

Generalisierte Angststörung

Dabei verselbständigt sich die [Angst](#) und verliert ihre Zweckmäßigkeit und Relation. Der Patient erlebt eine generalisierte und anhaltende [Angst](#), die nicht (wie bei den [phobischen Störungen](#)) auf bestimmte Umgebungsbedingungen beschränkt ist, sondern vielmehr frei flottiert. Inhalt der Angst ist in den meisten Fällen eine unbegründete Sorge und Befürchtungen vor zukünftigen Unglücken oder Erkrankungen, die einen selbst oder Angehörige betreffen, sowie eine große Anzahl weiterer Sorgen und Vorahnungen. Der Patient ist kaum oder nicht in der Lage die alltäglichen Aufgaben zu bewältigen. Er hat [Angstzustände](#), die kaum Kraft für einen normalen Lebenswandel lassen. Die Angstzustände treten bei vielen Situationen auf. Der Betroffene bekommt Panik vor Menschenmengen, Aufzügen, öffentlichen Verkehrsmitteln, in einfachen und ganz alltäglichen Situationen, in denen die Angst des Betroffenen für den Normalbürger nicht nachzuvollziehen ist. Die [Lebenszeitprävalenz](#) liegt bei 4-5 %, die Krankheit beginnt meist zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr, Frauen sind häufiger betroffen als Männer, oft im Zusammenhang mit belastenden Lebensumständen. Der Verlauf ist unterschiedlich, neigt aber zu Schwankungen und Chronifizierung. Sorgenbereiche sind:

- Familiäre/soziale Beziehungen
- Arbeit und Leistung
- Gesundheitsorgen
- Finanzen
- Alltägliches

Die Angst manifestiert sich bei den Patienten durch körperliche Beschwerden wie Zittern, [Herzrasen](#), [Schwindel](#), [Derealisation](#) und [Depersonalisation](#), Übelkeit, innere Unruhe, Unfähigkeit sich zu entspannen, [Hitzewallungen](#), Muskelverspannungen, [Konzentrationsstörungen](#), Nervosität, [Schlafstörungen](#), Spannungskopfschmerz, Benommenheit, Kribbeln. Nach den ICD-10 Kriterien^[1] müssen folgende Symptome mindestens 6 Monate lang an den meisten Tagen erfüllt sein:

- Befürchtungen (Sorge über zukünftiges Unglück, Nervosität, Konzentrationsprobleme etc.)
- motorische Spannung (körperliche Unruhe, Spannungskopfschmerz, Zittern, Unfähigkeit sich zu entspannen)
- vegetative Symptome (Benommenheit, Schwitzen, Frieren, [Tachykardie](#) oder [Tachypnoe](#), Oberbauchbeschwerden, Schwindelgefühle, Mundtrockenheit etc.)
- Psychische Symptome (Gefühl von Schwindel, Unsicherheit und Benommenheit, Derealisation und [Depersonalisation](#), Angst vor Kontrollverlust, Angst zu sterben)
- Symptome in Thorax oder Abdomen (Atembeschwerden, Beklemmung, Schmerzen, Übelkeit)

Es darf keine organische Verursachung vorliegen oder die Kriterien für eine [depressive Episode](#), [phobische Störung](#), [Zwangsstörung](#) oder [Panikstörung](#) zutreffen, auch wenn depressive Symptome bei einer generalisierten Angststörung vorübergehend auftreten können. Nach den ICD-10 Forschungskriterien kann die generalisierte Angststörung deshalb auch mit einer depressiven Episode gleichzeitig auftreten. In diesem Fall dürfen nur die Kriterien einer Panikstörung, einer Phobie, einer Zwangsstörung oder einer hypochondrischen Störung nicht mehr erfüllt sein. Wer unter einer generalisierten [Angststörung](#) leidet, sucht meist wegen seiner körperlichen Beschwerden den [Arzt](#) auf. Oftmals dauert es viele Jahre, bis erkannt wird, dass sich hinter seinen körperlichen Beschwerden chronische Angst verbirgt. Die körperlichen Beschwerden der Betroffenen sind meist die Folge ihrer negativen Gedanken, ihrer Sorgen und Grübeleien. Die Krankheit wurde früher unterschätzt. Heute weiß man, dass sie mit schwerwiegenden Beeinträchtigungen der Lebensqualität einhergeht

Entstehung und Aufrechterhaltung

Als ursächlich für die Entstehung der Generalisierten Angststörung werden genetische und soziale Faktoren angenommen. Die GAS wird jedoch nicht spezifisch vererbt; es scheint eher eine vererbte biologische [Vulnerabilität](#) zur Entwicklung pathologischer Angst zu existieren. Diese biologische Vulnerabilität für das Erleben von Ängsten kann zu Stress führen, der durch soziale Faktoren bedingt ist. Stresserzeugende soziale Faktoren sind meist kritische Lebensereignisse. Der erlebte Stress kann zu der für die GAS charakteristischen

Erwartungsangst (Sorgen) führen. Diese Erwartungsangst ist gekennzeichnet durch negative Gefühle, die mit „der wahrgenommenen Unfähigkeit zusammenhängen, in bevorstehenden Ereignissen oder Situationen erwünschte Ergebnisse vorherzusagen, kontrollieren oder erreichen zu können“.^[2] Dies führt vor allem zu einer Verlagerung der Aufmerksamkeit auf internale, selbstbewertende Inhalte und einer übermäßigen Wachsamkeit gegenüber angstauslösenden Reizen. Die Wachsamkeit führt dann wiederum dazu, dass viele verschiedene Lebensumstände als bedrohlich wahrgenommen werden. Die GAS scheint durch die Sorgen aufrechterhalten zu werden: Nach Borkovec und Kollegen^[3] sind Sorgen eine Form von geistiger Vermeidung. Der Prozess des Sorgens dämpft die emotionale Verarbeitung angstauslösender Reize und führt auch zu somatischen Suppressionseffekten: die angstauslösenden Reize werden (bedingt durch kognitive Verarbeitung) rationalisiert und die Personen werden durch das Sich-Sorgen ruhiger. Diese kurzfristige Verbesserung des emotionalen und physischen Befindens wirkt negativ verstärkend: Die Angst wird aufrechterhalten.

Weitere diskutierte kognitive Faktoren sind internale und externale Fehleinschätzungen, die sich aus den vom Patienten an sich selbst beobachteten Veränderungen wie geringerer Konzentrationsfähigkeit und Störung des Arbeitsgedächtnisses ergeben: Ich bin der Aufgabe nicht gewachsen, besitze wenig Kontrolle oder Fähigkeiten zur Meisterung schwieriger Situationen, die Sorgen schaden mir. Durch die negativen Metasorgen können sich Kontrollversuche ergeben, welche die Häufigkeit der Sorgen noch steigern und Vermeidungs- und Rückversicherungsverhalten auslösen. Aber auch positive Metasorgen wie: „Sorge ist gleich Vorsorge“ können den Sorgenprozess verstärken. Durch die Kontrolle, Vermeidung und Rückversicherung kann keine Gewöhnung und damit kein Ende des Sorgenprozesses stattfinden, und der Teufelskreis schaukelt sich auf.

Therapie

In der [psychodynamischen](#) Psychotherapie werden sowohl die [psychische Struktur](#) als auch die Ängste und die damit verbundenen angstauslösenden Situationen bearbeitet. Hierbei wird den „angsterhaltenden Bedingungen“ eine genauso große Aufmerksamkeit gegeben wie den Inhalten der Ängste oder den auslösenden Bedingungen im Leben des Betroffenen. Auch biographische Zusammenhänge können im Verlauf der Therapie vermittelt werden, diese stehen, anders als bei anderen Angsterkrankungen, aber niemals im Vordergrund. In der [Übertragung](#) steht die Höhe des Sicherheitsbedürfnisses des Betroffenen im Mittelpunkt. Hieran richten sich die Interventionen des Therapeuten aus. Auch [Bindungsthematiken](#) können in der Therapie zum Tragen kommen. Es existieren auch psychodynamische Kurzzeitpsychotherapien, die sich in der Behandlung der GAS als ebenso wirksam wie kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme erwiesen haben.^{[4][5]}

In einer [Kognitiven Verhaltenstherapie](#) besteht das erste Ziel darin, dass der Patient durch eine [Verhaltensanalyse](#) und die Vermittlung seines individuellen Störungsmodells ein Verständnis für seine Störung erlebt und dadurch die Bereitschaft entsteht, an verhaltenstherapeutischen Interventionen wie der [Konfrontation](#) mit der Angst *in sensu* (gedanklich) oder *in vivo* (im richtigen Leben, d.h. in der konkreten Situation) teilzunehmen. Dadurch kann er neue Verhaltensmuster erlernen, indem er sich seiner Angst stellt und praktisch erlebt, dass die von ihm befürchteten Folgen ausbleiben. Durch kognitive Therapieelemente wie die [kognitive Umstrukturierung](#), die [Realitätsprüfung](#), das Entkatastrophisieren oder die Bearbeitung der Metasorgen soll der Patient eine neue Lebenseinstellung bzw. eine neue Sicht auf die eigenen Fähigkeiten erwerben. Die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie hat stark zugenommen, seit klinische Forscher die dabei eingesetzten Techniken verbessert haben. Ein weiteres wichtiges Therapieelement stellt die [Angewandte Entspannung](#) dar. Nur bei schweren Fällen, die ansonsten nicht in der Lage sind, von einer Psychotherapie zu profitieren, da ihre Ängste und Anspannungen zu groß sind, bietet sich eine medikamentöse Therapie mit Antidepressiva, vor allem [SSRI](#) oder [SNRI](#), an, um eine Therapiefähigkeit überhaupt zu erzeugen. Allerdings ist hierbei auch negativ mit zusätzlichen Ängsten und Therapieabbrüchen durch Nebenwirkungen bzw. der Angst vor dem Absetzen des Medikaments zu rechnen. Viele Klienten mit einer generalisierten Angststörung suchen Hausärzte auf, um sich wegen ihrer Nervosität und somatischen Beschwerden behandeln zu lassen. In diesem Fall werden oft fälschlicherweise [Benzodiazepine](#) verschrieben, um die Nervosität zu lindern. Es gibt jedoch schnell Gewöhnungseffekte. Benzodiazepine erzeugen zudem schnell eine Abhängigkeit, was das Absetzen der Medikation schwierig macht.