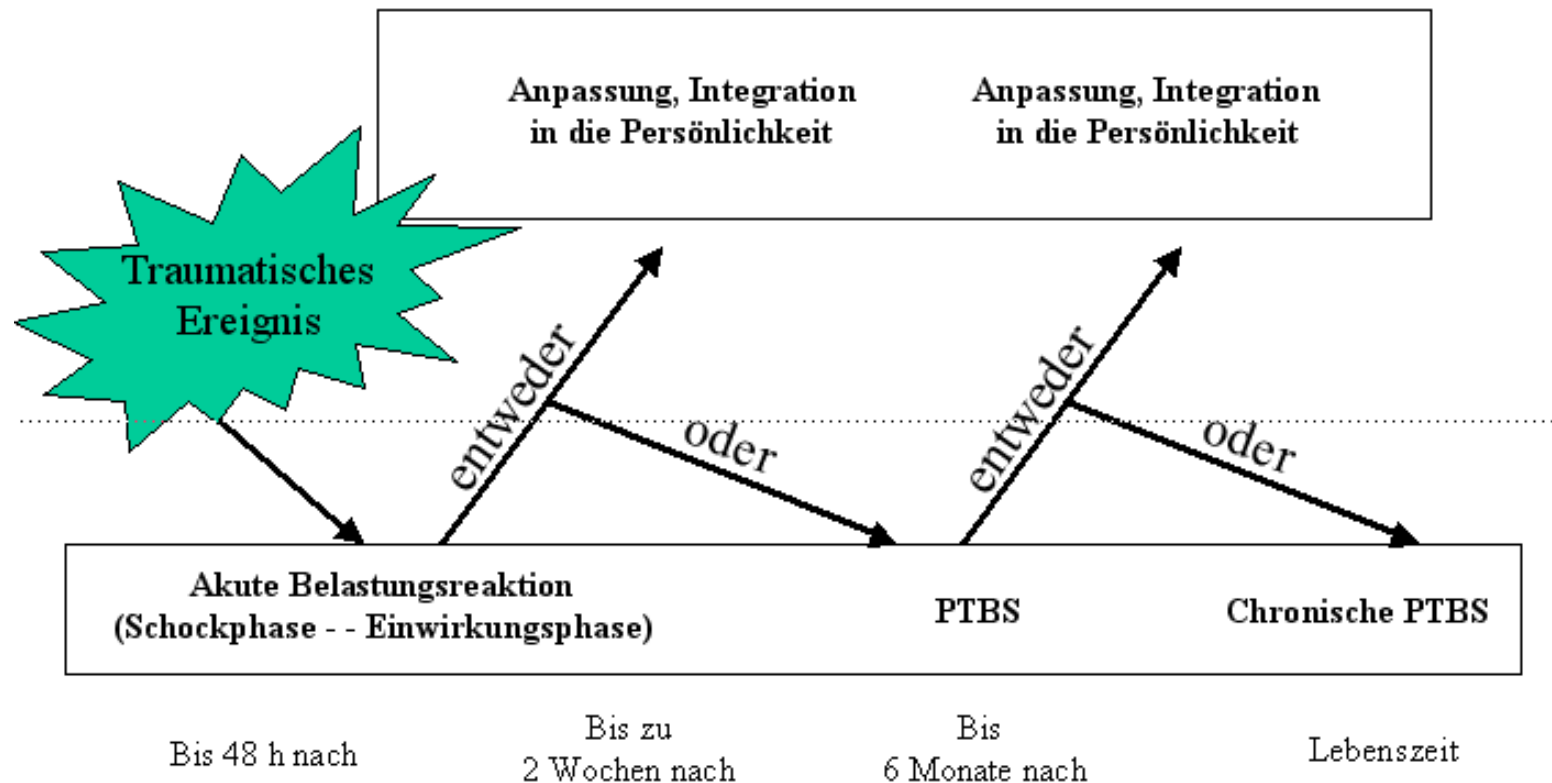


Häufigkeiten in % (Männer und Frauen)





Verlaufsmöglichkeiten nach der Traumatisierung



Grafik entnommen aus: S. Jens T. Kowalski: Psychotraumatisierung und akute Belastungsreaktionen (S. 216).
In: Psychologie für Einsatz und Notfall (Bernard & Graefe Verlag, Bonn, 2001).



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



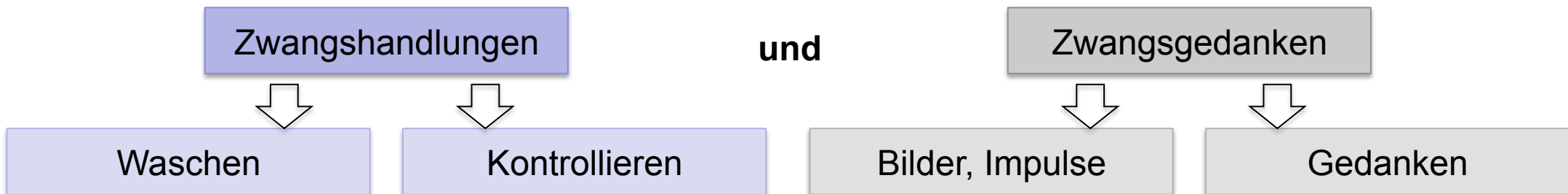
Zwangsstörung: Diagnostik und Therapie



Krankheitsaspekt	Wissen
Lebenszeitprävalenz	<ul style="list-style-type: none">▪ 1,5 -3%
Punktprävalenz	<ul style="list-style-type: none">▪ 1-2%
Geschlechterverhältnis (f:m)	<ul style="list-style-type: none">▪ Annähernd 1:1
Erkrankungsalter (Median)	<ul style="list-style-type: none">▪ Häufigkeitsgipfel 20. – 25. Lebensjahr▪ Erste Symptome bei Mehrzahl vor dem 18. Lebensjahr▪ Unbehandelt bei ca. 50% „lebenslanger“, meist fluktuierender Verlauf, selten episodischer Verlauf
Komorbiditäten	<ul style="list-style-type: none">▪ Depression im Verlauf bei > 50 % der Patienten; häufig soziale Phobie, selbstunsichere und dependente Persönlichkeitsstörungen, Anorexia nervosa, Panikstörung, sekundärer Alkoholabusus, Psychosen und Tic-Störungen
Erbfaktor	<ul style="list-style-type: none">▪ Ca. 40%, Risikoerhöhung bei Erstgradangehörige Faktor 6



- **Zwangsgedanken** sind sich wiederholt aufdrängende Gedanken oder Vorstellungen, die starke Angst oder Unwohlsein auslösen.
- **Zwangshandlungen** sind ritualisierte Handlungen, die willentlich ausgeführt werden, um Anspannung zu reduzieren oder eine vermeintliche Katastrophe abzuwenden. Zwangshandlungen sind willentliche Handlungen oder Gedanken, zu deren Ausführung sich die Betroffenen gedrängt fühlen.



Quellenangaben:

Wittchen, H.-U., Hoyer, J., Klinische Psychologie & Psychotherapie. Heidelberg, 2011

Berking, M., Rief, W., Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor. Berlin Heidelberg, 2012



F42. Zwangsstörung

- A. Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen an den meisten Tagen über mindestens 2 Wochen
- B. Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen haben folgende Merkmale:
- Sie werden als eigene Gedanken/Handlungen angesehen und nicht als von anderen eingegeben.
 - Sie treten wiederholt auf und werden zumindest teilweise als übertrieben oder unsinnig erkannt.
 - Die Betroffenen versuchen, Widerstand gegen Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen zu leisten. Gegen mindestens einen Zwangsgedanken/-handlung wird gegenwärtig erfolglos Widerstand geleistet.
 - Die Ausführung einer Zwangshandlung ist für sich genommen nicht angenehm.
- C. Die Zwangsgedanken/Zwangshandlungen verursachen deutliches Leiden oder beeinträchtigen die individuelle Leistungsfähigkeit oder soziale Aktivitäten.
- D. Die Störung ist nicht durch eine andere psychische Störung (z. B. Schizophrenie, affektive Störung) bedingt.



Thema	Gedanke
Ansteckung	▪ „Die Person (der man gerade die Hand gegeben hat) ist HIV-positiv“
Aggressive Gedanken	▪ „Ich könnte mein Kind erstechen“
Sexuell	▪ „Ich könnte meine Tochter vergewaltigen“
Unglück	▪ „Ich könnte den Gullydeckel weggestoßen haben und jemand könnte in das Loch fallen“
Sich lächerlich machen	▪ „Ich könnte mich öffentlich blamieren“
Magisches Denken	▪ „Die Zahl 7 bedeutet Unglück“



Zwangshandlungen	Häufigkeit
Kontrolle („Checking“)	63%
Wachen („Cleaning“)	60%
Zählen	36%
Symmetrie	28%
Horten	18%

Zwangsgedanken	Häufigkeit
Beschmutzung	45%
Körper	36%
Symmetrie	31%
Aggressive Impulse	28%
Sexuelle Vorstellungen	26%



Zwangsstörung – wichtigste Behandlungsgrundsätze

- Methode der ersten Wahl: kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition und Reaktionsmanagement
- Pharmakotherapie:
 - Antidepressiva mit starker Serotonin-Wiederaufnahmehemmung, d. h. die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)
 - Clomipramin
 - Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer in der Regel **unwirksam**



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie



Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen

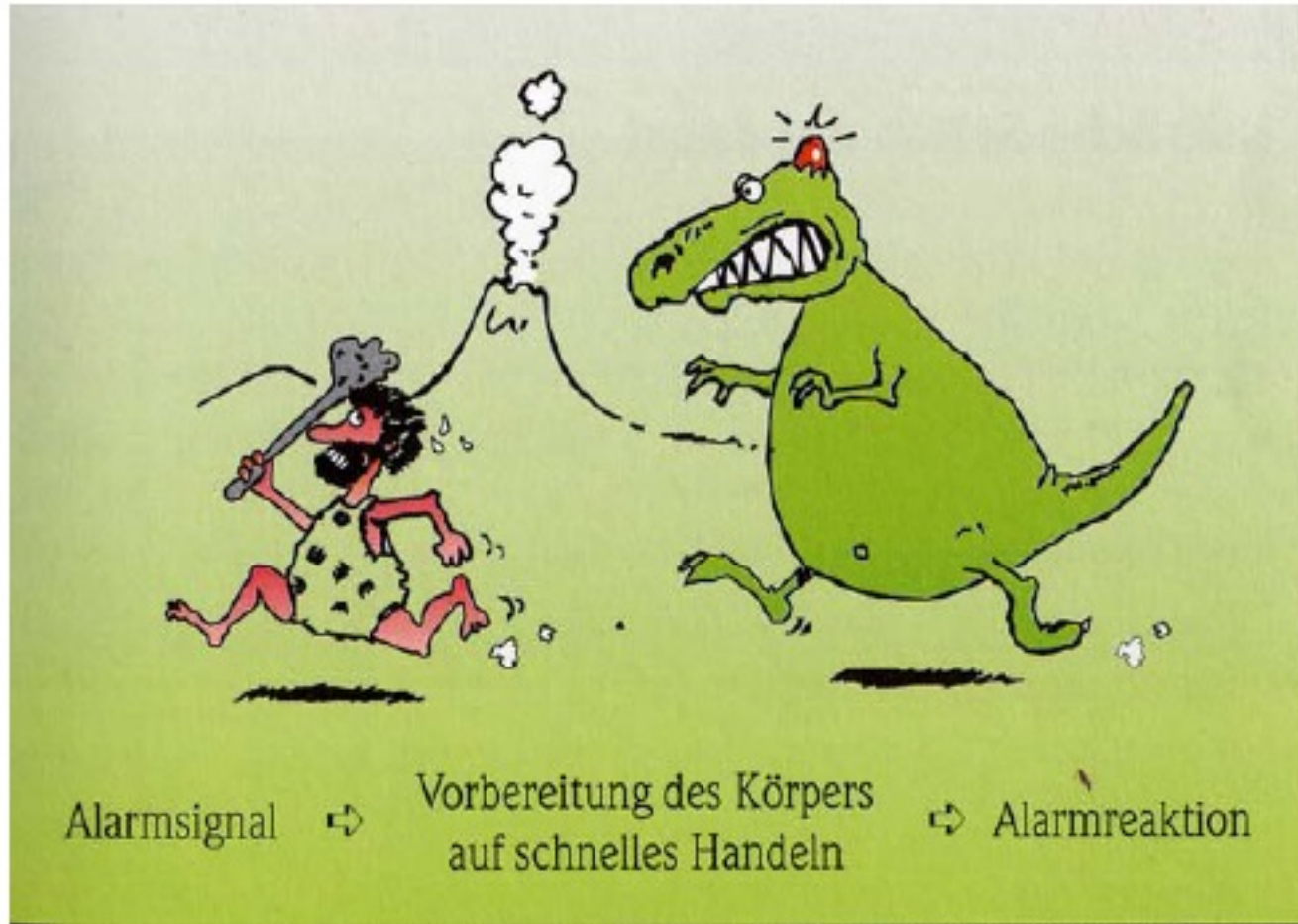


Grundzüge kognitiv-verhaltens- therapeutischer Interventionen

Behandlungselement	Panik- syndrom	Agora- phobie	Spezifische Phobie	Soziale Phobie	Zwangs- störung	GAS
Aufklärung: Erklärungsmodell u. therapeutisches Vorgehen vermitteln	X	X	X	X	X	X
Kognitive Interventionen						
Kognitive Umstrukturierung von Fehlinterpretationen		X	X	X	X	X
Korrektur der Fehlinterpretation körperlicher Symptome	X					
Verhaltensexperimente	X	X	X	X	X	X
Selbstinstruktion	X	X	X	X	X	X
Konfrontation mit angstauslösenden Reizen und Reaktionsverhinderung						
Internale Reize (z.B. Schwindeln, Atemnot, Herzrasen)	X				X	X
Externale Reize (z.B. Kaufhäuser, Brücken, soziale Situationen)		X	X	X	X	
(teilnehmendes) Modelllernen		X	X	X	X	

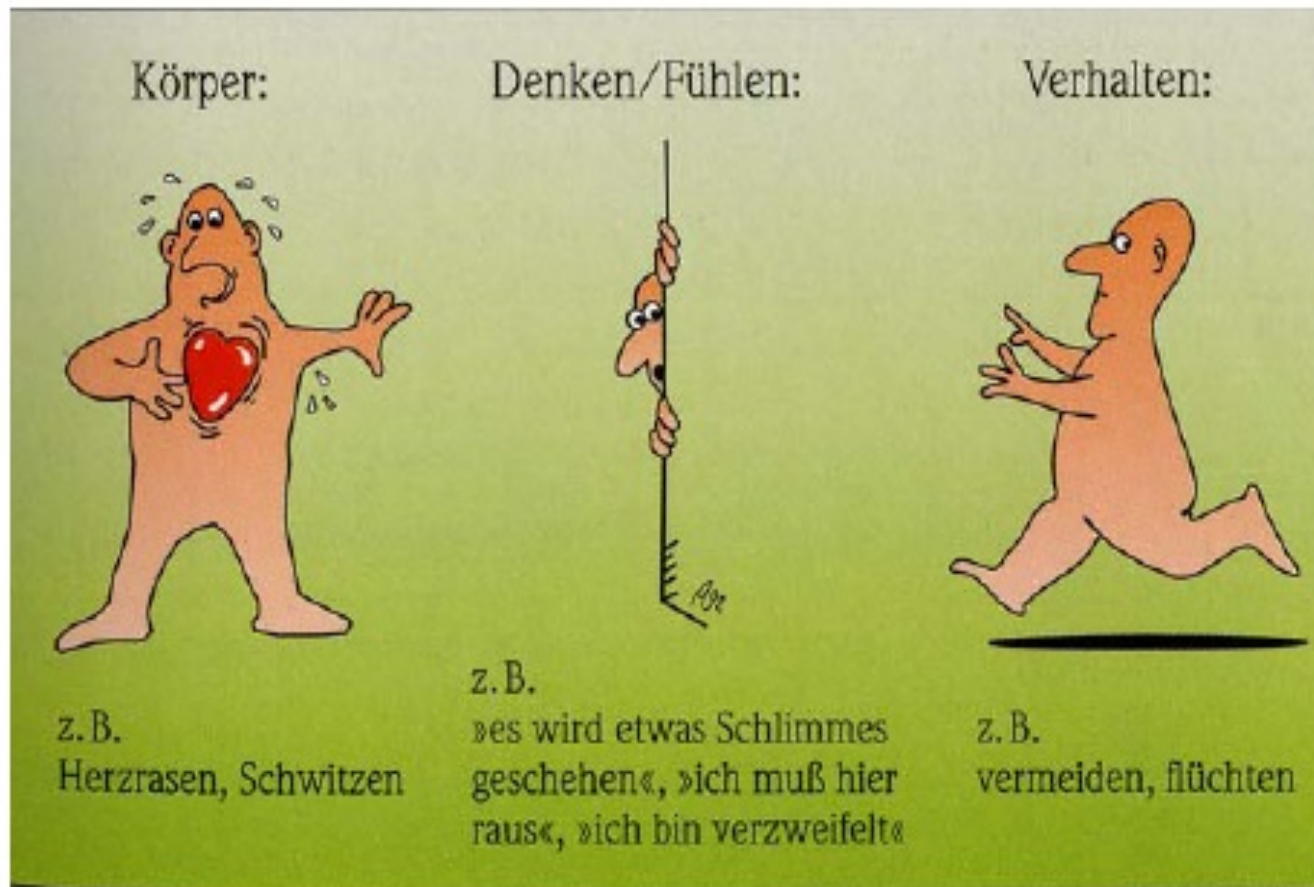


Psychoedukation



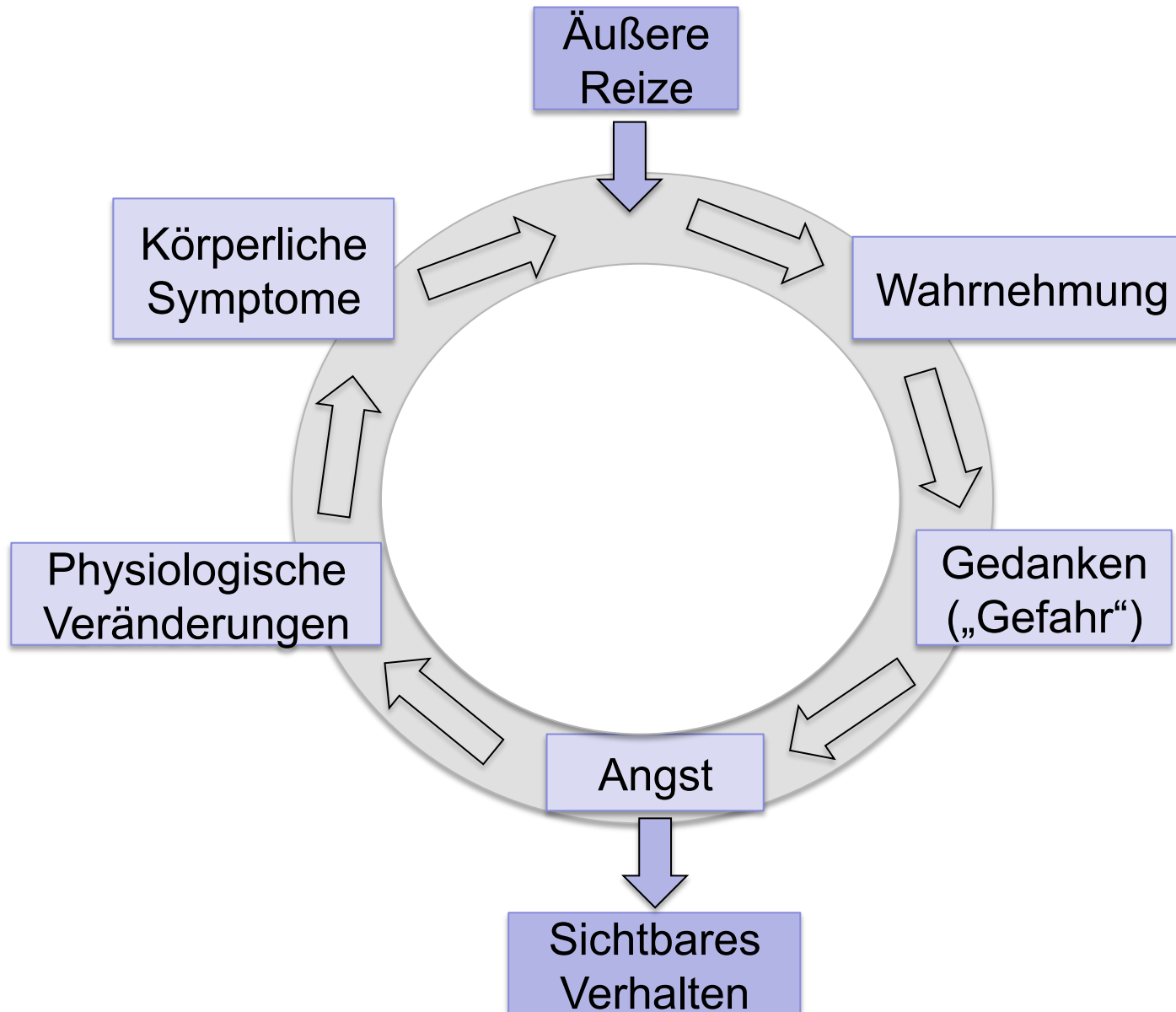
Phobische Angst als eine übersteigerte normale biologische Reaktion.

Die 3-Komponenten-Modell der Angstreaktion





Krankheitsmodell – Teufelskreis der Angst





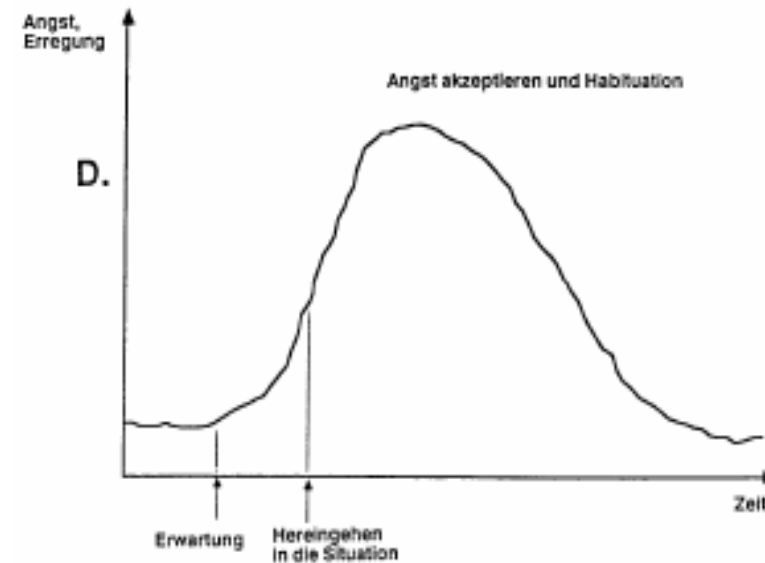
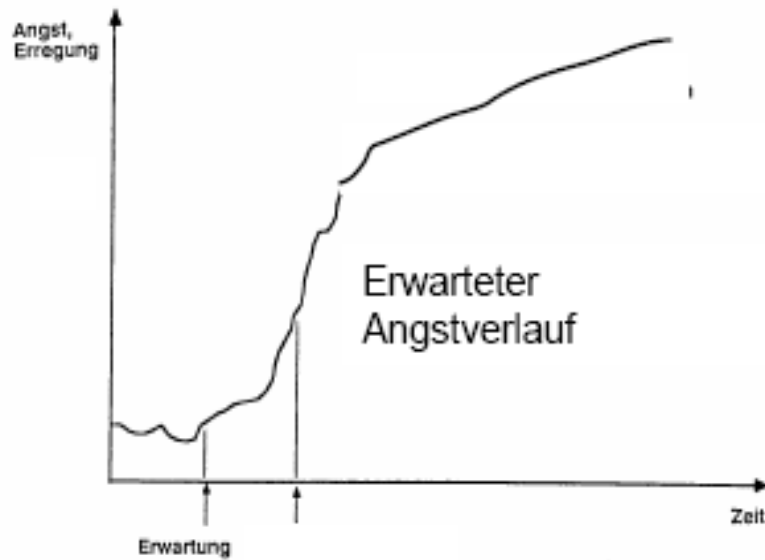
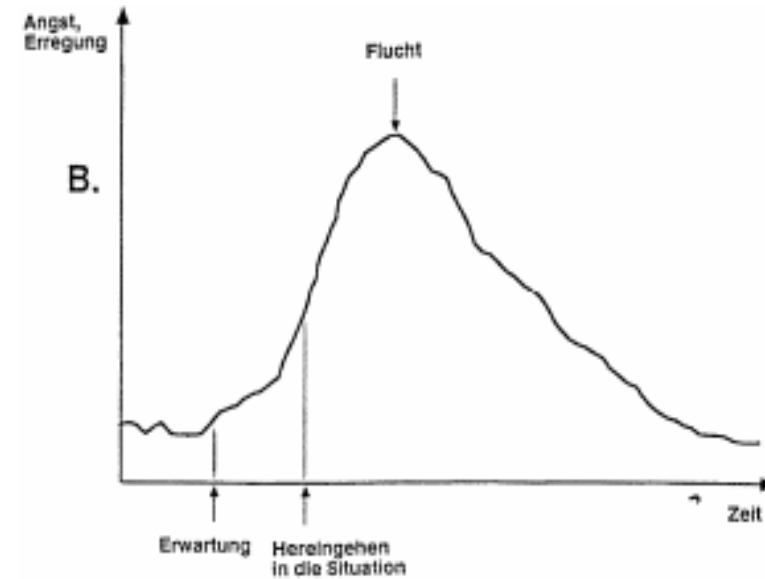
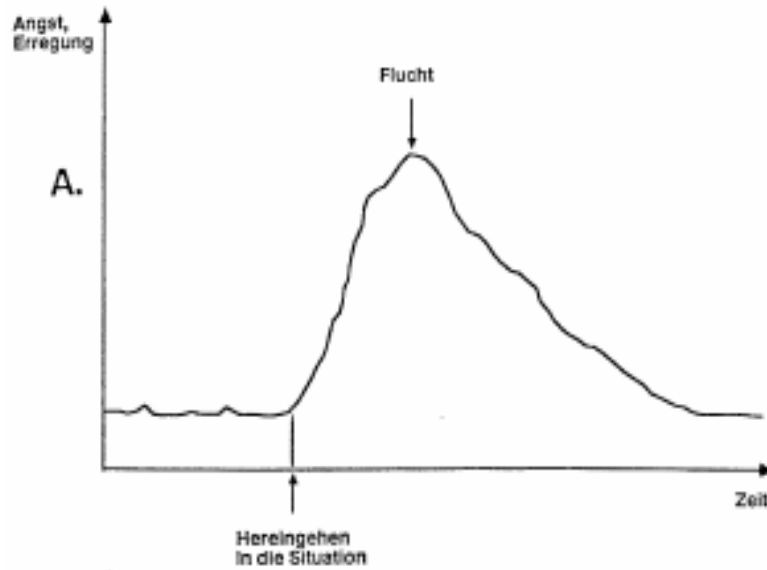
Kognitive Aspekte: dysfunktionale Kognitionen

Symptome	Typische Gedanken / Fehlinterpretation
Papillationen	
Brustschmerzen	Ich bekomme einen Herzinfarkt.
Schwitzen	Herzrasen
Atembeschwerden	
Schwindel	Ich werde in Ohnmacht fallen.
Schwächegefühl	Ich habe eine Hirntumor.
Zittern, Blässe	Ich bekomme einen Schlaganfall.
Atemnot	Ich erstickte.
Kloß im Hals	
Derealisations- und Depersonalisations-Gefühl	Ich verliere die Kontrolle über mich. Ich werde verrückt
Alle intensiven Angstsymptome	Diese Angst bringt mich um.



Modifikation dysfunktionaler Kognitionen

Allgemeines Korrekturschema	Beispiel
1. Identifikation von Fehlinterpretationen	„Ich bekomme einen Infarkt.“
2. Überzeugungsrating (0-100) des Patienten.	
3. Sammeln aller Argumente, die für eine Fehlinterpretation sprechen.	Papillationen, Brustschmerz
4. Sammeln aller Argumente, die gegen die Fehlinterpretation sprechen.	Alle medizinischen Befunde ohne Befund
5. Erstellen einer alternativen Erklärung.	Psychophysiologisches Modell
6. Sammeln aller Argumente, die für die alternative Erklärung sprechen	
7. Überzeugungsratings für die Fehlinterpretation.	
8. Überzeugungsrating für die alternative Erklärung	





Systematische Konfrontation
mit angstauslösenden Reizen



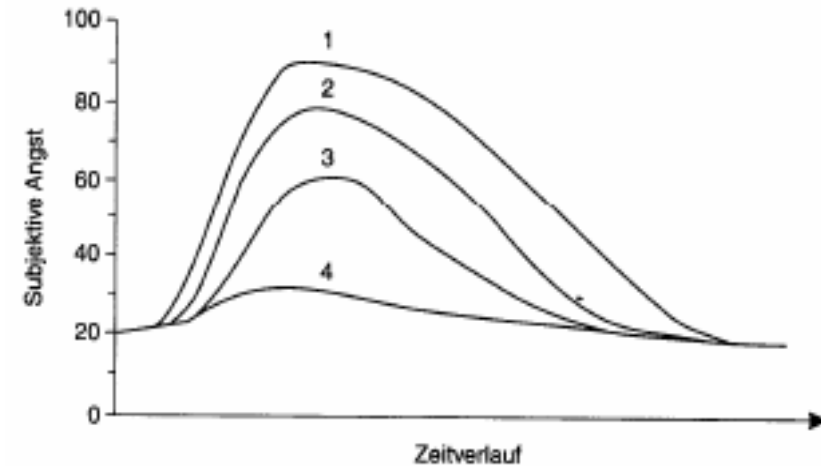
Habituation
(Verminderung der Angstreaktion)



Bewertungsänderung der bisher
als bedrohlich interpretierten Reize



Aufbau neuer Verhaltensmuster
und Handlungskompetenzen





- **Graduelle Konfrontation**
 - Zunehmende Schwierigkeit der zu bewältigenden Situation

- **Massierte Konfrontation**
 - Konfrontation beginnt mit stark angstausslösenden Situationen
 - Mehrere Stunden täglich an aufeinander folgenden Tagen
 - Bei schweren Phobie erfolgreicher



- Real gefährliche Situationen (z.B. Absturzgefahr)
- Komorbidität mit einer körperlichen Erkrankung, die die körperliche Belastbarkeit einschränkt (z.B. Herz-Kreislaufkrankungen, Epilepsie, Asthma)



■ Freud (1917)

- ...man wird kaum einer Phobie Herr, wenn man abwartet, bis sich der Kranke durch die Analyse bewegen lässt, die Phobie aufzugeben
- Man muss anders vorgehen. Nehmen Sie das Beispiel eines Agoraphoben; es gibt zwei Klassen von solchen, eine leichtere und eine schwerere.
- Die ersteren haben zwar jedes Mal unter Angst zu leiden, wenn sie auf die Straße gehen, aber sie haben das Alleingehen darum noch nicht aufgegeben; die anderen schützen sich vor der Angst, indem sie auf das Alleingehen verzichten
- Bei diesen letzteren hat man nur dann Erfolg, wenn man sie dazu bewegen kann..., ...auf die Straße zu gehen und während dieses Versuchs mit der Angst zu kämpfen



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Bei Fragen bitte unter:

http://www.uke.de/kliniken/psychiatrie/index_2512.php