

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG

Angststörungen gehören inzwischen zu den häufigsten seelischen Störungen überhaupt. Beispiele: Phobien, Panikattacken, vor allem aber die Generalisierte Angststörung. Frauen und ältere Menschen sind häufiger betroffen. Das Beschwerdebild ist vielfältig und manchmal schwer von anderen psychischen Störungen und sogar körperlichen Erkrankungen abgrenzbar. Die Folgen, vor allem in psychosozialer Hinsicht, sind erheblich, was sogar durch die indirekten Gesundheitskosten wirtschaftspolitische Auswirkungen hat. Die Ursachen werden wissenschaftlich noch diskutiert, die diagnostischen Möglichkeiten aber immer differenzierter angeboten. Das gilt auch für die Therapie, vor allem psychotherapeutische Maßnahmen und sogar die Pharmakotherapie mit entsprechenden Medikamenten, von denen einiger aber auch nicht ohne Risiko sind.

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht.

Erwähnte Fachbegriffe:

Angststörungen – Generalisierte Angststörung: Häufigkeit, Alter, Geschlecht – Beschwerdebild der Generalisierten Angststörung – Diagnose-Kriterien der Generalisierten Angststörung– Ursachen der Generalisierten Angststörung: neurobiologisch, psychologisch etc. – Differentialdiagnose der Generalisierten Angststörung – Komorbidität bei Generalisierter Angststörung – Psychotherapie der Generalisierten Angststörung – Pharmakotherapie der Generalisierten Angststörung – u. a. m.

Angst nimmt zu. Es heißt sogar: Wir leben im *Zeitalter der Angst*. Jedenfalls scheint die Angst mit den Depressionen und der vorzeitigen Geistesschwäche, der Alzheimer-Erkrankung, jene seelische Störung zu sein, die die Menschen am meisten beschäftigt oder gar mit Sorge erfüllt.

Ist das realistisch? Oder wird Angst bewusst verbreitet? Handelt es sich gar um einen Modetrend? Oder sind wir nur das Opfer eines bisher noch nie da

gewesenen Informationsstroms geworden? Werden wir derartig mit schlechten Nachrichten aus aller Welt eingedeckt, dass uns gar keine andere Wahl mehr bleibt, als uns vor dieser Entwicklung zu ängstigen? Oder sind wir nur übersensibel (und undankbar) geworden, während unsere Vorfahren in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts mit 2 Weltkriegen und schwersten Folgen auf allen Ebenen belastet wurden?

Diese Fragen wären es zwar einmal wert, gründlich überdacht zu werden. Doch sie sollen nicht das Thema dieser Ausführungen sein (weitere Hinweise siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie). Hier geht es um eine Form der so genannten primären Angsterkrankung, die so genannte *Generalisierte Angststörung* (GAS).

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht auf der Grundlage eines Fortbildungs-Artikels in der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* 9/2014 von den Experten J. Plag, S. Schuhmacher und A. Ströhle von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Charité, Universitätsmedizin. Im Einzelnen:

Häufigkeit – Alter – Geschlecht

Die *Generalisierte Angststörung* – GAS (englischer und internationaler Fachbegriff „generalized anxiety disorder“) stellt mit einer so genannten 12-Monats-Prävalenz von bis zu 3,4 % gegenwärtig die zweithäufigste Angsterkrankung in Europa dar. Das geht mit direkten und indirekten Gesundheitskosten von über 10 Milliarden Euro pro Jahr einher.

Das ist ein ernstes gesundheits-politisches Problem, ähnlich wie die Alkoholabhängigkeit auf der psychiatrischen und Parkinson-Krankheit und Epilepsie auf der neurologischen Seite. Dabei ist von der Lebensqualität, dem allgemeinen psychosozialen Funktionsniveau und der beruflichen Leistungsfähigkeit noch gar nicht die Rede, ganz zu schweigen von dem individuellen Leid eines jeden Angst-Patienten.

Geschlechtsspezifisch sind Frauen doppelt so häufig betroffen wie Männer. Im Unterschied zu den anderen Angst-Störungen (s. Kasten) zeigt die *Generalisierte Angststörung* jedoch eine Häufigkeitsverteilung mit mehreren Schwerpunkten, je nach Alter: Am häufigsten ist sie in der Altersgruppe ab dem 65. Lebensjahr, relativ selten bei Heranwachsenden und dann auch im folgenden (vor allem jungen) Erwachsenenalter. Nicht selten und damit entsprechend folgenschwer aber auch im Kindesalter, am ehesten zwischen dem 7. und 12. Lebensjahr.

Beschwerdebild

Die so genannte Kern-Symptomatik (also das häufigste und schwerste Leidenbild) besteht aus Sorgen und Befürchtungen, die sich meist auf Situatio-

nen, Ereignisse oder Probleme des täglichen Lebens beziehen. Beispielsweise die eigene gesundheitliche, finanzielle, partnerschaftliche, sicherheitsbezogene oder allgemeine (psycho)soziale Situation bzw. die naher Bezugspersonen. Wichtig: Das Ausmaß dieser Sorgen(-Bereitschaft) entspricht in keiner Hinsicht den objektivierbaren Gründen. Gleichwohl werden diese oft trotz aller Bemühungen als unkontrollierbar empfunden, und zwar von der aktuellen Situation bis zur nahen und weiteren Zukunft.

Nun ist ja gerade eine individuelle und spezifische Sorgen-Bereitschaft relativ einfach wirtschaftlich oder gesundheitlich abzuwägen, einzuschätzen und damit halbwegs in ihren möglichen Auswirkungen zu kontrollieren. Oder kurz: realistisch oder eingebildet bzw. gar ängstlich überzogen befürchtet? Das Problem: Die individuellen Befürchtungen werden oft bzw. zumindest teilweise als berechtigt, ja hilfreich erlebt. Warum? Weil man ihnen eine Art präventive Besorgnis zuspricht. Denn „gerade weil ich mich Sorge, kann ich auch alles rechtzeitig, umfassend und zukunftsträchtig bedenken und verhindere dadurch Schlimmeres“. Das Ganze hat also auch eine Art innerseelischen (tiefen-)psychologischen Hintergrund, der nicht einfach wegdiskutiert oder rational („nimm doch endlich Vernunft an“) neutralisiert werden kann.

Dazu kommt auf einer weiteren psychosomatisch interpretierbaren Ebene eine oft lang anhaltende psychophysische (seelisch-körperliche) Anspannung, im schlimmsten Fall noch verstärkt durch rein somatische (körperliche) Symptome, beispielsweise Magen-Darm-Beschwerden, Schmerzen im Muskel- und Knochensystem und vor allem ausgeprägte Schlafstörungen (besonders Ein- und Durchschlafstörungen).

Einzelheiten zur so genannten Symptomatik der Generalisierten Angststörung aus wissenschaftlicher und klassifikatorischer Sicht siehe auch nachfolgender Kasten:

Diagnose-Kriterien der Generalisierten Angststörung nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (WHO)*

- A.** Ein Zeitraum von *mindestens 6 Monaten* mit vorherrschender *Anspannung, Besorgnis* und *Befürchtungen* in Bezug auf alltägliche Ereignisse und Probleme.
- B.** Mindestens 4 der folgenden Symptome (davon eins von den Symptomen 1 bis 4):

- *Vegetative Symptome:* Palpitationen (Herzklopfen, verstärkter Pulsschlag), Tachykardie (Herzrasen), Schwitzen, Tremor (Zittern) und Mundtrockenheit.
 - Außerdem Atem- sowie Magen-Darm-Beschwerden und Thorax-Schmerzen (im Bereich des Brustkorbes).
 - *Psychische Symptome:* Schwindel, Schwäche, Derealisation (alles so fremd um mich herum), Angst vor Kontrollverlust und Furcht zu sterben.
 - *Allgemeine Symptome:* Hitze- und Kälteschauer, Paraesthesien (Missempfindungen), Hypaesthesien (verminderte Erregbarkeit bzw. Empfindlichkeit für Schmerz-, Temperatur- und Berührungseize), Schlafstörungen.
 - *Symptome der Anspannung:* Muskelverspannungen, akute und chronische Schmerzen, Ruhelosigkeit, Angespanntheit, Nervosität, Reizbarkeit, Globusgefühl (Kloß im Hals).
 - *Unspezifische Symptome:* Überreaktionen, Schreckhaftigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten etc.
- C.** Es liegt keine hypochondrische, phobische, Zwangs- oder Panikstörung vor (Einzelheiten zu diesen Begriffen siehe die entsprechenden Hinweise in dieser Serie).
- D.** Eine Hyperthyreose (Überfunktion der Schilddrüse), eine organische psychische Störung sowie eine psychotrope Substanzeinwirkung, d. h. durch Wirkung auf das zentrale Nervensystem und damit Seelenleben, z. B. Amphetamine (Weckmittel) oder der Entzug von Benzodiazepin-Präparaten (Beruhigungs- oder Schlafmittel), wurden ausgeschlossen, weil sie ähnliche Symptome auslösen können.

* Erklärungen durch diesen Beitrag

Zu den häufigsten, zumindest auffälligsten Beschwerden gehören also im Lebens-Alltag eines Patienten mit Generalisierter Angststörung folgende seelische, körperliche, psychosomatisch interpretierbare und psychosoziale Beeinträchtigungen nach allgemeinem Lehrbuchwissen:

- Ständige Ängstlichkeit, Sorgenbereitschaft, Befürchtungen jeglicher Art ohne ausreichenden Grund, vor allem in Bezug auf Dinge, die eigentlich gar nicht so schwerwiegend sind bzw. mit großer Wahrscheinlichkeit gar nicht eintreten werden.
- Merk- und Konzentrationsstörungen.

- Gefühl, benommen, zumindest wie absorbiert zu sein (allerdings von was?).
- Nervös, aufgeregt, fahrig, „ständig auf dem Sprung“, ungeduldig, reizbar, bisweilen überwach (überdreht), Rast- und Ruhelosigkeit, wenn nicht gar schreckhaft.
- Rasch ablenkbar, unfähig, sich zu entspannen, schnell aufgeregt, sprunghaft.
- Innerlich unruhig, Zittern, Beben, angespannt.
- Leicht ermüdbar, rasch erschöpfbar, ggf. kraftlos.
- Schweißneigung, kalte und feuchte Hände oder diffuses Schwitzen, Mundtrockenheit, Kloß im Hals (Würgegefühl), rasches Erröten oder ständige Blässe, Lidzucken, Hitzewallungen und Kälteschauer, Unbehagen in der Magengrube, empfindlicher Magen, Übelkeit, Durchfallneigung, Zittern, Verspannungen, Muskelschmerzen, schneller Ruhepuls, Herzklopfen, Herzrasen, vermehrte und verstärkte Atemzüge, ggf. Atemnot bis zum Gefühl des Erstickens, häufiges Wasserlassen, Schluckbeschwerden, Ein- und Durchschlafstörungen, unklare Missempfindungen am ganzen Körper u. a.
- Gefühl des drohenden Kontrollverlustes, als sei alles unwirklich um einen herum bis hin zur „Ohnmachtnähe“.

Pathogenese: Was kann eine Generalisierte Angststörung auslösen?

Die Ursachen der meisten seelischen Störungen sind mehrschichtig. Das trifft auch für die Generalisierte Angststörung zu. Die Experten sprechen von einer so genannte multifaktoriellen Genese, d. h. neben neurobiologischen Veränderungen auch so genannte biographisch bedingte dysfunktionale Lern-Erfahrungen und ein daraus resultierendes Problemlöse-Verhalten. Das führt dann zu einer erhöhten Vulnerabilität (hier vor allem seelischen Verwundbarkeit) gegenüber psychosozialen Stress-Faktoren, die wiederum sowohl Entstehung, Rückfallgefahr und vor allem langfristige Erkrankung begünstigen. Im Einzelnen in Fachbegriffen:

– **Neurobiologisch** sind es besonders so genannte *strukturelle und funktionelle Veränderungen der Hirn-Morphologie, d. h. der Gehirnstrukturen*. Hier hilft vor allem die so genannte Magnetresonanztomographie (MRT) weiter, wie Veränderungen in verschiedenen (para-)limbischen Hirnregionen bestätigen. Beispiele in Fachbegriffen: Amygdala, präfrontaler Kortex, anteriorer zingulärer Kortex, Insula und Hippokampus. Interessant dabei die Erkenntnis, dass das Ausmaß der entsprechenden Bildgebungs-Befunde mit der Ausprägung der klinischen Symptomatik (also des beklagten Leidensbildes) eng zusammenhängt (Fachbegriff: positiv korreliert).

Darüber hinaus gibt es auch *pathophysiologische Hinweise*, d. h. Veränderungen des so genannte serotonergen und noradrenergen sowie des Hypophysen-Hypothalamus-Nebennierenrinden-Systems, auch als „Stress-Achse“ hirneingebundenen bzw. -pathologischer Veränderungen bekannt. Und natürlich eine *genetische Komponente*, also nüchtern gesprochen: Erblast aus der Eltern- und sogar Großeltern-Generation. Entsprechende Zwillings-Studien sprechen hier von einer so genannten Heritabilität von bis zu 30 %, d. h. in jedem 3. Fall erblich belastet.

– Natürlich gibt es auch **psychologische Erklärungs-Modelle** mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten hinsichtlich krank-machender Veränderungen. In allen Modellen werden aber doch einige entscheidende Aspekte stets wiederholt. Beispiele: Bedeutung eines so genannten Vermeidungs-Verhaltens (z. B. gegenüber lebhaften Vorstellungen und emotions-assoziierten, d. h. gefühls-bedingten Körper-Symptomen), ferner gegenüber unsicheren und deshalb schwer aushaltbaren bzw. gar angst-auslösenden Situationen und schließlich der Teufelskreis Sorgen über das „Sich-Sorgen“ als potentiell schädliches Gedankenkreisen (was dann entsprechende psychotherapeutische Maßnahmen nahelegt – s. u.).

Diagnose und Differentialdiagnose

Zwar möchte man meinen, dass ein so erheblich beeinträchtigendes Beschwerdebild vorbeugend früh konkret beklagt und damit auch fachlich diagnostiziert wird, doch das täuscht. In der Ärzteschaft geht man davon aus, dass deutlich mehr Menschen unter einer Generalisierten Angststörung zu leiden haben als gezielt diagnostiziert und behandelt werden. Denn das setzt zum einen nicht nur den entsprechenden Leidensdruck, sondern auch den konsequenten Schritt zum Hausarzt und von diesem zum Psychiater bzw. Psychologen voraus. Allerdings ist auch vielen Betroffenen gar nicht klar genug, was sich hier grenzwertig bis eindeutig krankhaft abspielt, belastet, behindert, beeinträchtigt. Und dies noch auf mehreren Ebenen: seelisch, geistig, psychosomatisch (d. h. Seelisches äußert sich körperlich) und psychosozial, d. h. von konkreten Beeinträchtigungen im Alltag von Partnerschaft, Familie, Nachbarschaft und Beruf ganz zu schweigen.

Dabei bestehen inzwischen durchaus erfolgreiche Möglichkeiten der so genannten Diagnose-Sicherung durch strukturierte klinische Interviews (z. B. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen DIPS), um hinsichtlich der späteren Therapieplanung möglichst früh und langfristig Erfolg zu haben. Zur weiteren Diagnose-Behandlungs-Sicherung stehen dann zusätzlich Fragebögen zur Verfügung, durch die eine genauere Charakterisierung des Beschwerdebildes erreicht werden kann.

Das ist vor allem deshalb von Bedeutung, weil auch andere seelische und sogar körperliche Krankheiten ein ähnliches Leidensspektrum auslösen und un-

terhalten können. Schließlich sind Sorgen, Befürchtungen, Grübelneigung, Schlafstörungen, unerklärliche körperliche Beeinträchtigungen und geistige Defizite nicht selten und selbst durch so manche körperliche Erkrankung oder zumindest Belastung ausgelöst, gebahnt oder intensiviert.

Wenn es sich „nur“ um seelische Störungen handelt, dann spielen vor allem Depressionen und Zwangsstörungen eine vordergründige Rolle. Um nur einige Unterscheidungs-Merkmale zu nennen, nachfolgend eine kurze Übersicht:

– *Depressionen* zeichnen sich im direkten Vergleich vor allem durch ein höheres Maß an Hoffnungslosigkeit oder gar suizidale Gedanken aus. Patienten mit einer Generalisierten Angststörung hingegen sind durch eine höhere Angst-Empfindlichkeit vor allem hinsichtlich körperbezogener Belange sowie durch ausgeprägteres krankhaftes „Sich-Sorgen“ belastet. Auch ist das so genannte depressions-typische Grübeln inhaltlich negativ, d. h. oft den gesamten Gedankengang dominierend und eher rückwärts gerichtet („Ich habe alles falsch gemacht“). Die Sorgen des Patienten mit einer Generalisierten Angststörung hingegen weisen vor allem auf zukünftige Bedrohungen und beunruhigende Ereignisse hin („Was könnte nicht alles passieren“).

– Gegenüber den *Zwangsstörungen* mit ihrem eigenen Sorgen-Spektrum weisen die Sorgen der Generalisierten Angststörung ein eher „Ich-syntonen“ Charakter auf, d. h. sie drängen sich nicht gegen den Willen des Betroffenen auf (Zwangsgedanken), sondern werden eher bezüglich ihres Inhaltes (wenn auch nicht hinsichtlich ihres Ausmaßes) als durchaus berechtigt erlebt. Und ein weiterer Unterschied ist differentialdiagnostisch bedeutsam: Während bei Zwangsstörungen ein „obsessives, also zwanghaftes Beschäftigen mit Ordnung oder Kontrolle quält, verbunden mit Kontaminations-Ängsten (sich verschmutzen oder gar infizieren), mit Zweifeln oder aggressiven oder sexuellen Vorstellungen, dominiert bei der Generalisierten Angststörung eher eine körperliche und soziale Unsicherheit oder ängstlich registrierte allgemeine oder spezifische Bedrohungs-Kulisse.

– Schließlich muss auch noch an *andere Formen der Angststörung* gedacht werden. So wird die Abgrenzung der Generalisierten Angststörung gegenüber einer *Panikstörung*, der *sozialen Phobie* und der *spezifischen Phobie* vor allem durch Unterschiede hinsichtlich des entsprechenden Leidensbildes möglich. Das betrifft nicht zuletzt konkrete Auslöse-Situationen (wissenschaftlich Trigger genannt), wie sie bei den verschiedenen Erkrankungen nicht selten sind. Einzelheiten siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

– Eine weitere Unterscheidungsmöglichkeit sind *Dauer, Verlauf und Ausprägung* der verschiedenen Angststörungen: Bei der Generalisierten Angststörung meist langfristig bis dauerhaft und in seiner Ausprägung bzw. Ursache wechselnd, vor allem was die Bezugspunkte betrifft. Bei der Panikstörung hingegen tritt das psycho-vegetative Syndrom oft überfallartig und ohne erkennbaren Grund auf. Bei der sozialen oder spezifischen Phobie ist es meist ein

gegenständlicher oder situativer Auslöser, d. h. direkt, aber mitunter auch antizipiert, d. h. eine geistig vorweggenommene Angst-Ursache.

Komorbidität

Zuletzt ist auch die so genannte *Komorbidität* von Bedeutung, d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt. Hier sind es auf körperlicher Ebene besonders Magen-Darm- sowie Atmungs-Störungen und in seelischer Hinsicht Suchterkrankungen und vor allem depressive Störungen. Das ist übrigens nicht nur problematisch wegen der dadurch mehrschichtigen Behandlungs-Anforderungen und damit -Risiken und -Grenzen, sondern auch im Extremfall durch zunehmend gefährliche Risikofaktoren einer drohenden Selbsttötungsgefahr.

Was kann man tun?

Generalisierte Angststörungen sind also nicht selten erheblich beeinträchtigend, ggf. sogar quälend und bedürfen dann einer entsprechenden Behandlung, sei es psychotherapeutisch, sei es medikamentös oder u. U. beides. Eine Behandlung mit seelischen Mitteln allein wird erfahrungsgemäß vorgezogen, Medikamente eher skeptisch beurteilt. Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zu beiden Möglichkeiten in Fachbegriffen:

– Bei der **Psychotherapie** hat sich vor allem die so genannte kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als wirkungsvoll erwiesen. Auch psychoanalytische Verfahren führen langfristig zu einer spürbaren Reduktion von Sorgen und Angst. Das gilt allerdings auch für andere Therapie-Verfahren, nicht zuletzt die psychodynamische Therapie. Sie soll dann angeboten werden, wenn sich eine kognitive Verhaltenstherapie nicht als wirksam erwiesen hat oder - was gar nicht so selten ist - nicht zeitlich und örtlich akzeptabel verfügbar ist.

Zu der von den Experten an erster Stelle empfohlenen kognitiven Verhaltenstherapie einige konkrete Maßnahmen bzw. ihr Ziel:

Wichtig ist die so genannte *Psychoedukation*, sprich konkrete Informationen über Art, Funktion, Entstehung und Aufrechterhaltung der Sorgen bzw. Angst.

- Diese *Selbstbeobachtung* besteht aus der Identifikation von Auslösern, Inhalten und Folgen von Sorgen-Episoden (z. B. durch ein „Sorgen-Tagebuch“).
- Bei der *Stimuluskontrolle* handelt es sich um ein Aufschieben des Sich-Sorgens auf bestimmte Zeiten und Orte, um damit die Kontrolle wieder zu erreichen.
- Interessant auch der so genannte *Sokratische Dialog*, eine Realitätsprüfung bzw. ein kritisches Hinterfragen dysfunktionaler (also letztlich schädigender) Überzeugungen einschließlich einer Kosten-Nutzen-Abwägung der Sorgen („was bringt mir...“).
- Bei den *Entspannungs-Verfahren* geht es vor allem um die Reduktion körperlicher Anspannung, beispielsweise auf der Basis der progressiven Muskelrelaxation.
- Unter einer *Sorgen-Exposition in*

sensu versteht man die Angst-Aktivierung durch Bearbeitung eines konkreten Sorgen-Szenarios mit dem Ziel der Habituation (Gewöhnung und damit Neutralisierung). – *Verhaltens-Experimente* zielen auf die Reduktion von Vermeidung oder Rückversicherung (Briefe nicht öffnen, beruhigende Anrufe) etc. – Und das *Problemlöse-Training* beinhaltet die systematische Bearbeitung sorgenbesetzter Themen unter Anwendung erlernter Techniken.

Man sieht: Es gibt viele Möglichkeiten, sich (unbegründete) Sorgen zu machen, aber auch ein erstaunliches Behandlungs-Angebot auf verhaltenstherapeutischer Ebene mit erfreulichen Erfolgsaussichten.

– Zur **Pharmakotherapie** siehe die entsprechende Fachliteratur bzw. die Empfehlungen von Hausarzt, Psychiater, Nervenarzt u. a. Es soll aber nicht verschwiegen werden, dass auch entsprechende Arzneimittel z. T. erstaunliche Erfolge in der Behandlung von Angststörungen generell und der Generalisierten Angststörung im Speziellen haben können. Das hat auch etwas mit der jeweiligen Befundlage zu tun.

Beispiel: Wenn bei ausgeprägtem Leidensbild erkrankungs-typische Defizite beeinträchtigen, z. B. massive Konzentrations-Störungen, beeinträchtigte Auffassungs-Gabe, extreme thematische Einbindung in sorgen-besetzte Themen („das und nur das“) etc. Hier kann durch eine vorgeschaltete medikamentöse Behandlung die psychotherapie-hinderliche Symptomatik so reduziert werden, dass der Patient dann auch von den verhaltenstherapeutischen Maßnahmen (und Aufgaben s. o. !) ausreichend profitiert.

Oder kurz: Manchmal braucht es zuerst eine psychopharmakologische Leidens-Reduktion durch entsprechende Medikamente, um dann gezielt psychotherapeutisch das Krankheitsbild erfolgreich(er) anzugehen.

Zu den konkreten Erläuterungen zur Arzneimittel-Behandlung nur einige wenige Sätze: Nicht alle früher oder noch derzeit diskutierten chemischen Substanzen haben sich in der konkreten Behandlung einer Angststörung im Allgemeinen und der Generalisierten Angststörung im Speziellen ausreichend wirksam (wissenschaftlich ausgedrückt: belegt) erwiesen. Am ehesten bewährt haben sich die Wirkstoffklassen der so genannte Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und selektiven Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI). Darüber hinaus auch noch einige weitere Arzneimittel, je nach substanzspezifischen Eigenschaften (Angstlösung, Sedierung, Nebenwirkungen, aber auch Nieren- und Leberfunktion u. a.). Beispiele: Pregabalin, trizyklische Antidepressiva etc.

Ein besonderes Problem sind natürlich die früher (und heute immer noch!) nicht selten verordneten (weil oft auch dringend erwünschten) Benzodiazepin-Beruhigungsmittel. Ihr anxiolytischer (angstlösender) medikamentöser Effekt nicht zuletzt bei der Generalisierten Angststörung ist unbestritten; das Risiko

eines Missbrauchs und damit drohender Medikamenten-Abhängigkeit aber auch, unabhängig von körperlichen Folgen wie Sedierung (Dämpfung), Muskelrelaxation (Sturzgefahr!) usf.

Wichtig ist deshalb professionelle Betreuung durch die zuständigen Fachärzte bzw. das Behandlungs-Team von Arzt und Psychologen und in diesem Zusammenhang die Dauer der pharmakotherapeutischen bzw. psychotherapeutischen bzw. Behandlungs-Kombination, was nicht zu kurz angesetzt sein sollte. Und wenn sich nach erfreulicher Besserung ein Behandlungs-Ende abzeichnet, dann durch sorgfältig beobachtetes Ausschleichen der Medikation und gut geplanten Abschluss der psychotherapeutischen Behandlung. Und sollte sich ein Rückfall abzeichnen, dann möglichst baldige Konsultation der Experten, ggf. im Sinne einer so genannte Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe (Rückfall-Vorbeugung), den jeweiligen individuellen Umständen angepasst.

Literatur

Grundlage dieser Ausführungen sind allgemeines Lehrbuch-Wissen (siehe die entsprechende Beiträge in dieser Serie mit ausführlichen deutschsprachigen Literaturverzeichnissen) und der Fachbeitrag von

J. Plag, S. Schuhmacher und A. Ströhle (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Berlin) mit dem Titel *Generalisierte Angststörung* in der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* 9 (2014) 1185. Dort auch weiterführende überwiegend englisch-sprachige Literatur.