

1. Einleitung

Bewahre mich vor dem naiven Glauben, es müsste im Leben alles gelingen. Schenke mir die nüchterne Erkenntnis, dass Schwierigkeiten, Niederlagen, Misserfolge, Rückschläge eine selbstverständliche Zugabe zum Leben sind, durch die wir wachsen und reifen.
Antoine de Saint Exupery

Die Welt ist gefährlich!

Das war sie immer schon - doch in den letzten Jahrzehnten sind die Menschen ängstlicher geworden. Sie machen sich mehr Sorgen über ihre Sicherheit, das Akzeptiert werden in der Gesellschaft, die Sicherheit von Arbeitsplätzen und andere Themen. Twenge (2000) zeigte in seiner Analyse von Normstichproben psychometrischer Angstinventare, dass in den USA zwischen den 1950er und den 1990er Jahren ein deutlicher Anstieg der durchschnittlichen Angstwerte stattfand. Die heutzutage als völlig normal eingestuft Kinder weisen Symptome auf wie die Kinder, die in den 50er Jahren als krankhaft ängstlich galten. Rund 20% der Gesamtvarianz konnte dabei durch die soziale Variable der zwischenmenschlichen Verbundenheit (Scheidungsrate, Anteil von Singlehaushalten, Heiratsalter, etc.) aufgeklärt werden. Während einerseits die Sicherheit gebende zwischenmenschliche Verbundenheit abgenommen hat, sind im Zuge der medialen Vernetzung umfangreiche Berichterstattungen über terroristische Angriffe, Kriege, Gewalt und Kriminalität, Umweltkatastrophen, Krankheiten wie Krebs und Aids und zunehmende Arbeitslosigkeit Quellen zusätzlicher Ängste. Die relative, durch soziale Systeme getragene Sicherheit und der relative Wohlstand in den Industrieländern kann dies offensichtlich nicht auffangen.

Für Patienten mit einer generalisierten Angststörung steht die gefährliche Seite der Welt im eigenen Erleben ständig im Vordergrund. Sie leiden unter einer anhaltenden, chronischen Angst und Anspannung. Die generalisierte Angststörung ist vermutlich die häufigste Angsterkrankung. Sie ist durch einen chronischen Verlauf gekennzeichnet und führt zu starkem Leiden und Beeinträchtigung der Betroffenen in vielen Lebensbereichen. Trotz ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung stand die Erkrankung in der Forschung lange nicht im Mittelpunkt des Interesses. Obwohl sich die kognitiv-behaviorale Therapie inzwischen als empirisch gestützte Behandlung bewährt hat, bleiben die Therapieerfolge bei der generalisierten Angststörung hinter denen anderer Angststörungen zurück. Zur psychodynamischen Therapie der GAS liegen bisher kaum kontrollierte Wirksamkeitsnachweise vor. Psychotherapieforschung auf dem Gebiet der GAS mit dem Ziel einer Verbesserung der Therapieeffektivität ist daher sinnvoll. So reduziert eine effektive Psychotherapie

nicht nur das erhebliche Leiden des einzelnen Patienten, sie ermöglicht auch Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem. Jacobi (2002) zeigte, dass sich die kognitiv-behaviorale Angsttherapie innerhalb des zweiten Jahres amortisiert und das Kosten-Nutzen Verhältnis nach fünf Jahren 1: 2,63 beträgt.

Die dieser Arbeit zugrunde liegende Studie überprüft im Rahmen eines kontrollierten Designs die Wirksamkeit einer manualisierten kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) und einer manualisierten psychodynamischen Kurzzeittherapie (SET).

Im zweiten Teil der Arbeit werden das Erscheinungsbild, die Diagnostik, Epidemiologie, Verlauf, Komorbidität der generalisierten Angststörung näher beschrieben. Dabei wird das Konzept des Sich-Sorgens (`worrying`) als zentrale Komponente dargestellt. Nach der Beschreibung unterschiedlicher Modelle der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung werden die unterschiedlichen Behandlungsansätze im Überblick dargestellt.

Am Beginn des dritten Teils werden die eigenen Forschungsfragen dargelegt und begründet.

Die Durchführung der Studie wird im vierten Teil näher beschrieben und im fünften Teil werden die Ergebnisse der Studie dargestellt, die im sechsten Teil diskutiert werden.

2. Theorie

2.1 Generalisierte Angststörung

2.1.1 Begriffsklärung Diagnostik

Ein Mensch denkt jäh erschüttert dran,
Was alles ihm geschehen kann
An Krankheits- oder Unglücksfällen
Um ihm das Leben zu vergällen.
Hirn, Auge, Ohr, Zahn, Nase, Hals;
Herz, Magen, Leber ebenfalls,
Darm, Niere, Blase, Blutkreislauf
Zählt er bei sich mit Schaudern auf,
Bezieht auch Lunge, Arm und Bein
Nebst allen Möglichkeiten ein.
Jedoch, sogar den Fall gesetzt,
Er bliebe heil und unverletzt,
Ja, bis ins kleinste kerngesund,
Wär doch zum Frohsinn noch kein Grund,
Da an den Tod doch stündlich mahnen
Kraftfahrer, Straßen-, Eisenbahnen;
Selbst Radler, die geräuschlos schleichen,
Sie können tückisch dich erreichen.
Ein Unglücksfall, ein Mord, ein Sturz,
Ein Blitz, ein Sturm, ein Weltkrieg - kurz,
Was Erde, Wasser, Luft und Feuer
In sich birgt, ist nie ganz geheuer.
Der Mensch, der so des Schicksals Macht
Ganz haargenau bei sich durchdacht,
Lebt lange noch in Furcht und Wahn
Und stirbt - und niemand weiß, woran.
(Eugen Roth)

Patienten mit Generalisierter Angststörung (GAS) leiden unter anhaltender, chronischer Angst und Anspannung. Oft wird befürchtet, den Kindern oder anderen Angehörigen könne etwas zustoßen, es könne etwas Schlimmes auf der Arbeit oder im Urlaub passieren. Schon kleine Verspätungen des Partners, ein Telefonat oder die Parkplatzsuche lösen Befürchtungen aus, von denen sich die Betroffenen überwältigt fühlen. Das tägliche Leben wird nur noch unter größeren Anstrengungen bewältigt und alles wird doppelt mühsam, weil auch alltägliche Tätigkeiten mit Gedanken verbunden sind, was alles dabei passieren könnte. D.h. katastrophisierende Gedankenketten sind ein ständiger Begleiter. Die Angst ist dabei nicht an spezifische Situationen oder Objekte gebunden, wie bei Phobien, und wurde deshalb auch als "frei flottierend" bezeichnet. Diese Bezeichnung ist jedoch irreführend, da die Angst in der Regel eher durch eine Vielzahl von Reizen ausgelöst wird.

In den diagnostischen Klassifikationsmanualen ist die GAS als eigenständiges Störungsbild noch relativ jung und wurde erstmals 1980 als Restdiagnose zu den anderen Angststörungen eingeführt. Seitdem wurden die diagnostischen Kriterien mehrfach revidiert. Das DSM-IV (APA, 1994) räumt der furchtsamen Erwartung oder übermäßiger ängstlicher Sorge ("worry") eine besondere Bedeutung ein. Diese Gewichtung entspricht empirischen Ergebnissen. So geben etwa 95 % der betroffenen Patienten an, sich ständig, auch bei geringfügigen Anlässen, zu sorgen (Brown et al., 1993). Dabei leiden die Patienten besonders darunter, die Sorgen nicht

kontrollieren zu können und sich davon überwältigt zu fühlen (Borkovec, 1994). Die Sorgen und Ängste der Betroffenen sind dabei verbunden mit einem hohen Anspannungsniveau und verschiedenen somatischen Symptomen. Während sich das Paniksyndrom durch eine erhöhte Aktivierung des autonomen Nervensystems auszeichnet, stehen bei der GAS Symptome im Vordergrund, die durch eine starke Aktivierung des zentralen Nervensystems hervorgerufen werden (Noyes et al., 1992). Die Patienten leiden unter Ruhelosigkeit und Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Reizbarkeit, Schlafstörungen und erhöhter Muskelspannung.

Die Diagnose der GAS wurde lange Zeit kontrovers diskutiert. Die wechselnden diagnostischen Kriterien ließen das Störungsbild heterogen erscheinen und warfen die Frage auf, ob es sich wirklich um eine eigenständige Störung handelt. Die Zweifel wurden auch durch die niedrige Inter-Rater Übereinstimmung der Diagnose gestützt, die hinter denen der Inter-Rater-Reliabilität bei der Diagnostik anderer Angststörungen zurückblieb (DiNardo et al., 1993). Noch in den beiden aktuellen Klassifikationssystemen DSM-IV (APA, 1994; s. Tab. 1) und ICD-10 (WHO, 1993; s. Tab. 1) finden sich unterschiedliche Schwerpunktsetzungen bei prinzipiell vergleichbaren diagnostischen Kriterien. Wesentlicher Unterschied ist die `engere` Fassung im ICD-10, welche anderen Störungen (depressive Episode, phobische Störung, Panikstörung, Zwangsstörung) Priorität einräumt. Eine kritische Diskussion der diagnostischen Kriterien der GAS in den aktuellen Klassifikations-Systemen sowie einen Vergleich zwischen den Kriterien nach DSM-IV und ICD-10 geben Rickels und Rynn (2001). Jenseits der kontroversen Diskussion kommen die meisten Studien zu dem Ergebnis, dass die GAS sich in verschiedenen Variablen wie Symptomatik, Erkrankungsalter, Risikofaktoren von anderen Störungsbildern unterscheidet (Lecrubier et al. 2000) und damit ein eigenständiges Krankheitsbild darstellt und nicht nur ein Prodromal- oder Residual-Syndrom einer anderen Störung ist (Kessler et al., 2001).

Den Stand der Forschung zusammenfassend lässt sich hierzu festhalten, dass weitere Bemühungen zur Erhöhung der Reliabilität der Diagnose erforderlich sind, die GAS jedoch anhand des Verlaufs, der Symptomatik und der Inhalte der Ängste von anderen Angst-Störungen und einer schweren Depression zufrieden stellend unterschieden werden kann (Brown et al., 1994a).