

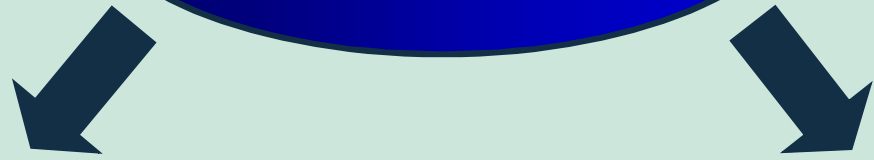
Effektive Behandlung von Angststörungen

**Arbeitskreis Sport- und
Bewegungstherapie, Röbel 16.-17.
April 2015**

Prof. Dr. med. Andreas Broocks



Angst



↓

biologisch angelegtes Reaktionsmuster.

Wahrnehmung, Bewältigung, Vermeidung von Gefahr, Vorbereitung auf Flucht.

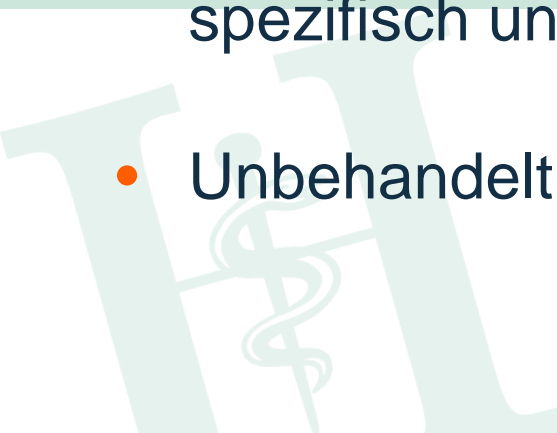
↓ ↓

Phobien, Panikstörung, generalisierte Angststörung

als Symptom anderer psychiatrischer Erkrankungen



- Lebenszeitprävalenz 15% (Wittchen und Vossen 1996)
- gehören zu den häufigsten psychischen Störungen in der Allgemeinbevölkerung
- Häufig nicht oder zu spät diagnostiziert und zu selten spezifisch und adäquat behandelt
- Unbehandelt zumeist chronischer Verlauf.





1. Überbeanspruchung

- des medizinischen Versorgungssystems (exzessive Diagnostik, Fehldiagnosen, Fehlbehandlungen)
- des psychosozialen Versorgungssystems (Ausfallzeiten, vorzeitige Berentung)

2. Einbußen der persönlichen und beruflichen Lebensqualität

3. Sekundäre Alkohol- und/oder Benzodiazepinmißbrauch

4. Sekundäre Depression

Agoraphobie („Platzangst“)



Folie: 5

- Unbegründet starke Angst vor öffentlichen Orten,
- Angst, sichere Orte zu verlassen,
- Angst vor Menschenmengen, Verkehrsmitteln,
- Angst zusammenzubrechen,
- Angst, Schlinge zu stehen

Die spezifische Phobie



Folie: 6

- Unangemessen starke Angst,
z.B.
 Spinnenangst,
 Flugangst,
 Höhenangst, etc





- Unbegründet starke Angst in sozialen Situationen, z.B.
 - vor anderen zu reden, zu essen, zu schreiben, jmd. anzusprechen



Panikattacken

Herzrasen



Brustschmerz

Erstickungsgefühl



Schwindel

Depersonalisation/
Derealisation



Furcht zu sterben

Schmerzen oder Enge in der Brust

Angst, die Kontrolle zu verlieren

Angst, wahnsinnig zu werden



Hitzewallungen, Kälteschauer



Ohnmachtsgefühl

Zittern

Taubheit/Kribbeln

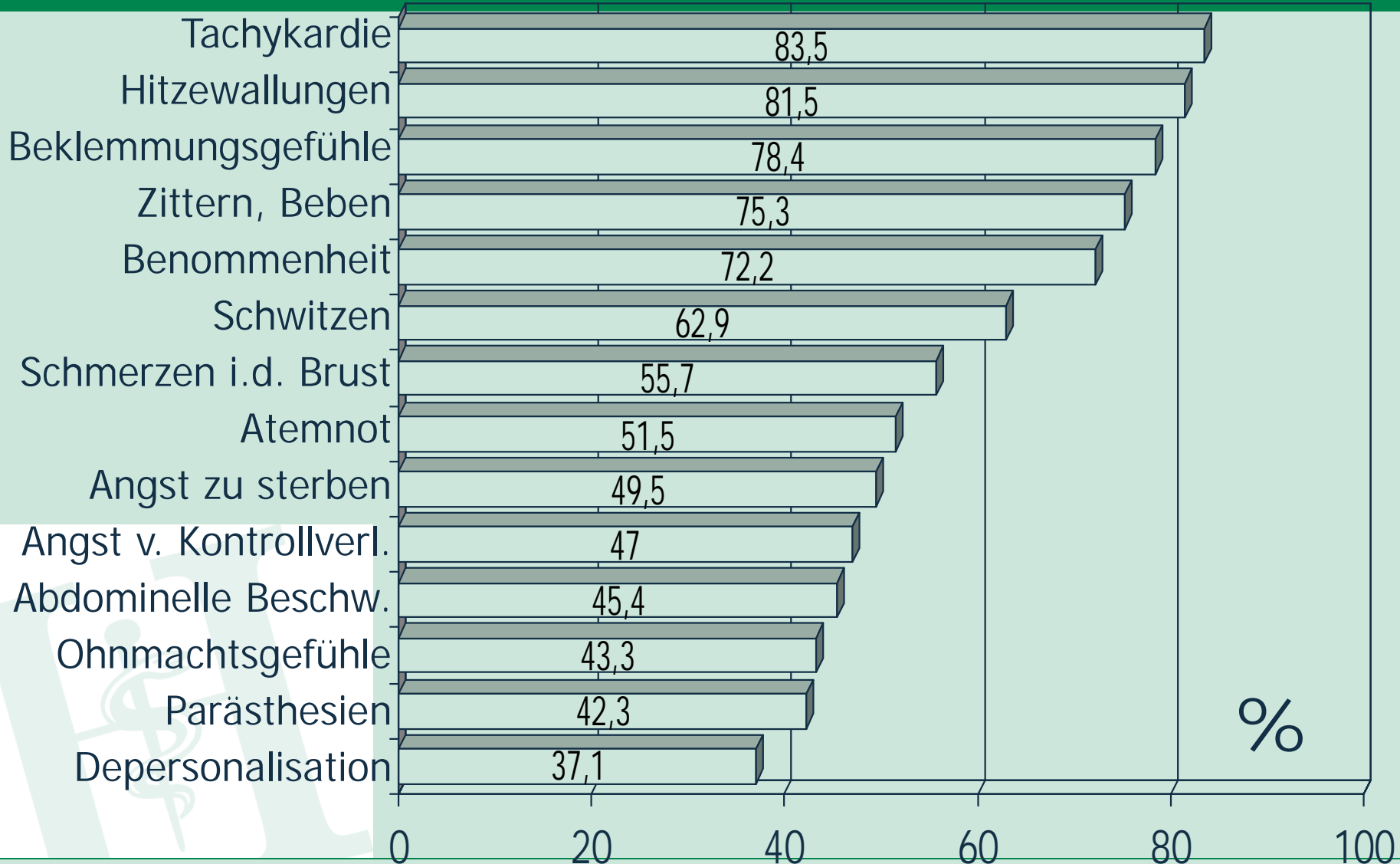
Atemnot



Körperliche Symptome einer Panikattacke



Folie: 9



%

Panik-und Agoraphobie-Skala nach Bandelow (PAS)

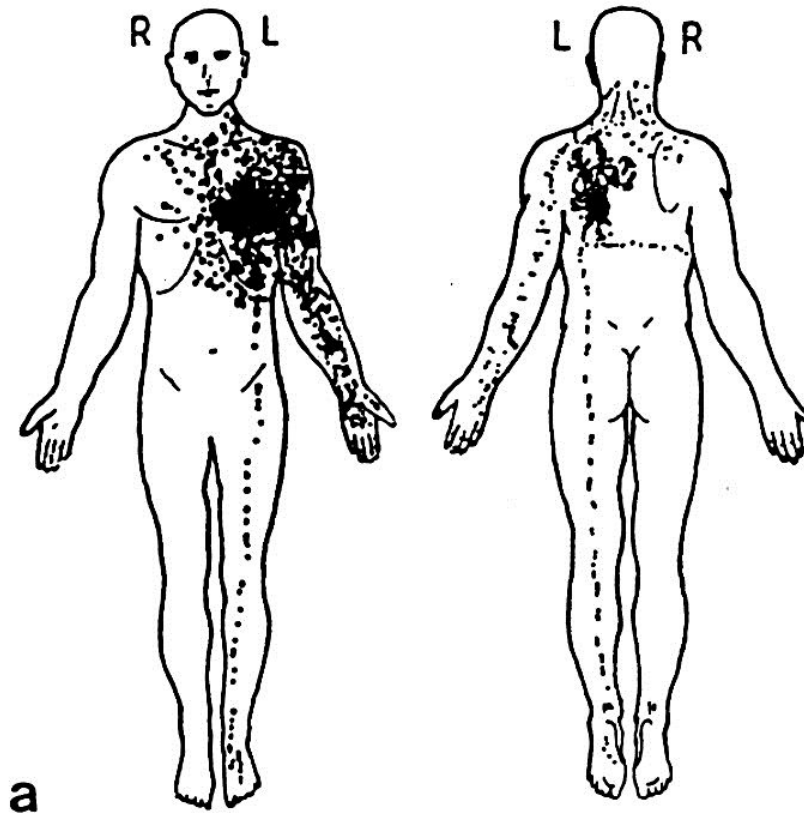


Subskala	Item
1. Panikattacken	A.1. Häufigkeit A.2. Intensität A.3. Dauer
2. Agoraphobische Vermeidung	B.1. Häufigkeit der Vermeidung B.2. Anzahl der Situationen B.3. Relevanz der Situationen
3. Antizipatorische Angst	C.1. Häufigkeit C.2. Intensität
4. Einschränkung	D.1. Familie, Partnerschaft D.2. sozialer und Freizeitbereich D.3. Beruf/Hausarbeit
5. Gesundheitsbefürchtungen	E.1. gesundheitliche Schäden E.2. organische Krankheit

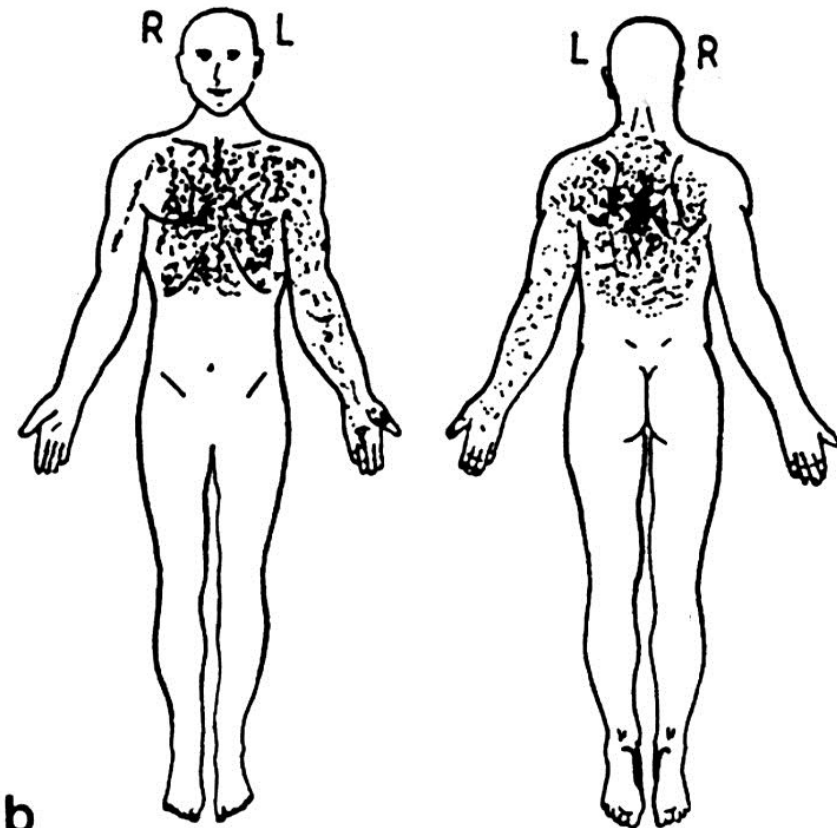
Lokalisation von Herzbeschwerden

20 Patienten mit funktionellen Beschwerden

20 Patienten mit Myokardinfarkt



a



b



Panikattacken, phobisches Vermeidungsverhalten und generalisierte Angstzustände können auch im Rahmen anderer psychiatrischer Störungen auftreten bzw. sind zu unterscheiden von Ängsten im Rahmen von:

- Schizophrenen Psychosen
- Affektiven Psychosen
- Persönlichkeitsstörungen
- Anpassungsstörungen
- Zwangsstörungen
- Posttraumatischen Belastungsstörungen
- Hirnorganischen Störungen (Delir, Verwirrtheit, Wahn, Depression)

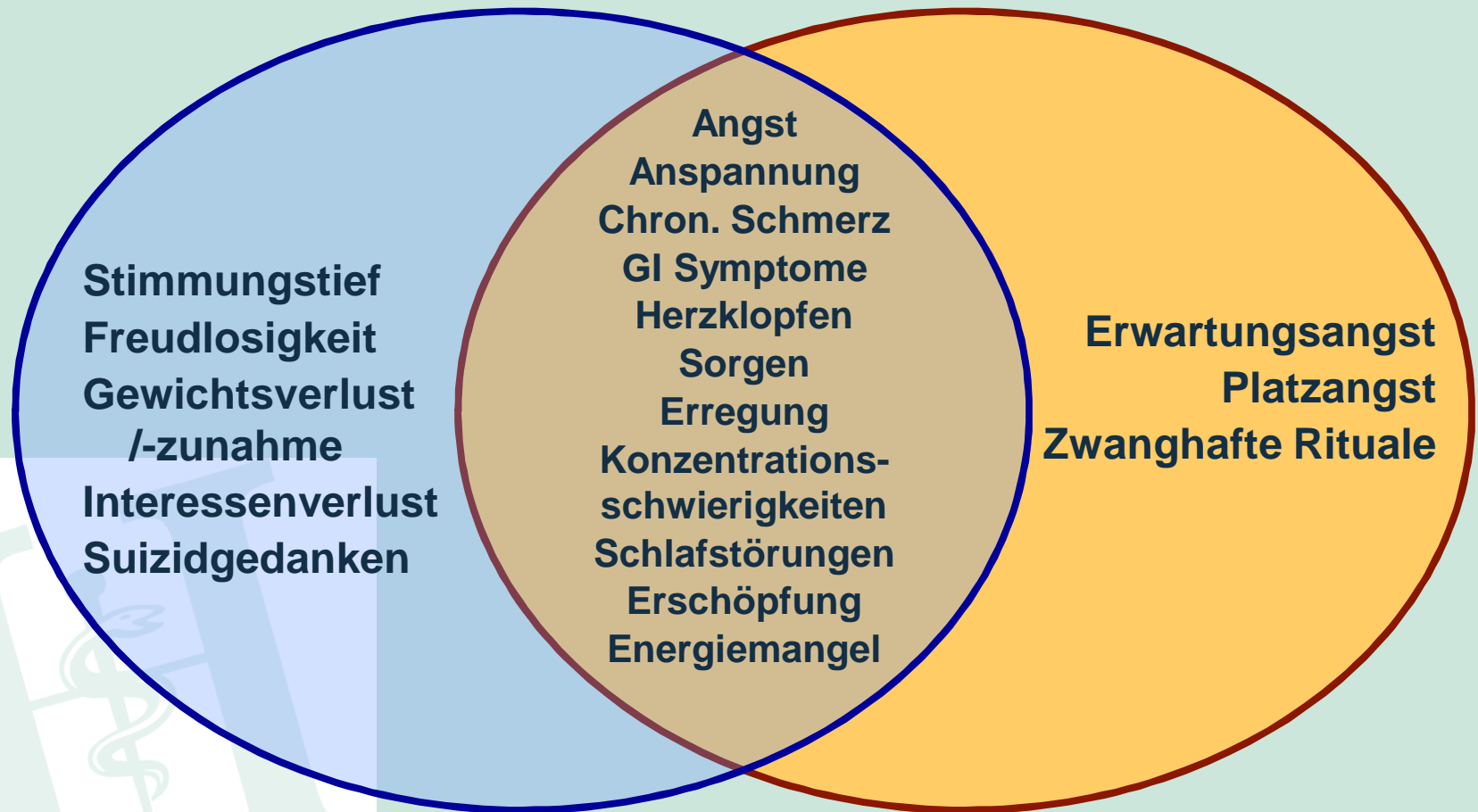
Symptomüberlappung



Folie: 13

Major Depression

Angststörung



Wichtige Differentialdiagnosen bei Angstsyndromen



Folie: 14

Endokrine Angstsyndrome

Hyperthyreose, Hypothyreose,
Hyperparathyreoidismus,
Thyreotoxikose,
Phäochromocytom, Cushing-
Syndrom, Karzinoidsyndrom

Metabolische Angstsyndrome

Hypoglykämie, Hypokaliämie

Herz-Angst-Syndrome

Koronare Herzinsuffizienz,
Myokardinfarkt,
Herzrhythmusstörungen,
Defibrillator-Syndrom





Somatische Basisdiagnostik:

Gezielt nach bereits durchgeführten Untersuchungen fragen und darauf zurückgreifen (Vermeidung von redundanter Diagnostik!)

1. Allgemeine körperliche und neurologische Untersuchung
2. Labordiagnostik: Blutbild, Elektrolyte, Blutzucker, Kreatinin, Kalzium, GOT, Gamma-GT, Schilddrüsendiagnostik
3. EEG
4. EKG
5. CCT (wenn EEG oder andere klinisch-neurologische Befunde pathologisch)
6. Sonstige Untersuchungen nur, wenn Symptomatik oder Verlauf auf organische Genese hindeuten und diese Untersuchungen nicht bereits adäquat durchgeführt wurden

Generalisierte Angststörung – fünf wesentliche Kriterien



Folie: 16

GAD wird beschrieben als Angst und Sorge, die folgende Kriterien erfüllt. Sie ist:

- übermässig
- generalisiert
- unkontrollierbar
- begleitet von Körpersymptomen
- Sie erzeugt deutliche Einschränkungen von Lebensfreude und Leistungsfähigkeit.

Nach DSM-IV und ICD-10

Generalisierte Angststörung – Kriterien nach DSM-IV

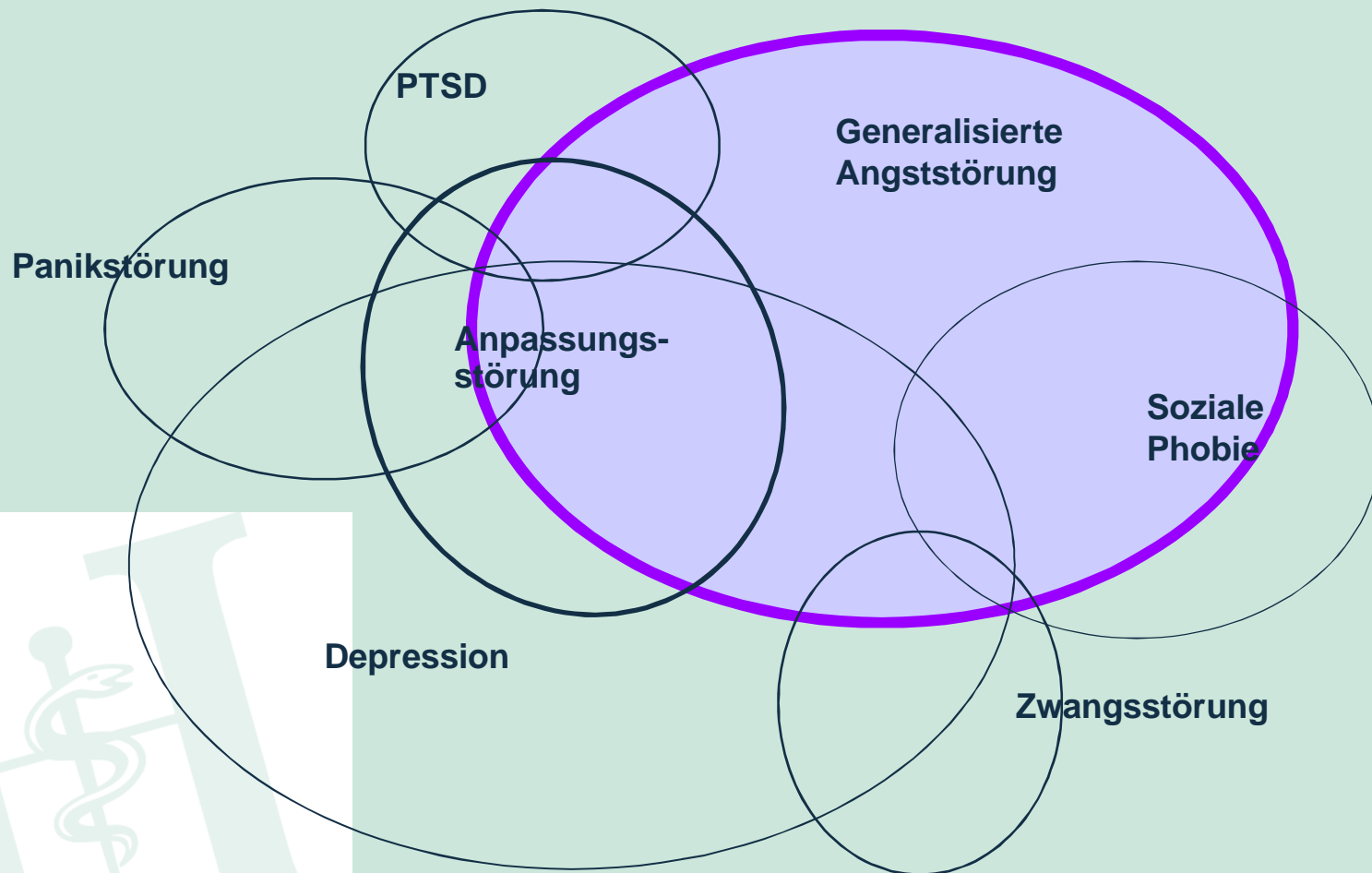


Folie: 17

- 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.



Überlappungen von Angst und Depression



Borgeat 2002



- Konkordanzraten bei monozygoten Zwillingen ca. 30 %
- Mehrfach erhöhtes Risiko bei 1. Grad-Angehörigen
- Genetische und lerngeschichtliche Faktoren in Studien schwer zu trennen





– Der Göttinger „Bandelow-Streit“

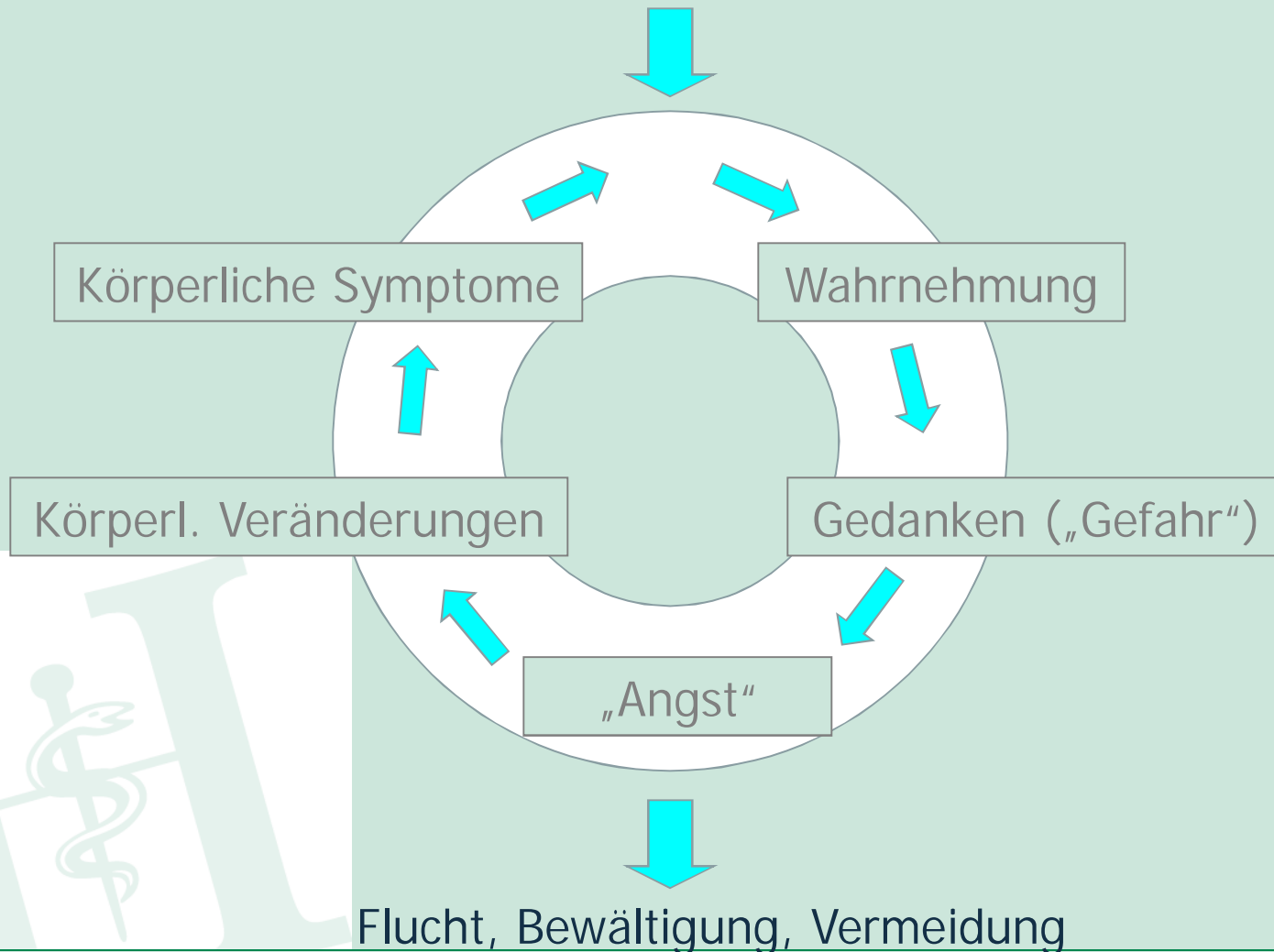
- Neurobiologische Faktoren
- Kurzfristige Reduktion der Symptomatik
- Vermeidung einer weiteren Verschlechterung
- Vermeidung eines Circulus vitiosus
- Primär ambulante Behandlung
- Verhinderung von beruflichen und privaten Folgeproblemen
- Verbesserung der „Psychotherapie-Fähigkeit“
- Längerfristige Stabilisierung

Der Angstkreis

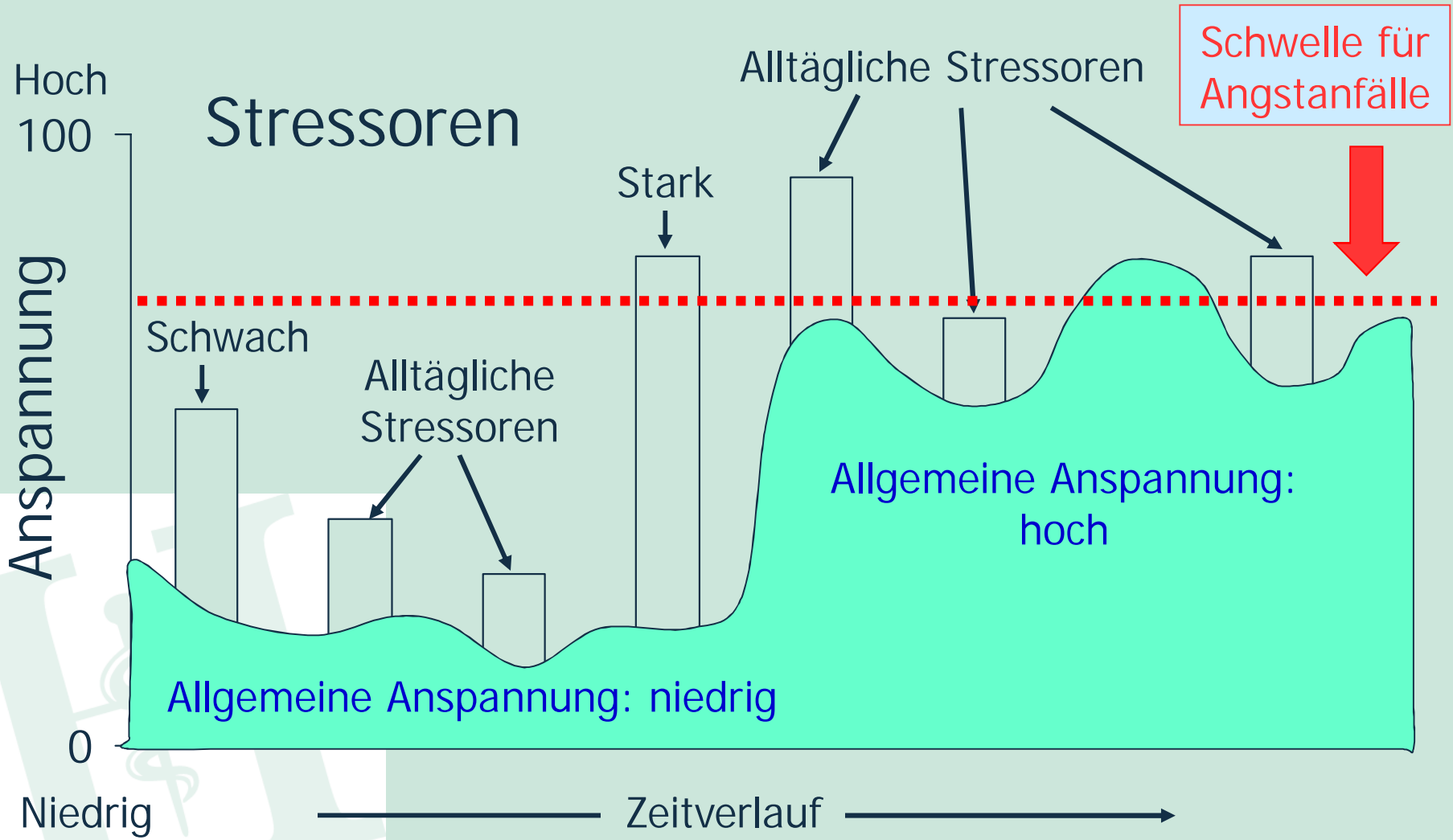


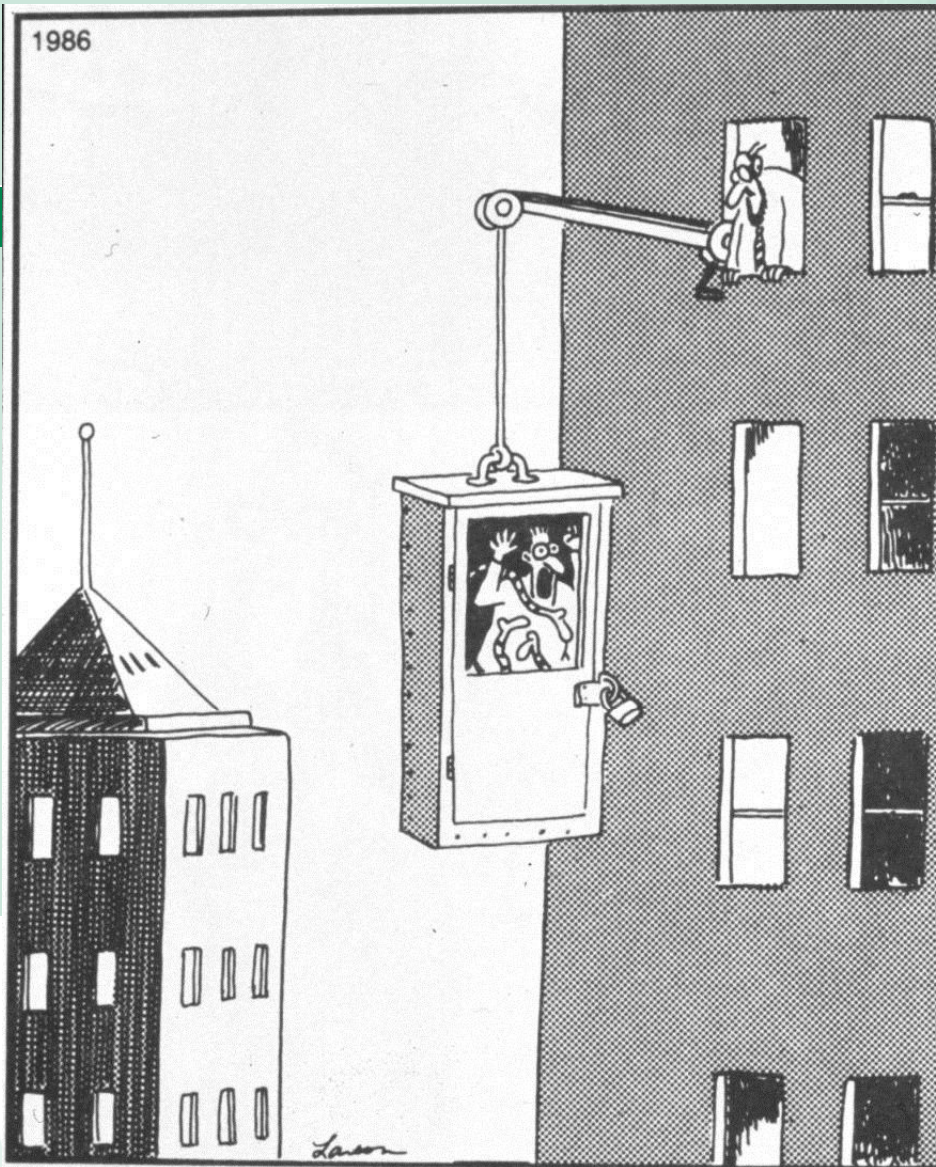
Folie: 21

Auslöser (z.B. Gedanken, körperliche Veränderungen)



Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell





1986

Professor Gallagher und seine durchaus umstrittene Methode der gleichzeitigen Schockbehandlung von Höhenangst, Schlangenphobie und Angst vor der Dunkelheit.



Kognitive VT: Therapiephasen



Folie: 24

1. Anamnese
2. Biographie
3. Aufbau einer therapeutischen Beziehung
4. Psychoedukation, Ablauf der Therapie, alternative Möglichkeiten, Krankheitsmodell
5. Ziel- und Motivationsanalyse
6. Verhaltensanalyse, Funktionalität
7. Vorbereitung der Reizkonfrontation: Angsthierarchie, kognitive Vorbereitung
8. Expositionsphase: graduiert? Flooding? begleitet?
9. Vorbereitung der Entlassung, Selbstmanagement



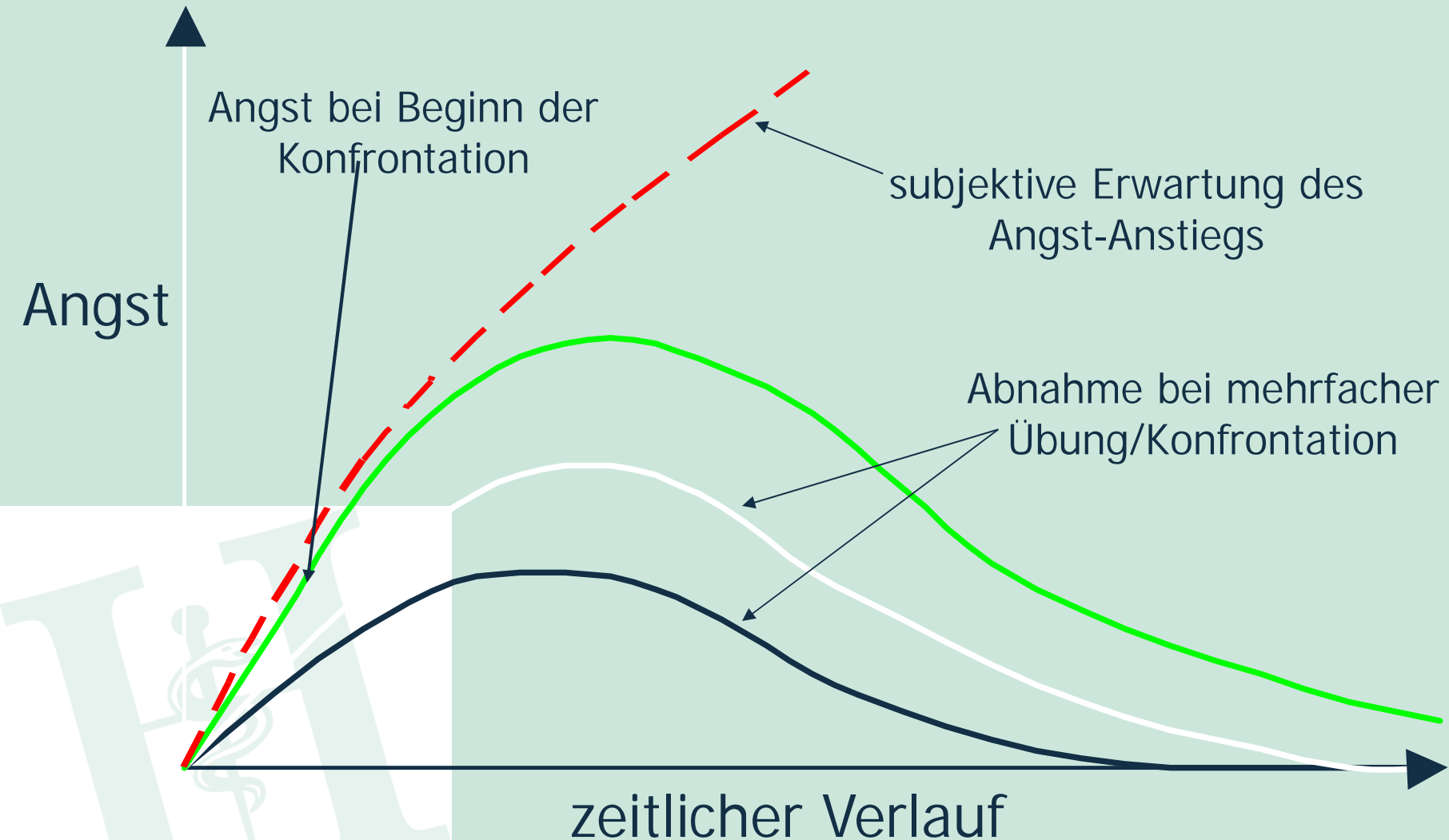
- Expositionstherapie ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:
 - Direkte Konfrontation mit den angstausslösenden Situationen
 - Gute Vorbereitung erforderlich
 - Die Reizexposition ist zeitlich verlängert
 - Flucht- und Vermeidungsverhalten werden verhindert
 - Konfrontation mit den eigenen Angstreaktionen



Angstverlauf in der Expositionstherapie



Folie: 26





- Exposition in vivo: Zulassen der körperlichen und emotionalen Angstreaktion, Verhindern der motorischen und kognitiven Meidung, Realitätstestung, Selbstinstruktionen, Atemregulation, Überprüfung der Katastrophenannahmen
- Interozeptive Exposition: Hyperventilationsübungen, körperliche Anstrengungen, Schwindelprovokation





- Antidepressiva: SSRI, SNRI, SSNRI, früher sehr effektiv: Imipramin, MAO-Hemmer
- Benzodiazepine: kurzfristige Wirksamkeit belegt bei Panikattacken, Gen. Angststörung belegt (bes. Alprazolam); Problem der Abhängigkeit und Toleranz
- Neuroleptika: nicht indiziert
- Neu: Pregabalin





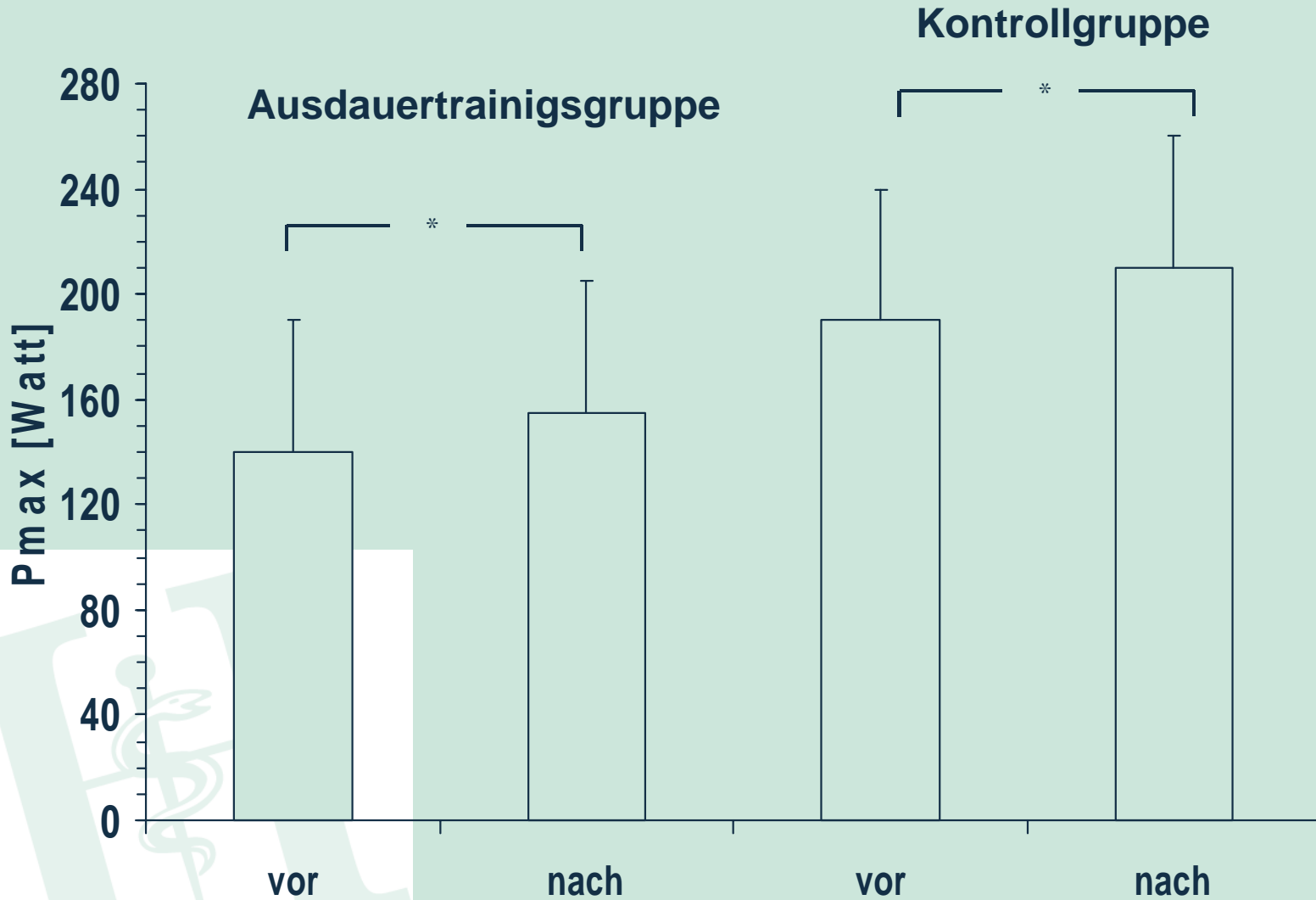
- Allgemein hohes Anspannungs- und Erregungsniveau (Stress, Konflikte, Belastungen etc.)
- Neigung zu verstärkter Selbstbeobachtung des Körpers
- Angstmachende Gedanken und Phantasien
- „Angst vor der Angst“
- Körperliches Schonverhalten
- Vermeidung von angstauslösenden Situationen
- Übermäßige Zuwendung bei Ängsten durch andere Menschen
- Rückzug von anderen Menschen und Interessen



- **Kardiopulmonale Fitness signifikant schlechter im Vergleich zu einer altersgematchten Vergleichsgruppe untrainierter Kontrollpersonen und zu Bevölkerungswerten (Broocks et al 1997)**
- **Anamnestisch ausgeprägter Rückzug von körperlichen Aktivitäten im Rahmen des Vermeidungsverhaltens**
- **Im Rahmen der 10-wöchigen Behandlung vergleichbare Verbesserung der Ausdauerleistungs-Parameter bei Patienten und untrainierten Kontrollpersonen (Broocks et al 1998)**



Trainingsveränderungen der maximalen ergometrischen Leistung.



Körperliches Training und Angst



Folie: 32

- Abneigung gegen körperliche Aktivität signifikant mit dem Auftreten einer Panikstörung korreliert [Kaiya et al. 2005]
- Risiko, an einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken, war umso geringer, je höher das von den Teilnehmern angegebene sportliche Training pro Woche [LeardMann et al. 2011, Angehörige der US-Armee, knapp 39.000 Teilnehmer].



- **46 Pat. mit Panikstörung/Agoraphobie (DSM-III-R)**
- **Durchschnittsalter 33,2 J., Erkrankungsdauer 4,9 J., mittel bis schwer ausgeprägte Symptomatik**
- **3 Behandlungsgruppen: Ausdauertraining (AT), Clomipramin (CMI), Placebo (PBO)**
- **Initial Walking, dann zunehmend Jogging (5-6 km, 3-4x/Woche), Dauer 10 Wochen**
- **Drop-out-Rate unter PBO 27%, unter AT 31 %; kein Drop-out unter CMI**

Metaanalyse (Wipfli et al., 2006)



Folie: 34

- 49 randomisierte kontrollierte Studien, insges. 3.566 Teilnehmer, Ausdauertraining: 46 Studien
- Effektstärke über alle Studien im Vergleich zu unbehandelten Kontrollgruppen: 0,48
- Im Vergleich zu Gruppen mit anderen Therapieformen (Entspannungsverfahren, Stressmanagementedukation, Yoga, Gruppentherapie u.a.): Überlegenheit des Ausdauertrainings

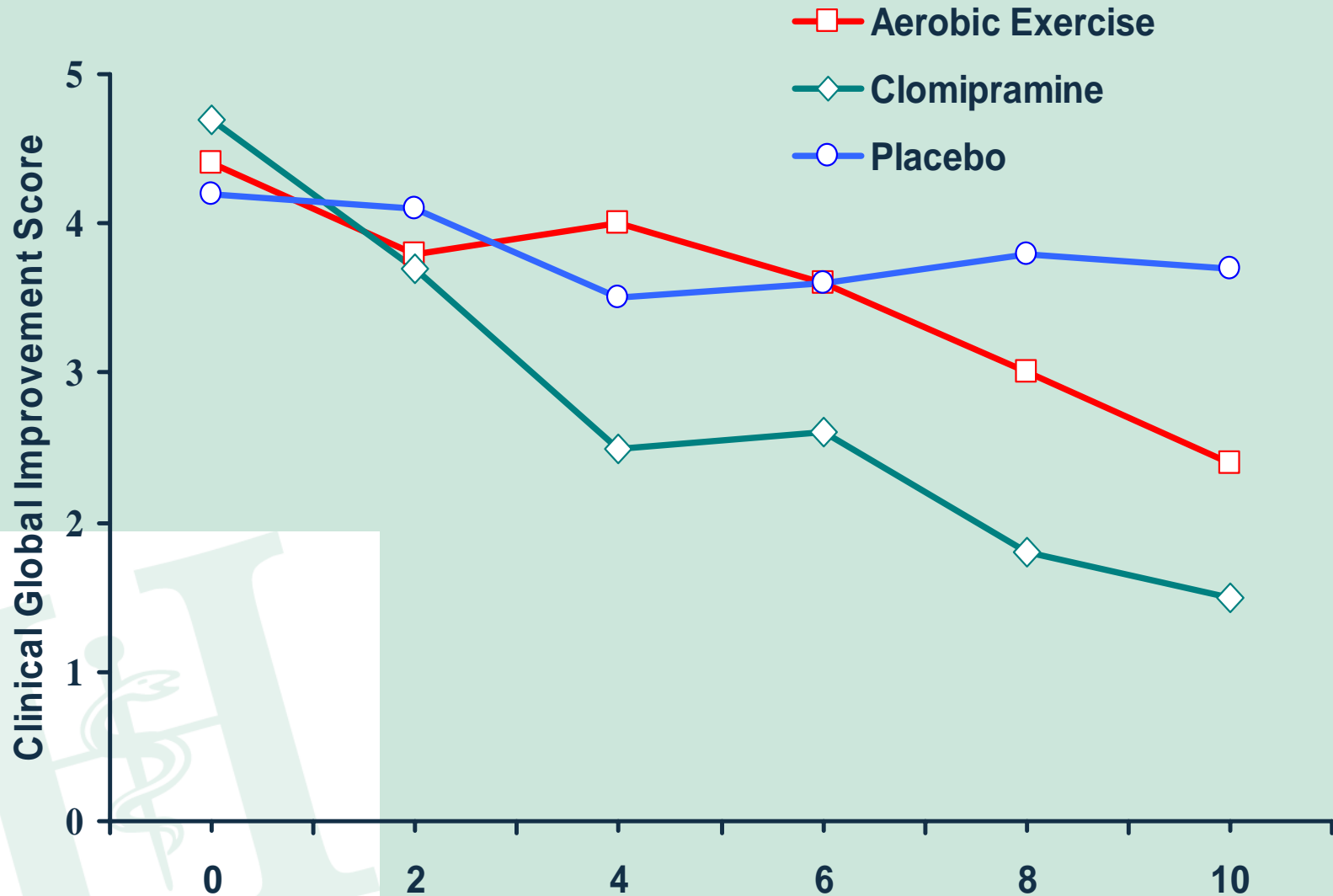
Ausdauertraining als Therapie bei Panikstörung

Empirische Befunde

Broocks et al, Am. J. Psychiatry 155, 603-609, 1998



Folie: 35



A randomized, controlled trial of aerobic exercise in combination with paroxetine in the treatment of panic disorder



Folie: 36

Dirk Wedekind, Andreas Broocks, Nina Weiss, Kirsten Engel, Karin Neubert, and Borwin Bandelow
(World J Biol Psychiatry in press, 2010)

- 75 Patienten mit der Diagnose Panikstörung und Agoraphobie
- Behandlungsdauer: 10 Wochen
- „Vierer-Design“:
 - Sport + Paroxetin
 - Sport + Plazebo
 - Autogenes Training + Paroxetin
 - Autogenes Training + Plazebo

Aerobic exercise or relaxation training in combination with paroxetine or placebo (Wedekind et al 2010)



Folie: 37

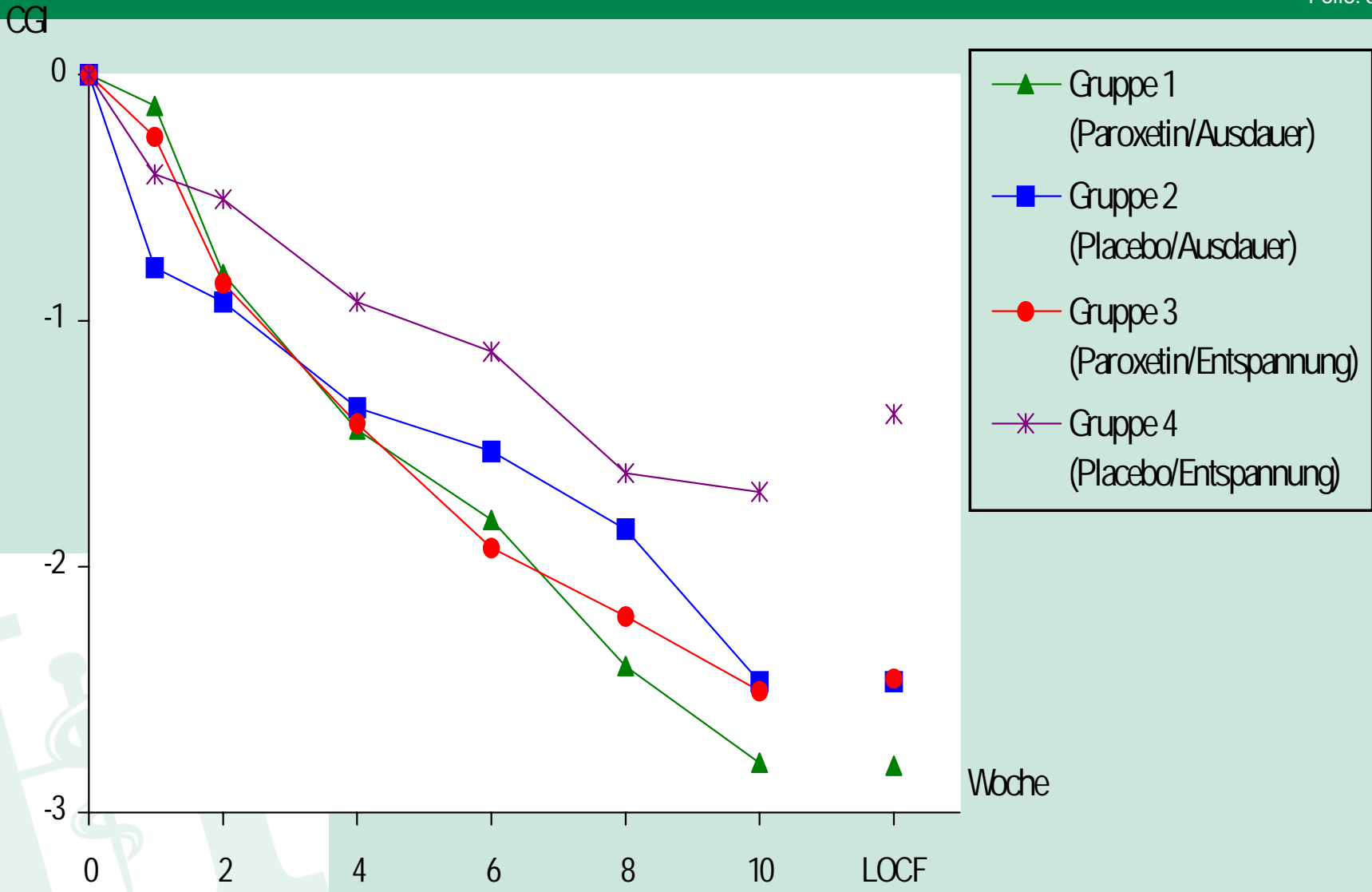
Effektstärken (Cohen's d)		+ Sport	+ Entspannungs- training
CGI	Paroxetin	3.87	2.74
CGI	Placebo	2.21	1.61
P&A	Paroxetin	2.33	2.00
P&A	Placebo	1.87	1.53

ANOVA: statistically significant overall improvement on P&A scores in all treatment groups ($P < .0001$).

Differences between groups: statistical trend ($F = 2.47$; $P = .07$)

Post-hoc testing on P&A scores was not performed.

Aerobic exercise or relaxation training in combination with paroxetine or placebo (Wedekind et al 2010)





Zusammenfassung

- **Paroxetin vs Placebo: signifikanter Effekt**
- **Ausdauertraining vs Autogenes Training: statistischer Trend zugunsten des Ausdauertrainings (CGI; $p=0.06$).**



Die entscheidenden Fragen:



- Was kann der Patient nach der Entlassung in eigener Regie machen?
- Was ist realistisch?
- Glaubte der Patient wirklich, dass er sein Verhalten im Sinne des „aktiven Lebensstils“ ändern kann?
- Was führt zu einer echten Eigenmotivation?
- Was kann der Patient allein machen (ohne Verabredung, ohne Verein oder Selbsthilfegruppe,...)?
- Was kann der Patient immer und überall machen?



„Suchen Sie sich doch eine Gruppe!“



- Patient ist einsam
- Hat Schwierigkeiten auf andere zuzugehen
- Findet keine geeignete Gruppe
- Weiter Weg
- Nur einmal in der Woche





1. Sportanamnese

- Aktueller Trainingsumfang,
- frühere Erfahrungen mit Sport und Bewegung
- individuelle Vorlieben
- Widerstände
- Kontraindikationen für bestimmte Sportarten





2. Psychoedukation

- **Therapeutische Effekte von Sport und Bewegung**
- **Realistische Erwartungen im Hinblick auf den individuellen Patienten**
- **Literatur zum Thema Sport und Bewegung empfehlen**



3. Motivierende Gesprächsführung

- **Patient nennt selbst Vorteile und Nachteile im Sinne der Entscheidungsbalance....**





4. Entscheidung

- **Patient trifft eine klare Entscheidung für oder gegen ein therapeutisches Bewegungsprogramm**
- **über einen Zeitraum von drei Monaten und**
- **auf der Grundlage eines individuellen Trainingsplans**

Psychisch FIT durch Ausdauertraining – Ein kurzer Leitfaden für alle, die wieder auf die Beine kommen wollen

Prof. Dr. med. Andreas Broocks, HELIOS Kliniken Schwelm
Prof. Dr. med. Tim Meyer, Universität Saarbrücken

Warum Sporttherapie?

Die positiven gesundheitlichen Auswirkungen von regelmäßigem Ausdauertraining sind unumstritten. Hervorzuheben ist insbesondere der vorübergehende Einfluss auf die wichtigsten Gefäßrisikofaktoren: So kann bei vielen Patienten eine Normalisierung eines erhöhten Blutdrucks erreicht werden, dasselbe gilt für Fettstoffwechsellagerungen. Darüber hinaus wirkt Ausdauertraining der Entstehung von Übergewicht, Zuckerkrankheit, Osteoporose und anderen Erkrankungen des Bewegungsapparats entgegen.

Studien an Gesunden zeigen einen günstiger Einfluss von Ausdauertraining auf psychische Parameter wie Ängstlichkeit, Depressivität, Selbstbewusstsein, Schlaf und Konzentrationsfähigkeit. Trainierte können Stress und psychische Belastungen besser verkraften als Untrainierte.

Bei bestimmten Formen von Depressionen und Angststörungen konnte ein therapeutischer Effekt mit derweil nachgewiesen werden. Auch andere Sportarten scheinen sich positiv auszuwirken.

Was ist das Besondere an dem vorliegenden Laufprogramm?

Wir haben unser Programm speziell für Menschen mit psychischen Problemen konzipiert und es über 2 Jahre lang mit vielen Patienten erfolgreich durchgeführt und erprobt. Entscheidend für den Erfolg ist unseres Erachtens eine landschaftlich schöne Rundstrecke, die für Sie leicht erreichbar ist. Reservieren Sie in jeder Woche bestimmte Zeiten für Ihr Ausdauertraining und versuchen Sie immer, „Ihre Strecke“ zu absolvieren, auch wenn das Wetter nicht einladend erscheint. Falls Sie einen „schlechten Tag“ haben, lassen Sie sich trotzdem nicht von Ihrem Weg abhalten. Eventuell werden Sie die Strecke an manchen Tagen „nur“ gehen können. Aber auch Gehen bewirkt – bei entsprechend langer Dauer – gute Trainingseffekte.

Achten Sie während des Trainings auch auf die Natur: nehmen Sie die Bäume, die Vögel, die Wolken, den Wind wieder bewusst wahr. Auf diese Weise lösen Sie sich für eine Weile von belastenden Grübeleien.

Wenn Sie die ersten Hürden überwunden haben, werden Sie sich bald auf Ihre Strecke freuen. Besonders ermutigend ist es, wenn man das Pensum trotz schlechten Wetters oder trotz eingeschränkter Befindlichkeit bewältigt hat. Unser Programm soll Sie zu einem schrittweisen Trainingsaufbau anleiten. Es ist so konzipiert, dass auch völlig Untrainierte innerhalb von 10 bis 12 Wochen eine deutlich bessere Belastbarkeit entwickeln. Natürlich können Sie über die von uns vorgegebene Trainingsintensitäten noch hinausgehen, wenn Sie merken, dass es Ihnen damit noch besser geht. Hierbei erscheint es günstiger, eher die Dauer des Laufens und nicht das Tempo zu erhöhen. Unter sportmedizinischen Gesichtspunkten ist es zudem ratsam, Laufen mit anderen Sportarten zu kombinieren. Wer z.B. neugierig noch sportlich Rad fährt, kräftigt die Beinmuskulatur bei gleichzeitiger Entlastung der Gelenke.

Und noch ein Tipp: Laufen Sie die Treppe, wann immer es geht. Der menschliche Organismus ist auf Bewegung hin konzipiert, und wir sollten die wenigen Gelegenheiten unseres zivilisierten Alltags dazu nutzen.

Lassen Sie sich durch leichte Beschwerden nicht vom Laufen abhalten. Viele dieser Beschwerden verflüchtigen sich sogar durch das Training. Laufen Sie gegebenenfalls noch langsamer oder verlängern Sie die Gehzeiten. Ihre Trainingszeit sollte nicht zu einer Quälerei werden. Denken Sie daran, dass das Tempo keine Rolle spielt.

Dieser Leitfaden soll Sie genau über die Durchführung unseres Trainingsprogramms informieren (Schuhe, Kleidung, Lauftechnik, Dauer und Häufigkeit des Trainings, Ausgleichsgymnastik usw.).

Psychiatrie und Psychotherapie up2date 2/2009

Aktivitätstagebuch

Beispielseite:

Datum	Uhrzeit	Aktivität	kaum 1	mäßig 2	stark 3	sehr stark 4
7.8.2008	17.00-18.00	Jogging			x	
10.8.2008	6.30- 7.00	Schnelles Gehen	x			
12.8.2008	17.30-18.15	Jogging		x		

Bemerkungen:

3.8.: 12-min-Test gemacht, hatte Seite nistliche, sonst hätte ich wohl schneller laufen können.

Heutiges Ergebnis: 1400 m

7.8.: erst mal eine halbe Stunde am Stück gelaufen, wenn auch langsam! Heute (8.8.) habe ich Muskelkater

12.8.: heute musste ich mich ganz schön überwinden. Regenwetter und seit morgens Kopfschmerzen. Die Kopfschmerzen hörten während des Laufens auf, der Regen nicht.



5. Regelmäßiges „Coaching“

- idealerweise im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie
- möglichst wöchentliche Kontrolle des Aktivitätstagebuches
- Bearbeiten von Problemen und „Hindernissen“





6. Dokumentation des Krankheitsverlaufes mit Hilfe von standardisierten Skalen





7. Evaluation

- **Nach drei Monaten gemeinsame Evaluation, ob das Trainingsprogramm positive Effekte hatte**
- **Entscheidung darüber, ob das Training fortgesetzt werden soll und wenn ja, in welchem Umfang**

Körperliches Training bei Angststörungen:

Wirkmechanismen (1)



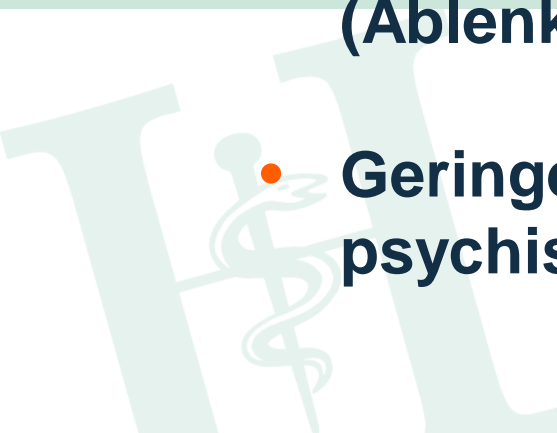
- **Neurobiologische Effekte, insbesondere Verbesserung der zentralen Verfügbarkeit von Serotonin**
- **Verbesserung von Schlaf, Appetit, Libido, chronischer Schmerzen und dadurch indirekt auch von Stimmung und Antrieb**
- **Besseres Körpergefühl**
- **Positivere Einschätzung der eigenen Belastbarkeit**



Körperliches Training bei Angststörungen: Wirkmechanismen (2)



- **Positivere Einschätzung der eigenen Attraktivität**
- **Verbessertes Selbstwertgefühl**
- **Veränderte Einstellung zum Körper**
- **Durchbrechung depressiver Grübelein (Ablenkung, Naturerlebnis, soziale Kontakte)**
- **Geringere Streßreaktion bei physischer oder psychischer Belastung**



Körperliches Training bei Angststörungen: Wirkmechanismen (3)



- **Abnahme von Vermeidungsverhalten durch Exposition**
- **Aktive Bewältigungsstrategie – Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartung**
- **Reattributierung angstbesetzter Symptome als physiologische Normalreaktion**
- **Abnahme krankheitsbezogener Ängste**
- **Real verbesserter Gesundheitszustand**



Sport bei psychischen Erkrankungen - FAZIT

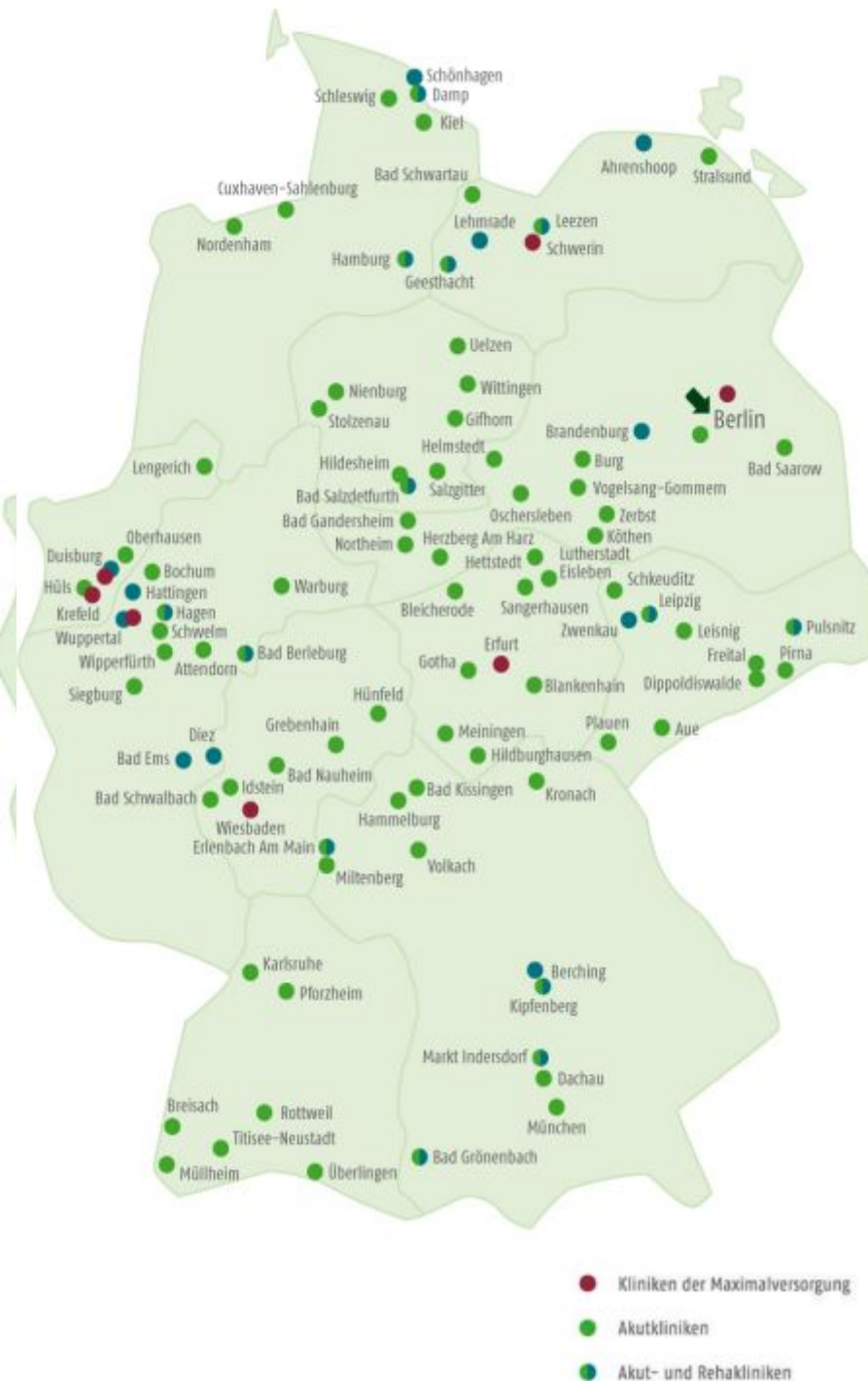


- Sport/Bewegung stellt bei bestimmten psychischen Erkrankungen eine effektive Therapie dar
- Regelmäßiges Training ist mit DEUTLICHEN neurobiologischen und psychologischen Veränderungen verbunden
- Das gilt nicht nur für das Ausdauertraining
- Sporttherapeutische Massnahmen können bei schwereren psychischen Erkrankungen pharmakologische und psychotherapeutische Behandlungen nicht ersetzen, sollte diese aber ergänzen.
- Wichtigste Frage: wie kann bei den Betroffenen eine ausreichende Eigenmotivation und eine langfristige Verhaltensänderung erfolgen?



- Angst ist überlebenswichtig
- Angst kann ein wichtiges Signal sein und mir zeigen, dass etwas in meinem Körper oder in meinem Leben nicht in Ordnung ist
- Bei tiefergehender Beschäftigung mit der Angst geht es um die existenzielle Unsicherheit des Menschen hin





Vielen Dank!

Helios Kliniken

