

Angst essen Seele auf – die generalisierte Angststörung

Basiswissen für Patienten und Ärzte

Stichpunkte aus medizinischen Publikationen
Stand Januar 2008

Zusammengestellt v. H.Kottke

Zentrales Kriterium für die Diagnose einer **generalisierten Angststörung (GAS)** ist das Merkmal „**pathologische Sorge**“. Wenn Ausmaß und Intensität der Sorgen als unangemessen bewertet werden können und hierdurch eine deutliche Beeinträchtigung des Alltags erlebt wird, kann von pathologischen Sorgen gesprochen werden.

Der Patient muss primäre Symptome von Angst an den meisten Tagen, mindestens mehrere Wochen lang, meist mehrere Monate, aufweisen. In der Regel sind folgende **Einzelsymptome** festzulegen:

1. Befürchtungen (Sorge über zukünftiges Unglück, Nervosität, Konzentrationsschwierigkeiten usw.)
2. motorische Spannung (körperliche Unruhe, Spannungskopfschmerz, Zittern, Unfähigkeit, sich zu entspannen)
3. Vegetative Übererregbarkeit (Benommenheit, Schwitzen, schneller Herzschlag oder schnelles Atmen, Oberbauchbeschwerden, Schwindelgefühle, Mundtrockenheit usw.)

Zentrales Merkmal: **pathologische Sorgen**

- Negative Gedanken um Gesundheit, Finanzen, Familie, soziale Beziehungen usw.
- Nicht realistisch, das Maß überschreitend (an den meisten Tagen oder Wochen)
- Nicht kontrollierbar
- Über mindestens 6 Monate

Begleitsymptome (bei GAS mindestens 3 von 6)

- Reizbarkeit
- Ruhelosigkeit
- Schlafstörungen
- Konzentrationsstörungen
- Leichte Ermüdbarkeit
- Muskelspannung

Die meisten Patienten stellen sich mit dieser Symptomatik nicht beim Psychiater oder Psychotherapeuten, sondern beim **Hausarzt** oder **Internisten** vor.

Die Differentialdiagnose, insbesondere die Abgrenzung zu depressiven Störungen ist schwierig. Patienten mit einer **generalisierten Angsterkrankung (GAS)** weisen eine hohe Miterkrankung (Komorbidität) von bis zu 60% mit einer aktuellen oder lebenszeitlich **depressiven Störung** auf. Die Komorbidität mit anderen Angststörungen ist hoch, eine Studie ermittelte einen Wert von 55,9%.

Charakteristisch ist ein **Erstmanifestationsalter** mit frühem Beginn in Kindheit und Jugend bzw. im frühen Erwachsenenalter, was auch ein wichtiges differentialdiagnostisches Merkmal zu depressiven Störungen darstellt.

Der **Verlauf** kann sehr unterschiedlich sein: Typisch sind insbesondere **chronische** Verlaufsformen; daneben werden auch Krankheitsphasen mit längeren symptomfreien oder symptomarmen Intervallen oder subklinische Verläufe beschrieben.

Nur jeder vierte Patient mit generalisierter Angststörung wird adäquat (ausreichend) medikamentös behandelt!!!

Ca. 40% wurden mit **Anxiolytika** (angstdämpfende Medikamente) therapiert, jedoch nur 25% mit einer Minimaldosierung und –dauer. Weniger als ein Drittel der Patienten wurde adäquat (ausreichend) psychotherapeutisch oder medikamentös behandelt. Eine gezielte **kognitive Verhaltenstherapie (VT)** wurde nur selten eingesetzt.

Therapieansätze:

In der Therapie der generalisierten Angststörung (GAS) wirken am Besten verschiedene **Psychopharmaka** sowie die kognitive **Verhaltenstherapie (VT)**.

Da die generalisierte Angststörung (GAS) vielfältige Ursachen haben kann, sollte man verschiedene Therapieansätze integrieren. Beide Therapieansätze versprechen bei richtiger Durchführung deutliche Therapieeffekte. Die Möglichkeiten der Pharmakotherapie werden häufig unterschätzt, die der Psychotherapie eher überschätzt.

Medikamente:

Mittlerweile steht eine Vielzahl von Medikamenten aus unterschiedlichen Substanzklassen zur Verfügung. **Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI)** und **selektive Noradrenalinwiederaufnahmehemmer (SNRI)** sind dabei erste Wahl.

Auf den Einsatz von SSRI und SNRI in der Akuttherapie der generalisierten Angsterkrankung (GAS) sprechen zwischen 45 und 68% (50% ige Symptombesserung) der Patienten an (Remissionsraten zwischen 36 und 73%).

Mit einem **Wirkungseintritt** ist nach zwei bis drei Wochen zu rechnen.

Mögliche Nebenwirkungen:

- Unruhe und Nervosität
- Schlafstörungen
- Sexuelle Funktionsstörungen

Neben den SSRI und SNRI kann man **Buspiron**, **Opipramol** oder **Pregabalin** geben.

Der Einsatz der meist verordneten **Benzodiazepine** (z.B. Valium) ist **nicht** gerechtfertigt. Nur in der Akutphase (max. 2 Wochen) kann man sie geben. Ihre Wirkung lässt mit der Zeit nach und ein hohes Suchtpotential ist gegeben.

Atypische Neuroleptika können zur Behandlung in schweren Fällen zum Einsatz kommen.

Klassische Neuroleptika, insbesondere Depotneuroleptika, sind **keinesfalls** gerechtfertigt.

Standardpharmakotherapie der generalisierten Angststörung (GAS)

Substanzklassen	Substanzen	GAS
SSRI	Paroxetin	++
	Citalopram	++
	Sertalin	+
	Fluoxetin	
SNRI	Venlafaxin (Trevilor)	++
Trizykl. AntiDepressiva	Imipramin	+
Benzodiazepine (s.o.)	Alprazolam	+
	Diazepam	+
	Lorazepam	+
α -1-Agonist	Buspiron	++
Andere AntiDepressiva	Opipramol	++
α -2-Delta-Ligand	Pregabalin	++
Atypische Neuroleptika	Aripiprazol Risperidon	

++ Zulassung erfolgt bzw. beantragt + mehrere kontrollierte Studien

Psychotherapie

Die **kognitive Verhaltenstherapie (VT)** bzw. Kombinationen aus spezifischem „Sorgetraining“ und Entspannungstechniken wurden in klinischen Studien auf ihre Wirksamkeit untersucht.

Bei über 50% wurden in der Kurzzeittherapie klinische Effekte nachgewiesen, bis zu 40% erreichten Symptombefreiheit.

Kombinationen von **psychotherapeutischen Verfahren** und **Psychopharmakotherapie** entsprechen dem Grundmodell einer integrativen neurobiologischen Therapie von Angststörungen und werden in der klinischen Praxis mit Erfolg eingesetzt.

Fazit

Die Psychopharmakotherapie mit verschiedenen zugelassenen Medikamenten sowie die Psychotherapie (insbesondere Verhaltenstherapie) versprechen bei sachgerechter Anwendung gute Behandlungserfolge.