

PANIKSTÖRUNG

Störung mit wiederkehrenden spontanen Angstattacken

Herkunft: griechischer Hirtengott Pan

DIAGNOSTISCHE KRITERIEN DER PANIKSTÖRUNG NACH DSM-5

A	Wiederkehrende unerwartete Panikattacken: klar abgrenzbare Episoden intensiver Angst, Höhepunkt innerhalb von Minuten
	Symptome der Panikattacke (mindestens 4 erforderlich): (1) Palpitationen, Herzklopfen oder beschleunigter Herzschlag (2) Schwitzen (3) Zittern oder Beben (4) Gefühl der Kurzatmigkeit oder Atemnot (5) Erstickungsgefühle (6) Schmerzen oder Beklemmungsgefühle in der Brust (7) Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden (8) Schwindel, Unsicherheit, Benommenheit oder der Ohnmacht nahe sein (9) Hitzewallungen oder Kälteschauer (10) Parästhesien (Taubheits- oder Kribbelgefühle) (11) Derealisation (Gefühl der Unwirklichkeit) oder Depersonalisation (sich losgelöst fühlen) (12) Angst, die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden (13) Angst zu sterben
B	Angst vor weiteren Attacken oder Vermeidungsverhalten
C	Keine organischen Ursachen
D	Nicht besser durch eine andere Störung erklärbar

HÄUFIGKEIT DER SYMPTOME BEI PANIKATTACKEN

(Zahlenangaben nach Buller et al., 1988)

▪ Tachykardie	83,5 %
▪ Hitzewallungen	81,4 %
▪ Beklemmungsgefühle	78,4 %
▪ Zittern, Beben	78,4 %
▪ Benommenheit	75,3 %
▪ Schwitzen	72,2 %
▪ Schmerzen in der Brust	62,9 %
▪ Atemnot	55,7 %
▪ Angst zu sterben	51,5 %
▪ Angst vor Kontrollverlust	49,5 %
▪ Abdominelle Beschwerden	45,4 %
▪ Ohnmachtsgefühle	43,3 %
▪ Parästhesien	42,3 %
▪ Depersonalisation	37,1 %

PANIKSTÖRUNG: KLINISCHE MERKMALE

- ➔ **Häufigkeit:** Prävalenz 2-5% (Lifetime) bzw. ~ 2% (1 Jahr) für Panikstörung mit und ohne Agoraphobie (Kessler et al, 2006; Wittchen et al. 2010); in Bevölkerungsstudien bei etwa 1/3 zusätzlich Entwicklung einer Agoraphobie (höhere Raten in klinischen Stichproben) (Weisman, 1997).
- ➔ **Geschlechtsunterschiede:** Frauen deutlich häufiger betroffen; bei Wittchen & Jacobi (2005) 1-Jahres-Prävalenz 3,0% bei Frauen und 1,7% bei Männern.
- ➔ **Verlauf:** Onset meist zwischen Adoleszenz und 35. Lj., nach 45. Lj. ungewöhnlich; meist chronisch, aber auch z.T. jahrelange Remissionen möglich; Agoraphobie als Komplikation meist innerhalb des 1. Jahres der Panikstörung.
- ➔ **Komorbidität:** in 50-65% Major Depression; zu etwa 1/3 geht die Major Depression voraus, zu etwa 2/3 beginnt sie gleichzeitig oder folgt der Panikstörung.
 ~ mit anderen Angststörungen: Agoraphobie bei 30-45%, Soziale Angststörung bei 15-30%, Spezifische Phobie bei 10-20%, Generalisierte Angststörung bei etwa 25% (auch Zwangsstörung bei 8-10%)
 ~ in 25-50% auch mit Störungen durch Einnahme psychotroper Substanzen (v.a. Alkohol, Tranquilizer)
- ➔ **Familiäre Belastung:** Panikstörung bei Verwandten 1. Grades => 4-7-fach erhöhtes Risiko; genetischer Faktor wird durch Zwillingsstudien nahegelegt.

LIFETIME-PRÄVALENZ EINZELNER PANIKATTACKEN-BEZOGENER KRITERIEN IN DER NCS (nach Eaton et al. 1994)

Kriterium nach DSM-III-R	Prävalenz (%) mit diesem Merkmal
Subjektives Gefühl einer Panikattacke	15,6
+ erforderliche Anzahl körperlicher Symptome	11,3
+ vollkommen unerwartet	7,3
+ mehrfache derartige Attacken	4,2
+ persistierende Angst vor weiterer Attacke	3,9
= Diagnose einer Panikstörung	3,5
davon mit Agoraphobie	1,5

DIAGNOSTISCHE VERFAHREN BEI PANIKSTÖRUNG - AGORAPHOBIE

Verfahren	Beschreibung
ACQ	Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen (S) [Ehlers et al. 1993]
BSQ	Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen (S) [Ehlers et al. 1993]
MI	Mobilitätsinventar (S) [Ehlers et al. 1993]
PAS	Panik- und Agoraphobieskala (S) [Bandelow 1997]
ASI	Angstsensitivitätsindex (S) [Alpers & Pauli 2002]
TSMS	Texas Safety Maneuver Scale (S) [Kamphuis & Telch 1999; dt. Helbig & Gloster 2006]

STÖRUNGSMODELLE DER PANIKSTÖRUNG

- Neurobiologisches Modell (nach Klein und Fink, 1962)
- Theorie der interozeptiven Konditionierung (nach Goldstein und Chambless, 1978)
- Kognitives Modell (nach Clark, 1986)

NEUROBIOLOGISCHES MODELL DER PANIKSTÖRUNG (nach Klein und Fink, 1962)

- Spontane Angst-/Alarmauslösung aus Ausdruck einer neurobiologischen Funktionsstörung
=> Überaktivität des noradrenergen Systems (v.a. im Locus coeruleus)
=> Beteiligung des serotonergen Systems
=> Beteiligung des GABA-ergen Systems
- Experimentelle Provokation von Panikattacken
=> *Natriumlaktat*-Infusionen
=> Inhalation von *Kohlenstoffdioxid* (CO₂)
=> Gabe von *Yohimbin* (ein α 2-Adrenorezeptor-Antagonist)
=> [bzw. anxiolytisch *Clonidin* (ein α 2-Adrenorezeptor-Agonist)]

PSYCHOPHYSIOLOGISCHES MODELL DER PANIKSTÖRUNG (nach Margraf & Ehlers, 1989)

- **Zentrale Annahme:** Körperliche/psychologische Symptome => Assoziation mit Gefahr => Angstreaktion

1. Auftreten physiologischer (z.B. Herzklopfen, Schwitzen, Schwindel) oder psychologischer Veränderungen (z.B. Gedankenrasen, Konzentrationsprobleme), hervorgerufen durch diverse mögliche Auslöser (z.B. körperliche Anstrengung, Einnahme von Substanzen, situative Stressoren, emotionale Reaktion, Hitze)
2. Wahrnehmung
3. Gedankliche Verbindung mit Gefahr
4. Weitere Symptome bzw. Verstärkung der physiologischen/psychologischen Symptome

- **Rückkopplungsprozess** kann sehr schnell und mehrmals hintereinander ablaufen
- **Reduktion der Angst:** Habituation, Ermüdung, Verfügbarkeit von Bewältigungsstrategien, (z.B. Schonung, Vermeidung, Ablenkung, Reattribution)

- **Auslöser von Panikattacken:**

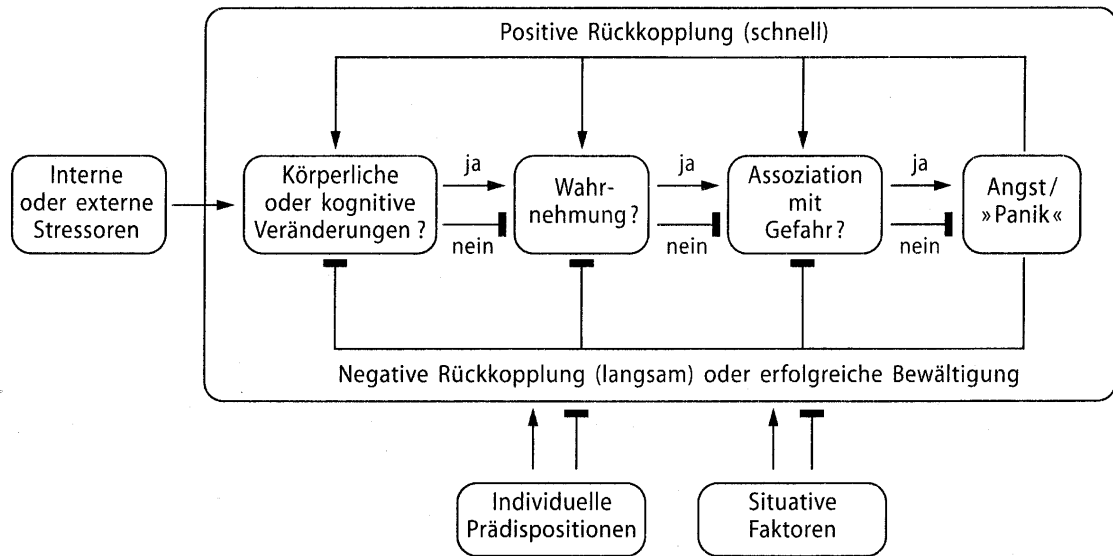
physiologisch: körperliche Anstrengung, Erschöpfung, Herzklopfen, Einnahme von Substanzen, hormonelle Schwankungen, situative Stressoren, emotionale Erregung, Koffein, Hitze, Veränderung der Körperposition, Schwindel, usw.

kognitiv: selektive Aufmerksamkeit auf Körpersensationen, Gedankenrasen, Konzentrationschwierigkeiten, Derealisation, usw.

- **Aufrechterhaltende Faktoren:** Sorge vor weiteren Angstattacken, erhöhtes Erregungsniveau, Vermeidungsverhalten, usw.

GRAFISCHE DARSTELLUNG DES PSYCHOPHYSIOLOGISCHEN MODELLS

(mod. nach Ehlers & Margraf, 1989)



TYPISCHE FEHLINTERPRETATIONEN VON PANIKPATIENTEN

(nach Margraf & Schneider, 1990)

Symptome	Gedanken/ Interpretation
Palpitationen Herzrasen Brustschmerzen Schwitzen Atembeschwerden	Ich bekomme einen Herzinfarkt.
Schwindel Schwächegefühl Benommenheit Visuelle Symptome Zittern, Blässe	Ich werde in Ohnmacht fallen. Ich habe einen Hirntumor. Ich bekomme einen Schlaganfall.
Atemnot Würgegefühl Kloß im Hals	Ich ersticke.
Kribbeln im Körper	Ich werde gelähmt, ich bin schwer krank.
Derealisations- und Depersonalisationsgefühle	Ich verliere die Kontrolle über mich.
Rasende Gedanken Konzentrationsstörungen	Ich werde verrückt.
Alle intensiven Angstsymptome	Diese Angst bringt mich um.

INTEROZEPTIVES VERMEIDUNGSVERHALTEN (SICHERHEITSVERHALTEN)

Verzicht auf ...

- ... Kaffee trinken
- ... schnell laufen oder rennen
- ... Alkohol trinken
- ... sportliche Aktivitäten
- ... Saunabesuche
- ... sexuelle Aktivitäten
- ... bei sehr heißem Wetter draußen sein
- ... Karussell fahren
- ... aufregende Filme sehen
- ... sich streiten
- usw.

PSYCHOPHYSIOLOGISCHES MODELL DER PANIKSTÖRUNG: ALLGEMEINE PRÄDISPOSITIONEN

(Margraf & Ehlers, 1989)

- | | |
|---|---|
| ⇒ gesteigertes Angstniveau | ⇒ Hyperthyreose |
| ⇒ intensive positive oder negative affektive Zustände | ⇒ kardiovaskuläre Störungen |
| ⇒ längere körperliche Erschöpfung | ⇒ vestibuläre Störungen |
| ⇒ Säure-Basen-Gleichgewicht des Blutes | ⇒ negative körperbezogene Attributionsstile |
| ⇒ hormonelle Schwankungen | ⇒ geringe Selbstsicherheit |
| ⇒ Medikamente | ⇒ unzureichende Bewältigungsstrategien |
| ⇒ Neigung zu Hyperventilation | ⇒ usw. |

PSYCHOPHYSIOLOGISCHES PANIKMODELL - EMPIRISCHE BELEGE

- Beginn:** Panikattacken beginnen oft mit körperlichen Symptomen
- Kognitionen:** Assoziation von körperlichen Symptomen häufig mit Gefahr; Befürchtung von körperlichen Schädigungen durch physiologische Reaktionen
- Aufmerksamkeit:** Selektiv auf Reize, die mit evtl. körperlichen Gefahren zusammenhängen
- Angstreaktionen:** Bei falscher Rückmeldung der Herzfrequenz => intensivere Angstreaktionen bei Pat. mit Panikstörung
- Lernprozesse:** bei Kindern von Pat. mit Panikstörung => panikrelevante Symptome werden als bedrohlicher erlebt, stärkere Aufmerksamkeitszuwendung auf diese Symptome als bei Kindern von Tierphobikern und von nicht psychisch gestörten Eltern (Schneider, 1995)

BEHANDLUNG DER PANIKSTÖRUNG

Zwei effektive Therapieformen:

- KVT
- Pharmakotherapie mit Antidepressiva und Benzodiazepinen

KVT DER PANIKSTÖRUNG

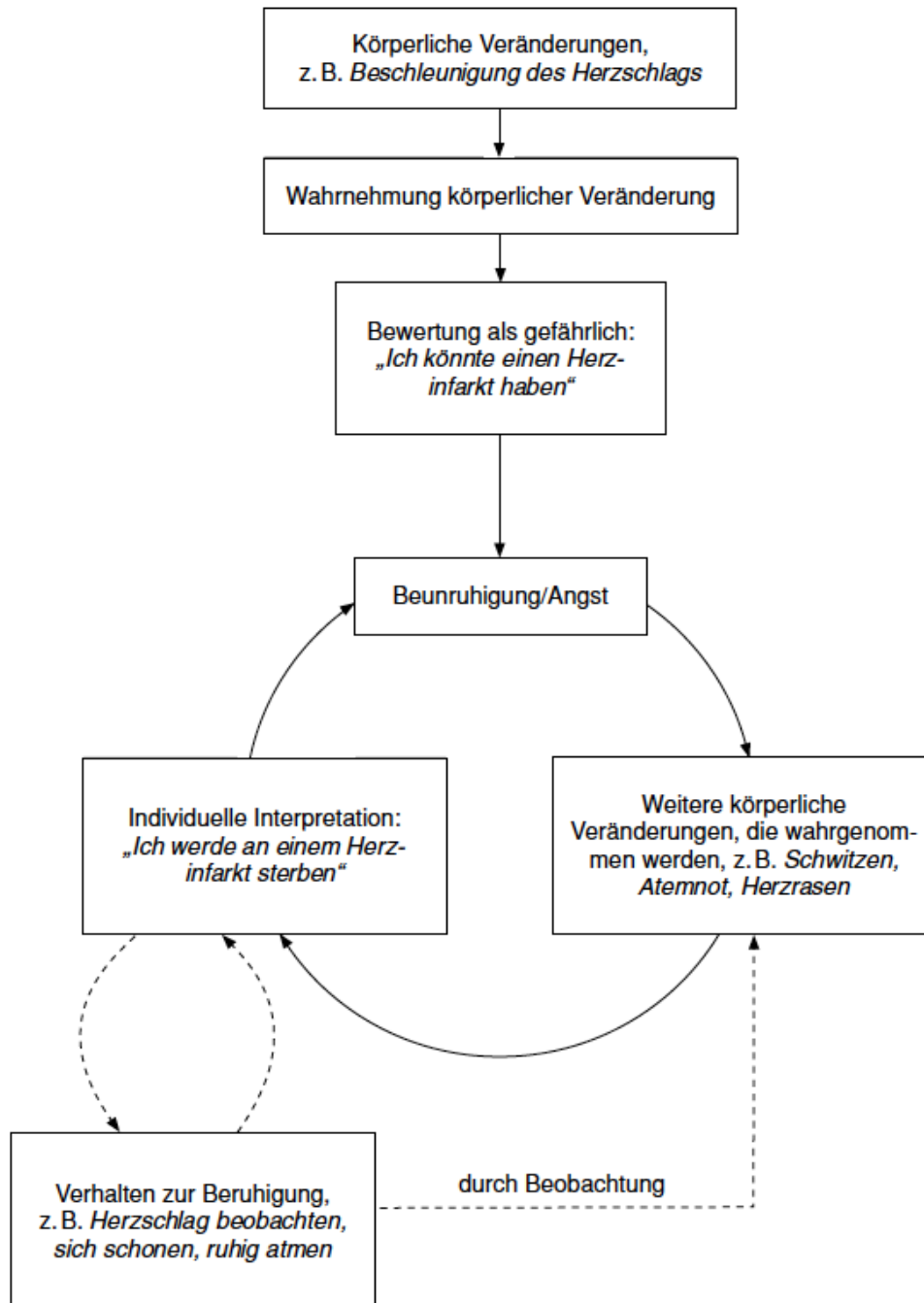
1. Ansatz von Margraf & Schneider (1990)

- 1 – Informationsvermittlung
- 2 - Konfrontation mit internen Reizen (v.a. körperlichen Symptomen)
- 3 - Erlernen von Bewältigungsstrategien (für Angst und körperliche Symptome)
- 4 - Kognitive Therapie zur Veränderung von inadäquaten Symptominterpretationen

2. Ansatz von Lang et al. (2012)

- 1 – Psychoedukation
- 2 - Interozeptive Exposition
- 3 - In-vivo-Expositionen (der agoraphobischen Symptomatik)
- 4 - Rückfallprohylaxe

TEUFELSKREISMODELL NACH LANG ET AL. (2012)



EXPOSITIONSBASIERTE THERAPIE DER PANIKSTÖRUNG MIT AGORAPHOBIE NACH LANG ET AL. (2012)

Komponenten	Sitzung	Inhalte
Psychoedukation	1	Informationen über Angst, Teufelskreis
	2	Entstehungsmodell und Verhaltensanalyse
	3	Wirkung von Vermeidungsverhalten, Therapieziele
Interozeptive Exposition	4	Interozeptive Expositionsübungen
	5	Interozeptive Expositionsübungen, Wiederholung
In-vivo-Exposition	5	Behandlungsrational für In-vivo-Exposition
	6-8	Durchführung bzw. Vor- und Nachbesprechung von Standard-Expositionsübungen
	9	Veränderung der Erwartungsangst, Probleme der Exposition
	10-11	Durchführung bzw. Vor- und Nachbesprechung individueller Expositionsübungen
	12	Lernerfahrungen, Übungspläne
Rückfallprophylaxe	Auffrischungssitzungen 1 und 2: Lernerfahrungen	

INTEROZEPTIVE EXPOSITION

1. Erstellung einer Angsthierarchie hinsichtlich gefürchteter Körpersymptome.
2. Durchführung von Übungen zur Symptomprovokation.
3. Beurteilung der Ähnlichkeit zwischen den provozierten Symptomen und den Symptomen der Panikattacken.
4. Weitere Symptomprovokationen zur Gewöhnung an die Symptome.

INTEROZEPTIVE EXPOSITION - BEISPIELINSTRUKTION

„Wir werden jetzt eine Liste von Übungen durcharbeiten, die ängstigende Körpersymptome auslösen können. Wahrscheinlich werden diese Übungen für Sie unangenehme Empfindungen auslösen – bitte versuchen Sie, so viele Symptome wie möglich zu bekommen und jedes Symptom sowie die eventuell damit verbundene Angst zuzulassen. Die Übungen sollen bei Ihnen Angst auslösen, darum ist es wichtig, dass Sie nichts tun, um die Angst zu verhindern oder zu reduzieren. Ich werde Ihnen die Übungen zunächst kurz vormachen und jede Übung dann mit Ihnen gemeinsam durchführen. Nach jeder Übung werden wir kurz besprechen, was Sie an Körperempfindungen erlebt haben und ob Sie die Symptome von Ihren Angstanfällen her kennen. Haben Sie dazu Fragen ...?“
(nach Lang et al., 2012)

ÜBUNGEN ZUR SYMPTOMPROVOKATION

Übungen	=> häufig erzeugte Symptome
Kopf schütteln - stehend (30 s)	Schwindel
Kopf zwischen die Knie (30 s) – schnell aufrichten	Schwindel, Derealisation
auf der Stelle rennen oder Treppen steigen (1 min)	Atemnot, Herzrasen oder –stolpern
Luft anhalten (30 s)	Atemnot
gesamte Muskulatur anspannen (1 min)	Anspannung, weiche Knie
auf der Stelle drehen (30 s)	Schwindel, Übelkeit, Derealisation
Hyperventilation (1 min)	Atemnot, trockener Mund, Kribbelgefühle, Schwindel, Herzsensationen
durch einen Strohhalm atmen (1 min)	Atemnot
Schwindelbild ansehen (1 min)	Schwindel, Derealisation

IN-VIVO-EXPOSITIONEN ZUR THERAPIE DER AGORAPHOBIE

1. Erstellung einer situationalen Angsthierarchie.
2. Gedankenexperiment: Vorstellen einer angstauslösenden Situation ohne Sicherheits- oder Vermeidungsverhalten; Antizipation des Angstverlaufs inklusive Habituation; Exploration typischer Kognitionen.
3. Gegebenenfalls Motivationsaufbau zur Durchführung der Übungen.
4. Durchführung der In-vivo-Expositionen, entweder mit oder ohne Therapeutenbegleitung.
5. Nachbesprechung.

PRINZIPIEN IM UMGANG MIT ANGST

Vor der Situation:

1. Erinnern Sie sich, dass alle unter Angst auftretenden Gedanken und Körperreaktionen normal sind und nicht schädlich für die Gesundheit.
2. Erinnern Sie sich, dass Sie beim Auftreten von Angst nichts tun sollten, um diese Angst zu unterdrücken oder zu reduzieren.

In der Situation:

3. Lassen Sie alle aufkommenden Angstgefühle und Angstgedanken zu.
4. Beobachten Sie genau, was in der Situation passiert.
5. Warten Sie ab, bis die Angstreaktion von selbst nachlässt, ohne etwas gegen die Angst zu tun.
6. Vermeiden Sie nicht – geben Sie sich die Chance zu lernen.
7. Führen Sie die Übungen bis zum Abschluss durch, d.h. bis Sie eine deutliche Angstreduktion bemerken.
8. Nehmen Sie sich Zeit für die Übungen – setzen Sie sich nicht unter Druck.

(nach Lang et al., 2012)

VIERFELDER-SCHEMA ZUR MOTIVATIONSKLÄRUNG

	Befürchtung: <i>Ich könnte einen Herzinfarkt erleiden</i>	
	Befürchtung wird eintreten	Befürchtung wird nicht eintreten
Verhalten, als ob Befürchtung eintritt: <i>- Bei beschleunigtem Herzschlag setze ich mich, atme tief durch</i> <i>- Immer Notfallmedikament dabei haben</i> <i>- Anstrengung und Sport vermeiden ...</i>	Vorteile: <i>- Senke Wahrscheinlichkeit, Herzinfarkt zu bekommen bzw. daran zu sterben</i> <i>- Fühle mich sicherer</i> Nachteile: <i>- Anstrengend</i> <i>- Kann nicht alles so tun, wie ich gerne würde, Familie ist genervt</i>	Vorteile: <i>- Sicheres Gefühl</i> Nachteile: <i>- Würde mir ohne Grund viele Dinge versagen</i> <i>- Extrem ärgerlich</i>
Verhalten, als ob Befürchtung nicht eintritt: <i>- Alles tun, unabhängig von Unwohlsein oder Beschwerden</i> <i>- Keine Hilfsmittel mitnehmen</i>	Vorteile: <i>- Bis zum Herzinfarkt habe ich ohne Einschränkungen gelebt</i> Nachteile: <i>- Ich hätte den Herzinfarkt verhindern können</i> <i>- Ich sterbe früher als nötig</i>	Vorteile: <i>- Führe ein Leben wie jeder andere auch</i> <i>- Kann wieder alles machen wie früher, keine Angst und Sorgen mehr</i> Nachteile: <i>- Keine</i>

EVIDENZ FÜR EINZELNE KOMPONENTEN (NACH LANG ET AL., 2012)

Intervention	Evidenzlage
Psychoedukation/ Bibliotherapie	- als alleinige Intervention nicht hinreichend wirksam - hohe Dropoutraten
Kognitive Therapie	- Wirksamkeit in Vielzahl von Studien belegt - schlechteres Ansprechen bei ausgeprägter phobischer Vermeidung - Wirksamkeit höher in Kombination mit Expositionsverfahren
Interozeptive Exposition	- als wirksam nachgewiesen, gegenüber Atemtraining überlegen - Wirksamkeit höher in Kombination mit anderen Verfahren - vergleichsweise hohe Dropoutraten
In-vivo-Exposition	- bei Panikstörung mit Agoraphobie als Einzelverfahren anderen Interventionen gleichwertig oder überlegen - Kombination mit kognitiver Therapie besser als Exposition allein
Atemtraining	- positive Wirkung auf Paniksymptomatik nachgewiesen - in Kombination mit anderen Verfahren allerdings negative Effekte
Entspannungs- verfahren	- PMR ohne ausreichende Wirksamkeit als Einzelverfahren; keine additiven Effekte bei Kombination mit anderen Interventionen - AE in Einzelstudien als wirksam nachgewiesen; jedoch Hinweise auf geringere Wirksamkeit im Vergleich zu anderen Verfahren

PSYCHOTHERAPIE-EMPFEHLUNGEN: S1-LEITLINIE PANIKSTÖRUNG/AGORAPHOBIE DER FACHGRUPPE KLINISCHE PSYCHOLOGIE UND PSYCHOTHERAPIE (HEINRICHS ET AL. 2009)

KVT: hierzu liegen bei weitem die meisten Psychotherapiestudien vor; gilt daher als Goldstandard bei der Behandlung der Panikstörung mit Agoraphobie; zur Behandlung der Panikstörung ohne Agoraphobie bislang das einzige als wirksam nachgewiesene Verfahren.

Psychodynamische Therapie: in bislang einer randomisiert-kontrollierten Studie Überlegenheit gegenüber angewandter Entspannung (Milrod et al., 2007); daher „vorläufige Evidenz“.

Gesprächspsychotherapie: bislang drei kontrollierte Therapiestudien; in einer Studie gute Wirksamkeit aufgezeigt (Teusch et al., 1997), bei den beiden anderen Studien keine zufriedenstellenden Ergebnisse für Kurzinterventionen von 4 Stunden; daher „möglicherweise wirksam“.

MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG DER PANIKSTÖRUNG

- ➔ **Trizyklische Antidepressiva** (z.B. Imipramin, Clomipramin) und serotoninspezifische Substanzen (z.B. Paroxetin, Fluvoxamin): gut untersucht, hohe Wirksamkeit, jedoch z.T. Abbrüche aufgrund von Nebenwirkungen, evtl. Risiko von Rückfällen nach Therapieende
- ➔ **Benzodiazepine** (z.B. Alprazolam, Clonazepam, Lorazepam): hochwirksam, schneller Wirkungseintritt, gute Verträglichkeit
 - ↪ jedoch negative Effekte bei chronischer Einnahme: Nivellierung von Persönlichkeitseigenschaften, Zeichen chronischer Intoxikation (z.B. psychomotorische Störungen, paradoxe Reaktionen, Vergesslichkeit, psychische Leistungsminderung, dysphorische Verstimmungszustände, muskuläre Schwäche)
 - ↪ Abhängigkeit und z.T. hartnäckige Entzugssymptomatik

COCHRANE-REVIEW

Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia (Review), von Furukawa, T.A., Watanabe, N., Churchill, R., The Cochrane Library, 2007, Issue 2.

- **Zielsetzung:** Vergleichende Evaluation der kurz- und langfristigen Behandlung von PAN mit
 - (a) Psychotherapie,
 - (b) Pharmakotherapie [Antidepressiva],
 - (c) der Kombination von beidem
- **Art der Studien:** RCTs
- **Zielgruppe:** Alter ≥ 18 Jahre
- **Zeitperioden:**
 - (a) Akut (2-4 Monate)
 - (b) Weiterführende Behandlung (> 4 Monate),
 - (c) Nach Therapiebeendigung (Follow-up)
- **Outcome-Maße:**
 - 1) RR (relative Wahrscheinlichkeit) für Response und Remission (wie von den jeweiligen Autoren definiert, z.B. 40-50% Besserung)
 - 2) Verbesserung in quantitativen Skalen für Schweregrad, PA-Häufigkeit, Vermeidung, allgemeine Ängstlichkeit, Depressivität und soziale Funktionsfähigkeit, Lebensqualität
- **Basis der Metaanalyse:** 21 Studien, darin 23 Behandlungsvergleiche; insgesamt 1.709 behandelte Patienten
- **Psychotherapeutische Interventionen:**
 - 12 Studien: Verhaltenstherapie (einschließlich Exposition, Atemtechniken oder Entspannungsübungen)
 - 9 Studien: Kognitive Verhaltenstherapie
 - 1 Studie: Kognitiv-interpersonale Therapie (mit Elementen der KVT und interpersonalen Psychotherapie)
 - 1 Studie: Psychodynamische Kurzzeittherapie (mit Ermunterung zu Expositionen)
- **Pharmakologische Interventionen:**
 - 14 Studien: Trizyklische AD (meist Imipramin)
 - 7 Studien: SSRIs (Proxetin, Fluvoxamin)
 - 2 Studien: MAO-Hemmer

ERGEBNISSE DES COCHRANE-REVIEWS

Akute Behandlungsphase (2 - 4 Monate)

Kombination > Pharmakotherapie allein

RR	SMD	95% CI	Merkmal
1,24		1,02 - 1,52	Response
1,12		0,84 - 1,48	Remission
	-0,36	-0,60 - -0,11	Globaler Schweregrad
	-0,52	-0,76 - -0,28	Depressivität
	-0,47	-0,89 - -0,05	Soziale Beeinträchtigung

Fortgesetzte Behandlungsphase (> 4 Monate)

Kombination > Pharmakotherapie allein

RR	SMD	95% CI	Merkmal
1,34		0,75- 2,40	Response oder Remission
	-0,48	-0,98 - -0,01	Globaler Schweregrad

Nach Therapiebeendigung (Follow-up)
Kombination > Pharmakotherapie allein

RR	SMD	95% CI	Merkmal
1,61		1,23- 2,11	Response oder Remission
	-0,58	-1,78 - -0,63	Globaler Schweregrad

Akute Behandlungsphase (2 - 4 Monate)
Kombination > Psychotherapie (allein oder plus Placebo)

RR	SMD	95% CI	Merkmal
1,17		1,05 - 1,31	Response
1,26		1,10 - 1,44	Remission
	-0,43	-0,60 - -0,26	Globaler Schweregrad
	-0,39	-0,59 - -0,20	Depressivität
	-0,36	-0,61 - -0,11	Soziale Beeinträchtigung
3,01		1,61 - 5,63	Drop-outs aufgrund von NW

Fortgesetzte Behandlungsphase (> 4 Monate)
Kombination > Psychotherapie (allein oder plus Placebo)

RR	SMD	95% CI	Merkmal
1,29		1,03 - 1,63	Response oder Remission
	-0,65	-0,97 - -0,33	Globaler Schweregrad

Nach Therapiebeendigung (Follow-up)
Kombination = Psychotherapie (allein oder plus Placebo)

RR	SMD	95% CI	Merkmal
0,96		0,79- 1,16	Response oder Remission
	0,14	-0,09 - 0,37	Globaler Schweregrad

RR = Relatives Risiko
SMD = Standardisierte Mittelwertsdifferenz
95% CI = Konfidenzintervall

Vergleich der Therapien

1. Keine Unterschiede zwischen VT und KVT = weitgehend homogene Resultate. Im Gegensatz dazu die beiden anderen Therapien (=> qualitative Abweichungen im Ergebnisprofil sowohl zwischen diesen beiden Studien als auch im Vergleich zu den VT/KVT-Studien)
2. Keine Unterschiede zwischen den Substanzgruppen

Vergleich von Patientengruppen

1. Panikstörung mit vs. ohne Agoraphobie: keine substanziellen Unterschiede
2. Mit vs. ohne Komorbidität: keine substanziellen Unterschiede

Authors' conclusions: implications for practice

Combined therapy is more effective than psychotherapy alone or antidepressant pharmacotherapy alone in the short term. Combined therapy is as effective as psychotherapy alone and is more effective than antidepressant pharmacotherapy alone in the long term. The strongest evidence existed for behaviour or cognitive-behaviour therapy. It therefore follows that either combined cognitive-behaviour and pharmacotherapy or cognitive-behaviour therapy alone may be chosen as first line treatment for panic disorder with or without agoraphobia, depending on patient preference. Antidepressant pharmacotherapy alone is not to be recommended as first line treatment where appropriate resources are available.

Authors' conclusions: implications for research

Three lines of inquiry warrant further investigation. Firstly, in the acute phase treatment (...) the remission rates are only slightly above 50% for combination therapy and slightly below 50% for psychotherapy alone. We need to develop strategies to deal with partial and non-responders (...). Secondly, for the long term outcome, our review suggested that combined therapy does not interfere with or detract from psychotherapy. Further research is necessary to confirm this finding (...). Lastly, there are currently only limited data available on the effects of combining antidepressants with non-cognitive-behavioural therapies, such as psychodynamic and interpersonal therapies (...).

EMPFOHLENE LITERATUR ZUR PANIKSTÖRUNG

Heinrichs N, Alpers GW, Gerlach A (2009). Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie der Panikstörung und Agoraphobie. Göttingen, Hogrefe.

Lang T, Helbig-Lang S, Westphal D, Gloster AT, Wittchen H-U (2012). Expositionsbasierte Therapie der Panikstörung mit Agoraphobie. Göttingen, Hogrefe.

Schneider S, Margraf J (1998). Agoraphobie und Panikstörung. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen, Hogrefe.

(Stand: WS 2014/15)