



Becker • Margraf

4. Auflage

Generalisierte Angststörung

Ein Therapieprogramm



Online-Material auf
[psychotherapie.tools](https://www.psychotherapie.tools)

BELTZ

Anschrift der Autoren:

Prof. Dr. Eni Becker
Radboud Universiteit Nijmegen
Klinische Psychologie
Behavioural Science Institute
Postbus 9104
NL-6500 HE Nijmegen
E-Mail: e.becker@psych.ru.nl

Prof. Dr. Jürgen Margraf
Ruhr-Universität Bochum
Fakultät für Psychologie
AE Klinische Psychologie & Psychotherapie
Bochumer Fenster 3/01
Massenbergstr. 9–13
D-44787 Bochum
E-Mail: juergen.margraf@rub.de

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52 a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29344-0 Print
ISBN 978-3-621-29345-7 E-Book (PDF)

4., neu ausgestattete Auflage 2025

© 2025 Programm PVU Psychologie Verlags Union
Verlagsgruppe Beltz
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
service@beltz.de
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Karin Ohms
Herstellung: Sonja Frank
Umschlagbild: mauritius images/Image Broker/Karlheinz Irlmeier
Satz: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag (ID 15985-2104-1001).
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsübersicht

Vorwort zur 3. Auflage	9
I Störungsbild	11
1 Erscheinungsbild der Generalisierten Angststörung	12
2 Epidemiologie und Komorbidität	21
3 Klassifikation und Diagnostik	25
4 Erklärungsansätze	31
5 Therapieforschung	40
II Therapie	47
6 Therapievoraussetzungen	48
7 Allgemeine Informationsvermittlung	61
8 Sorgenkonfrontation in sensu	79
9 Konfrontation in vivo	102
10 Kognitive Interventionen	114
11 Angewandte Entspannung	123
12 Ausblick	141
III Anhang	147
Überblick über die Arbeitsblätter	148
Literatur	180
Sachwortverzeichnis	186

Inhalt

Vorwort zur 3. Auflage 9

I Störungsbild 11

1 Erscheinungsbild der Generalisierten Angststörung 12

1.1 Ängste und Sorgen 12

1.2 Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten 19

2 Epidemiologie und Komorbidität 21

2.1 Verbreitung und Verlauf 21

2.2 Komorbidität mit anderen psychischen Störungen 23

3 Klassifikation und Diagnostik 25

3.1 Diagnosekriterien 25

3.2 Differentialdiagnose 27

4 Erklärungsansätze 31

4.1 Drei-Faktoren-Modell 31

4.2 Teufelskreismodell der Generalisierten Angststörung 35

5 Therapieforschung 40

5.1 Therapiestudien zur Generalisierten Angststörung 40

5.2 Kognitive Verhaltenstherapie 43

5.3 Ausgewählte Interventionen 45

II Therapie 47

6 Therapievoraussetzungen 48

6.1 Therapieaufbau und -struktur 48

6.2 Therapieindikationen 53

6.3 Praktische Aspekte der Diagnostik 58

7 Allgemeine Informationsvermittlung 61

7.1 Informationen über Angst 61

7.2 Informationen über die Generalisierte Angststörung 66

7.3 Vermittlung der Entstehungsbedingungen 69

7.4 Anleitung zur Selbstbeobachtung 76

8	Sorgenkonfrontation in sensu	79
8.1	Vermittlung des Therapiekonzepts	79
8.2	Vorbereitung auf die Sorgenkonfrontation in sensu	88
8.3	Durchführung der Sorgenkonfrontation in sensu	95
9	Konfrontation in vivo	102
9.1	Vermittlung des Therapiekonzepts	102
9.2	Vorbereitung auf die Konfrontation in vivo	104
9.3	Durchführung der Konfrontation in vivo	107
10	Kognitive Interventionen	114
10.1	Indikation	114
10.2	Realitätsüberprüfung	115
10.3	Entkatastrophisieren	118
10.4	Umgang mit den Meta-Sorgen	119
11	Angewandte Entspannung	123
11.1	Indikation	123
11.2	Vermittlung des Therapiekonzepts	124
11.3	Lange Version der Progressiven Muskelrelaxation	127
11.4	Kurze Versionen der Progressiven Muskelrelaxation	132
11.5	Anwendung der Entspannung	137
12	Ausblick	141
III Anhang		
	Überblick über die Arbeitsblätter	148
	Literatur	180
	Sachwortverzeichnis	186

Vorwort zur 3. Auflage

Die letzten Jahre haben einen Fortschritt in Forschung und Praxis erbracht, auch wenn noch immer deutlich weniger zur Generalisierten Angststörung (GAS) publiziert wird als zu Panik, Zwängen und Posttraumatischen Belastungsstörungen. Die neuen Erkenntnisse zu den Modellen der Generalisierten Angststörung und darauf aufbauend zur Behandlung sind eine wesentliche Säule der vorliegenden 3. Auflage. Die andere tragende Säule sind die Rückmeldungen, die wir von unseren Kolleginnen und Kollegen sowie aus der eigenen Arbeit erhalten haben.

Mit unserem Therapieprogramm möchten wir Therapeutinnen und Therapeuten helfen, diese ebenso schwerwiegende wie unterschätzte Störung erfolgreich zu behandeln. Der Bedarf dafür ist nach wie vor groß. Ganz wie die epidemiologischen Daten zeigen auch unsere eigenen Erfahrungen mit Weiterbildungsteilnehmern, Ausbildungskandidaten und erfahrenen Therapeuten, dass die Generalisierte Angststörung selten behandelt und die Therapie zudem als schwierig empfunden wird. Wie kommt es, dass die Generalisierte Angststörung so viel seltener in der Praxis zu finden ist als z. B. die Panikstörung, obwohl sie in der Bevölkerung dreimal häufiger auftritt? Ganz wichtig dürfte sein, dass viele Patienten den Weg zur Psychotherapie nicht finden. Stattdessen sind sie in hausärztlicher Behandlung, weil sie sich überlastet fühlen, schlecht schlafen, sich so viel sorgen. Da die Störung wenig bekannt und schwierig zu diagnostizieren ist, werden viele Patienten nie an Fachleute überwiesen, bei anderen dauert es oft sehr lange, bis erkannt wird, dass es sich um eine chronische Angststörung handelt.

Ein zweiter wichtiger Grund ist die hohe Komorbidität der Störung. Patienten mit Generalisierte Angststörung leiden fast immer auch unter anderen psychischen Störungen, meist anderen Angststörungen oder Depressionen. Diese komorbiden Störungen verdecken die Generalisierte Angststörung. Die anderen, besser sichtbaren Störungen werden gegebenenfalls behandelt, nicht aber die Generalisierte Angststörung. Dabei wird der eigentliche Kern der Problematik, die chronischen Sorgen der GAS-Patienten, als Epiphänomen der Angst gesehen und nicht als eigenständiges Problem.

Der dritte wichtige Grund für den Mangel an angemessenen Behandlungen ist die Unsicherheit über den geeigneten therapeutischen Ansatz. Bei anderen Angststörungen oder Depressionen fühlen sich viele Kolleginnen und Kollegen sicherer. Oft wird gehofft, dass mit der erfolgreichen Behandlung der anderen Störungen auch die Generalisierte Angststörung zurückgeht – eine Hoffnung, die fast immer enttäuscht wird. Die GAS bleibt und wird zum Rückfallrisiko, das die initialen Erfolge bei den komorbiden Störungen in Frage stellt. Doch auch wenn die Behandlungserfolge der Generalisierten Angststörung nicht ganz so hoch sind wie bei Phobien und Panik, so gibt es doch sehr gute Therapiekonzepte, die den meisten Patienten helfen können.

Dieses Buch stellt die erfolgversprechendsten Maßnahmen vor. Dabei wird besonders das Problem der Komorbidität berücksichtigt, das bei über 90 Prozent der GAS-Patienten vorliegt. Die Interventionen für die verschiedenen Störungsbereiche müssen abgestimmt und zu einem widerspruchsfreien Ganzen mit einem klaren roten Faden vereinigt werden. Dies erfordert eine ganze Palette unterschiedlicher Behandlungsansätze, aus denen das für den jeweiligen Einzelfall sinnvolle Vorgehen zusammengestellt werden kann.

Im ersten Teil des Buches wird ein Überblick über die Diagnostik, Epidemiologie, Entstehung und Aufrechterhaltung der Generalisierten Angststörung gegeben. Besonderen Wert legen wir dabei auf die Beschreibung der Sorgen, die im Mittelpunkt dieses Störungsbildes und daher auch der Behandlung stehen. Darüber hinaus werden die derzeit vorliegenden Therapiestudien kurz beschrieben.

Im zweiten Teil klären wir zunächst die Voraussetzungen für die Behandlung und diskutieren, wie die von uns vorgeschlagenen Ansätze zum Einsatz kommen bzw. kombiniert werden können. Den Kern des zweiten Teils bildet dann die ausführliche Darstellung des eigentlichen Behandlungskonzeptes. Dabei haben wir Wert auf die Veranschaulichung der Therapie durch praktische Beispiele gelegt. Diesen Aspekt haben wir in der neuen Auflage weiter verstärkt. Wir geben nun noch mehr Beispiele und stellen die Angewandte Entspannung als eine der wichtigsten Interventionen ausführlicher dar. Zudem sind neue erklärende Modelle zur Generalisierten Angststörung, soweit sie für die Behandlung von Interesse sind, sowie die neuesten Interventionsstudien eingearbeitet worden. Am Ende wird ein Ausblick gegeben, der neue, vielversprechende Entwicklungen skizziert, die es sich lohnt weiterzuverfolgen.

Wir hoffen, dass mit Hilfe dieses Buches mehr Patienten mit Generalisierter Angststörung geholfen werden kann und zugleich den behandelnden Kolleginnen und Kollegen die Arbeit mit dieser chronischen und chronisch unterschätzten Störung leichter fällt. Für Rückmeldungen sind wir weiterhin dankbar.

Nijmegen und Bochum im Sommer 2015

Eni Becker

Jürgen Margraf

I Störungsbild

- 1 Erscheinungsbild der Generalisierten Angststörung
- 2 Epidemiologie und Komorbidität
- 3 Klassifikation und Diagnostik
- 4 Erklärungsansätze
- 5 Therapieforschung

1 Erscheinungsbild der Generalisierten Angststörung

1.1 Ängste und Sorgen

Ein Patient mit einer Generalisierten Angststörung, der aufgrund von Beschwerden seinen Arzt aufsucht, erwähnt häufig weder Ängste noch Sorgen, obwohl sie doch die typischen Merkmale dieser Störung sind. Vielmehr klagt er über Schlafstörungen, ständige Anspannung oder Nervosität. Der Arzt geht zunächst von einer Überlastung aus und verschreibt oft Medikamente, um über die vermeintlich vorübergehende, schwierige Phase hinwegzuhelfen. Die Beschwerden verringern sich jedoch im Allgemeinen trotz der Medikamente nicht dauerhaft.

! Die Generalisierte Angststörung (GAS) ist eine chronische Erkrankung, die schwer zu behandeln und auch nicht leicht zu erkennen ist. Oft kommen die Betroffenen erst nach einigen Jahren des Leidens zu einem Psychotherapeuten, weil ihre Probleme vorher nicht richtig erkannt wurden.

Angst als ständiger Begleiter. Patienten mit einer Generalisierten Angststörung leiden unter chronischer, anhaltender Angst, sodass sie sich permanent angespannt und nervös fühlen. In Phasen starker Beanspruchung kann die Angst zunehmen. Aber – paradoxerweise – auch in Phasen der Ruhe, denn es bleibt mehr Zeit zum Nachdenken, Grübeln und Sich-Sorgen. Allerdings wird die Angst nie so stark, dass von Panik Anfällen die Rede sein könnte. Die Patienten verlieren also nie die Kontrolle oder geraten in Todesangst. Die Ängste scheinen nicht durch bestimmte Stressoren oder Situationen ausgelöst zu werden und wurden daher früher auch als »frei flottierend« bezeichnet. Diese Bezeichnung ist jedoch irreführend, denn es gibt in der Regel eine ganze Reihe von Reizen, die Ängste auslösen: etwa Telefonate, Nachrichten, das Geräusch von Sirenen oder auch – fatalerweise – die Sorgen an sich. Allerdings sind diese Auslöser oft verdeckt und nur bei geduldigem Nachfragen und guter Selbstbeobachtung der Patienten zu entdecken.

Sorgen stehen im Mittelpunkt. Betroffene Patienten klagen darüber, dass sie sich ständig sorgen. Diese Sorgen beziehen sich auf verschiedene Lebensbereiche: Oft drehen sie sich um persönliche Beziehungen, die Arbeit oder auch finanzielle Angelegenheiten. Somit unterscheiden sie sich inhaltlich kaum von den Sorgen, die jeder von uns kennt – doch Angstpatienten verbringen deutlich mehr Zeit mit ihnen. Studien zeigen, dass sich Betroffene fast zehn Stunden am Tag mit ihren Sorgen beschäftigen (Hoyer et al., 2001), was auf einen Kontrollverlust hindeutet.

Was versteht man unter »Sorgen«?

Die erste Definition des Begriffs »Sorgen« (engl.: worries) stammt von Borkovec et al. (1983, S. 10). Sie definierten Sorgen als »eine Kette von Gedanken und Vorstellungen, mit negativem Affekt einhergehend und relativ unkontrollierbar. Der Sorgenprozess repräsentiert den Versuch einer mentalen Problemlösung, deren Ausgang unsicher ist, aber die Möglichkeit eines negativen Ausganges beinhaltet« (von den Autoren übersetzt). Es folgten weitere Definitionsversuche. So beschrieb Mathews (1990, S. 456–457) Sorgen als »einen speziellen Zustand des kognitiven Systems, darauf ausgerichtet, mögliche zukünftige Gefahr zu antizipieren. Eventuelle aversive Ereignisse und Ausgänge werden durchgespielt, während gleichzeitig versucht wird, sie zu vermeiden [...]. [Somit] ähneln [Sorgen] in manchen Aspekten dem Problemlösen. Allerdings wird die mögliche Gefahr, statt zu befriedigenden Ergebnissen zu gelangen, immer wieder [gedanklich] durchgespielt, ohne dass eine Lösung gefunden wird« (von den Autoren übersetzt).

Angst ist eine äußerst sinnvolle Emotion, die wir benötigen, um zu überleben. Sie warnt uns vor Gefahren und bereitet uns darauf vor, zu kämpfen, zu fliehen, also schnell auf die Gefahr zu reagieren. Der Mensch, der Gefahren antizipieren kann, ist auf besondere Weise gerüstet, diesen zu begegnen, und zwar nicht erst in dem Moment der Gefahr, sondern bereits im Vorfeld. Er kann Gefahren somit sogar vermeiden – ein evolutionär großer Vorteil. Und die Sorgen sind das Substrat dieses Vorganges, die mentale Vorbereitung auf Gefahr. Folglich haben Sorgen durchaus eine Funktion. Sie sollen auf mögliche negative Ereignisse vorbereiten – also ein Problem, das noch nicht eingetreten ist, lösen. Allerdings erfüllen sie diese Funktion bei Angstpatienten nicht. Die erwarteten Probleme treten zum einen meist nicht ein, sodass viel Zeit mit irrelevantem Grübeln verschwendet wird, zum anderen kommt dieser »Problemlöseprozess« nicht zu einem Abschluss. So wird immer wieder ein sehr aversives Ereignis durchgespielt, ohne dass mögliche Lösungen erarbeitet werden. Die Gedanken setzen sich an negativen Aspekten, am möglichen Versagen, am möglichen Unglück fest und nicht an möglichen Lösungsstrategien. Da diese Art, sich mit einem Problem zu beschäftigen, sehr ängstigend ist, springen die Patienten meist von einem Thema zum nächsten, sobald ein Gedanke zu unangenehm wird. Kein Problem wird zu Ende gedacht, aber es entsteht natürlich der Eindruck, dass es sehr viele mögliche Probleme gibt, die schwer zu lösen sind – das Gefühl der Hilflosigkeit entsteht.



Sorgen sind Gedankenketten, die sich mit möglichen bedrohlichen Situationen beschäftigen. Sie werden begleitet vom Gefühl der Angst und als negativ und belastend erlebt. Patienten mit einer Generalisierten Angststörung fällt es sehr schwer, diese Sorgen zu kontrollieren, d. h., die negativen Gedanken bewusst zu stoppen. Sorgen sollten eigentlich helfen, Probleme zu lösen – bei Angstpatienten tun sie dies jedoch nicht. Unangenehme Situationen oder Katastrophen werden gedanklich durchgespielt, ohne zu einer Lösung zu gelangen. Die Betroffenen

springen von einem Sorgenthema zum nächsten, ohne auch nur eines zu durchdenken. Das Gefühl der Hilflosigkeit entsteht. Die Sorgen der Angstpatienten sind auf zukünftige Ereignisse gerichtet und lassen sich vom vergangenheitsorientierten Grübeln der Depressiven abgrenzen.

Sorgen – um was?

Welche möglichen Probleme oder Katastrophen sind es, über die sich die Patienten sorgen? Eigentlich gibt es, den Inhalt der Sorgen betrachtend, nur geringe Unterschiede zwischen Patienten und Nicht-Patienten. Patienten mit Generalisierter Angststörung sorgen sich am häufigsten über ihre Familie oder ihre Arbeit und auch die eigene Gesundheit ist eine häufige Sorge. Personen ohne eine Störung sorgen sich um ganz ähnliche Dinge, nur eben sehr viel weniger. Ähnliches gilt auch für Patienten mit anderen Störungen (Becker et al., 2003). Es scheint für Patienten mit Generalisierter Angststörung charakteristisch zu sein, dass schon alltägliche Anforderungen – Wäsche waschen, irgendwo pünktlich erscheinen etc. – Anlass geben, sich zu sorgen.

Aber im Großen und Ganzen ist es nicht der Inhalt, sondern die Art des Sorgens, die Patienten mit Generalisierter Angststörung von Nicht-Patienten unterscheidet, also der Kontrollverlust, das häufige Springen von Thema zu Thema, das stärkere »Katastrophisieren« sowie das schiere Ausmaß der Sorgen. Für die Diagnose ist es wichtig, sich bewusst zu werden, dass nicht unrealistische, übertriebene oder gar ungewöhnliche Sorgen typisch sind. Wichtig sind allein das Ausmaß und der Kontrollverlust. Was die Patienten fürchten, kann durchaus eintreten, man kann seinen Job verlieren, in finanzielle Bedrängnis geraten, die Kinder können sterben. Patienten mit Genera-

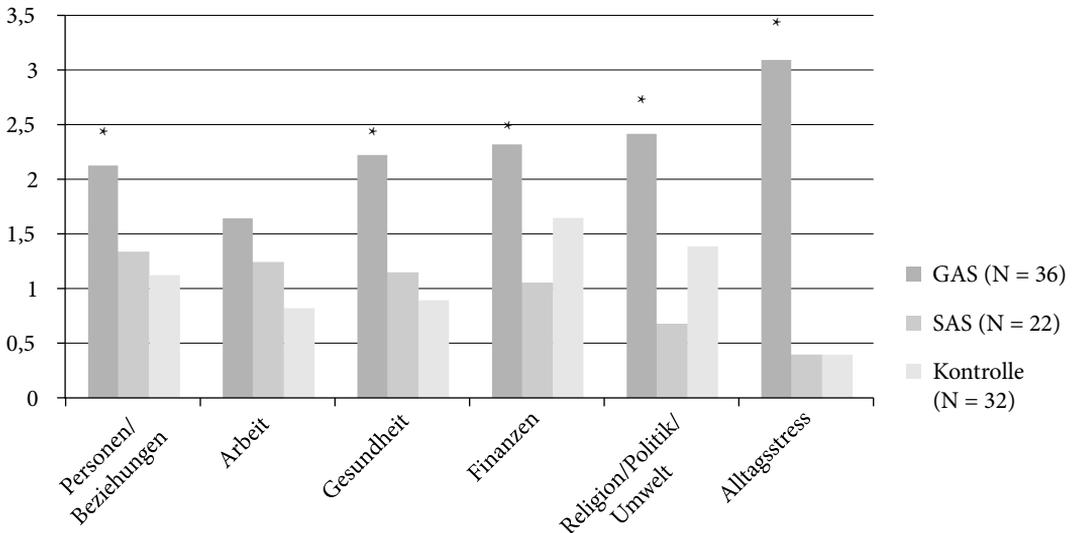


Abbildung 1.1 Häufigkeit von Sorgeninhalten (nach Hoyer et al., 2001)

lisierter Angststörung sorgen sich also um Dinge, die passieren können, über die sie aber nur relativ wenig Kontrolle haben. Dies gilt auch für Kinder, die unter Generalisierter Angststörung leiden. Sorgen kommen bei Kindern häufig vor, 70 Prozent der 8–13-Jährigen berichten, sich »dann und wann« zu sorgen (Muris et al., 1998). So berichten Kinder Sorgen um ihre Gesundheit oder die ihrer Familie, über den Tod oder auch allgemeinere Themen wie Krieg und Obdachlosigkeit, vor allem aber sind Sorgen um die Schule häufig bei Kindern und bei Jugendlichen. Junge Erwachsene sorgen sich viel über ihr Studium und ihre Zukunft. Abbildung 1.1 zeigt die Häufigkeiten von Sorgeninhalten.

Beispiel

Sorghema: Krankheit. Frau M. hat gerade eine schlimme Grippe hinter sich und wird nachdenklich: Ob dies ein Zeichen war, dass ihr Immunsystem nicht mehr so richtig funktioniert? Hoffentlich wird sie den Stress bei der Arbeit aushalten, ohne ernsthaft zu erkranken. Sie kommt in das Alter, in dem ihr nicht mehr alles so leicht fällt. Sollte sie öfter krank werden, wer soll sich dann um die Familie kümmern? Und auch ihr Chef wäre wohl kaum begeistert, wenn sie häufiger fehlen würde. Doch wenn sie die Arbeit verlieren sollte, würden sie die Raten für das Haus nicht mehr bezahlen können ...

Sorghema: Familie. Seine Mutter hat beim letzten Besuch vergessen, den Herd auszustellen. Herr E. macht sich Gedanken: Die Eltern werden alt und gebrechlich. Eigentlich bräuchten sie langsam Hilfe – oder besser noch eine richtige Betreuung. Aber er kann sich nicht so um sie kümmern, wie er das gerne möchte, und auf keinen Fall kann er sie zu sich nach Hause holen. Doch die Eltern wollen nicht ins Heim und eigentlich auch nicht zu ihm, seine Eltern wollen unabhängig bleiben. Sein Vater ist auch nicht mehr so gut zu Fuß. Was ist, wenn er fällt? Im Garten würde ihn seine Mutter eine ganze Weile nicht finden, sie ist lieber im Haus. Und wer weiß, wie es dem Vater dann im Krankenhaus erginge. So viele Leute bauen dort dramatisch ab. Hoffentlich war nichts passiert. Vielleicht sollte er zu Hause anrufen, um zu hören, wie es den Eltern geht ...

Sorghema: Beruf. Gestern wäre es fast zu einem Unfall gekommen. Ein Autofahrer hat Herrn S. die Vorfahrt genommen, er konnte gerade noch rechtzeitig halten. Herr S. ist besorgt: Sein schlechter Schlaf wird noch dazu führen, dass er im Beruf nicht mehr aufmerksam genug ist. Als Straßenbahnfahrer muss er sich sehr konzentrieren. Vieles beim Fahren ist Routine und daher ist es umso schwerer, wach und konzentriert zu bleiben. Im Verkehr kann jederzeit eine Situation auftreten, die seine ganze Aufmerksamkeit erfordert. Der Schichtdienst verbessert seinen Schlaf nicht gerade. Seit einiger Zeit liegt er viele Stunden wach und kann nicht wieder einschlafen. Er war beim Arzt. Aber traut er sich nicht, die verschriebenen Schlafmittel zu nehmen. Vielleicht ist er dann im Dienst nicht wach genug. Wenn er sich nicht bald wieder besser fühlt, wird er seinen Beruf noch aufgeben müssen ...

Sorgethema: Täglicher Kleinkram. Die Waschmaschine hat sich irgendwie seltsam angehört. Frau S. verzweifelt: Hoffentlich gibt sie ihren Geist nicht auf. Es gibt immer so viel zu waschen, die Kinder brauchen fast täglich frische Sachen. Außerdem sind die Finanzen knapp. Eine Reparatur würde gerade noch fehlen. Auch das Auto wird immer älter, hoffentlich kommt da nichts auf sie zu. Heute Nachmittag muss sie Sarah zum Ballett fahren, hoffentlich ist nicht wieder so viel Verkehr. Während der Ballettstunde muss sie den Einkauf erledigen. Die Einkaufsliste muss noch geschrieben werden, ach, und noch tanken. Wie soll sie das alles schaffen? – Gäste kommen auch noch. Es ist einfach zu viel ...



Sorgenketten

Es muss beachtet werden, dass die Sorgenbereiche im Allgemeinen nicht sauber getrennt vorkommen. Vielmehr gehen sie in ständiger Variation ineinander über. Es handelt sich um sehr freie Assoziationen. So wird von Sorge zu Sorge gesprungen. Angst um die eigene Gesundheit führt zu der Sorge, deshalb den Job zu verlieren. Daraus folgen die Sorge, was dann wohl mit den Kindern passiert, und die plötzliche Angst, ob diese jetzt wohl heil nach Hause kommen, und dies wiederum führt zur Frage, warum der Ehemann noch nicht da ist. Die Themen werden also gemischt, ohne dass eine Sorge jemals »zu Ende« gedacht wird.

Anspannung und körperliche Symptome

Begleitet werden die Sorgen von einem hohen Anspannungsniveau und einer Vielzahl körperlicher Symptome. Während sich die Panikstörung durch eine erhöhte Aktivität des autonomen Nervensystems auszeichnet, stehen Symptome, die durch eine starke Aktivierung des zentralen Nervensystems hervorgerufen werden, im Vordergrund der Generalisierten Angststörung (Noyes et al., 1992). Vor allem klagen diese Patienten über Beschwerden wie Schlafschwierigkeiten, Ruhelosigkeit oder Muskelverspannungen und erhöhte Reizbarkeit. Auch Übelkeit und Kopfschmerzen, teilweise durch die erhöhte Anspannung hervorgerufen, können vermehrt auftreten (Nisita et al., 1990). Besonders typisch für die Generalisierte Angststörung bei Erwachsenen sind die Muskelverspannungen (Faravelli et al., 2012), bei Jugendlichen ist die Reizbarkeit das Hauptsymptom der Generalisierten Angststörung (Comer et al., 2012). Es gibt erste Hinweise, dass in asiatischen Ländern die körperlichen Symptome im Vordergrund stehen (Hoge et al., 2006).

Symptome der Generalisierten Angststörung

- ▶ Angst
- ▶ Sorgen
- ▶ Anspannung
- ▶ Hypervigilanz
- ▶ Reizbarkeit
- ▶ Nervosität
- ▶ Schlafstörungen
- ▶ Muskelverspannungen
- ▶ Kopfschmerzen
- ▶ Übelkeit

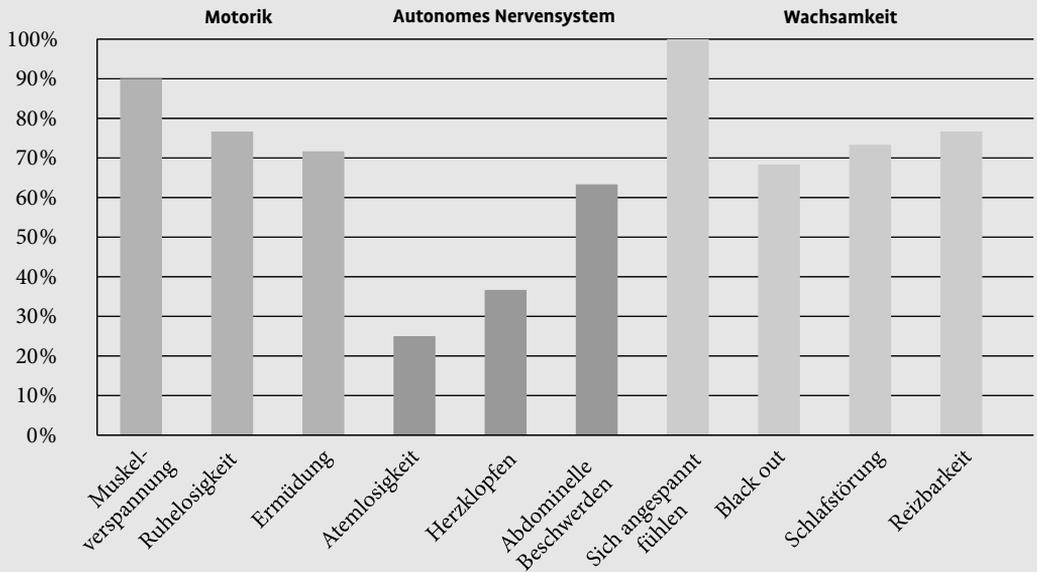


Abbildung 1.2 Häufigkeit der Symptome bei GAS (nach Starcevic et al., 1994)

Patienten mit langem Leidensweg

Die Generalisierte Angststörung ist im Vergleich zu anderen Angststörungen viel seltener untersucht worden (Dugas et al., 2010). Es gibt weniger Artikel und in Lehrbüchern über Klinische Psychologie oder Angststörungen nimmt diese Störung die geringste Seitenzahl ein oder fehlt manchmal sogar völlig. Dies ist bedauerlich, zumal sie – z. B. von Rapee (1991) – für die »Grund-Angststörung« gehalten wird. Es gibt verschiedene Gründe, wie es zu dieser Vernachlässigung kommen konnte: Die Klassifikation dieser Störung wechselte häufig und es war lange nicht klar, ob es sich um eine eigenständige und eindeutig definierbare Störung handelt. Die Reliabilität der Diagnose war unzureichend und auch an Ätiologiemodellen fehlte es. Das Störungsbild erschien oft sehr heterogen und schwer fassbar. Besonders zu bedauern ist das mangelnde Wissen in Hinblick auf eine Behandlung. Da die Generalisierte Angststörung häufig vorkommt, aber oft nicht erkannt oder erst spät behandelt wird und gleichzeitig wenig über erfolgversprechende Behandlungsansätze bekannt ist, legen

viele Betroffene einen langen Leidensweg zurück. Verschärft wird das Problem durch den chronischen Verlauf der Erkrankung. Besonders wichtig sind also gute diagnostische Kenntnisse und Wissen um Behandlungsstrategien, die direkt auf die Generalisierte Angststörung zugeschnitten sind.

Beispiel

Endlich Hilfe für Betroffene

Frau P. liest in einer Frauenzeitschrift einen Artikel über verschiedene Ängste. Mit Erstaunen – aber auch einer gewissen Erleichterung – stellt sie fest, dass ihre eigenen Probleme dort beschrieben werden. Sie hat zwar weder Probleme, das Haus zu verlassen, noch leidet sie unter plötzlichen Angstanfällen, aber sie wird von vielen Sorgen gequält und fühlt sich ständig angespannt und gestresst. Sie ist zum einen beunruhigt, dass sie unter einer Angststörung leidet, aber auch erleichtert, dass ihre Probleme einen Namen haben. Sie hatte gefürchtet, einfach übermäßig ängstlich zu sein, es als einen Makel gesehen, nicht lockerer mit dem Alltag fertig zu werden. Sie hatte sich schon häufig Vorwürfe gemacht, weil sie sich immer so viele Sorgen macht und damit ihre Familie belastet.

Ihr Mann hat wenig Verständnis für ihre Sorgen, im Allgemeinen versucht er, ihre Bedenken ins Lächerliche zu ziehen. Frau P. fühlt sich aber dadurch angegriffen und herabgesetzt. Auch wenn sie weiß, dass ihre Sorgen sich oft nicht bewahrheiten, sollten sie ab und zu doch dazu beitragen, dass die Kinder vorsichtiger sind. Doch immer häufiger reagiert ihr Mann gereizt und bittet sie, sich doch zusammenzureißen. Er hat Bedenken, dass die beiden Kinder durch ihre Überfürsorglichkeit und Ängstlichkeit auch ängstlich werden. Frau P. möchte keinesfalls den Kindern schaden und sorgt sich nun, ihre Kinder durch ihre Ängste in der Entwicklung zu behindern. Sie liebt die beiden Söhne, acht und fünf Jahre, sehr und tut ihr Möglichstes, eine gute Mutter zu sein. Häufig fühlt sie sich aber überlastet, zumal der zweite Sohn ein schwieriges Kind ist. Sie kämpft mit vielen Zweifeln, was sie wohl falsch macht oder wie sie den beiden gerecht werden kann, und verbringt Stunden mit Grübeln. Schulleistungen, Gesundheit, mögliche Unfälle, Freundschaften ihrer Kinder – all dies sind Bereiche, über die sie sich sorgt.

Doch dies sind nicht ihre einzigen Sorgen. Sie selbst ist Grundschullehrerin. Die Arbeit bereitet ihr viel Freude, aber auch hier hat sie Angst, nicht gut genug zu sein, den Kindern dort nicht gerecht zu werden. Gleichzeitig weiß sie nicht, ob sie nicht besser aufhören sollte zu arbeiten, um sich mehr den eigenen Kindern und dem Haushalt zu widmen. Gerade auch die alltäglichen Kleinigkeiten des Haushaltes bereiten ihr Probleme. So fühlt Frau P. sich ständig angespannt und gleichzeitig müde. Morgens wird sie oft schon sehr früh wach und versucht, den kommenden Tag zu planen. Ihre Schultern sind oft sehr verkrampft und sie leidet auch häufig unter Kopfschmerzen.

Wenn Frau P. zurückdenkt, so war sie immer schon recht ängstlich, genau wie ihre Mutter. Ihr Vater war ein echter Tyrann und sie kann sich bis heute ihm

gegenüber nicht durchsetzen. Ein Umstand, der sie sehr belastet und auch ärgert. Sie würde ihm gerne mal die Meinung sagen. Nur während ihres kurzen Studiums fühlte sich Frau P. wagemutig und machte viele »verrückte« Sachen. Aber dann kam das erste Kind und sie heiratete ihren Jugendfreund. Mit der Schwangerschaft begannen auch eine Zeit der Ängste und das Gefühl, überlastet zu sein, das sie seither immer stärker bedrückt. Frau P. spürte schon seit langem, dass es so nicht weitergeht. Aber sie wusste nicht, was sie tun sollte, sie sah ihre Ängste und die Nervosität als Teil ihrer Persönlichkeit an, als etwas, was sich nicht ändern lässt. Der Artikel hat ihr Hoffnung gemacht, dass es doch Hilfe geben könnte.

1.2 Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten

Vermeidung von bedrohlichen Situationen. Bei allen Angststörungen kommt es zur Vermeidung von bedrohlichen Situationen oder Objekten – bei der Panikstörung und bei der Generalisierten Angststörung steht dies aber nicht im Vordergrund und ist nur schwer zu beobachten. Weder in Fachbüchern noch in den diagnostischen Kriterien wird bei der Beschreibung der Generalisierten Angststörung die »Vermeidung« überhaupt erwähnt. Dennoch muss das Vermeidungsverhalten der Patienten in der Therapie berücksichtigt werden. Die Betroffenen vermeiden potenziell bedrohliche Gedanken, Situationen oder Objekte, um die Angst zu verringern und Schaden abzuwenden. So werden beispielsweise »bedrohliche« Briefe nicht geöffnet oder bestimmte Fernsehsendungen ausgeschaltet. Vor allem wird jedoch versucht, die Sorgen selbst zu vermeiden, sich abzulenken, Kreuzworträtsel zu lösen etc. Doch dies verhindert, dass Sorgen zu Ende gedacht werden oder dass überprüft wird, ob die gefürchteten Situationen überhaupt eintreffen. Da die Angst nicht »verarbeitet« werden konnte, hält der Beruhigungseffekt aber nur kurz an, langfristig werden Angst und Sorgen aufrechterhalten.

Sicherheits- und Rückversicherungsverhalten. Durch ständige Rückversicherungen (z.B. Telefonate mit dem Partner, ob auch alles in Ordnung sei) versuchen Angstpatienten, sich zu beruhigen. Man könnte meinen, dass das Handy für die Patienten mit Generalisierter Angststörung »erfunden wurde«. Mit Hilfe des Mobiltelefons können sie jederzeit erfragen, ob alles in Ordnung ist, und sich so kurzfristig beruhigen. Allerdings führt gerade der häufige Einsatz vom Handy zu einigen Irritationen in der Familie. Zum Sicherheitsverhalten zählen auch das Führen von Listen, um nichts Wichtiges zu vergessen, oder den Schreibtisch immer aufzuräumen, bevor der Arbeitsplatz verlassen wird. Patienten mit Generalisierter Angststörung wirken daher oft leicht perfektionistisch bzw. fast zwanghaft. Allerdings geht es nicht darum, alles möglichst perfekt zu machen, oder darum, dass Dinge nur auf eine richtige Art und Weise getan werden könnten. Vielmehr tritt dieses Verhalten auf, in der Hoffnung, sich dann weniger Sorgen machen zu müssen und mögliche Fehler oder kleinere Katastrophen zu verhindern. Auf Dauer ist dieses Verhalten jedoch nicht

hilfreich: Die Erleichterung besteht nur kurzfristig, dann lässt das Vertrauen in die rückversichernde Information nach oder es entsteht der Gedanke, dass ja trotzdem noch etwas Schlimmes passieren könnte. Hinzu kommt, dass das Rückversicherungsverhalten zu Konflikten in der Familie führen kann. Sowohl die Partner als auch die Kinder (vor allem falls es sich um Teenager handelt) fühlen sich oft kontrolliert und reagieren zunehmend entnervt. Solche Familienkonflikte sollten gegebenenfalls in der Therapie angesprochen werden. Zudem können die Betroffenen nicht die beruhigende Erfahrung machen, dass die befürchtete Katastrophe auch ohne Rückversicherung meist nicht eintritt. Langfristig hält also auch das Rückversicherungsverhalten Angst und Sorgen aufrecht.

Beispiel

Vermeidungs- und Rückversicherungsverhalten hält Angst und Sorgen aufrecht

Vermeidung

- ▶ Rechnungen werden nicht geöffnet
- ▶ Nachrichten werden nicht gehört
- ▶ Verkehrsfunk wird nicht gehört
- ▶ Gäste werden nicht eingeladen
- ▶ Zeitung wird nicht gelesen
- ▶ Todesanzeigen werden nicht gelesen
- ▶ Krankmelden wird vermieden
- ▶ Zuspätkommen wird vermieden

Rückversicherung

- ▶ Telefonate, ob alles in Ordnung ist
- ▶ Nachfragen, ob alles in Ordnung ist
- ▶ Entscheidungen nur nach Rücksprache
- ▶ Kinder werden immer begleitet
- ▶ Schreibtisch wird immer aufgeräumt
- ▶ Listen werden geführt

2 Epidemiologie und Komorbidität

2.1 Verbreitung und Verlauf

Vorkommen bei Frauen häufiger. Leider gibt es – die Generalisierte Angststörung betreffend – wenig wirklich zuverlässige Häufigkeitsangaben. Das liegt zum einen an den doch recht stark wechselnden Diagnosekriterien, zum anderen wurde diese Störung bei einigen großen epidemiologischen Untersuchungen nicht mit erfragt. Die vorliegenden Studien weisen darauf hin, dass die Generalisierte Angststörung bei Frauen etwas häufiger vorkommt (Blazer et al., 1991; Wittchen et al., 1994). So berichten Blazer et al. (1991), dass die Prävalenzraten im Mittel ca. 7 Prozent bei Frauen und ca. 6 Prozent bei Männern betragen. In der Studie von Wittchen et al. (1994) liegen die Raten der Ein-Jahres-Prävalenz für Frauen bei ca. 4 Prozent und für Männer bei 3 Prozent, für die Lebenszeit liegen sie bei ca. 7 Prozent für Frauen und bei 5 Prozent für Männer. Bei Kindern schwanken die Angaben sehr stark, zwischen 0,2 Prozent (Ford et al., 2003) und 11 Prozent (Boyle et al., 1993), es wird allerdings eher von einer selteneren Störung im Kindesalter ausgegangen mit einer Prävalenz von ca. 1 Prozent (APA, DSM).

Etwa 4 bis 7 Prozent Betroffene. Neuere epidemiologische Studien zur Häufigkeit der Generalisierten Angststörung in den USA ergaben Lebenszeitprävalenzen zwischen 4 und 7 Prozent, Ein-Jahres-Prävalenzen zwischen 3 und 5 Prozent und Punktprävalenzen von 1,5 bis 3 Prozent (Hoyer et al., 2003). In anderen Teilen der Welt zeigen sich ähnliche Prävalenzraten, so auch im deutschen Nationalen Gesundheitssurvey (Carter et al., 2001) und in der Dresdner Studie zu Angststörungen bei jungen Frauen (Hoyer et al., 2002). Es sind also ca. 4 bis 7 Prozent aller Personen im Laufe ihres Lebens von einer Generalisierten Angststörung betroffen. Somit handelt es sich um keine seltene Störung. Es scheint sogar einen Trend zu geben, dass die Generalisierte Angststörung häufiger wird: Neuere Studien zeigen, dass in der heutigen jungen Generation mehr Personen unter einer Generalisierten Angststörung leiden als in der Generation vor ihr. So wird spekuliert, dass die Risikofaktoren für die Generalisierte Angststörung zunehmen (Kessler et al., im Druck). Maier et al. (2000) berichteten über eine durchschnittliche Ein-Monats-Prävalenz (gemäß ICD-10) in der ärztlichen Primärversorgung von 7,9 Prozent (mit Variationen in europäischen Ländern von 3,8 Prozent in Italien bis 14,8 Prozent in Griechenland). Damit ist die Generalisierte Angststörung die häufigste Angststörung in der Primärversorgung (häufiger als z. B. die Panikstörung). Patienten mit Generalisierter Angststörung werden zu den sog. High-Utilizern von Gesundheitseinrichtungen gezählt, mit besonders hohen direkten und indirekten Kosten für das Gesundheitswesen. Der Hausarzt wird die Störung allerdings nur in wenigen Fällen zutreffend diagnostizieren, sodass diese Patienten

häufig die fachspezifische Versorgung nicht erreichen und die Bedeutung der Störung deshalb unterschätzt wird.

Chronischer Verlauf. Die meisten Patienten mit Generalisierter Angststörung berichten, schon als Kinder nervös und ängstlich gewesen zu sein. Typischerweise aber ist der Beginn erst im Alter von 20 Jahren (Noyes et al., 1992; Shores et al., 1992), des Öfteren aber auch erst mit Mitte 20 oder Anfang 30. Somit beginnt diese Störung später als viele andere Angststörungen, vor allem später als Phobien. Die höchsten Prävalenzen zeigen sich anders als bei anderen Angststörungen in mittleren (Wittchen et al., 1994) bzw. höheren Altersgruppen (Carter et al., 2001); dieser Effekt ist bei Frauen besonders deutlich. So kommt die Generalisierte Angststörung bei Frauen um die 30 besonders häufig vor. Die Generalisierte Angststörung wird insgesamt als die Angststörung angesehen, die bei älteren Menschen am häufigsten vorkommt (Beekman et al., 2000). Sie kann auch erst recht spät, etwa mit 50 beginnen, dann hängt sie häufig mit einem negativen Lebensereignis (z. B. einer Scheidung) zusammen.

Die Generalisierte Angststörung ist eine chronische Störung, die trotz Schwankungen der Symptomschwere im Allgemeinen ein Jahrzehnt oder länger anhält. Vollständige Remission kommt sehr selten vor. Die Generalisierte Angststörung setzt meist langsam ein, oft ohne ein einschneidendes Ereignis. Viele betroffene Patienten bezeichnen sich selbst als »Sorger« oder als »immer schon ängstlich«. Sehr häufig bleibt die Störung chronisch bestehen, es kommt allerdings zu Fluktuationen (Warsaw et al., 1994; Wittchen et al., 1994). So gibt es Phasen, in denen die Betroffenen fast symptomfrei sind, und Phasen, in denen Sorgen und körperliche Symptome über einen längeren Zeitraum hinweg stärker vorherrschen. Aber auch dann gilt: Nicht alle Tage sind gleich schlecht (Wittchen & Hoyer, 2001).

Die Schwere der Störung wird unterschätzt. Patienten mit einer Generalisierten Angststörung begeben sich erst recht spät in psychologische Behandlung, und zwar im Schnitt zehn Jahre nach Beginn der Störung (Shores et al., 1992; Nisita et al., 1990). Da sie so spät und auch deutlich seltener als Patienten mit anderen Angststörungen Behandlung suchen (Barlow, 1988; Noyes et al., 1992), wurde davon ausgegangen, dass es sich um eine »leichtere«, aber chronische Störung handelt. Phänomenologisch wurde die Generalisierte Angststörung ähnlich wie die »normale« Angst gesehen, der Unterschied nur als quantitativ und nicht als qualitativ betrachtet (Hoehn-Saric & McLeod, 1990). Doch dies scheint nicht zuzutreffen: Wenn Panikpatienten mit Patienten mit Generalisierter Angststörung verglichen werden, findet sich kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der Schwere der Symptome. Auch ergeben beide Gruppen vergleichbare Ratings in Bezug auf die Beeinträchtigung des Sozial- und Familienlebens (Noyes et al., 1992; vgl. Wittchen et al., 1994).

Starke Beeinträchtigung der Lebensqualität. Massion et al. (1993) führten eine Untersuchung durch, um die Auswirkungen der Generalisierten Angststörung auf die Lebensqualität zu erfassen, und kamen zu folgenden Ergebnissen: Etwa 3 Prozent der Patienten leiden unter Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch. Zudem schneiden Patienten mit Generalisierter Angststörung in verschiedenen Maßen, die Auskunft über die psychische Gesundheit geben, konsistent schlechter ab als Patienten mit einer