

## Generalisierte Angststörung

# Sorgen und Grübeln als Dauerzustand

Wer sich dauernd Sorgen macht und immer am Grübeln ist, deswegen schlecht schläft und oft auch körperliche Beschwerden hat, ist vielleicht nicht einfach ein «schwieriger Charakter», sondern hat eine generalisierte Angststörung (GAD). Am Psychiatrie und Psychotherapie Update Refresher sprach Prof. Dr. med. Katja Cattapan, stellvertretende ärztliche Direktorin am Sanatorium Kilchberg und Titularprofessorin an der Universität Bern, über Diagnostik und Therapieansätze bei der GAD.

Kongressbericht | Dr. med. Kathrin Huser

● «Eine generalisierte Angststörung wird häufig durch eine Depression oder eine somatoforme Störung maskiert und wird als Charakterzug mit hohem Leidensdruck, aber nicht als Krankheit wahrgenommen», erklärte Prof. Cattapan die Schwierigkeit bei der Diagnose der GAD. Das Leitsymptom der GAD besteht darin, dass sich die Betroffenen übermässige Sorgen machen. Die Patient:innen denken sehr viel über ihre Künnernisse nach, ohne zu einer Lösung zu gelangen. Durch das viele Sich-Sorgen-machen fühlen sich die GAD-Betroffenen auf unangenehme Ereignisse vorbereitet, und im Sinne von magischem Denken überlegen sich die Betroffenen: «Wenn ich mir das alles ausmale, dann passiert es vielleicht nicht.» Typisch ist ein Absicherungs- und Vermeidungsverhalten, da die Ängste in der Regel nicht anfallsartig auftreten, sondern als unterschwelliger Dauerzustand präsent sind.

### Diagnose mit Fragebogen

Als patientenzentriertes Screening-Tool empfiehlt Prof. Cattapan den *Patient Health Questionnaire for Depression and Anxiety (PHQ4)*. Dieser Fragebogen besteht aus vier Fragen; das Resultat vermittelt einen ersten Eindruck, ob depressive oder angstrelevante Kriterien vorhanden sind. Fällt der Test positiv aus, fällt die betroffene Person in einem zweiten Schritt das *Generalised Anxiety Disorder Assessment (GAD-7)* aus<sup>2</sup>. «Daraus resultiert ein gutes Bild, ob es sich bei den vorliegenden Symptomen um eine GAD handeln könnte und wie ausgeprägt sie ist.» Um die Diagnose stellen zu können, müssen gemäss ICD-10 die Symptome über mindestens sechs Monate bestehen und mindestens ein vegetatives Symptom (Palpitationen, Schweissausbrüche, Tremor, Mundtrockenheit) muss vorhanden sein.

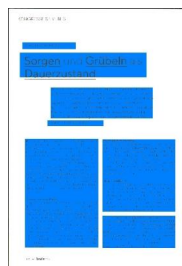
### Frauen häufiger betroffen

Die Lebenszeitprävalenz der GAD beträgt 6%, Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer. Die Diagnose wird meist im Alter zwischen 30 und 45 Jahren gestellt. «In diesem Alter haben die Menschen oft viel Verantwortung», so die Referentin, «was dazu führen kann, dass die Symptomatik exazerbiert und erstmals klinisch deutlich in Erscheinung tritt.» Die Erkrankung tritt aber in jedem Alter auf. In der retrospektiven Betrachtung waren GAD-Patient:innen oft bereits in der Kindheit oder Jugend besorgter als andere Menschen.

### Hohe Komorbidität

Menschen mit einer GAD haben eine sehr hohe Rate an Komorbiditäten. 93% der Patient:innen leiden an zusätzlichen psychischen Störungen, in fast 79% der Fälle an depressiven Störungen. Die Hälfte der Betroffenen hat zusätzlich somatoforme Störungen. «Insgesamt wird die korrekte Diagnose zu selten gestellt», sagte die Referentin, «denn die somatoformen und depressiven Störungen entwickeln sich sekundär auf dem Boden einer nicht diagnostizierten und nicht therapierten GAD.»

Angstsymptome sind sehr physisch ausgeprägt, deshalb ist es wichtig, vor Beginn einer Therapie eine gute somatische Differenzialdiagnostik zu machen. Viele Patient:innen klagen über körperliche Symptome wie Atemnot, Angina pectoris, Schwindel, Kopfschmerzen oder Rückenschmerzen. Körperbezogene Ängste sind ein bedeutender Bestandteil der GAD, deshalb wünschen viele Patient:innen eine gründliche somatische Abklärung. Diese ist zwar wichtig, darf aber nicht zum Aufschieben der Verhaltenstherapie führen. Was und wie abgeklärt werden soll, hängt von



den Symptomen ab. Diagnostische Massnahmen müssen mit den Patient:innen vorgängig besprochen werden. Dabei gilt es auch, klare Limiten zu setzen und technische Untersuchungen nicht zur Beruhigung anzubieten.

«75% der Menschen mit einer Angsterkrankung leiden unter einer Schlafstörung. Der Grund dafür liegt meistens im exzessiven Grübeln», erklärt die Referentin. Für eine erfolgreiche Behandlung ist zentral, dass die Insomnie von der Therapeutin resp. dem Therapeuten aktiv thematisiert und als einzelner Baustein der GAD betrachtet wird.

#### Pharmakotherapie

Die S3-Leitlinien zur Therapie der GAD empfehlen entweder eine Pharmako- oder eine Psychotherapie<sup>3</sup>. «Entscheidend sind die Patientenpräferenz und die Schwere der Symptome, aber auch die Verfügbarkeit von spezialisierten Psychotherapeut:innen», sagte Prof. Cattapan. Für die medikamentöse Therapie empfahl sie SSRI, SNRI oder Pregabalin<sup>2</sup>. In den Empfehlungen der *World Federation of Societies of Biological Psychiatry* wird auch darauf hingewiesen, dass es Wirksamkeitsnachweise für Quetiapin gibt<sup>4</sup>. Unterstützend können auch die alternativmedizinischen Substanzen Ashwagandha oder Lavendelöl wirken. Beim Verschreiben von Benzodiazepinen ist Vorsicht geboten. Sie sollten nicht als Dauertherapie und nicht zur Schlafregulierung eingesetzt werden, sondern einzig Krisensituationen vorbehalten sein.

#### Psychotherapie

Die klassische kognitive Verhaltenstherapie gilt als Erstlinientherapie bei der GAD, ist aber deutlich weniger wirksam als bei der Panikstörung. Grund dafür ist die fehlende Berücksichtigung von interpersonellen Aspekten, Kindheitsbelastungen und Resilienzfaktoren. Angstpatient:innen sind häufig unsicher gebunden, deshalb sollten Bindungs- und Beziehungserfahrungen in der Kindheit bei der Psychotherapie beachtet werden. Die frühen psychosozialen Prägungen führen zu einer Unsicherheitsintoleranz und dazu, dass sich die Patient:innen auf das Erkennen von potenziellen Gefahren spezialisieren. Das unsichere Bindungs-

verhalten führt zur Affektunterdrückung, Konfliktvermeidung und Verleugnung. Aus psychodynamischer Sicht zeigen die Betroffenen häufig Ich-strukturelle Defizite, können sich also schlecht selbst beruhigen. Die Patient:innen haben ein hohes Bedürfnis nach Sicherheit und zeigen in Beziehungen ambivalente Verhaltensmuster zwischen Anklammern und Autonomiebestrebungen. Spannungen und Konflikte werden generell vermieden, was zur Ausbildung von (somatischen) Symptomen führt. Die Patient:innen machen sich viele Gedanken um mögliche Szenarien, lassen aber Emotionen nicht zu.

Die Psychotherapie hat zum Ziel, proaktive Verhaltensweisen im Sinne von veränderungs- und zukunftsorientierten Handlungen zu fördern. «Die Patient:innen sollen ihre Symptome verstehen, die somit 'entängstigt' werden», so die Referentin. Es gilt zu erkennen, dass die Sorgen als Schutz vor unangenehmen Gefühlen dienen. Das Führen eines Sorgetagebuchs kann hilfreich sein, um Muster zu erkennen und Selbstreflexion zu üben.

#### Bewegung und Entspannung

Sport und Bewegung können einen wichtigen Einfluss haben, vor allem auf die vegetative Symptomatik. Die pro- und antiinflammatorischen Zytokine sind bei Patient:innen mit ganz frühen negativen Prägungen und Bindungen stark in Dysbalance. Dies scheint auch die Erklärung für chronische Rücken- oder Kopfschmerzen zu sein. Durch regelmässige körperliche Betätigung kann das Gleichgewicht wiederhergestellt werden. Entspannungstechniken wie die progressive Muskelentspannung können ebenfalls unterstützend wirken. Prof. Cattapan empfahl, diese aber erst im Verlauf einzusetzen, da viele Patient:innen zu Beginn einer Therapie nur schwer entspannen und loslassen können.

Mit engmaschiger therapeutischer Begleitung Schritt für Schritt aus dem Strudel der Angst herauszukommen und den Blick nach innen zu fördern – das ist gemäss Prof. Cattapan der Weg zum Erfolg bei der GAD-Behandlung. ○

Quelle | Vortrag «Generalisierte Angststörung», Psychiatrie und Psychotherapie Update Refresher, Zürich, 2. Dezember 2023.

#### Bibliografie

<sup>1</sup>Kroenke K, et al: An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics* 2009; 50(6): 613–621.

<sup>2</sup>Spitzer R, et al: A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006; 166(10): 1092–1097.

<sup>3</sup>S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen, 2.0 (2021).  
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-028>.

<sup>4</sup>World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for treatment of anxiety, obsessive-compulsive and posttraumatic stress disorders – Version 3, Part I: Anxiety disorders. *World J Biol Psychiatry* 2023; 24(2): 79–117.

