

Angststörungen

Behandlung

J. Hättenschwiler, P. Höck

Einleitung

Angsterkrankungen verlaufen unbehandelt oft fluktuierend und neigen zu Chronifizierung. Durch eine fachgerechte Behandlung lassen sich Ängste in der Regel günstig beeinflussen. Panikattacken, Erwartungsangst, Vermeidungsverhalten und generalisierte Angst können vermindert oder völlig abgebaut werden. Auch lassen sich komorbide Störungen als Komplikation verhindern, deren häufigste Depressionen oder Suchterkrankungen sind. Die Ursachen von Angst sind vielfältig und müssen sorgfältig abgeklärt werden, damit eine gezielte Behandlung durchgeführt werden kann [1]. Ist Angst körperlich verursacht oder Teil einer anderen psychischen Störung, steht die Behandlung der Grunderkrankung im Vordergrund. Kann diese nicht in nützlicher Zeit gebessert werden, ist die symptomatische Behandlung der Begleitangst unumgänglich, was sich meist positiv auf den Verlauf der Grunderkrankung auswirkt. Dieser Beitrag beschränkt sich auf die Behandlung der primären Angststörungen.

Häufig beginnen die Schwierigkeiten mit der Frage, ob Angststörungen psychotherapeutisch oder pharmakologisch behandelt werden sollen. Nach neuesten Erkenntnissen muss die Integration von Pharmakotherapie und Psychotherapie – in erster Linie verhaltenstherapeutische Methoden – im Rahmen eines individuellen Gesamtbehandlungsplans als die Grundlage für die Therapie angesehen werden [2]. Das Behandlungsziel muss nicht nur die Symptome der Angst, sondern auch deren Einfluss auf berufliche und soziale Funktionen berücksichtigen. Ängste und die damit verbundene psychosoziale Beeinträchtigung können im Verlauf der Erkrankung stark schwanken [3]. Diese Schwankungen sind auch in der ersten Phase der Behandlung die Regel und nicht unbedingt Ausdruck einer unzureichenden Behandlung.

Unspezifische Massnahmen

Am Anfang der Behandlung steht die Aufklärung über Ursachen und Wesen der Angst. Für den Patienten ist besonders wichtig zu erfahren, dass er, auch wenn keine körperliche Krankheit nachweisbar ist, ein behandlungswürdiges Leiden hat. Für den Patienten, der den allgemeinen ärztlichen Notfalldienst wegen

einer Panikattacke aufgesucht hat, ist es enttäuschend und objektiv falsch, wenn er nach der körperlichen Untersuchung erfährt, dass ihm nichts fehle.

In leichten Fällen können Aufklärung und Patientenratgeber über Angst schon zum Therapieziel führen [4]. Es gibt verschiedenerorts Selbsthilfegruppen, deren Adressen über psychiatrische Institutionen zu erhalten sind. Seit einem Jahr gibt es die «Angst- und Panikhilfe Schweiz» (APhS). Dieser gemeinnützige, politisch und konfessionell neutrale Verein bietet Betroffenen, Angehörigen und regionalen Selbsthilfegruppen eine nationale Anlaufstelle.

Sind Stress oder diätetische Faktoren für die Entstehung der Angsterkrankung mitverantwortlich, kann die Umstellung der Lebensweise entscheidende therapeutische Bedeutung haben (Reduktion Stress, Verminderung von Koffein-, Alkohol und Drogenkonsum). Auch der einmalige oder kurzfristige Einsatz von Benzodiazepinen oder Betablockern kann z.B. vor einer Operation, einer ängstigen Untersuchung im MRI oder einer Prüfung sinnvoll sein. Vor Prüfungen sollten die Medikamente in einem «Testlauf» auf ihre Verträglichkeit geprüft werden.

Angstattacken können jederzeit auftreten und sind für den Patienten eine Notfallsituation. Daher erfordert die Behandlung von Angststörungen am Anfang eine intensive, engmaschige Betreuung bei guter Erreichbarkeit des Arztes. Das Wissen um eine Notfallnummer ist beruhigend und erspart manches Notfalltelefon.

Wenn diagnostische Unsicherheit besteht, der Patient deutlich beeinträchtigt ist und bei psychischer Komorbidität, sollte der Spezialist hinzugezogen werden [1].

Tabelle 1.
Behandlung von Angststörungen.

Unspezifische Massnahmen

Aufklärung

Hilfe zur Selbsthilfe (Patientenratgeber, Selbsthilfemanuale)

Umstellung der Lebensweise

Spezifische Behandlungsmethoden

Psychopharmakotherapie

Psychotherapeutische Verfahren

Korrespondenz:
Dr. med. Josef Hättenschwiler
Psychiatrische Universitätsklinik
Zürich
Lenggstrasse 31
CH-8029 Zürich

jhaettenschwiler@bluewin.ch

Dr. med. Paul Höck
Grienbachstrasse 36
CH-6300 Zug

paul.hoeck@datazug.ch

Spezifische Behandlungsmethoden

Pharmakotherapie der Angst

Heute stehen hochwirksame, angstlösende Medikamente zur Verfügung. Die Pharmakotherapie wurde lange als «symptomzudeckende» Behandlung geringgeschätzt. Neue Erkenntnisse der neurobiologischen Forschung über Angstentstehung und -behandlung haben zu einer differenzierteren Beurteilung beigetragen [2].

Notfallbehandlung der Angst

Bei akuter Angst wirkt das kompetente, verständnisvolle, aufklärende Gespräch beruhi-

gend. Der Patient soll darüber aufgeklärt werden, dass Panikattacken meistens wenige Minuten (10–30 Minuten) dauern, in der Regel spontan abklingen und für Leib und Leben keine Bedrohung sind. Bei anhaltender starker Angst kann ein rasch wirksames Benzodiazepin oral verabreicht werden, z.B. Lorazepam 1–2 mg oder Diazepam 5–10 mg. Die Wirkung von Diazepam tritt zwar am schnellsten ein, nimmt aber bei einmaliger Gabe auch rasch ab. Eine intramuskuläre oder gar intravenöse Anwendung (Cave Atemdepression!) ist nur ganz selten indiziert. Bei intramuskulärer Anwendung ist Lorazepam aufgrund der rascheren Resorption dem Diazepam vorzuziehen. Die Expidet-Formen von Lorazepam und Oxazepam erleichtern nur

Tabelle 2. Antidepressiva bei Angststörungen [adaptiert nach 8, 9].

Wirkstoffe	Handelsname (CH)	Testdosis (mg)	Dosierung (mg)
Trizyklische Antidepressiva (TCA)			
Clomipramin	Anafranil	10–25	75–250
Imipramin	Tofranil	10–25	75–200
Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)			
Citalopram	Seropram	5–10	10–60
Fluoxetin	Fluctine	5–10	10–80
Fluvoxamin	Floxifral	25–50	50–300
Paroxetin	Deroxat	5–10	20–40
Sertralin	Zoloft / Gladem	12,5–25	50–200
Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI)			
Venlafaxin	Efexor	18,75–37,5	75–375
Serotoninantagonist und Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SARI)			
Nefazodon	Nefadar	25–50	100–400
Noradrenerges und Spezifisches serotonerges Antidepressivum (NaSSA)			
Mirtazapin	Remeron	7,5–15	30–60
Reversible Selektive MAO-A-Hemmer (RIMA)			
Moclobemid	Aurorix	75–150	300–600

Tabelle 3. Benzodiazepinagonisten in der Angstbehandlung.

Wirkstoff	Handelsname (CH)	Dosierung (mg)	T _{max} (h)	t _{1/2} (h)	Aktive Metaboliten ¹
Alprazolam	Xanax	0,25–4	1–2	12–15 (m)	+
Bromazepam	Lexotanil	1,5–9	1–2	15–28 (m)	+
Clorazepat	Tranxilium	5–60	1–1,5	25–60 (l)	+
Clobazam	Urbanyl	15–60	1,5–2	20–50 (l)	+
Clonazepam	Rivotril	1–4	2–4	20–60 (l)	+
Diazepam	Valium	5–20	0,5–1,5	24–80 (l)	+
Lorazepam	Temesta	1–6	1–2,5	12–16 (m)	–
Oxazepam	Seresta	15–100	2–3	7–11 (k)	–
Prazepam	Demetrin	10–30	1–2	50–80 (l)	+

(k) kurze, (m) mittlere, (l) lange Halbwertszeit

T_{max} (h) = Zeit bis zur maximalen Plasmakonzentration in Stunden

¹ Kumulationsgefahr

die Einnahme, die Wirkung tritt aber nicht, wie fälschlicherweise oft angenommen, rascher ein! Die Wirkung von oral verabreichten Benzodiazepinen tritt etwa nach 30 Minuten ein und erreicht ihr Maximum frühestens nach einer Stunde. Das Medikament wirkt also in der Regel erst dann, wenn die Panikattacke schon abgeklungen ist und reduziert lediglich die nachfolgende Anspannung, Ängstlichkeit und die Angst vor der nächsten Angstattacke [5].

Mittel- und langfristige Behandlung der Angst

Bei der mittel- bis langfristigen Behandlung von Panikattacken sind immer Antidepressiva den Benzodiazepinen vorzuziehen. So lässt sich das Risiko einer Abhängigkeit von Benzodiazepinen vermeiden. Man kann heute, ausser bei der Behandlung von akuter Angst, weitgehend auf Benzodiazepine verzichten [2].

Medikamente zur Behandlung von Angst

Benzodiazepine

Benzodiazepine sind die bekanntesten und am häufigsten verwendeten angstlösenden Substanzen (Übersicht Tab. 3). Mangels Alternativen wurden sie früher zu häufig und oft unkritisch eingesetzt. Das Abhängigkeitsrisiko führte zu einer ideologischen Ablehnung, die erst in den letzten Jahren überwunden wurde [2]. Benzodiazepine unterscheiden sich in der relativen Dosierung und Pharmakokinetik, kaum jedoch in der Wirkung. Alle Benzodiazepine sind bereits in niedriger Dosierung anxiolytisch, sedierend, antikonvulsiv, in höherer Dosierung schlafanstossend und muskelrelaxierend. Nebenwirkungen sind Tagessedation, Gleichgültigkeit, Toleranzentwicklung, Muskelschwäche, Ataxie, Atemdepression. Klinisch relevant sind die langen Halbwertszeiten einiger Benzodiazepine mit Bildung von aktiven Metaboliten, welche die Gefahr einer Akkumulation mit Zunahme der Nebenwirkungen (Cave: Reaktionsfähigkeit, Sturzgefahr älterer Leute usw.) bis hin zur Intoxikation mit sich bringen. Längere Einnahme kann zu Abhängigkeit führen, in den meisten Fällen in Form einer Niedrigdosisabhängigkeit. Bei abruptem Absetzen können Entzugserscheinungen auftreten, wobei zwischen Rebound-Symptomen (verstärktes Auftreten der ursprünglichen Symptomatik), Entzugssymptomen im engeren Sinne und einem Wiederauftreten der früheren Symptomatik unterschieden werden muss. Diese Phänomene können durch gezielte Indikationsstellung, niedrige Dosis, beschränkte Behandlungsdauer und

langsameres Ausschleichen minimiert oder verhindert werden. Dauerbehandlungen sollen nur nach Ausschöpfen aller anderen Möglichkeiten erfolgen [2]. Die Patienten sind über eine Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit aufzuklären. Diese ist sowohl in der Einstellungsphase als auch bei höherer Dosierung in der Erhaltungstherapie eingeschränkt.

Nicht-Benzodiazepin-Anxiolytikum

Bupiron ist ein Partialagonist am 5-HT_{1A}-Rezeptor mit anxiolytischer Wirkung. Der Effekt tritt erst mit einer Latenz von 4–6 Wochen ein. Häufigste Nebenwirkungen sind Schwindel, Kopfschmerzen, Übelkeit und Nervosität. Im Gegensatz zu den Benzodiazepinen ist Missbrauch/Abhängigkeit nicht bekannt und die Wirkung von Alkohol wird nicht potenziert. Besonders geeignet ist Bupiron bei Patienten, die noch nie mit Benzodiazepinen behandelt wurden. Die Umstellung eines zuvor mit Benzodiazepinen behandelten Patienten ist schwierig, weil die Patienten eine Sofortwirkung erwarten. Geschieht die Umstellung nicht langsam, können Entzugs- oder Reboundphänomene fälschlicherweise dem Bupiron zugeschrieben werden [2].

Antidepressiva

Sie spielen in der mittel- bis langfristigen Behandlung von Angst die Hauptrolle. Die bei Angststörungen häufig verwendeten Antidepressiva sind in Tabelle 2 aufgeführt. Ursprünglich wurde die angstverhindernde Wirkung auf die sedierenden Eigenschaften einiger Antidepressiva zurückgeführt. Die Beobachtung, dass nicht sedierende Antidepressiva (Imipramin oder Monoaminoxidasehemmer) für die langfristige Behandlung von Panikstörungen gut geeignet sind, hat diese Annahme widerlegt [2, 6]. Die angstverhindernde Wirkung der Antidepressiva tritt mit einer Latenz von 2 bis 4 Wochen ein.

Die **Trizyklischen Antidepressiva** Clomipramin und Imipramin sind bei Angsterkrankungen am besten geprüft. Wegen ihrer Nebenwirkungen (Schleimhauttrockenheit, Akkommodationsstörungen, Tremor, Schwitzen, orthostatische Probleme, Tachykardie, Verstärkung von Reizleitungsstörungen, Arrhythmien, Obstipation, Harnverhaltung und Senkung der Krampfschwelle bei höheren Dosen) werden sie heute zurückhaltend eingesetzt. Die **Selektiven-Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)** haben sich in den letzten Jahren aufgrund ihrer Wirksamkeit und des günstigeren Nebenwirkungsprofils als Substanzen der ersten Wahl bei Angststörungen etabliert. Die SSRI unterscheiden sich in Verträglichkeit, Halbwertszeit sowie hinsichtlich Interaktionen mit dem Zytochrom-P-450-System. Sertralin und Citalopram verursachen am wenigsten In-

teraktionen. Die SSRI haben eine weit geringere Toxizität als die Trizyklika (cave: Suizidalität bei Angsterkrankungen). Nebenwirkungen sind Übelkeit, Diarrhoe, Schwitzen, Tremor, Libidoverminderung, Verzögerung der Ejakulation, Muskelzuckungen bei relativer Überdosierung, selten auch extrapyramidale Symptome [6].

Auch die eher aktivierenden **MAO-Hemmer** haben sich bei Angstsyndromen bewährt. Bei Moclobemid, einem Reversiblen Selektiven Inhibitor der Monoaminoxidase A (RIMA) entfallen Diätrestriktionen.

Die Rolle der neueren Substanzen steht noch nicht fest. Der Serotoninantagonist Nefazodon kann aufgrund seines Profils eine Alternative zu den SSRI sein, wenn diese wegen sexueller Dysfunktion oder starker Nervosität abgesetzt werden müssen [7]. Mirtazapin kann bei Angst und Schlafstörungen eingesetzt werden oder wenn SSRI unwirksam waren [7]. Venlafaxin zeigt eine gute Wirkung bei der Panikstörung und bei Komorbidität von Angst und Depression [7]. Tritt unter Antidepressiva keine Besserung ein, kann durch Dosiserhöhung, der eine Plasmaspiegelbestimmung vorausgehen soll, häufig eine Besserung erzielt werden [6]. Einer erfolgreichen Akutbehandlung ist eine 12- bis 24monatige Erhaltungsbehandlung anzuschliessen. Erst dann sollte, stabile Symptombesserung vorausgesetzt, die Medikation über vier bis sechs Monate ausgeschlichen werden [3, 6].

Antikonvulsiva und Lithium (Moodstabilizer)

Moodstabilizer sind eine wichtige Option bei therapierefraktären Angsterkrankungen mit Stimmungsinstabilität. Diskutiert werden Lithium, Gabapentin und Valproinsäure, wobei für letztere Substanz hoffnungsvolle Ergebnisse vorliegen [7].

Neuroleptika

Trotz anxiolytischer Wirkungskomponente sollten Neuroleptika in der Behandlung nicht-psychotischer Angst vermieden werden. Selbst in niedrigen Dosierungen, früher als Tranquiliizerdosierungen bezeichnet, können mittel- oder hochpotente Neuroleptika extrapyramidalmotorische Wirkungen (Frühdyskinesie, leichtes Parkinson-Syndrom, Akathisie) hervorrufen und auch die Entwicklung von Spätdyskinesien ist nicht ausgeschlossen. Das häufig eingesetzte Thioridazin (Melleril) darf heute in dieser Indikation nicht mehr angewendet werden. Atypische Neuroleptika haben ein günstigeres Nebenwirkungsprofil. Sie können bei therapierefraktären Fällen vorsichtig eingesetzt werden.

Betarezeptorenblocker

Betarezeptorenblocker wie Propranolol oder Oxprenolol können bei situationsgebundener Angst (z.B. Examensangst) hilfreich sein. Oft genügen 10–20 mg Propranolol vor dem gefürchteten Ereignis.

Phytotherapeutika

Pflanzliche Präparate erfreuen sich einer zunehmenden Beliebtheit. Für verschiedene Extrakte, u.a. von Baldrian, Melisse und Hopfen, konnte eine sedierende Wirkung nachgewiesen werden. Ob sie neben diesem Effekt eine anxiolytische Wirkung haben, ist fraglich [2]. Anxiolytische Wirkungen wurden am ehesten Kawapräparaten zuerkannt. Das in der Schweiz am häufigsten verwendete Präparat wurde im Herbst 2000 bei Verdacht auf lebertoxische Effekte zurückgezogen. Auch Johanniskraut kann bei leichteren Störungen eingesetzt werden. Das Interaktionspotential pflanzlicher Präparate wird oft unterschätzt.

Psychotherapie der Angst

Psychotherapie ist bei Angststörungen wirksam, wobei verhaltenstherapeutische Interventionen die besten Ergebnisse aufweisen. Da die Psychotherapie von Angststörungen in die Hand der spezifisch ausgebildeten Fachperson gehört, sollen hier die Möglichkeiten der Behandlung nur skizziert werden.

Die **kognitive Verhaltenstherapie** versucht z.B. bei der Panikstörung, die Fehlassoziation von körperlichen Symptomen mit Katastrophe, die konditionierte Angst vor körperlichen Empfindungen sowie das Vermeidungsverhalten zu löschen [9]. Die kognitive Verhaltenstherapie umfasst vier Hauptaspekte:

1. **Information** führt über die Vermittlung eines Erklärungsmodells zum Abbau von falschen Vorstellungen über die Angst.
2. Bei der **kognitiven Umstrukturierung** geht es darum, mit Hilfe gedanklicher Übungen der Angst entgegenzuwirken und realistischere Bewertungen der Angstsituation zu erlernen.
3. Bei **Expositionsübungen** wird der Patient schrittweise mit der angstauslösenden Situation konfrontiert. Er lernt, dass er die Angst aushalten kann, dass sie nach einer bestimmten Zeit abklingt, ohne dass ihm etwas Schlimmes passiert.
4. Grundprinzip der Behandlung ist es, nicht nur die Angst der Patienten zu reduzieren, sondern ihnen auch **Angstbewältigungsstrategien** zu vermitteln, die sie selbst einsetzen können (Atemtechniken, Muskelentspannungsübungen, Wahrnehmungsübungen) [4].

Behandlung der einzelnen Angsterkrankungen

Panikstörung und Agoraphobie

Die Kombinationsbehandlung von Verhaltenstherapie und Psychopharmakotherapie ist in ihrer Wirksamkeit am besten belegt [2]. Die SSRI Sertralin, Citalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin sowie Paroxetin sind aufgrund ihrer ausgezeichneten Wirksamkeit und ihrer guten Verträglichkeit Substanzen erster Wahl. Patienten mit Panikattacken reagieren oft verunsichert und empfindlich auf trizyklische Antidepressiva oder MAO-Hemmer [6], da die Nebenwirkungen den körperlichen Symptomen der Angst sehr ähnlich sein können (z.B. Mundtrockenheit, Tachykardie, Schwindel, Hypotonie, Sehstörungen usw.). Da Antidepressiva, auch SSRI, die Angstsymptome initial verstärken können, muss mit kleinsten Dosierungen angefangen werden. Die vorübergehende Kombination mit einem Benzodiazepin kann deshalb sinnvoll sein. Persistieren Panikattacken trotz lege artis durchgeführter Behandlung mit Antidepressiva, müssen Benzodiazepine eventuell längerfristig verordnet werden. Psychotherapeutisch sind kognitive Verhaltenstherapie, psychodynamisch orientierte Verfahren und Entspannungsübungen empfehlenswert, wobei vom Autogenen Training abgeraten wird, da es die übersensibilisierte viszerale Wahrnehmung noch verstärken kann [8]. Bei Agoraphobie ist das Expositionstraining ein zentrales Behandlungselement. Es wird aber von 20–25% der Patienten abgelehnt [8].

Generalisierte Angststörung (GAS)

War früher die langfristige Behandlung mit BZD bei der GAS nicht zu vermeiden, stehen heute verschiedene Therapieoptionen zur Verfügung. Buspiron hat langfristig eine den BZD vergleichbare anxiolytische Wirkung. Positive Studienergebnisse liegen für das trizyklische Piperazinylderivat Opipramol vor, das dem Alprazolam vergleichbare Effekte zeigt, ohne dass eine Suchtgefahr besteht [8]. Erste Untersuchungen legen den Schluss nahe, dass SSRI, Nefazodon und Mirtazapin auch bei der GAS wirksam sind [2, 8]. Venlafaxin und Paroxetin haben in den USA bereits die Zulassung für diese Indikation. Die Therapie der GAS ist eine Langzeitbehandlung. Die Kognitive Verhaltenstherapie ist die Psychotherapiemethode der Wahl.

Soziale Phobie (Soziale Angststörung)

Die Wirkung der SSRI und der MAO-Hemmer ist gut belegt. Auch Benzodiazepine und Buspiron sind wirksam, hingegen Trizyklika wenig effizient. Sowohl Pharmakotherapie als auch Verhaltenstherapie sind gut wirksam und werden kombiniert angewendet. Gelegentlich kommen auch psychodynamische Verfahren zur Anwendung [8].

Spezifische Phobien

Mit einer Lebenszeitprävalenz von bis 11% sind sie die häufigsten Angsterkrankungen. Sie sind die Domäne der Verhaltenstherapie. Am wirkungsvollsten sind Expositionstraining kombiniert mit Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation nach Jakobson). Entspannungsverfahren können auch Angstanfälle induzieren. Bei Prüfungsangst oder Flugangst können kurzfristig Beta-blocker und Benzodiazepine eingesetzt werden.

Überlegungen bei ungenügendem Behandlungserfolg

Gelegentlich sprechen Angstkranke auf eine medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung unzureichend oder gar nicht an [7]. Hier sollte zunächst die Compliance und die Diagnose überprüft werden. Ist beides gesichert, ist eine ungenügende Dosierung häufiger Grund für ausbleibenden Behandlungserfolg. Auch die Frequenz der psychotherapeutischen Sitzungen kann zu gering sein. Im weiteren können Malabsorption und Interaktionen (erhöhter/erniedrigter Metabolismus) eine Besserung verhindern. Ausserdem kann die Schwere der Erkrankung, ein primär chronischer Verlauf, komplizierende psychosoziale Faktoren, Komorbidität und das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung das Behandlungsziel unerreichbar machen. Nicht zuletzt kann die unzureichende Qualifikation des Therapeuten und daraus resultierende Fehler in der Behandlung einer Besserung im Wege stehen [3, 6, 7].

Verdankung

Für die Durchsicht des Manuskripts und wertvolle Anregungen danken wir: Frau Dr. med. Katrin Angst sowie Frau Prof. Dr. med. Brigitte Woggon, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, und Herrn Dr. med. Stefan Rennhard, FMH Allgemeine Medizin, 8155 Niederhasli.

Patientenratgeber

Wittchen HU. Wenn Angst krank macht. Störungen erkennen und behandeln. München: Mosaik; 1997. ISBN 3-576-10768-1.

Auskünfte erteilen auch die Psychiatrischen Regionalkliniken und Universitätskliniken, welche z.T. auch eine Spezialsprechstunde für Patientinnen und Patienten mit Angststörungen anbieten.

Wichtige Adressen

Angst- und Panikhilfe Schweiz (APhS)

Hölzlistrasse 165
CH-4232 Fehren
Info 0878 801 108

Stiftung KOSCH

Koordination und Förderung von Selbsthilfegruppen in der Schweiz
Laufenstrasse 12
CH-4053 Basel
Info 0848 810 814

Anxiety Disorders Association of America

11900 Parklawn Drive, Suite 100
Rockville, MD 20852, USA
Main Number:(301) 231-9350
Fax: (301) 231-7392
E-mail: AnxDis@adaa.org
www.adaa.org

Quintessenz

- Angststörungen lassen sich in der Regel gut behandeln.
- Die Behandlung beginnt mit eingehender Abklärung und Information.
- Bei ausgeprägten Störungen empfiehlt sich eine Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie. Bei leichten Formen kann oft auf Medikamente verzichtet werden.
- Verschiedene Medikamente stehen zur Verfügung. Bei akuter Angst kommen Benzodiazepine vorübergehend zum Einsatz, während in der Langzeitbehandlung Antidepressiva erste Wahl sind.

Literatur

- 1 Hättenschwiler J, Höck P. Diagnostik von Angststörungen. Schweiz Med Forum 2002;2:125-9
- 2 Hippus H, Klein HE, Strian F. Angstsyndrome: Diagnostik und Therapie. Berlin: Springer; 1999.
- 3 Dengler W, Selbmann HK (Hrsg). Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie; Band 2: Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Angst-erkrankungen. Darmstadt: Steinkopff; 2000.
- 4 Wittchen HU. Wenn Angst krank macht. Störungen erkennen und behandeln. München: Mosaik; 1997.
- 5 Rist F, Frommberger U, Hewer W. Angststörungen. In: Rössler W, Hewer W. (Hrsg): Das Notfall-Psychiatrie-Buch. München: Urban & Schwarzenberg; 1998.
- 6 Woggon B. Behandlung mit Psychopharmaka. Aktuell und massgeschneidert. Bern: Huber; 1998.
- 7 Mathew SJ, Coplan JD, Gorman JM. Management of treatment-refractory panic disorder. Psychopharmacology Bulletin 2001;35:97-110.
- 8 Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP. Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer; 2000.
- 9 Schneider S, Margraf J. Agoraphobie und Panikstörung. Göttingen: Hogrefe; 1998.