

## DIE GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG – STATE OF THE ART

### GENERALIZED ANXIETY DISORDERS – STATE OF THE ART

*Eni S. Becker und Birgit Nündel*

#### Zusammenfassung

Patienten mit einer Generalisierten Angststörung (GAS) leiden unter chronischer, anhaltender Angst, in deren Mittelpunkt ausgeprägte Sorgen stehen. Diese werden als schwer zu kontrollieren erlebt und gehen mit einem hohen Anspannungsniveau und einigen körperlichen Symptomen einher. Die GAS ist eine häufige Störung, die von den Betroffenen als sehr belastend erlebt wird. Doch bis heute gibt es nur wenige Therapiestudien zur GAS, die im allgemeinen geringere Erfolge aufweisen als spezifische Therapien, die bei anderen Angststörungen zum Einsatz kommen. Es gibt derzeit zwei neuere Ansätze, die besonders viel versprechend sind. Zum einen die Konfrontation in sensu mit den Sorgeninhalten, zum anderen die angewandte Entspannung nach Öst. Beide können mit kognitiv orientierten Interventionen kombiniert werden. Beide Behandlungsansätze werden ausführlicher dargestellt.

**Schlüsselwörter** Generalisierte Angststörung – Konfrontation in sensu – Angewandte Entspannung

#### Summary

Patients with Generalized Anxiety Disorder (GAD) suffer from chronic anxiety. A central feature are worries which are conceived as uncontrollable, and are accompanied by high arousal and a number of bodily symptoms. GAD is highly prevalent, and the impairment is considerable. There is a lack of therapy studies concerning GAD. Results have shown that the therapy outcome is not as good as for phobias or panic disorder. Two new interventions are especially promising: worry confrontation in sensu and applied relaxation by Öst. Both may be combined with cognitive therapy interventions. These therapy strategies will be explained in greater detail.

**Keywords** Generalized Anxiety disorder – confrontation in sensu – applied relaxation

#### Einleitung

Ängste und Angststörungen sind ein weit verbreitetes Problem. In den letzten Jahrzehnten gab es rasante Entwicklungen, die das Verständnis für die Entstehung und Aufrechterhaltung solcher Störungen sowie die Möglichkeit der Behandlung grundlegend verbessert haben. Seit geraumer Zeit werden Phobien, also Ängste vor einer bestimmten Situation oder einem Objekt, von Angstzuständen unterschieden, die nicht durch eindeutige Auslöser gekennzeichnet sind. Die beiden Angststörungen, die in diese Kategorie fallen, sind die Panikstörung und die Generalisierte Angststörung (GAS). Beide waren lange deutlich weniger erfolgreich zu behandeln als die Phobien. Seit etwas mehr als einem Jahrzehnt gibt es sehr wirksame Interventionen für die Panikstörung, ihre Behandlung gilt inzwischen geradezu als "Paradepferd" der psychologischen Therapien. Die GAS blieb jedoch ein "Stiefkind" – sowohl für die Forschung als auch für die Therapie. Bis heute fehlt es an empirisch belegten Behandlungsmöglichkeiten (Ruhmland und Margraf, 2001). Dabei ist die GAS keine seltene Störung und ihr Verlauf ist ungünstig. Die Lebenszeitprävalenz liegt bei ca. 5% (Blazer et al., 1991; Wittchen et al., 1994). Die Störung setzt langsam ein und bleibt häufig chronisch bestehen, es kommt allerdings zu Fluktuationen (Warschawa et al., 1994; Wittchen et al., 1994). Die Komorbidität mit anderen psychischen Störungen liegt bei ca. 85% (Brown

et al., 1993). Auch körperliche Probleme, wie z.B. kardiovaskuläre Erkrankungen, können begleitend auftreten (Newman, 2000). Die GAS hat somit sehr starke Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen und geht mit einer häufigen Nutzung ärztlicher Einrichtungen einher (Satorius et al., 1996). Seit kurzem gibt es therapeutische Ansätze, die zu der Hoffnung berechtigen, dass auch die GAS erfolgreich behandelt werden kann. Der folgende Artikel soll einen Überblick über den derzeitigen Forschungsstand geben, wobei insbesondere auf die Vorstellung neuer Therapiemöglichkeiten eingegangen wird.

#### Erscheinungsbild

Patienten mit einer GAS leiden unter chronischer anhaltender Angst. Dieses Gefühl begleitet sie den ganzen Tag, so dass sich die Betroffenen permanent angespannt und nervös fühlen. Die Angst kann dabei in ihrer Intensität wechseln. In Zeiten starker Beanspruchung, aber paradoxerweise auch in Zeiten der Ruhe, kann die Angst stärker werden, da nun Gelegenheiten zum Nachdenken und Grübeln bleibt. 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, so gibt es eine ganze Reihe von Reizen, die die Ängste auslösen, z.B. Telefonate, Nachrichten, das Geräusch von Sirenen oder auch die Sorgen an sich.

Die exzessiven Sorgen stehen im Mittelpunkt der GAS. Die Betroffenen klagen, sich ständig zu sorgen und darüber keine Kontrolle mehr zu haben. Es gelingt ihnen nicht, sich abzulenken oder an etwas anderes zu denken. Borkovec et al. (1983, S.10) definieren Sorgen als "eine Kette von Gedanken und Vorstellungen, mit negativen Affekt einhergehend und relativ unkontrollierbar. Der Sorgenprozess repräsentiert den Versuch einer mentalen Problemlösung, deren Ausgang unsicher ist, aber die Möglichkeit eines negativen Ausgangs beinhaltet" (Übersetzung nach Becker und Margraf, 2002). Den Sorgen wird die Funktion der Antizipation zukünftiger Gefahren und einer Verbesserung der Vorbereitung auf mögliche aversive Ereignisse zugeschrieben. Doch bei Patienten mit einer GAS haben die Sorgen diese Funktion verloren. Unangenehme Ereignisse werden immer wieder gedanklich durchgespielt, dabei liegt der Fokus auf negativen Aspekten und möglichem Versagen. Die Betroffenen verbringen viel Zeit damit, sich um Dinge zu sorgen, deren Eintreten sehr unwahrscheinlich ist. Zudem ist dieser Prozess nicht lösungsorientiert, oft wird keines der Probleme zu Ende gedacht. Mit zunehmender Auseinandersetzung mit den Sorgen steigt die Angst, und das Thema wird gewechselt. Diese Verkettung von sorgenvollen Gedanken und dem Vermeiden von einer Sorge durch gedankliches Springen zur nächsten ist ein wesentliches Merkmal der Störung. Bei den Betroffenen entsteht dadurch der Eindruck, einer überwältigend großen Zahl anstehender Probleme gegenüberzustehen; ein Gefühl der Hilflosigkeit setzt ein. Inhaltlich unterscheiden sich die Sorgen von Betroffenen kaum von denen, die jeder von uns kennt. Sie beziehen sich auf verschiedene Lebensbereiche, drehen sich um persönliche Beziehungen, die Arbeit oder auch finanzielle Angelegenheiten (Craske et al., 1989). Die Betroffenen empfinden die Sorgen als exzessiv, aber nicht unbedingt als unrealistisch (Craske, et al., 1989; Hoyer et al. 2001), besonders häufig wird dabei ein Kontrollverlust beklagt. Deutliche Auffälligkeiten von Patienten mit GAS lassen sich in der Dauer des Sorgens finden. So zeigen Studien, dass sich Betroffene durchschnittlich sechs Stunden am Tag mit Sorgen beschäftigen, gesunde Personen, aber auch Sozialphobiker, hingegen ca. eine Stunde pro Tag (Hoyer et al., 2001).

Obwohl selten davon berichtet wird, zeigen auch Patienten mit GAS das für Angsterkrankungen typische Vermeidungsverhalten. Die Betroffenen vermeiden potenziell bedrohliche Gedanken, Situationen und Objekte, z.B. werden Rechnungen nicht mehr geöffnet oder das Lesen von Zeitungen unterlassen. Das Rückversicherungsverhalten ist eine weitere wichtige Verhaltensweise, die in diesem Rahmen auftritt. Auf der Suche nach Beruhigung telefonieren die Patienten mit Bezugspersonen, fragen ständig, ob alles in Ordnung ist, oder treffen Entscheidungen nur nach Rücksprache. Ähnlich wie im Rahmen von Zwangserkrankungen reduzieren die rückversichernden Informationen kurzfristig die Angst, aber bald sinkt das Vertrauen in diese Informationen wieder, und es kommt erneut zu Ängsten.

Die Ängste und Sorgen der Patienten werden von einem hohen Anspannungsniveau und einer Vielzahl körperlicher Beschwerden begleitet. Dabei stehen Symptome, die durch eine starke Aktivierung des zentralen Nervensystems hervorgeru-

fen werden können, im Vordergrund (Noyes, et al., 1992). Vor allem klagen Patienten über Schlafschwierigkeiten, Ruhelosigkeit, Muskelverspannungen, Konzentrationsstörungen, leichte Ermüdbarkeit und erhöhte Reizbarkeit. Auch Übelkeit und Kopfschmerzen, teilweise durch die erhöhte Anspannung hervorgerufen, können vermehrt auftreten (Nisita et al., 1990). So kommt es häufig vor, dass sich Betroffene bei Ärzten nicht aufgrund ihrer Ängste, sondern wegen Erschöpfung, Überforderung und allgemeiner körperlicher Stresssymptome vorstellen. Nicht wenige von ihnen schildern kaum konkrete Sorgen, sondern berichten ausschließlich von körperlichen Symptomen wie starker innerer Unruhe, belastender Nervosität, einem Gefühl, ständig "auf dem Sprung" zu sein, Unfähigkeit zu entspannen oder Schlafschwierigkeiten. In solchen Fällen ist die Störung nicht leicht zu erkennen.

### Erklärungsansätze

Es besteht allgemeiner Konsens, dass psychische Störungen durch das Zusammenspiel einer Vielzahl von Faktoren bedingt sind. Dabei werden Vulnerabilitätsfaktoren und auslösende Faktoren unterschieden, welche im Zusammenhang mit der Entstehung einer psychischen Störung stehen. Gerade für die Ableitung wirksamer Therapiekonzepte hat sich eine Erweiterung dieses Modells um aufrechterhaltende Bedingungen als nützlich erwiesen.

Eine genetische Prädisposition scheint spezifisch für die GAS nicht zu bestehen (Torgersen, 1983; Andrews et al. 1990; Kendler et al., 1992). Allerdings gibt es zahlreiche Hinweise, die für die Vererbung einer allgemeinen Anlage zur Ängstlichkeit sprechen. Welche Störung dann konkret ausgebildet wird, hängt wahrscheinlich von individuumspezifischen Umweltfaktoren ab (Pike und Plomin, 1996). Eltern und auch andere nahe stehende Personen vermitteln wichtige Modelle im Umgang mit Problemen und Bedrohungen und tragen somit zur Ausbildung kognitiver Schemata z.B. über eigene Kompetenzen oder auch die potenzielle Gefährlichkeit der Welt, bei. Leider fehlt es an Studien, die zu diesen Faktoren speziell für die GAS Auskunft geben könnten. Eine wesentliche Rolle der Entstehung und Aufrechterhaltung scheinen kognitive Faktoren zu spielen. Patienten mit Generalisierter Angststörung neigen dazu, Gefahrenreize besser wahrzunehmen, mehrdeutige Situationen eher als gefährlich zu beurteilen und diese als weniger kontrollierbar zu empfinden (Mathews, 1990; Williams et al., 1997). Sie schreiben sich weniger Ressourcen zu und haben eine geringere Kompetenzerwartung.

Obwohl die GAS schleichend beginnt, lassen sich spezifische Auslöser identifizieren. Aversive Ereignisse wie drohende Arbeitslosigkeit oder hohe berufliche Anforderungen können Ängste auslösen (Finlay-Jones und Brown, 1981; Blazer et al., 1987). Häufig begünstigt auch ein hohes tägliches Stressniveau den Beginn der Krankheit (Brantley et al., 1999).

In Abbildung 1 soll in einem Teufelskreismodell die Aufrechterhaltung der Störung (Becker und Margraf, 2002) veranschaulicht werden. Im Mittelpunkt des Modells stehen die Sorgen, der damit verbundene Affekt und die entsprechenden

Symptome. Spezifische äußere Reize, wie z.B. Telefonate, Zeitungsberichte oder auch innere, wie z.B. Gedanken an den nächsten Tag, können den Sorgenprozess aktivieren. Die Reize werden als bedrohlich interpretiert, die eigenen Ressourcen zur Bewältigung unterschätzt, kognitive Schemata über die Bedrohlichkeit der Situation aktiviert. Sowohl positive Annahmen (“Sorge gleich Vorsorge”) als auch negative Annahmen (“Sorgen schaden mir”), so genannte Meta-Sorgen (Wells, 1997, 1999), verstärken zusätzlich den Sorgenprozess. Die Patienten versuchen, ihre Sorgen zu kontrollieren. Diese Kontrollversuche an sich führen jedoch zum verstärkten Auftreten von Sorgen (Wegner, 1989, 1994). Damit diese Sorgen nicht zu bedrohlich werden, setzen weitere Kontrollversuche ein: Die Themen werden gewechselt bzw. die emotionale Verarbeitung möglichst vermieden. Es kommt ganz allgemein zu Vermeidungs- und Rückversicherungsverhalten. Diese Verhaltensweisen können die Sorgen weiter verstärken, vor allem wenn die Vermeidung nicht gelingt oder keine Beruhigung eintritt (z.B. weil der zu spät kommende Ehemann nicht erreicht werden kann). Sollte die Rückversicherung zunächst gelingen, hält die Beruhigung - ähnlich wie bei Zwangspatienten - nur bedingt an, die Sorgen verstärken sich schnell wieder. Durch Vermeidung, Rückversicherung und Kontrollversuche kommt es nicht zur Habituation, und der Sorgenprozess kann nicht beendet werden.

## Therapie der Generalisierten Angststörung

### Medikamentöse Behandlung

Die GAS wird häufig medikamentös behandelt. Die beiden wichtigsten Medikamentengruppen sind dabei Tranquilizer und Antidepressiva (zum Überblick: Becker, 2000). Beta-Blocker scheinen keine Auswirkung auf die Kernsymptomatik zu haben. Allerdings gibt es nicht allzu viele spezifische Studien zur Effektivität dieser Therapiemethode, wobei es vor allem an Studien mit längeren Katamnese-Zeiträumen mangelt.

Für die Akutbehandlung gilt die Wirksamkeit von Benzodiazepinen, Buspiron und Hydroxyzin als nachgewiesen. Diese Wirksamkeit ist allerdings mit einer Reihe von Nachteilen verbunden: Bei einer Subgruppe von Patienten (ca. 30%) kommt es nur zu einer unzureichenden Reduktion der Symptomatik. Eine deutliche Verbesserung tritt generell erst nach einigen Monaten der Behandlung ein. Nach dem Absetzen des Präparates kommt es häufig zu einem Rebound-Effekt, und die Rückfallraten sind hoch (vgl. dazu die Meta-Analyse von Gould et al., 1997). Außerdem sind diese Medikamente mit verschiedenen unerwünschten Nebenwirkungen verbunden. Benzodiazepine bergen zusätzlich noch die Gefahr einer Abhängigkeit und können nur kurzfristig eingesetzt werden, auch für Buspiron wird ein längerer Gebrauch nicht empfohlen. Bei einer chronischen Erkrankung ist dies immer ein entscheidender Mangel.

Vielversprechender erscheint die Behandlung mit Antidepressiva, zumal die GAS häufig von einer Depression oder depressiver Symptomatik begleitet wird. Am besten untersucht ist dabei die Wirkung des SSRI Paroxetin und des SNRI Venlafaxin. Beide bessern die Beschwerden, allerdings fehlen für eine ausreichende Bewertung Katamnesen.

### Psychotherapeutische Behandlung

In letzter Zeit erschienen eine Reihe von Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen zu kontrollierten Studien der Therapie der GAS (Borkovec und Whisman, 1996; Chambless und Gillis, 1993; Fisher und Durham, 1999; Ruhmland und Margraf, 2001). Leider liegt ihnen jedoch noch keine ausreichende Anzahl von Studien für eine befriedigende Bewertung psychotherapeutischer Ansätze zugrunde. Nur wenige Untersuchungen beruhen dabei auf der aktuellen DSM-Klassifikation, außerdem wurde bei einem Großteil der Arbeiten Komorbidität ausgeschlossen. Bei der hohen Komorbiditätsrate lässt dies eine Generalisierung der Befunde auf die psychotherapeutische Praxis problematisch erscheinen. Diese Einschränkungen sollten bei der Beurteilung der Meta-Analysen beachtet werden.

Generell sind alle untersuchten psychotherapeutischen Verfahren der Wartelisten-Kontrollgruppen-Bedingung deutlich überlegen (Borkovec und Whisman, 1996; Ruhmland und Margraf, 2001). Wenngleich auch alle mit einer Verbesserung der Symptomatik einhergehen, so unterscheiden sich doch Größe und Stabilität dieser Effekte deutlich für die einzelnen Verfahren. Sowohl die kognitive Therapie nach Beck als auch die kognitiv-behavioralen Therapien erzielen große, stabile Effekte und sind als sehr wirksam einzustufen. Am effektivsten sind dabei letztere, wobei die Erfolgsquoten jedoch niedriger sind als bei anderen Angststörungen. Verhaltenstherapeutische Einzelverfahren wie Biofeedback und Desensibilisierung sind als alleinige Verfahren nicht zu empfehlen. Besser und stabiler sind Angstmanagement und Coping Desensitization. Mit angewandter Entspannung werden große und stabile Erfolge erzielt. Die Einschätzung der nondirektiven Verfahren beruht auf nur zwei Studien. Diese beinhalten einen hohen Prozentsatz an Patienten, die schon anderweitig behandelt wurden und diese

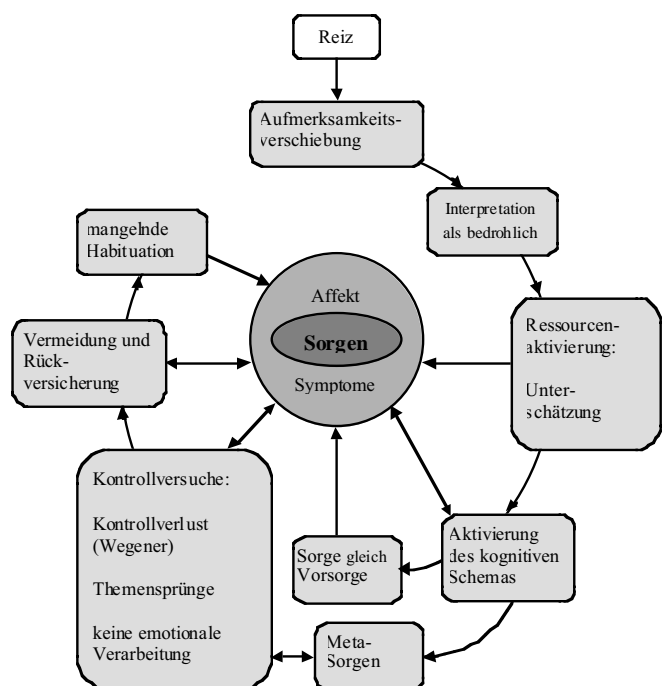


Abbildung 1: Modell der Aufrechterhaltung der GAS nach Becker und Margraf (2002)

Behandlung zusätzlich aufnahmen (Borkovec und Whisman, 1996). Nondirektive Verfahren führten zu einer Verbesserung der Symptomatik, welche allerdings nur kurzzeitig stabil bleibt. Studien aus der Psychodynamik zeigen besonders zu Therapieende hohe Effekte. Allerdings wird das Ausgangsniveau der Symptome im Vergleich mit den anderen therapeutischen Interventionen am schnellsten wiedererreicht. Bereits wenige Monate nach Therapieende liegen die Effekte unter denen der Placebo-Psychotherapiegruppe.

Abschließend ist zu sagen, dass die kognitiv-behavioralen Therapien die größten und auch anhaltendsten Erfolge erzielen, aber diese sind nicht so stabil wie bei anderen Angststörungen. Eine weitere Verbesserung dieser Verfahren ist daher dringend notwendig.

### **Medikamentöse Therapie, Psychotherapie oder Kombinationsbehandlung?**

Auch für den Vergleich medikamentöse vs. psychotherapeutische Behandlung liegen nur wenige Studien vor. Werden Verhaltenstherapie und medikamentöse Behandlung direkt verglichen, schneidet fast immer die Verhaltenstherapie besser ab, vor allem in Hinblick auf die Katamnese. Das Gleiche gilt für Meta-Analysen. Hier liegen die mittleren Effektstärken für Angst- und Depressionsmaße durchweg höher als bei medikamentösen Behandlungen (Gould et al., 1997; Ruhmland und Margraf, 2001).

Kombiniert man Pharmakotherapie mit Psychotherapie, sind einige positive Effekte denkbar. Eine psychotherapeutische Begleitung verbessert oft die Compliance für Medikamente und stellt somit sicher, dass die Medikation über den erforderlichen Zeitraum in der optimalen Dosis eingenommen wird. Auch eine Psychotherapie kann durch eine zusätzliche pharmakotherapeutische Behandlung des Patienten profitieren. In schweren Fällen kann sie sogar im Vorfeld der Therapie oder parallel notwendig sein. Aber so eine Kombinationsbehandlung hat auch Nachteile. Kritiker weisen dabei vor allem auf die Erhöhung der Rückfallgefahr nach Absetzen der Medikamente hin. Die Substanzen fördern eine passive Patientenrolle, dies steht der notwendigen aktiven Teilnahme an der Psychotherapie entgegen. Häufig führt die anfänglich schnelle Symptomreduktion (z.B. durch Benzodiazepine) dazu, dass die Motivation für eine oft anstrengende und zeitaufwendige Psychotherapie verloren geht. Dauerhafte Veränderungen im Leben des Patienten finden nicht statt. Letztendlich kann es auch vorkommen, dass Patienten die erzielten Erfolge allein auf die Medikamente zurückführen. Häufig kommt es dann zu Rückfällen, da ihnen ohne den "Schutz" des Medikamentes der Mut fehlt, die in der Psychotherapie erworbenen neuen Fähigkeiten und Fertigkeiten auch einzusetzen.

Studien, welche die Wirkung von Kombinationsbehandlungen bei Generalisierter Angststörung untersuchen, legen ein rein psychotherapeutisches Vorgehen nahe und empfehlen nur in besonders schweren Fällen, zusätzlich Medikamente einzusetzen (Power et al., 1990). In einer speziellen Meta-Analyse zum Vergleich von Psychotherapien ohne bzw. mit zusätzlichen Psychopharmaka ergab sich für erstere eine deutlich höhere Effektstärke im Prä-post-Vergleich (Ruhmland, 2001).

### **Verhaltenstherapie in der Praxis**

Im Folgenden soll das konkrete Vorgehen bei der Behandlung der GAS beschrieben werden. Dabei wird sowohl auf Konfrontationsbehandlung (Becker und Margraf, 2002; Zinbarg et al., 1993), als auch auf kognitive Verfahren (Beck et al., 1979) und angewandte Entspannung nach Öst (1987) eingegangen. Die vorgestellten Interventionen bauen auf Wissen über verhaltenstherapeutische Techniken und Prozesse auf.

### **Therapieaufbau/Struktur und differenzielle Indikation**

Es ist grundsätzlich sinnvoll, die Behandlung aus einzelnen Therapiebausteinen zusammenzusetzen. Aus den hier vorgestellten Bausteinen muss ein an den jeweiligen Patienten angepasster Therapieplan zusammengestellt werden.

Mögliche Bausteine sind:

**allgemeine Informationsvermittlung:** Hier werden allgemeine Informationen über Angst sowie spezielle Informationen zur GAS gegeben. Das Bedingungsmodell der Störung wird vermittelt, und die Patienten werden angeleitet, sich mit Hilfe von "Sorgentagebüchern" selbst zu beobachten. Dieser Baustein ist ein wichtiger Bestandteil jeder Therapie der GAS.

**Sorgenkonfrontation in sensu:** Sie zielt vor allem auf die Veränderung der durch den Patienten eingesetzten Strategien zur Verringerung der Sorgen (Ablenkung, Gedankenstopp, Sorgenketten, Sorgen in Gedanken statt Bildern) und der damit einhergehenden fehlenden emotionalen Verarbeitung ab. Hier kann nach Bedarf ein Vorstellungstraining vorangestellt werden.

**Sorgenkonfrontation in vivo:** Ziel ist der Abbau von Vermeidungs- und Rückversicherungsverhalten. Sorgenkonfrontation in sensu und in vivo folgen nacheinander und werden stets kombiniert.

**kognitive Therapie:** Verschiedene kognitive Techniken wie Realitätsprüfung, "Entkatastrophisieren" und Umgang mit den Meta-Sorgen können in bestimmten Fällen zusätzlich zur Sorgenkonfrontation angewandt werden, eventuell auch alternativ.

**angewandte Entspannung:** Diese beinhaltet ein graduiertes Entspannungstraining. Der Einsatz ist vor allem dann sinnvoll, wenn die Sorgenproblematik nicht im Vordergrund steht.

Bei der Aufstellung des Therapieplans ist zu beachten, dass die einzelnen Bausteine zum Teil aufeinander aufbauen, sich aber auch gegenseitig ausschließen können. So sollte Psychoedukation Bestandteil jeder Psychotherapie sein. Kognitive Therapie kann sowohl ergänzend zu einer Konfrontationsbehandlung als auch zu einem Entspannungstraining eingesetzt werden. Eine Kombination von Konfrontation und Entspannung hingegen ist ungünstig, da die zugrunde liegenden Rationale sehr unterschiedlich sind.

Ein wichtiger Punkt bei der Therapieplanung ist die genaue Abklärung der Symptomatik des Patienten. Stehen bei ihm Sorgen und Vermeidungs- und Rückversicherungsverhalten im Vordergrund, ist die Methode der Wahl die Konfrontationsbehandlung. Ein Teil der Betroffenen klagt kaum über Sorgen und Ängste, sondern berichtet eher körperliche Symptome, wie ständige Anspannung, Übererregung oder auch Schlafstörungen. In diesem Falle ist angewandte Entspannung indiziert.

Eine wichtige Entscheidungsgrundlage für die genaue Planung der Therapie ist die häufig bestehende Komorbidität. Handelt es sich dabei um eine komorbide Angststörung, ist eine Konfrontationsbehandlung ratsam, da sich die Behandlungsrationalen für beide Störungen ähneln. Oft ist es dann sinnvoll, mit der Behandlung der anderen Angststörung zu beginnen. Das gilt insbesondere dann, wenn sich die Ängste auf konkrete Objekte und Situationen (wie z.B. bei einer spezifischen Phobie oder Agoraphobie) beziehen. Durch die vom Therapeuten gut kontrollierbaren Konfrontationsübungen bei dieser Störung lässt sich das Wirkprinzip der Habituation ausgezeichnet verdeutlichen. Der Patient erhält durch die so erzielten Erfolge zusätzliche Motivation für die oft längere und auf eine sehr aktive Mitarbeit des Patienten angewiesene Sorgenkonfrontation. Leidet er zusätzlich auch an einer Depression, empfiehlt es sich, mit der Behandlung der vordringlichen Störung zu beginnen. Für die Behandlung der GAS ist es dabei günstig, kognitiv orientierte Verfahren zu verwenden. Eventuell können diese mit Sorgenkonfrontation kombiniert werden. Letztendlich ist es auch möglich, dass Sorgen im Rahmen anderer Störungen auftreten. Auch in diesem Fall kann es sinnvoll sein, die hier vorgestellten Interventionen zu nutzen. Allerdings sollten diese dann im Einklang mit dem Gesamttherapiekonzept stehen.

Die Voraussetzung für eine sorgfältige Therapieplanung ist eine genaue Diagnostik, Differenzialdiagnostik und Abklärung von Komorbidität. Dann kann eine gemeinsame Planung für alle Probleme erfolgen. Abbildung 2 soll bei der Entscheidung helfen.

Eine Vorhersage über die dafür benötigte Anzahl von Stunden zu treffen, ist schwierig. Sie hängt z.B. stark von der Vorstellungsgabe des Patienten und dem Ablauf der Habituation ab. Auch das von Patienten übernommene Maß an Eigenverantwortlichkeit für die Therapie spielt hier eine wesentliche Rolle. Erfahrungsgemäß sollten für das hier vorgeschlagene Vorgehen 15 bis 20 Sitzungen ausreichen. Dabei wird

von einer alleinigen Behandlung der GAS ausgegangen, Komorbidität oder auch Partnerschafts- oder Familienprobleme verlängern die Therapiedauer. Als sinnvoll erweist es sich, für die Konfrontationsübungen mindestens 2 Stunden zu blocken, um ausreichend Zeit für eine Habituation zu gewährleisten. In der späteren Therapiephase können die Zeiträume zwischen den Sitzungen vergrößert werden. Außerdem ist das Einzelsetting zu empfehlen, da die Übungen auf die individuellen Sorgen zugeschnitten werden müssen und sich die Sorgenbereiche und -szenarien der einzelnen Patienten oft erheblich unterscheiden.

### Praktische Aspekte der Diagnostik

An dieser Stelle soll noch einmal näher auf die Diagnosestellung, Abklärung organischer Ursachen und die genaue Analyse des Sorgenverhaltens eingegangen werden. Aufgrund der hohen Komorbiditätsraten und der zum Teil schwierigen Differenzialdiagnose ist eine ausführliche Diagnostik besonders wichtig. Deshalb empfiehlt sich der Einsatz diagnostischer Interviews. Als voll standardisiertes Verfahren ist dabei der CIDI (Wittchen und Pfister, 1997) zu nennen. Es existiert aber auch eine Reihe strukturierter Interviews, welche dem Interviewer mehr Freiheitsgrade zugestehen. Zu den im deutschen Sprachraum gebräuchlichsten strukturierten Instrumenten zählen das SKID (Wittchen et al., 1997) und das DIPS (Margraf et al., 1991). Letzteres hat für die Diagnostik der GAS den Nachteil, dass es auf der Basis der Diagnosekriterien des DSM-III-R erstellt wurde. Für die GAS sind aber die Kriterien für das DSM-IV entscheidend überarbeitet worden, womit eine Erhöhung der Reliabilität der Diagnose verbunden war. Eine für DSM-IV adaptierte DIPS-Sektion zur GAS findet sich bei Becker (2002). Letztlich sind noch die ICDL als Checklisten zu erwähnen, welche in kurzen Stichpunkten alle Diagnosekriterien nach ICD-10 enthalten.

Die Abklärung organischer oder möglicher medikamentöser Ursachen ist Sache des Arztes. Am wichtigsten ist dabei die Beachtung von Problemen mit der Schilddrüse. Bei weibli-

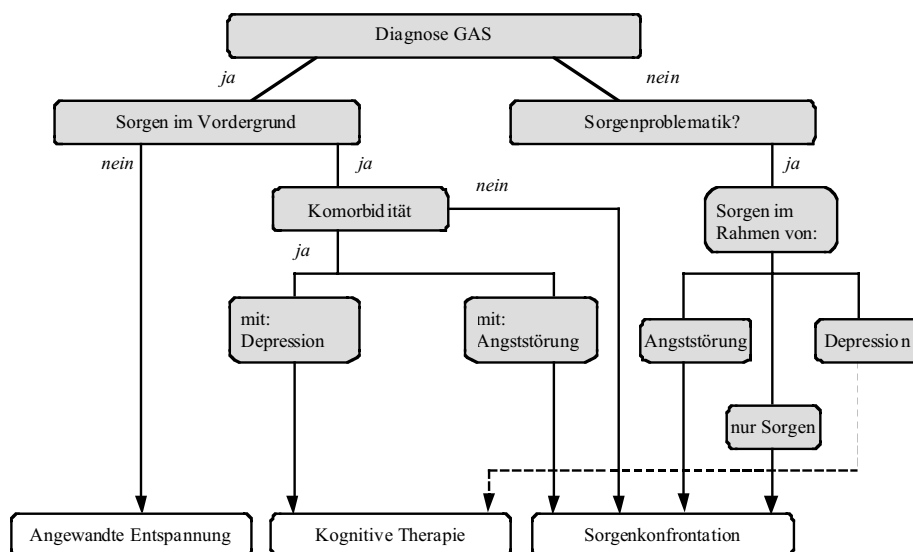


Abbildung 2: Entscheidungsbaum zur Auswahl eines Therapieverfahrens

chen Patienten können auch anderweitig hormonelle Schwankungen bestehen. Ebenso ist bei Angstsymptomen an Medikamenten- oder Drogengebrauch bzw. -entzug zu denken.

Zu einer genauen Analyse des Sorgenverhaltens bietet sich das freie Interview an. Entscheidend ist dabei eine genaue vertikale Verhaltensanalyse. Wichtige Informationen sind die Sorgenbereiche des Patienten, Auslöser und Dauer der Sorgen und mit welchen Symptomen eine Sorgenepisode verbunden ist. Besonderes Augenmerk gilt der Analyse von bewährten Kontrollmechanismen, Rückversicherungs- und Vermeidungsverhalten. Die Diagnostik ist an diesem Punkt nicht abgeschlossen, eine fortlaufende Vertiefung und Ausdifferenzierung erfolgt während des gesamten Therapieprozesses.

Ein spezifisch auf die GAS zugeschnittener Fragebogen ist der Worry Domain Questionnaire (WDQ) (Stöber, 1995), welcher einen schnellen Überblick über die Sorgenbereiche des Patienten liefert. Der Penn State Worry Questionnaire (PSWQ; Stöber, 1995) erfasst eher Aspekte der Intensität, Exzessivität und Kontrollierbarkeit der Sorgen. Ein Verfahren zur Erfassung der "Sorgen über Sorgen" ist der Meta-Kognition-Fragebogen (MKF; Hoyer und Gräfe, 1998). Alle genannten Messinstrumente sind nicht für die Einzelfallmessung konzipiert, können aber zur Messung der durch die Therapie erzielten Veränderungen eingesetzt werden. Es existieren keine Normwerte, an denen man Patienten vergleichen könnte. Trotz allem liefert die Betrachtung der Einzel-Items oft nützliche Hinweise.

### **Selbstbeobachtung**

Die Durchführung einer systematischen Selbstbeobachtung ist eine grundlegende Aufgabe jedes Patienten. Unabhängig von den geplanten Interventionen ist es sinnvoll, dass ein Sorgentagebuch geführt wird. In diesem werden Sorgenzeiten und -inhalt, erlebte Angst und Anspannung sowie Aktivitäten und Situationen erfasst. Es hilft, Auslöser für Sorgen und Zusammenhänge mit Tageszeiten, bestimmten Tätigkeiten oder Personen zu identifizieren. Somit bieten die Aufzeichnungen eine wichtige Grundlage für die spätere Therapie. Außerdem erlauben sie, Veränderungen in der Sorgen-/Angstproblematik gut wahrzunehmen. Das Sorgentagebuch ist möglichst zeitnah zu den Sorgenepisoden zu führen. Jedes Mal wenn sie auftreten oder die Angst zunimmt, ist vom Patienten eine Eintragung vorzunehmen, um Gedächtnisverzerrungen vorzubeugen. Am günstigsten ist es also, das Tagebuch ständig bei sich zu tragen. Da dies für Patienten oft unbequem ist, muss der Therapeut gleich zu Beginn den Sinn des Tagebuchs genau und ausführlich erläutern und so zur sorgfältigen Dokumentation motivieren. Im Rahmen der einzelnen Therapiebausteine ist es oft notwendig, noch weitere Selbstbeobachtungsinstrumente zu verwenden. Diese werden an entsprechender Stelle Erwähnung finden.

### **Allgemeine Informationsvermittlung**

Grundlegender Bestandteil einer jeden Therapie ist die Psychoedukation. Dabei soll dem Patienten ein Verständnis für seine individuelle Problematik und deren Entstehung vermittelt werden. Im ersten Schritt werden dabei allgemeine Informationen zur Angstreaktion gegeben. Wichtig ist es zu

vermitteln, dass Angst generell nicht schlecht, sondern eine biologisch sinnvolle Reaktion mit hohem Überlebenswert ist, welche der Signalisierung und Vermeidung von Gefahren dient und eine große entwicklungsgeschichtliche Bedeutung hat. Die Funktionen der Angst sollten gemeinsam mit dem Patienten entwickelt und nicht vom Therapeuten doziert werden. Bei der Erläuterung der Ebenen psychischen Geschehens (Gefühle, Gedanken, körperliche Veränderungen, Verhalten) und des Zusammenspiels der Ebenen ist es sinnvoll, dies anhand von für den Patienten typischen Beispielen und Reaktionen zu tun. Dabei soll ihm deutlich werden, dass Angst eine natürliche menschliche Reaktion ist, welche zwar unangenehm sein kann, aber nicht gefährlich ist. Zusätzlich ist es notwendig abzugrenzen, an welchem Punkt diese natürliche Reaktion zu einer Störung wird und man somit von einer Angststörung spricht. Dazu werden die Symptomatik und das Erscheinungsbild der GAS genau erläutert. Häufig wirkt es auf Patienten enorm erleichternd zu wissen, dass ihre Krankheit einen Namen hat und schon Behandlungsansätze entwickelt wurden. Andererseits empfinden es manche Patienten als Makel und persönliche Schwäche, für die sie sich schämen, an einer psychischen Störung zu leiden. Die Vermittlung von Informationen zur Häufigkeit des Auftretens von Angsterkrankungen und der GAS kann dabei entlasten.

Für den Patienten ist es oft wichtig zu erfahren, warum sie unter der Störung leiden und wie es zu ihr gekommen ist. Auch wenn verhaltenstherapeutische Interventionen vor allem an aufrechterhaltenden Faktoren ansetzen, kann er darauf eine Antwort erwarten. Auf Basis des Vulnerabilität-Stress-Modells wird mit ihm zusammen ein Bedingungsmodell "seiner" Störung erarbeitet, mögliche Vulnerabilitätsfaktoren und Auslöser (kritische Lebensereignisse und dauerhafte Stressbelastungen) werden gesucht. Dabei sollte deutlich gemacht werden, dass die Ursache einer Störung im Zusammenspiel vieler Faktoren liegt und dass es schwierig ist, jeden einzelnen zu identifizieren. Wichtig ist zu beachten, dass Betroffene häufig eigene Vorstellungen und Theorien entwickelt haben, was bei ihnen zur Entstehung der Angststörung geführt hat. Nimmt man diese zur Grundlage und differenziert sie weiter aus, lässt sich ein für den Patienten gut akzeptables Modell entwickeln. Kann der Patient nachvollziehen, warum er von der Störung betroffen ist, sollte auch die Bedeutung dieser "Ursachen" für die Therapie thematisiert werden. Inwieweit sind diese Faktoren überhaupt veränderbar (z.B. genetische Komponente)? Wie realistisch ist es, sie zu beseitigen (z.B. Leben ganz ohne Stress)? Ist es somit sinnvoll, an den Entstehungsbedingungen in der Therapie anzusetzen? Durch solche und ähnliche Fragen soll der Patient dazu hingeleitet werden, dass es sehr wichtig ist, die Dinge zu erkennen, welche die Ängste und Sorgen aufrechterhalten.

### **Sorgenkonfrontation in sensu**

Stehen die Sorgen im Mittelpunkt der Beschwerden, ist Konfrontation die Methode der Wahl. Dieses Verfahren beruht auf den Erfolgen der Reizkonfrontation. Systematisch wird der Patient mit Vorstellungsbildern seiner Sorgen konfrontiert, wodurch eine emotionale Verarbeitung ermöglicht wird. Die isolierte Betrachtung derselben führt zu einer Durchbrechung

der Sorgenketten, wodurch Habituationsprozesse ermöglicht werden. Eine gründliche Herleitung des Therapiekonzeptes ist dabei von besonderer Bedeutung. Schließlich geht es darum, den Patienten zu motivieren, der Angst nicht mehr auszuweichen und sich ihr zu stellen.

Im ersten Schritt zur Vermittlung des Therapiekonzeptes werden gemeinsam die aufrechterhaltenden Mechanismen erarbeitet. Als günstig hat sich erwiesen, mit dem Patienten eine Kurve des Tagesverlaufes der Sorgen zu zeichnen (vgl. dazu Abb. 3). Das Sorgentagebuch kann dabei eine große Unterstützung sein.

Anhand des Sorgenverlaufes über den Tag werden Strategien aufgedeckt, mit deren Hilfe der Patient versucht, seine Sorgen und die damit verbundenen Ängste zu verringern. Zu verdeutlichen ist dann, dass die bisher eingesetzten Strategien nur kurzfristige Erleichterung bringen, langfristig aber die Auftretenswahrscheinlichkeit und Intensität der Sorgen verstärken. Wichtigste Technik ist dabei das „geleitete Entdecken“, also das gezielte Fragen, auf dessen Basis der Patient das Aufrechterhaltungsmodell selbst findet. Die folgenden aufrechterhaltenden Faktoren sollten in dieser Vorbereitungsphase unbedingt Erwähnung finden:

**Kontrollversuche:** Der Versuch, einen Gedanken nicht zu denken oder zu stoppen, erhöht dessen Auftretenswahrscheinlichkeit. Dies lässt sich anschaulich mit Hilfe eines Gedankenexperimentes („Bitte denken Sie fünf Minuten nicht an einen rosa Elefanten“) verdeutlichen. Ablenkung oder kognitive Vermeidung können langfristig die Sorgen nicht reduzieren. Kurzfristig verringern sich diese zwar, aber sobald die Konzentration nachlässt, treten die Sorgen und die damit verbundenen Ängste wieder auf.

**Denken in „Sorgenketten“:** Häufig ist bei Patienten zu beobachten, dass die eine Sorge dadurch vermieden wird (werden soll), in dem sich um etwas anderes gesorgt wird. Dieser Vorgang ist hochautomatisiert und den Betroffenen oft nicht bewusst. Dadurch entstehen fortlaufende Sorgenketten. Diese sind zwar nicht mit so starker Angst verbunden, verhindern jedoch, dass die Sorge zu Ende gedacht wird und eine emotionale Verarbeitung einsetzt.

**Sorgen in Worten statt in Bildern:** Einen ähnlichen Effekt hat es, dass die bildliche Vorstellung des Geschehens möglichst vermieden wird. Dies vermindert die Stärke der **physiologischen** Reaktionen, langfristig aber wird eine emotionale Verarbeitung verhindert.

**Vermeidung von Situationen:** Offenes Vermeidungsverhalten verhindert die Überprüfung, ob die gefürchteten Konsequenzen überhaupt eintreten, so dass die Sorgen weiter bestehen bleiben.

**Rückversicherungsverhalten:** Auch das Rückversicherungsverhalten, also die aktive Suche nach Bestätigung, dass ein gefürchtetes Ereignis nicht eingetroffen ist, wirkt kurzfristig erleichternd. Aber das Vertrauen in die rückversichernde Information lässt wieder nach, und die Sorgen treten erneut auf.

All diese Kontrollmechanismen verhindern zwar, dass die Sorgen „unerträglich“ stark werden, aber sie führen auch dazu, dass die Sorgen chronisch werden. Verbunden ist dies mit kognitiven Folgeerscheinungen wie Zentrierung der Aufmerksamkeit auf Gefahr, Konzentrationsproblemen und den damit einhergehenden Leistungsverringeringen. Dies kann zu Meta-Sorgen führen.

Ist dem Patienten deutlich geworden, dass die bisher angewandten Strategien eher zu Verstärkung und Weiterbestehen der Sorgen führen und demzufolge eine Therapie auch nicht in der Weiterverfeinerung dieser Strategien bestehen kann, wird mit der Herleitung der Sorgenkonfrontation begonnen. Ähnlich wie bei jeder Konfrontationstherapie wird der Patient gebeten, Erwartungskurven („Was passiert, wenn Sie sich auf eine einzige Sorge konzentrieren und diese bis zum Ende denken?“) zu zeichnen und konkrete Befürchtungen zu benennen. Das fällt ihnen oft schwer, ebenso wie eine genaue Vorstellung des Ausganges einer Situation. Häufig werden in diesem Zusammenhang schwer fassbare Ereignisse, wie z.B. einen Nervenzusammenbruch erleiden, genannt. Trotz dieser Schwierigkeiten ist es wichtig, die Befürchtungen durchzugehen und die Wirkungsweise der Habituation bei einer Konfrontation durch geleitetes Entdecken zu verdeutlichen.

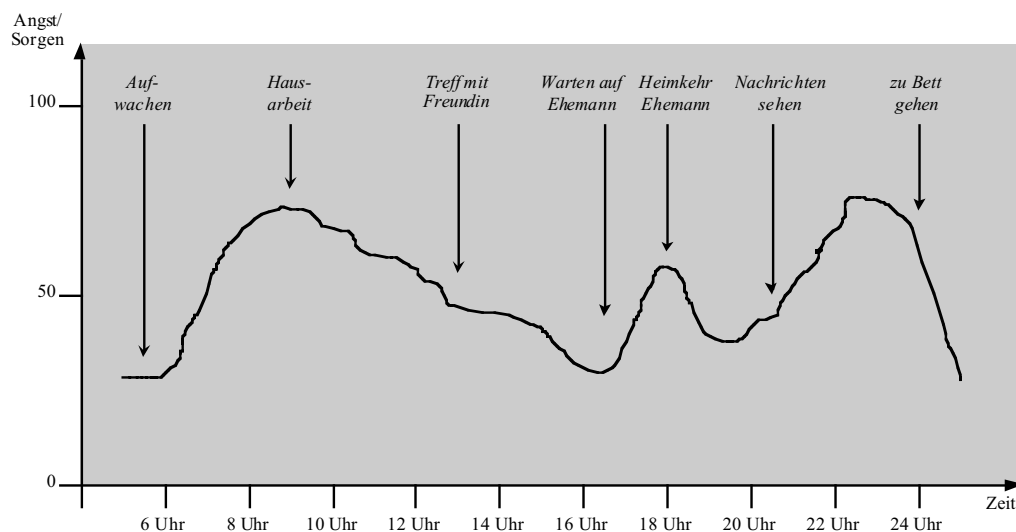


Abbildung 3. Angstkurve einer Patientin

Letztendlich muss dem Patienten nachvollziehbar werden, dass ein Zu-Ende-Denken der Sorgen die einzig sinnvolle Strategie zur langfristigen Verringerung der Sorgen ist.

Im nächsten Schritt kann mit der Vorbereitung der Konfrontationsübung begonnen werden. Dazu muss als Erstes eine Sorgenhierarchie, d.h. eine Reihenfolge der Sorgenbereiche, geordnet nach Stärke der durch sie ausgelösten Angst, erstellt werden. Daraus werden einzelne Sorgen ausgewählt und für ein "Sorgenszenario des schlimmstmöglichen Ausgangs" entwickelt. Wichtig ist in dieser Situation, viele Sinnesqualitäten anzusprechen, um intensive bildliche Vorstellungen erzeugen zu können. Bevor mit der eigentlichen Konfrontation in sensu begonnen werden kann, ist es günstig, erst einmal die Vorstellungsgabe des Patienten zu testen. Wenn nötig, kann dazu das Vorstellungsvermögen mit neutralen Szenen geübt werden. Für die eigentliche Konfrontation wird der Patient gebeten, sich das erarbeitete Sorgenszenario so lebhaft wie möglich vorzustellen. Bei auftretender Angst soll er sich nicht ablenken, sondern sie zulassen, bis sie weniger wird. Der Therapeut gibt die Szene vor und erfragt regelmäßig die Stärke der Angst. Die Konfrontation ist erfolgreich, wenn die Angst zu Beginn der Übung stark ansteigt und zum Ende hin abnimmt. Ist die Habituation eingetreten, kann die Übung beendet werden. Häufig benötigt die erste Übung (Vorbereitung, Durchführung, Nachbereitung, ggf. Wiederholung) mehr als 50 Minuten, deshalb ist es sinnvoll, zwei Stunden einzuplanen. Dabei ist es allerdings nicht unbedingt notwendig, dass die ganze Zeit über eine Vorstellung gehalten wird. Auch eine wiederholte Vorstellung der gleichen (eventuell sogar sehr kurzen) Sequenz kann zum Erfolg führen. Tritt während der Übung nicht ausreichend Angst auf, ist eine genaue Analyse des Geschehens notwendig. Oft sind Vermeidungsmechanismen zu Automatismen geworden, welche nur schwer vom Therapeuten direkt beobachtet werden können. Möglicherweise sollte auch noch einmal eine Überarbeitung des Sorgenszenarios erfolgen. Für einen Therapieerfolg ist die regelmäßige Durchführung von weiteren Konfrontationsübungen der gleichen Szene unerlässlich. Deshalb soll der Patient die Konfrontation in sensu täglich zu Hause üben und die Hausaufgaben protokollieren, um sie in der nächsten Therapiesitzung zu besprechen. Ziel ist dabei, sich die Szene so lange vorzustellen, bis Habituation eintritt. Kassettenaufnahmen des Szenarios können die Übungen wesentlich erleichtern.

In der beschriebenen Art wird in den Therapiestunden gemeinsam eine Sorge nach der anderen bearbeitet. Die Sorgenszene wechselt erst, wenn beim Vorstellen eine deutliche Angstreduktion erreicht worden ist. Die Selbstständigkeit des Patienten muss zunehmend gefördert werden. Dazu ist es notwendig, die Prinzipien des Vorgehens zu verstehen und zu lernen, die "Technik" immer besser zu beherrschen, um zum "eigenen Therapeuten" zu werden.

### **Sorgenkonfrontation in vivo**

Patienten mit Generalisierter Angststörung zeigen sehr häufig Vermeidungs- und Rückversicherungsverhalten. Zur Sicherung eines langfristig stabilen Therapieerfolges ist es daher wichtig, diese Verhaltensweisen abzubauen und die Sorgenkonfrontation in sensu mit einer In-vivo-Konfrontati-

on zu kombinieren. Dabei wird der Patient aufgefordert, die bisher vermiedenen Situationen systematisch aufzusuchen und Rückversicherungsverhalten zu unterlassen. Dadurch soll er die Erfahrung machen, dass die Ängste in den Situationen nach einer Weile zurückgehen. Dieser Therapiebaustein beruht auf der Annahme der Habituation.

Für die Sorgenkonfrontation in vivo ist es wichtig, dass für den Patienten das Behandlungsrational nachvollziehbar ist. Deshalb wird am besten vor der Konfrontation das Behandlungskonzept wiederholt. Dabei sollte der Schwerpunkt eher auf die aufrechterhaltende Wirkung von Rückversicherungs- und Vermeidungsverhalten gelegt werden. Hier muss dem Patienten klar werden, dass diese Verhaltensweisen zwar kurzfristig zur Erleichterung führen, aber die Ängste letztlich stabilisieren.

Zunächst wird eine Hierarchie des Vermeidungs- und Rückversicherungsverhaltens aufgestellt. Die Situationen werden vom Patienten bezüglich Angst und Unbehagen eingeschätzt, alternative Verhaltensweisen formuliert. Da die Patienten die In-vivo-Konfrontationen vorzugsweise allein durchführen, ist eine detaillierte Planung in den Sitzungen unerlässlich. Für die erste Übung sollte deshalb auch eine Situation ausgewählt werden, in der es ihnen leicht fällt, sich ganz auf ihre Angst zu konzentrieren, und die lang genug anhält, um zu einer Gewöhnung zu führen. Außerdem ist es wichtig, nicht mit zu vielen Situationen und neuen Verhaltensweisen zugleich zu beginnen. Eingeschliffenes Verhalten zu verändern ist schwierig. Sehr viele Verhaltensweisen mit einem Mal zu ändern, könnte zu einer Überforderung des Patienten führen, und Misserfolge sind vorprogrammiert.

Die Konfrontationsübungen werden als Hausaufgabe gegeben. Auch hier bietet es sich an, dass der Patient die Aufgaben sorgfältig protokolliert. In der Therapiestunde erfolgt dann eine eingehende Nachbesprechung, Erfolge und Schwierigkeiten werden näher beleuchtet und das weitere Vorgehen geplant. Ziel ist es, eine zunehmende Selbstständigkeit des Patienten zu fördern. Treten während der Konfrontationsübungen große Schwierigkeiten auf, können zunächst auch einige Übungen gemeinsam durchgeführt werden.

### **Kognitive Interventionen**

Kognitive Interventionen können zusätzlich zu einer Sorgenkonfrontation eingesetzt werden. In manchen Fällen besteht vor den Konfrontationen aufgrund dysfunktionaler Annahmen so starke Angst, dass zunächst einmal kognitiv vorgegangen werden muss. Es kommt auch vor, dass trotz Konfrontation eine intensive Beschäftigung mit den Sorgen bestehen bleibt. Auch dann ist eine zusätzliche kognitive Umstrukturierung indiziert.

Die kognitive Therapie beruht im Wesentlichen auf dem Vorgehen nach Beck et al. (1979). Sie kann als alleiniges Verfahren eingesetzt werden, z.B. wenn eine Depression besteht. Die Patienten müssen lernen, dysfunktionale Gedanken zu erkennen und zu hinterfragen. Die wichtigsten Strategien sind das Entkatastrophisieren und die Realitätsüberprüfung. Dieses Vorgehen sollte unbedingt von Verhaltensexperimenten unterstützt werden. Gegenstand der kognitiven Umstrukturierung können dabei sowohl Sorgen und ihre Inhalte als auch positive Annah-



men über Sorgen sowie Meta-Kognitionen zu den Sorgen sein. Meta-Sorgen wie auch positive Annahmen über Sorgen werden oft nicht spontan geäußert. Deshalb ist eine sorgfältige Exploration wichtig. Eine gute Möglichkeit dafür stellt ein Gedankenexperiment dar, in welchem der Patient sich vorstellen soll, was passiert, wenn er sich intensiv sorgt. Die nachfolgende Bearbeitung ist durch kognitive Umstrukturierung möglich, aber auch die Sorgenkonfrontation stellt ein Verhaltensexperiment dar, mit dessen Hilfe dysfunktionale Annahmen überprüft werden können.

### Angewandte Entspannung

Die angewandte Entspannung ist ein spezielles von Öst (1987) entwickeltes Entspannungstraining. Es baut auf der progressiven Muskelrelaxation (PMR) nach Jacobsen (1938) auf. Wird diese Entspannungstechnik beherrscht, lernen die Patienten schrittweise, sich in immer kürzerer Zeit und in unterschiedlichen körperlichen Haltungen und Lebenssituationen zu entspannen. Sind sie dazu in der Lage, sollen diese Fähigkeiten in ängstigenden und belastenden Situationen angewandt werden. Auch vor Beginn dieses Programms sollte dem Patienten das Therapiekonzept erläutert werden. Es muss vermittelt werden, dass er eine neue Umgangsweise mit Angst und Anspannung erlernen wird. Das Ziel ist, sich in Sekunden-schnelle beim Auftreten von Angstgefühlen zu entspannen. Dazu sind häufiges Üben der Entspannung und eine genaue Selbstbeobachtung zum rechtzeitigen Erkennen erster Anzeichen von Angstsymptomen notwendig.

In den Sitzungen werden gemeinsam verschiedene Entspannungsformen trainiert, die dann die Woche über zu Hause regelmäßig weiter zu üben sind. Diese Übungen sollten vom Patienten protokolliert werden, um beobachten zu können, welchen Grad der Entspannung er erreichen kann. Die einzelnen Schritte bis zum Erlernen der angewandten Entspannung sind:

**“Lange Version der PMR”:** Hier werden zunächst die Grundlagen der Entspannung vermittelt. Dann wird die progressive Muskelrelaxation eingeführt und geübt.

**“Entspannung verkürzt”:** Muskelpartien werden zusammengefasst. So sollte es schon etwas schneller zu einer Entspannung kommen.

**“Entspannung allein”:** Ziel ist es, Verspannungen zu beseitigen, ohne dass zunächst Muskelgruppen angespannt werden. Dazu werden 5-7 Minuten Zeit eingeplant.

**“Entspannung mit Selbstinstruktion”:** Es wird ein Hinweiswort eingeführt (z.B. “Ruhe”), auf das die Entspannung erfolgen soll. Der Fokus liegt dabei auf der Atmung. Es sollte noch etwas schneller gelingen, zu entspannen (2 bis 3 Minuten).

**“Entspannung in allen Lagen”:** Die Entspannung wird an verschiedenen Orten und in unterschiedlichen Körperhaltungen (z.B. im Sitzen, beim Gehen) geübt, jedoch noch nicht in belastenden Situationen. Die Zeit bis zur Entspannung sollte sich weiter auf 1 bis 2 Minuten reduzieren.

**“Schnelle Entspannung”:** Es soll geübt werden, sich 15- bis 20-mal am Tag in verschiedenen Situationen ganz schnell zu entspannen. Dabei werden wiederum solche Situationen gewählt, in denen kein Stress besteht. Ziel ist es nun, in 20 bis 30 Sekunden zu entspannen.

**“Angewandte Entspannung”:** Ist der Patient in der Lage, sich innerhalb dieser kurzen Zeit in verschiedenen Situationen gut zu entspannen, so kann diese Fähigkeit nun auch in angsterzeugenden und belastenden Situationen angewendet werden. Im ersten Schritt werden innerhalb der Therapiesitzungen diese Übungen in sensu durchgeführt. Dazu wird gemeinsam eine mögliche ängstigende Situation ausgewählt und detailliert ausgearbeitet, so dass der Therapeut diese in einer Vorstellungsübung vorgeben kann. Während dieser Übungen versucht der Patient, sich beim ersten Auftreten von Angstzeichen in der erlernten Art und Weise schnell und tief zu entspannen. Das Erlernen der Entspannung in Stresssituationen fällt oft sehr viel schwerer als die Übungen davor. Es ist daher sinnvoll, solche möglichen Schwierigkeiten vorher zu besprechen, um keine zu hohen Erwartungen zu erzeugen. Wiederholtes intensives Üben ist eine Voraussetzung für den Therapieerfolg. Manchmal gelingt es Patienten nicht, sich in allen problematischen Situationen zu entspannen. In diesem Fall sollte noch einmal eine genaue Analyse der Situation erfolgen. Eventuell fehlt es noch an Kompetenzen, die Situation zu meistern; dann ist ein ergänzendes Problemlösetraining oder soziales Kompetenztraining indiziert.

### Schlussbemerkung

Mit der intensivierten psychologischen Forschung der letzten Jahre gelingt es zunehmend, die GAS aus ihrem “Schattendasein” zu holen. Durch die revidierte Definition dieser Störung im DSM-IV ist es erstmals gelungen, ihren Kern zu formulieren und den Prozess der Sorgen in den Mittelpunkt zu rücken. Empirische Untersuchungen belegen die Bedeutung der Sorgen, der mentalen Kontrolle, der Meta-Sorgen und der Interaktion zwischen diesen Phänomenen. Auch therapeutisch konnten erhebliche Verbesserungen erzielt werden und bieten entsprechende Erfolgsaussichten. Durch die auf einem nachvollziehbaren Erklärungsmodell basierende Sorgenkonfrontation konnte vielen Patienten geholfen werden und auch die angewandte Entspannung ist ein in ihrer Wirksamkeit gut belegtes Verfahren. Damit ist die Behandlung dieses vernachlässigten Störungsbildes zum lösbaeren Problem geworden. Trotz allem bedarf es noch weiterer Forschungen. Vergleichen wir den Erkenntnisstand zur GAS mit dem zu anderen Angststörungen (Panikstörung oder Agoraphobie) oder mit unserem Wissen über Depression, so wird deutlich, welch weiter Weg noch zu gehen ist.

### Literatur

- Andrews G, Steward G, Allen R, Henderson AS: The genetics of six neurotic disorders: A twin study. *J Affect Disord* 1990;19:23-29
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G: *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press, 1979
- Becker ES, Hoyer J: Das Generalisierte Angstsyndrom: Häufig nicht erkannt. *Der Neurologe und Psychiater* 2000;1:36-40
- Becker ES, Margraf J: *Generalisierte Angststörung: Ein Therapieprogramm*. Weinheim: Beltz, 2002
- Blazer D, Hughes D, George LK: Stressful life events and the onset of a generalized anxiety syndrome. *Am J Psychiatry* 1987;144:1178-1183

- Blazer DG., Hughes D, George LK, Swartz M, Boyer R: Generalized anxiety disorder. In: Robins LN, Regier DA (eds.): *Psychiatric Disorders in America: The epidemiological catchment area study*. New York: The Free Press, 1991, 180-203
- Borkovec TD, Robinson E, Pruzinsky T: Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behav Res Ther* 1983;21:9-16
- Borkovec TD, Whisman MA: Psychosocial treatment for generalized anxiety disorder. In M. R. Mavissakalian und R. F. Prien (Eds.), *Long-term Treatment for the Anxiety Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1996, 171-199
- Brantley PJ, Mehan DJ, Ames SC, Jones GN: Minor stressors and generalized anxiety disorder among low-income patients attending primary care clinics. *J Nerv Ment Dis* 1999;87:435-440
- Brown TA, Moras K, Zinbarg RE, Barlow DH: Diagnostic and symptom distinguishability of generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther* 1993;24, 227-240.
- Chambless, D. L., und Gillis, M. M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *J Consult Clin Psychol* 1993 ;61 :248-260
- Craske MG, Rapee RM, Jackel L, Barlow DH: Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and non-anxious controls. *Behav Res Ther* 1989;27:397-402
- Finlay-Jones R, Brown GW: Types of stressful life event and the onset of anxiety and depressive disorder. *Psychol Med* 1981;11: 803-815
- Fisher PL, Durham RC: Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: An analysis of clinical significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. *Psychol Med* 1999;29(6):1425-34
- Gould RA, Otto MW, Pollack MH, Yap L: Cognitive-behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behav Ther* 1997;28:285-305
- Hoyer J, Gräfe K: Meta-Kognitions-Fragebogen (deutsche Übersetzung). Unveröffentlichtes Manuskript, Technische Universität Dresden, 1998
- Hoyer J, Becker ES, Roth WT: Characteristics of worry in GAD patients, social phobics, and controls. *Anxiety and Depression* 2001;13:89-96
- Jacobson E: *Progressive relaxation*. Chicago: Univ. of Chicago Press, 1938
- Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ: Generalized anxiety disorder in women. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:267-272
- Margraf J, Schneider S, Ehlers A: *DIPS: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen*. Berlin: Springer, 1991
- Mathews A: Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behav Res Ther* 1990;28:455-468
- Newman MG: "Recommendations for a cost-offset model of psychotherapy allocation using generalized anxiety disorder as an example." *J Consult Clin Psychol* 2000;68:549-555
- Nisita C, Petracca A, Akiskal HS, Galli L, Gepponi I, Cassano GB: Delimitation of generalized anxiety disorder: Clinical comparisons with panic and major depressive disorders. *Compr Psychiatry* 1990;31:409-415 (kein Zitat im Text)
- Noyes R, Woodman C, Garvey MJ, Cook BL, Suelzer M, Clancy J, Anderson DJ: Generalized anxiety disorder vs. panic disorder. Distinguishing characteristics and patterns of comorbidity. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:369-379
- Öst L-G: Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behav Res Ther* 1987;25:397-409
- Pike A, Plomin R: Importance of nonshared environmental factors for childhood and adolescent psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(5):560-570
- Power KG, Simpson RJ, Swanson V, Wallace LA, Feistner ATC, Sharp D: A controlled comparison of cognitive-behaviour therapy, diazepam, and placebo, alone and in combination, for the treatment of generalized anxiety disorder. *J Anx Disord* 1990;4:267-292
- Ruhmland M: Meta-Analyse zur Therapie der GAS. Beitrag zum Symposium für Klinisch-Psychologische Forschung, Göttingen, 2001
- Ruhmland M, Margraf J: Effektivität psychologischer Therapien von generalisierter Angststörung und sozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie* 2001;11:27-40
- Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier Y, Wittchen H-U: Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry Suppl* 1996;30:38-43
- Stöber J: Besorgnis: Ein Vergleich dreier Inventare zur Erfassung allgemeiner Sorgen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie* 1995;16(1):50
- Torgersen S: Genetic factors in anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1983;40:1085-1089
- Warshaw MG, Keller MB, Stout RL: Reliability and validity of the longitudinal interval follow-up evaluation for assessing outcome of anxiety disorders. *J Psychiatr Res* 1994;28(6):531-545
- Wegner DM: *White bears and other unwanted thoughts*. New York: Viking, 1989
- Wegner DM: Ironic processes of mental control. *Psychol Rev* 1994;101:34-52
- Wells A: *Cognitive therapy of anxiety disorders. A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley, 1997
- Wells A: (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clin Psychol Psychother* 1999 ;6 :86-95
- Williams JMG, Watts FN, MacLeod C, Mathews A: *Cognitive psychology and emotional disorders*. 2<sup>nd</sup> ed. Chichester: John Wiley, 1997
- Wittchen H-U, Pfister H: *Manual und Durchführungsbeschreibung des DIA-X-M-CIDI*. Frankfurt: Swets, Zeitlinger, 1997
- Wittchen H-U, Zaudig M, Fydrich T: *SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II*. Göttingen: Hogrefe, 1997
- Wittchen H-U, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW: DSM-III-R generalized anxiety disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:355-364
- Zinbarg RE, Craske MG, Barlow DH: *Mastery of your anxiety and worry*: Graywind Publication, 1993

**Dr. Eni Becker**

TU Dresden

Klinische Psychologie und Psychotherapie

01062 Dresden

ebecker@rcs.urz.tu-dresden.de