



Falk Leichsenring · Simone Salzer

Generalisierte Angststörung

Psychodynamische Therapie

Praxis der psychodynamischen Psychotherapie –
analytische und tiefenpsychologisch
fundierte Psychotherapie

HOGREFE



Generalisierte Angststörung

**Praxis der psychodynamischen Psychotherapie –
analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**

Band 4

Generalisierte Angststörung

von Prof. Dr. Falk Leichsenring und Dr. Simone Salzer

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Manfred Beutel, Prof. Dr. Stephan Doering,
Prof. Dr. Falk Leichsenring und Prof. Dr. Günter Reich

Generalisierte Angststörung

von Falk Leichsenring
und Simone Salzer

Unter Mitarbeit von Joachim Biskup, Reinhard Kreische
und Sabine Stein

HOGREFE 

GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM · KOPENHAGEN
STOCKHOLM · FLORENZ · HELSINKI

Prof. Dr. Falk Leichsenring, geb. 1955. Psychologischer Psychotherapeut und Psychoanalytiker. Seit 2007 Professor für Psychotherapieforschung in der Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie der Justus Liebig-Universität Gießen.

Dr. Simone Salzer, geb. 1976. Psychologische Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin in Ausbildung. Seit 2006 Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Georg-August-Universität Göttingen.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzudrucken. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

© 2014 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto • Boston
Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm • Florenz • Helsinki
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Satz: ARThür, Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2305-0

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audio-dateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Beschreibung des Störungsbildes	2
1.1 Symptome	2
1.2 Definition	2
1.3 Epidemiologie	5
1.4 Verlauf und Prognose	5
1.5 Differenzialdiagnose	6
1.6 Komorbidität	6
1.7 Diagnostische Verfahren und Dokumentationshilfen	7
1.8 Psychodynamische Diagnostik und Indikation	8
2 Störungstheorien und Störungsmodelle	9
2.1 Neurobiologische Modelle der Generalisierten Angststörung	9
2.2 Verhaltenstherapeutische Modelle der Generalisierten Angststörung	10
2.3 Psychodynamische Modelle der Generalisierten Angststörung	11
2.3.1 Angst und Angststörungen aus psychoanalytischer Sicht	11
2.3.2 Das Modell der Generalisierten Angststörung von Crits-Christoph et al. (1995)	14
3 Behandlung	18
3.1 Psychotherapie oder Pharmakotherapie bei Angststörungen?	18
3.2 Allgemeine Grundlagen psychodynamischer Therapie	19
3.3 Die supportiv-expressive Therapie (SET) nach Luborsky	22
3.3.1 Störungsmodell der SET	22
3.3.2 Allgemeine Ziele der SET	23
3.3.3 Interventionsprinzipien der SET	23
3.3.3.1 Supportive Interventionsprinzipien	23
3.3.3.2 Expressive (deutende) Behandlungstechniken	28
3.4 Behandlung der Generalisierten Angststörung nach den Prinzipien der SET	37
3.4.1 Psychodynamisch relevante Merkmale der Generalisierten Angststörung	38

3.4.2	Spezifische Therapieelemente bei Generalisierter Angststörung	40
3.4.3	Therapiephasen	40
3.4.3.1	Die probatorischen Sitzungen	41
3.4.3.2	Anfangsphase (1. bis 8. Sitzung)	43
3.4.3.3	Mittlere Phase (9. bis 17. Sitzung)	43
3.4.3.4	Abschlussphase (18. bis 25. Sitzung)	45
3.4.4	Probleme bei der Durchführung	46
3.4.5	Modifikationen	47
3.4.6	Wirkfaktoren	48
4	Wirksamkeit	51
4.1	Allgemeiner Forschungsstand zum therapeutischen Prozess in psychodynamischer Therapie	51
4.2	Forschungsstand zur Wirksamkeit psychodynamischer Therapie bei Generalisierter Angststörung	53
4.3	Wirksamkeit des dargestellten Behandlungskonzepts	54
5	Ausführliches Fallbeispiel	60
5.1	Erstgespräch und probatorische Sitzungen	60
5.2	Erster Therapieabschnitt: Anfangsphase	64
5.3	Zweiter Therapieabschnitt: Mittlere Phase	83
5.4	Dritter Therapieabschnitt: Abschlussphase	96
5.5	Abschließende Bemerkungen	112
6	Ausblick und weiterführende Literatur	114
7	Literatur	115
Anhang		
	Checkliste für Interventionen	126

Einleitung

Angststörungen stellen nach den affektiven Störungen die häufigste Störungsgruppe in der psychotherapeutischen Praxis dar. Hierzu gehören vor allem die Soziale Phobie, die Agoraphobie, die Panikstörung, die Generalisierte Angststörung und die spezifischen Phobien. Traditionell gilt die Verhaltenstherapie bis heute als die Behandlungsform mit der am besten dokumentierten Wirksamkeit. In den letzten Jahren sind jedoch auch psychodynamische Methoden zur Behandlung von Angststörungen entwickelt worden, die sich in empirischen Studien als wirksam erwiesen haben (vgl. Kapitel 3.2). Aus diesem Grund sind sowohl die psychodynamische Therapie als auch die (kognitive) Verhaltenstherapie vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie als wirksame Verfahren zur Behandlung von Angststörungen anerkannt worden.

Das hier vorgestellte Manual beschreibt eine psychodynamische Behandlung der Generalisierten Angststörung (vgl. auch Leichsenring, Winkelbach & Leibing, 2005). Es handelt sich um eine Kurzzeittherapie, die für 25 Sitzungen konzipiert ist. Das Vorgehen orientiert sich an den Prinzipien der supportiv-expressiven Therapie (SET) nach Luborsky, die zum besseren Verständnis in Kapitel 3 ausführlich dargestellt werden. Die Interventionsprinzipien lassen sich in supportive (stützende) und expressive (deutende) Interventionen gliedern. Ziel der Behandlung ist es, das zentrale Beziehungskonflikt-Thema (ZBKT) zu bestimmen, das mit den Symptomen der Generalisierten Angststörung zusammenhängt, dem Patienten darin Einsicht zu vermitteln und ihm einen flexibleren Umgang mit den eigenen Wünschen und im Kontakt mit anderen Personen zu ermöglichen.

Die Wirksamkeit des hier beschriebenen Behandlungskonzepts (vgl. Kapitel 4.3) wurde in einer randomisierten kontrollierten Studie belegt (Leichsenring, Salzer et al., 2009) und auch die längerfristige Stabilität der Behandlungseffekte konnte gezeigt werden (Salzer, Winkelbach et al., 2011).

Zur genauen Veranschaulichung des behandelungstechnischen Vorgehens wird in Kapitel 5 ein ausführliches Fallbeispiel mit Ausschnitten aus der Therapie dargestellt und kommentiert. Anhand der Darstellung des therapeutischen Dialogs werden sowohl die verschiedenen Interventionsprinzipien, als auch ein charakteristischer Verlauf der beschriebenen Behandlung im Detail nachvollziehbar.

Gießen und Göttingen, im Oktober 2013

*Falk Leichsenring
Simone Salzer*

1 Beschreibung des Störungsbildes

1.1 Symptome

Patienten mit Generalisierter Angststörung leiden unter anhaltender, chronischer Angst, welche nicht an spezifische Situationen oder Objekte gebunden ist. Diese Angst wurde deshalb auch als „frei flottierend“ bezeichnet. Häufig befürchten die Betroffenen, sie selbst oder ein Angehöriger könnten erkranken oder verunglücken, oder sie äußern eine Vielzahl von anderen Sorgen und Vorahnungen. Die Generalisierte Angststörung ist verbunden mit einem hohen Anspannungsniveau, verschiedenen motorischen Beschwerden (körperliche Unruhe, Spannungskopfschmerz, Zittern) und Symptomen einer vegetativen Übererregbarkeit wie z. B. Benommenheit, Schwitzen, Tachykardie oder Tachypnoe, Oberbauchbeschwerden, Schwindelgefühl oder Mundtrockenheit (vgl. Leichsenring, Winkelbach & Leibing, 2002).

**Merkmale der
Generalisierten
Angststörung:**
– frei flottie-
rende Angst
– Sorge: furcht-
same Erwartung
– motorische
und vegeta-
tive Symptome

1.2 Definition

In den beiden Klassifikationssystemen DSM-IV (Saß et al., 2003) und ICD-10 (Dilling et al., 2000) finden sich zum Störungsbild der Generalisierten Angststörung unterschiedliche Schwerpunktsetzungen bei vergleichbaren Kriterien. Da sich im kürzlich erschienenen DSM-5 hinsichtlich der diagnostischen Kriterien für die Generalisierte Angststörung keine bedeutsamen Veränderungen ergeben haben (vgl. auch Starcevic & Portman, 2013) und die deutsche Übersetzung des DSM-5 gegenwärtig noch nicht vorliegt, beziehen wir uns im Folgenden weiterhin auf die Version des DSM-IV. Im ICD-10 wird die Generalisierte Angststörung unter den „sonstigen Angststörungen“ neben der Panikstörung und den gemischten und nicht näher bezeichneten Angststörungen aufgeführt (ICD-10: F41.1). Ein Unterschied zum DSM-IV (300.02) ist die engere Fassung im ICD-10 (hier: Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis), welche anderen Störungen (depressive Episode, phobische Störung, Panikstörung, Zwangsstörung) Priorität einräumt. Eine kritische Diskussion der Klassifikation und einen Vergleich der Kriterien geben Rickels und Rynn (2001). In Tabelle 1 sind zunächst die diagnostischen Kriterien von ICD-10 und DSM-IV aufgeführt.

Die Generalisierte Angststörung wurde 1980 zunächst als Restdiagnose zu den anderen Angststörungen eingeführt und aufgrund geringer Interrater-

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien der Generalisierten Angststörung

300.02 DSM-IV (Saß et al., 2003)	F41.1 ICD-10 (Dilling et al., 2000)
<p>A. Übermäßige Angst und Sorgen (furchtsame Erwartungen) bezüglich mehrerer Ereignisse oder Tätigkeiten, die mindestens über 6 Monate hinweg an der Mehrzahl der Tage auftraten.</p> <p>B. Die Person hat Schwierigkeiten, die Sorgen zu kontrollieren.</p> <p>C. Angst und Sorgen sind mit mindestens 3 der folgenden 6 Symptome verbunden, wobei zumindest einige der Symptome in den vergangenen 6 Monaten an der Mehrzahl der Tage auftraten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruhelosigkeit, 2. leichte Ermüdbarkeit, 3. Konzentrationsschwierigkeiten oder Leere im Kopf, 4. Reizbarkeit, 5. Muskelspannung, 6. Schlafstörungen (Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten, unruhiger, nicht erholsamer Schlaf). <p>D. Angst und Sorgen sind nicht auf Merkmale einer anderen Achse-I-Störung beschränkt, z. B. die Angst und Sorge beziehen sich nicht darauf, eine Panikattacke zu erleiden (wie bei Panikstörung), sich in der Öffentlichkeit zu blamieren (wie bei Sozialer Phobie), verunreinigt zu werden (wie bei Zwangsstörung), eine ernsthafte Krankheit zu haben (wie bei Hypochondrie) etc. und die Angst und Sorge treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Posttraumatischen Belastungsstörung auf.</p> <p>E. Angst, Sorgen oder körperliche Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.</p> <p>F. Das Störungsbild geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors (wie z. B. Schilddrüsenüberfunktion) zurück und tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Affektiven Störung, einer Psychotischen Störung oder einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung auf.</p>	<p>A. Ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten mit vorherrschender Anspannung, Besorgnis und Befürchtungen in Bezug auf alltägliche Ereignisse und Probleme.</p> <p>B. Mindestens vier Symptome der unten angegebenen Liste, davon eins von den Symptomen 1. bis 4. müssen vorliegen:</p> <p><i>Vegetative Symptome:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Palpationen, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz, 2. Schweißausbrüche, 3. fein- oder grobschlägiger Tremor, 4. Mundtrockenheit (nicht infolge Medikation oder Exsikkose). <p><i>Symptome, die Thorax und Abdomen betreffen:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Atembeschwerden, 6. Beklemmungsgefühl, 7. Thoraxschmerzen und -missempfindungen, 8. Nausea oder abdominelle Missempfindungen (z. B. Kribbeln im Magen). <p><i>Psychische Symptome:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche und Benommenheit, 10. Gefühl, die Objekte sind unwirklich (Derealisation) oder man selbst ist weit entfernt oder „nicht wirklich hier“ (Depersonalisation), 11. Angst vor Kontrollverlust, verrückt zu werden oder „auszuflippen“, 12. Angst zu sterben. <p><i>Allgemeine Symptome:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Hitzegefühle oder Kälteschauer, 14. Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle. <p><i>Symptome der Anspannung:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Muskelverspannung, akute und chronische Schmerzen, 16. Ruhelosigkeit und Unfähigkeit zum Entspannen, 17. Gefühle von Aufgedrehtsein, Nervosität und psychischer Anspannung, 18. Kloßgefühl im Hals oder Schluckbeschwerden.

Tabelle 1: Fortsetzung

300.02 DSM-IV (Saß et al., 2003)	F41.1 ICD-10 (Dilling et al., 2000)
	<p><i>Andere unspezifische Symptome:</i></p> <p>19. übertriebene Reaktionen auf kleine Überraschungen oder Erschrecktwerden,</p> <p>20. Konzentrationsschwierigkeiten, Leeregefühl im Kopf wegen Sorgen oder Angst,</p> <p>21. anhaltende Reizbarkeit,</p> <p>22. Einschlafstörungen wegen der Besorgnis.</p> <p>C. Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine Panikstörung (F41.0), eine phobische Störung (F40.-), eine Zwangsstörung (F42.-) oder eine hypochondrische Störung (F45.2).</p> <p>D. Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Störung ist nicht zurückzuführen auf eine organische Krankheit wie eine Hyperthyreose, eine organische psychische Störung (F00–F09) oder auf eine durch psychotrope Substanzen bedingte Störung (F10–F19), z. B. auf einen exzessiven Genuß von amphetamin-ähnlichen Substanzen oder auf einen Benzodiazepinentzug.</p>

Reliabilitäten kontrovers diskutiert. Dies zeigt sich auch in der vergleichsweise engen Definition im ICD-10, die anderen Störungen (depressive Episode, phobische Störung, Panikstörung, Zwangsstörung) Priorität einräumt. Die Eigenständigkeit des Störungsbildes ist jedoch durch die Ergebnisse empirischer Studien hinreichend belegt worden und die Abgrenzung von anderen Angststörungen und Depression anhand des Verlaufs, der Symptomatik und der Inhalte der Ängste zufriedenstellend (Kessler et al., 2001).

Das DSM-IV (Saß et al., 2003) schreibt der furchtsamen Erwartung oder übermäßigen ängstlichen Sorge („worry“) eine besondere Bedeutung zu (vgl. auch Freud, 1894, S. 318). Dies entspricht der klinischen Erfahrung und empirischen Ergebnissen. Die meisten der betroffenen Patienten geben an, sich auch bei geringfügigen Anlässen und ständig, d. h. die meiste Zeit des Tages, zu sorgen. Dabei leiden sie besonders darunter, die Sorgen nicht kontrollieren zu können und sich davon überwältigt zu fühlen. Die Sorge der Patienten mit Generalisierter Angststörung bezieht sich sehr häufig auf interpersonelle Beziehungen (Borkovec et al., 1983). Die hohe Bedeutung interpersoneller Probleme zeigt sich auch in der hohen Komorbidität zwischen der Generalisierten Angststörung und der Sozialen Phobie sowie in

Besondere Bedeutung der Sorge bzw. der „ängstlichen Erwartung“

gehäuft unsicheren Bindungen bei diesen Patienten (Brown & Barlow, 1992; Eng & Heimberg, 2006).

Darüber hinaus konnte empirisch gezeigt werden, dass sich bei Patienten mit Generalisierter Angststörung verschiedene interpersonale Subtypen finden lassen, die sich hinsichtlich ihres interpersonalen Stils und ihres Therapieoutcomes unterscheiden (Salzer et al., 2008; Salzer et al., 2011).

Fallbeispiel

Die 36-jährige Frau C. leidet unter Eifersucht und starker Angst, dass ihr Mann fremdgehen könne, ihr „weggenommen“ wird. Der kleinste Anlass, wie ein Zuspätkommen oder eine Unterhaltung mit einer anderen Frau, genüge schon, um sie in große Angst zu versetzen. Auch mache sie sich oft Sorgen um ihre Kinder (9 und 10 Jahre alt). Als diese klein waren, hatte sie große Angst vor einem plötzlichen Kindstod. Darüber hinaus hat sie täglich Ängste, wenn sie mit ihrem Hund spazieren gehen will. Der sei einmal gebissen worden und sie hat Angst, dies könne wieder passieren oder aber sie könne ihn womöglich nicht kontrollieren. Bei der Arbeit sorgt sie sich häufig, einen Fehler zu machen, was ihr vor zwei Jahren bei hoher Belastung einmal passiert sei.

1.3 Epidemiologie

Die Generalisierte Angststörung ist neben der Sozialen Phobie die häufigste Angststörung. Schätzungen für die Lebenszeitprävalenz der Generalisierten Angststörung reichen von 3,6 bis 5,1 % (Lieb, Becker & Altamura, 2005). In Allgemeinarztpraxen macht sie – sicherlich auch bedingt durch die oftmals vorwiegend körperlich wahrgenommenen Beschwerden wie Muskelverspannungen, Schmerzen sowie Einschlafstörungen – 8 % der Patientenclientel aus und ist damit die häufigste Angsterkrankung in der Primärversorgung (Wittchen & Hoyer, 2001). Vergleichbar mit anderen Angststörungen scheint die Generalisierte Angststörung bei Frauen häufiger aufzutreten, allerdings haben nur wenige Studien Geschlechtsunterschiede untersucht.

Lebenszeitprävalenz:
3,6 bis 5,1 %

Prävalenz in Allgemeinarztpraxen: 8 %

1.4 Verlauf und Prognose

Im Vergleich mit anderen Angststörungen beginnt die Generalisierte Angststörung später und selten vor dem zweiten Lebensjahrzehnt. Am höchsten ist die Wahrscheinlichkeit einer Erstmanifestation ab dem fünften Lebensjahrzehnt (Lieb et al., 2005). Dabei scheint die Generalisierte Angststörung

Später Beginn, oft chronischer Verlauf