

Prof. Dr. Wolfgang Hiller

Stichworte aus den gezeigten Folien zur Vorlesung Klinische Psychologie

Thema: Generalisierte Angststörung

Diagnostische Kriterien der Generalisierten Angststörung nach DSM-5 (F41.1)

A	Übermäßige Ängste/Sorgen (furchtsame Erwartung) bezüglich mehrerer Ereignisse oder Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Schule); ≥ 6 Monate an der Mehrzahl der Tage
B	Sorgen schwer zu kontrollieren
C	Symptome der Angst (mindestens 3 erforderlich): (1) Ruhelosigkeit oder „ständig auf dem Sprung sein“ (2) Leichte Ermüdbarkeit (3) Konzentrationsschwierigkeiten oder Leere im Kopf (4) Reizbarkeit (5) Muskelspannung (6) Schlafstörungen
D	Schweregrad: Leiden oder Beeinträchtigungen
E	Keine organischen Ursachen
F	Nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärbar

Sorgeninhalte

Sorgenthemen nicht grundsätzlich anders als bei nicht-ängstlichen Personen

- Gesundheit
- Arbeit
- Familie
- Beziehungen
- Finanzen
- Weltgeschehen
- meist kleinere, weniger grundsätzliche Angelegenheiten

Wovor sich die Deutschen fürchten (nach Wittchen & Hoyer, 2006)

Ich habe am meisten Angst davor, dass ...

... ich im Alter zum Pflegefall werde: 52,0%

... ich unheilbar krank werde: 51,5%

... meinem Lebenspartner oder meinen Kindern etwas zustößt: 41,2%

... ich in wirtschaftliche Not gerate: 36,0%

... meine Rente im Alter nicht ausreicht: 34,4%

... ich keine Familie und Freunde habe, einsam werde: 24,8%

... ich oder mein Partner arbeitslos werde: 24,3%

Dauer von Sorgen (Studie von Hoyer, Becker & Roth, 2001)

Vergleich von Patientengruppen mit generalisierter Angststörung, Sozialer Phobie sowie gesunder Kontrollgruppe.

Ergebnis: Die Sorgendauer bei generalisierter Angststörung (knapp 400 Minuten pro Tag) war etwa 4x so lang wie bei den anderen Gruppen; zwischen diesen fand sich kein signifikanter Unterschied.

Merkmale von Sorgen (Studie von Hoyer, Becker & Roth, 2001)

Charakteristika der Sorgen bei generalisierter Angststörung, sozialer Phobie und gesunden Kontrollpatienten; erfasst: (a) begleitende Angst, (b) Kontrollierbarkeit, (c) emotionale Beeinträchtigung
Ergebnis: Generalisierte Angstpatienten hatten mehr (a) und (c) als beide anderen Gruppen, aber weniger (b); die beiden anderen Gruppen unterschieden sich nur schwach bzw. nicht in allen drei Merkmalen

Sorgenbezogenes Vermeidungsverhalten

Als Reaktion auf und Vorbeugung von Sorgen wird typisches Vermeidungs- und Rückversicherungsverhalten entwickelt, zum Beispiel:

- keine Nachrichten sehen, hören oder lesen
- Rechnungen nicht öffnen
- häufige Telefonate mit Familienmitgliedern
- Telefon nicht abnehmen
- übertriebene Rücksprache mit Anderen
- nicht mit dem Auto fahren

Generalisierte Angststörung: Einige klinische und epidemiologische Merkmale

- Vorkommen: Lebenszeitprävalenz 3-5%; Punktprävalenz 1-3%; ↑ bei Frauen (etwa 2:1); ↑ bei älteren als bei jüngeren Personen; ↑ bei unverheirateten Personen und bei geringem sozioökonomischen Status
 - Verlauf: Onset manchmal schon vor 20. Lj.; bei Frauen früher als bei Männer; oft schon lange vor Störungsbeginn ängstlich und nervös, dann schleichender Beginn; später meist chronisch-progredienter Verlauf
 - Beeinträchtigungen: meist ↓ als bei anderen Angststörungen; ↓ Inanspruchnahmeverhalten als PAN; ↓ Häufigkeit in stationären Einrichtungen
 - Ärztliche Primärversorgung: ↑ Inanspruchnahme
-

Generalisierte Angststörungen in der Hausarztpraxis

Hausärzte sind Gatekeeper: Kennen und erkennen sie GAD? Führen sie die richtige Behandlung durch?

Einige Ergebnisse der Dresdner Hausarztstudie GAD-P von Wittchen et al. (2000)

GAD-P = Generalized Anxiety and Depression in Primary Care

20.243 erwachsene Patienten sowie ihre Hausärzte befragt

Wie war das Studiendesign der GAD-P?

- zunächst wurde eine bundesweite Zufallsauswahl von allgemeinärztlichen Praxen ausgewählt
- Arzt- und Praxismerkmale sowie weitere Informationen wurden erhoben (Praxiserhebungsbogen)
- anschließend wurden die Praxen vorbereitet auf den Stichtag
- an diesem Stichtag wurden alle Patienten mit einem Patientenfragebogen (inhaltlich bezogen auf generalisierte Angst, Depression, andere Beschwerden, biosoziale Merkmale) und alle Ärzte mit einem Arztfragebogen (inhaltlich bezogen auf Erkennen psychischer Symptomatik, Diagnosestellung und Therapieentscheidungen) befragt
- es erfolgten schließlich klinische Validierungsuntersuchungen

Was war der Anlass des Arztbesuches?

58,2% waren wegen körperlicher Krankheiten gekommen, 24,9% wegen Schmerzen, 23,5% wegen anderer Probleme, 10,1% wegen Schlafproblemen, 6,5% wegen Depressionen, 3,7% wegen anderer psychischer Probleme und 5,2% wegen Angstproblemen (Mehrfachangaben waren möglich).

Wie schätzten die Ärzte ihre Kompetenz hinsichtlich Erkennen, Diagnostik und Intervention bei generalisierter Angst und Depression ein?

Generell wurden die Kompetenzen bzgl. Depression höher eingeschätzt als bzgl. generalisierter Angst; 64,3% gaben an, Depression erkennen und diagnostizieren zu können, 55,7% schätzten ihre entsprechenden Kompetenzen bzgl. generalisierter Angst ein; dagegen gaben nur rund 20-25% an, bei diesen Störungsbildern psychotherapeutisch kompetent zu sein.

Wie häufig waren die psychischen Beschwerden am Stichtag?

- Symptome einer generalisierten Angststörung hatten 21,7%, die entsprechende Diagnose erhielten allerdings nur 5,3%
- am stärksten ausgeprägt waren Symptome und Diagnosen in der Altersgruppe der 30-59jährigen
- eine „reine“ (d.h. ohne Komorbidität) generalisierte Angststörung hatten 3,8%, eine „reine“ depressive Störung 4,4%; dagegen hatten 1,6% die Komorbidität von beiden Störungen

Wie gut oder schlecht konnten die Ärzte die Störungen tatsächlich erkennen?

Die korrekte Diagnose wurde in 55,6% der depressiven Störungen, aber nur in 30,9% der generalisierten Angststörungen durch die Hausärzte gestellt.

Zum Onset der generalisierten Angststörung

Nach einer Studie von Wittchen et al. (1999) anhand von Daten des National Comorbidity Survey (NCS): Angststörungen beginnen deutlich früher als Major Depression; bei der generalisierten Angststörung ist es so, dass diese im Gegensatz zu den meisten anderen Angststörungen nur selten vor dem 25. Lebensjahr beginnen, besonders bei Männern; es zeigt sich ein starker Anstieg nach dem 35. Lebensjahr, wobei die Störungen dann bei Frauen deutlich früher einsetzt als bei Männern.

Komorbidität bei der generalisierten Angststörung

Reine GAD sehr selten: Bei etwa 90% Komorbidität mit mindestens einer weiteren psychischen Störung

Häufigste Komorbiditäten: mit anderen Angststörungen ~ 60%, depressiven Störungen ~ 60%, somatoformen Störungen ~ 15%, Essstörungen ~10%, Störungen mit Substanzen ~10%.

Bei komorbiden Persönlichkeitsstörungen am häufigsten vermeidend-selbstunsichere Form Personen mit GAD weisen durchschnittlich 3-4 weitere psychische Störungen auf

Diagnostische Instrumente

Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)	Meyer et al. (1990); dt.: Stöber (1995)	16 Items (S)	Einfaktorielle Struktur mit Häufigkeit, Exzessivität und Kontrollierbarkeit von Sorgen
Anxiety Screening Questionnaire (ASC-15)	Wittchen & Pfister (1997)	15 Items (S)	Einfaches Screening für aktuelle Angst- und depressive Störungen
Anxiety Thoughts Inventory (AnTI)	Wells (1994); dt.: Hoyer et al. (1998)	22 Items (S)	3 Faktoren: Besorgnis über soziale Bewertungen; Gesundheits Sorgen; Sorgen über Sorgen („meta worries“)
Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-Q-IV)	Newman et al. (2001)	9 Items (S)	Erfassung von klinischen Symptomen der GAD nach DSM-IV
Metakognitionsfragebogen (MKF)	Cartwright-Hatton & Wells (1997); dt. Hoyer & Gräfe (1999)	65 Items (S)	5 Faktoren: Positive Annahmen, Unkontrollierbarkeit/Gefahr; Kognitive Konfidenz; Verantwortung/Bestrafung; Kognitive Selbstbewusstheit
Worry Domains Questionnaire (WDQ)	Tallis et al. (1992); dt.: Stöber (1995)	25 Items (S)	5 Bereiche: Beziehungen zu anderen; Geringes Selbstvertrauen; Ziellose Zukunft; Inkompetenz bei der Arbeit; Finanzen

Entstehungsbedingungen und Störungsmodelle der generalisierten Angststörung

Gedankenexperiment

(kann in der Therapie zur Demonstration eingesetzt werden)

Person wird aufgefordert, für einen bestimmten Zeitraum nicht an ein bestimmtes Thema zu denken; meist wird die Erfahrung gemacht, dass dies nicht möglich ist.

Entstehung und Aufrechterhaltung

Biologische Faktoren

- Biologische Vulnerabilität zur Entwicklung pathologischer Angst, z.B. Störungen der Transmittersysteme (GABA, Noradrenalin, Serotonin)
- Hinweise auf genetische Faktoren, jedoch sind entsprechende Studien aufgrund methodischer Mängel nur begrenzt aussagefähig (Noyes et al. 1987; Kendler et al. 1992)

Kritische Lebensereignisse

- Traumatische und belastende Ereignisse
- Stress (Daily Hazzles)

Kognitive Faktoren

- Schnelleres Entdecken von „Bedrohungen“
- Selektive Aufmerksamkeit gegenüber Gefahrenreizen

Psychologisch-kognitives Modell (Diathese-Stress-Modell)

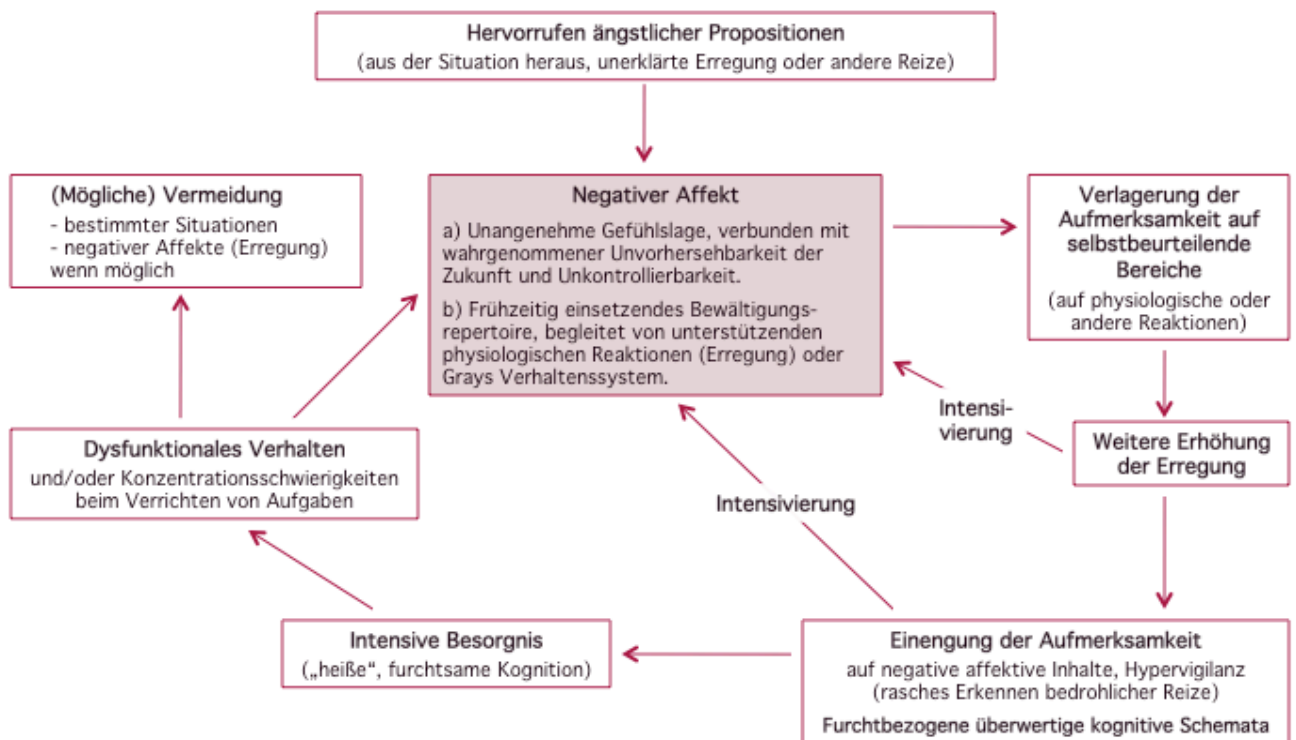
Modell der ängstlichen Erwartung nach Barlow (1988, 1991):

Generelle ängstliche Erwartungshaltung mit (a) Vigilanz/Erregung, (b) Gefühl von Kontrollverlust, (c) unangemessener Aufmerksamkeitsausrichtung => es wird ein Teufelskreis in Gang gesetzt, der die Störung aufrechterhält

Probleme in der Informationsverarbeitung bei Sorgen und generalisierter Angststörung

Informationsverarbeitung	Merkmale
Aufmerksamkeitsbias	❖ Aufmerksamkeitsausrichtung auf Gefahr und Bedrohung
Interpretationsbias	❖ Negative Ereignisse werden als wahrscheinlich wahrgenommen ❖ Mehrdeutige Situationen werden als bedrohlich interpretiert
Gedächtnisbias (implizites, nicht explizites Gedächtnis)	❖ Bedrohliche Informationen werden schneller enkodiert als nichtbedrohliche Informationen
Geringe Problemorientierung	❖ Geringeres Vertrauen in die Problemlösung ❖ Geringere wahrgenommene persönliche Kontrolle
Inadäquate Problemlösung	❖ Längere Entscheidungsprozesse ❖ Umfangreicheres Sammeln von Beweisen ❖ Mehr abstrakte als konkrete Problemelaborationen

Störungsmodell von Barlow (1988)



Theoretisches Prozessmodell der Generalisierten Angststörung nach Barlow (1988)

Therapie der generalisierten Angststörung

Kognitive Verhaltenstherapie

Komponenten:

- Allgemeine Informationsvermittlung
- Sorgenkonfrontation (in sensu)
- Konfrontation (in vivo)
- Angewandte Entspannung
- Aktivitätsaufbau, Stärkung des Selbstvertrauens
- Rückfallprophylaxe

Informationsvermittlung

- Was ist Angst?
 - Funktionen der Angst (Überlebensfunktion, Signalcharakter)
 - 4 Ebenen der Angst: Kognitionen, Affekt, physiologische Reaktion, Verhalten
- Was ist eine Generalisierte Angststörung?
 - Starke unangemessene Angst, die mit körperlichen Symptomen und Sorgen einhergeht und zu Beeinträchtigungen im Alltag führt. Angststörungen sind weit verbreitet
- Wie entsteht eine generalisierte Angststörung?
 - Vulnerabilitäten (Genetik, Gelerntes)
 - Auslöser (Lebensereignisse, Stress, Belastungen)
- Einführung der Selbstbeobachtung
 - Wichtigkeit vermitteln
 - Tagebuch einführen

Sorgenkonfrontation

- Vermittlung des Rationals
 - Ablenkung und Vermeidung von Sorgen zeigt nur kurzfristige Erleichterung, aber langfristig ⇒ Aufrechterhaltung der Sorgen
 - Auseinandersetzung mit Sorgen führt zu Habituation und langfristig ⇒ Verringerung der Sorgen
 - Sorgenkonfrontation
 - Vorbereitung: Sorgenhierarchie erstellen, Vorstellungsszene mit dem schlimmstmöglichen Ausgang einer wichtigen Sorge entwickeln
 - Durchführung: Konzentration auf das schlimmste Szenario für 15-30 Minuten (+ Ratings von Lebendigkeit der Vorstellung und Angstniveau)
 - Auseinandersetzung mit dem Szenario: Kognitive Umstrukturierungstechniken werden angewandt (z.B. alternative Szenarien entwickeln, entkatastrophisieren, adäquate Wahrscheinlichkeiten bestimmen)
 - Hausaufgaben und Transfer
-

Konfrontation in vivo

- Vermittlung des Rationals
 - Vermeidungs- und Rückversicherungsverhalten hält Sorgen aufrecht und vermeidet die Erfahrung, dass Angst ohne die Verhaltensweisen zurückgeht
 - Einstellung der Verhaltensweisen führt zu Habituation
- Konfrontation in vivo
 - Vorbereitung (Hierarchie des Vermeidungs- und Rückversicherungsverhaltens, Exploration der Verhaltensweisen und Befürchtungen, Auswahl von Übungen und Planung von Hausaufgaben)
 - Durchführung (allein zu Hause)
 - Nachbesprechung in der Therapiestunde

Angewandte Entspannung

- Indikation
 - Reduktion des erhöhten Erregungsniveaus
- Vermittlung des Rationals
 - Erlernen einer Entspannungsmethode ⇒ Abbau von Ängsten und Anspannung
- Entspannungstraining
 - Lang- und Kurzform der Progressiven Muskelrelaxation (PMR)
 - Entspannung allein: Entspannung in 5-7 Minuten
 - Selbstinstruktion (Fokus: Atmung, Entspannung in 2-3 Minuten)
 - Entspannung „in allen Lagen“: in nicht belastenden Situationen (Entspannung in 1-2 Minuten)
 - Schnelle Entspannung (15-20 mal täglich in 20-30 Sekunden in nicht belastenden Situationen)
 - Angewandte Entspannung: Anwendung in Stresssituationen (erst in sensu, dann in vivo)

Pharmakotherapie

Antidepressiva

- Trizyklische Antidepressiva (z.B. Imipramin, Amitriptylin, Doxepin) bereits in niedrigen Dosen anxiolytisch und sedierend; Wirksamkeit nachgewiesen
- SSRI / SNRI

Benzodiazepine

- anxiolytische Wirkung mehrfach nachgewiesen (z.B. Lorazepam, Alprazolam)
- Buspiron (5-HT_{1a}-Agonist); Wirkung anxiolytisch, nicht aber sedierend; klare Wirkungsnachweise

Eine Therapiestudie zur Behandlung der generalisierten Angststörung

Stanley MA, Wilson NL, Novy DM, Rhoades HM, Wagener PD, Greisinger AJ, Cully JA, Kunik ME. (2009). Cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder among older adults in primary care: a randomized clinical trial. JAMA, 301, 1460-1467.

CONTEXT: Cognitive behavior therapy (CBT) can be effective for late-life generalized anxiety disorder (GAD), but only pilot studies have been conducted in primary care, where older adults most often seek treatment. OBJECTIVE: To examine effects of CBT relative to enhanced usual care (EUC) in older adults with GAD in primary care. DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS: Randomized clinical trial recruiting 134 older adults (mean age, 66.9 years) from March 2004 to August 2006 in 2 primary care settings. Treatment was provided for 3 months; assessments were conducted at baseline, posttreatment (3 months), and over 12 months of follow-up, with assessments at 6, 9, 12, and 15 months. INTERVENTION: Cognitive behavior therapy (n = 70) conducted in the primary care clinics. Treatment included education and awareness, motivational interviewing, relaxation training, cognitive therapy, exposure, problem-solving skills training, and behavioral sleep management. Patients assigned to receive EUC (n = 64) received biweekly telephone calls to ensure patient safety and provide minimal support. MAIN OUTCOME MEASURES: Primary outcomes included worry severity (Penn State Worry Questionnaire) and GAD severity (GAD Severity Scale). Secondary outcomes included anxiety ratings (Hamilton Anxiety Rating Scale, Beck Anxiety Inventory), coexistent depressive symptoms (Beck Depression Inventory II), and physical/mental health quality of life (12-Item Short Form Health Survey). RESULTS: Cognitive behavior therapy compared with EUC significantly improved worry severity (45.6 [95% confidence interval {CI}, 43.4-47.8] vs 54.4 [95% CI, 51.4-57.3], respectively; P < .001), depressive symptoms (10.2 [95% CI, 8.5-11.9] vs 12.8 [95% CI, 10.5-15.1], P = .02), and general mental health (49.6 [95% CI, 47.4-51.8] vs 45.3 [95% CI, 42.6-47.9], P = .008). There was no difference in GAD severity in patients receiving CBT vs those receiving EUC (8.6 [95% CI, 7.7-9.5] vs 9.9 [95% CI, 8.7-11.1], P = .19). In intention-to-treat analyses, response rates defined according to worry severity were higher following CBT compared with EUC at 3 months (40.0% [28/70] vs 21.9% [14/64], P = .02). CONCLUSIONS: Compared with EUC, CBT resulted in greater improvement in worry severity, depressive symptoms, and general mental health for older patients with GAD in primary care. However, a measure of GAD severity did not indicate greater improvement with CBT.

Literatur zur generalisierten Angststörung

- Barlow, D.H.: Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. New York, The Guilford Press, 1988.
- Becker, E., Margraf, J.: Generalisierte Angststörung. Ein Therapieprogramm. Weinheim, Beltz PVU, 2002.
- Wells, A.: A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. Clinical Psychology and Psychotherapy, 1999, 6, 86-95.
- Wittchen, H.-U., Hoyer, J.: Generalized anxiety disorder: Nature and course. Journal of Clinical Psychology, 2001, 62 (Suppl. 11), 15-20.

[Stand: WS 2014/15]