

Journal für

Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

www.kup.at/
JNeuroI NeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

Subsyndromale Angststörungen:

Definition, Messparameter

Epidemiologie

Volz HP, Gastpar M, Kasper S

Möller HJ, Müller WE

Journal für Neurologie

Neurochirurgie und Psychiatrie

2011; 12 (2), 162-167

Homepage:

www.kup.at/

JNeuroI NeurochirPsychiatr

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Indexed in
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

76. Jahrestagung

Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie DGNC

Joint Meeting mit der Französischen
Gesellschaft für Neurochirurgie



2025
1.–4. Juni
HANNOVER

www.dgnc-kongress.de

Im Spannungsfeld zwischen
Forschung und Patientenversorgung

PROGRAMM JETZT ONLINE EINSEHEN!



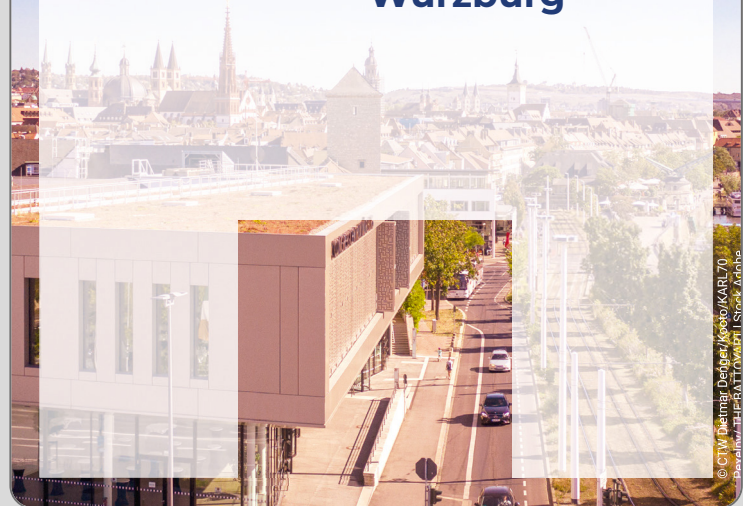
Deutsche
Gesellschaft für
Epileptologie



64. JAHRESTAGUNG

der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie

10.–13. Juni 2026
Würzburg



Subsyndromale Angststörungen: Definition, Messparameter und Epidemiologie

H. P. Volz¹, M. Gastpar², S. Kasper³, H. J. Möller⁴, W. E. Müller⁵

Kurzfassung: Angststörungen sind seit Einführung von Diagnosemanualen operationalisiert. Die diagnostischen Kriterien der Generalisierten Angststörung (GAS) wurden in den vergangenen Jahrzehnten strenger gefasst und grenzen deshalb Erkrankte aus, die aufgrund ihres Störungsbildes ebenso beeinträchtigt sind wie jene Menschen, die die diagnostischen Kriterien der GAS nach aktuellem Definitionsstand erfüllen. Insofern erscheint die derzeit angewandte kategoriale Betrachtungsweise wenig geeignet, dem Störungsbild gerecht zu werden und sollte durch einen dimensionalen Ansatz ersetzt werden. Dies würde auch zu einer besseren Behandlungsmöglichkeit der subsyndromalen GAS führen, womit eine Chronifizierung der Beschwerden und der Übergang in die syndromale Störung verhindert werden könnten. Da das klini-

sche Bild der subsyndromalen und der syndromalen GAS weite Überlappungsbereiche aufweist, kann und sollte auf etablierte veränderungssensitive Messinstrumente wie die Hamilton-Angstskala zurückgegriffen werden.

Schlüsselwörter: Angststörung, subsyndromale Angststörung, Klassifikation, Chronifizierung

Abstract: Subthreshold Anxiety Disorders – Definition, Measuring Parameters, and Epidemiology. Anxiety disorders have been operationalised since the introduction of diagnostic manuals. The diagnostic criteria of Generalised Anxiety Disorder (GAD) have been tightened in the last decades and exclude patients who are impaired due to their syndromes as much as

those who fulfill the diagnostic criteria of GAD according to current definitions. In view of that fact the currently used categorical approach seems less suitable to fit with the disorder's symptoms. It should be substituted by a dimensional approach leading to better treatment options for Subthreshold Anxiety Disorders. By applying this approach chronicity of the complaints and a transition into a syndromic disorder could be prevented. Because the clinical picture of subthreshold and syndromic GAD matches in broad parts, well-established measures sensitive for change such as the Hamilton Anxiety Scale can be used. **J Neurol Neurochir Psychiatr 2011; 12 (2): 162–7.**

Key words: anxiety disorder, subthreshold anxiety disorder, classification, chronification

■ Einleitung

Angststörungen, wie die meisten anderen psychischen Störungen auch, sind seit Einführung der Diagnosemanualen ICD-10 [1] bzw. DSM-IV [2] klar operationalisiert. Die Generalisierte Angststörung (GAS) ist im DSM-IV durch folgende Kriterien gekennzeichnet:

- A Übermäßige Angst und Sorge (furchtsame Erwartung) bezüglich mehrerer Ereignisse oder Tätigkeiten (wie etwa Arbeit oder Schulleistungen), die während mindestens 6 Monaten an der Mehrzahl der Tage auftraten.
- B Die Person hat Schwierigkeiten, die Sorgen zu kontrollieren.
- C Die Angst und Sorge sind mit mindestens 3 der folgenden 6 Symptome verbunden (wobei zumindest einige der Symptome in den vergangenen 6 Monaten an der Mehrzahl der Tage vorlagen):
 1. Ruhelosigkeit oder ständiges „auf dem Sprung Sein“,
 2. leichte Ermüdbarkeit,
 3. Konzentrationsschwierigkeiten oder Leere im Kopf,
 4. Reizbarkeit,
 5. Muskelspannung,
 6. Schlafstörungen (Ein- oder Durchschlafstörungen oder unruhiger, nicht erholsamer Schlaf).

(Die Kriterien D und F definieren Ausschlussbedingungen, im Kriterium E ist festgelegt, dass Leiden oder Beeinträchtigungen durch die Symptomatik bestehen müssen.)

Eingelangt am 24. März 2009; angenommen nach Revision am 24. Juli 2009; Pre-Publishing Online am 29. September 2009

Aus dem ¹Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin Schloss Werneck, Werneck, der ²Fliedner Klinik, Berlin, der ³Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Universität Wien, der ⁴Psychiatrischen Klinik, Ludwig-Maximilians-Universität München, dem ⁵Pharmakologischen Institut für Naturwissenschaftler am Biozentrum der Universität Frankfurt

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. Hans-Peter Volz, Krankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin Schloss Werneck, D-97440 Werneck, Balthasar-Neumann-Platz 1; E-Mail: hans-peter.volz@kh-schloss-werneck.de

Falls nur ein Symptom (z. B. unkontrollierbare Sorgen) nicht erfüllt ist, kann keine GAS diagnostiziert werden.

Rickels und Rynn [3] haben in einem Übersichtsartikel die Entwicklung der diagnostischen Kriterien der GAS vom DSM-I bis zum DSM-IV dargelegt (und auch mit jenen der ICD-10 verglichen) und stellen fest, dass im Laufe der Zeit 2 Hauptänderungen eingetreten sind: Zum einen sei das Zeitkriterium immer strenger gefasst (d. h. ausgedehnt) und schließlich auf eine Mindestdauer der Symptomatik von 6 Monaten festgelegt worden, zum anderen sei immer stärkeres Gewicht auf das Sich-Sorgen und auf sekundäre psychische Angstsymptome gelegt worden. Sie äußern in diesem Artikel die Ansicht, dass – gestützt auf ihre breite klinische Erfahrung – stärkeres Gewicht auf die Schwere der Angstsymptomatik und nicht so sehr auf die Sorgen gelegt werden sollte, auch sei die Dauer der Symptomatik für die klinische Diagnosestellung nicht entscheidend.

Die GAS ist also im Laufe der Zeit durch immer strengere Kriterien definiert worden, wobei es auch Patienten gibt, die eine Reihe von DSM-IV-/ICD-10-Kriterien erfüllen, aber nicht alle. Solche Störungen werden als subsyndromale Störungen bezeichnet.

Zunächst ist in diesem Zusammenhang zu klären, ob es Konventionen oder einen wissenschaftlichen Konsens gibt, wie solche subsyndromalen Angststörungen (synonyme Begriffe sind unterschwellige oder subdiagnostische Angststörungen), die mehr oder weniger knapp die diagnostischen Kriterien verfehlen, definiert werden, wie häufig diese Beschwerden sind und ob sie Krankheitswert besitzen, d. h. im engeren Sinne für den Betroffenen ähnliche Auswirkungen wie die vollständig ausgebildete Störung besitzen. Hieran anknüpfend ist von Interesse, ob es kontrollierte klinische Interventionsstudien gibt, und falls ja, welche Hauptwirksamkeitsparameter für solche Untersuchungen empfohlen werden können.

■ Definition subsyndromaler Angststörungen am Beispiel der GAS

Es gibt keine allgemein verbindliche wissenschaftliche Definition einer subsyndromalen GAS. Eine wichtige Arbeit in diesem Kontext ist die von Carter et al. [4], auf die sich eine Reihe anderer Autoren bezieht. Dort ist die subsyndromale GAS („subthreshold generalized anxiety disorder“ [GAD]) definiert als „Sorge“ („worry“), die für mindestens 3 Monate besteht und die mindestens 2 der folgenden DSM-IV-Kriterien erfüllen muss:

1. unkontrollierbare Sorge,
2. 3 oder mehr assoziierte körperliche Symptome und
3. klinisch signifikante Beeinträchtigung.

Der Unterschied zu einer vollständig ausgeprägten GAS besteht also darin, dass z. B. die unkontrollierbare Sorge nicht mehr unbedingt vorhanden sein muss (da nur 2 der genannten 3 Punkte erfüllt sein müssen, bei der GAS sind es alle 3) und dass das Zeitkriterium im DSM-IV (Bestehen der Symptomatik für mindestens 6 Monate) auf mindestens 3 Monate gelockert wurde.

Auch diese Definition der subsyndromalen GAS erscheint ähnlich willkürlich wie die Definition der GAS im DSM-IV. Systematisch wurden die einzelnen Möglichkeiten der subsyndromalen GAS von Ruscio et al. [5] definiert (und im Rahmen einer epidemiologischen Untersuchung verwendet, deren Ergebnis weiter unten berichtet wird). Es wurden die Hauptkriterien wie folgt weniger streng gefasst:

- Lockerung des Zeitdauer-Kriteriums von mindestens 6-monatigem Bestehen der Symptomatik auf nur mindestens 1-monatiges Bestehen.
- Es müssen nicht mehr unkontrollierbare Sorgen vorhanden sein, sondern Sorgen.
- Die Zahl der assoziierten körperlichen Symptome wurde von mindestens 3 auf mindestens 2 verändert.

Diese Variationen wurden auch in Kombinationen untereinander betrachtet (Dauer und übertriebene Sorgen gelockert, Dauer und assoziierte körperliche Symptome gelockert, alle 3 Kriterien gelockert).

Ähnlich (d. h. weniger Symptome und kürzere Zeitdauer), wengleich nicht mit der gleichen Systematik, waren bereits Angst et al. [6] sowie Preisig et al. [7] vorgegangen. Heun et al. [8] beließen das Zeitkriterium (6 Monate), reduzierten aber die Zahl der notwendigen Angstsymptome. Pini et al. [9] definierten eine Mindestanzahl von 3 Angstsymptomen, die für mindestens einen Monat bestanden haben müssen. Weiller et al. [10] unterschieden 3 Subtypen subsyndromaler GAS. Im Subtyp 1 sind alle Diagnosekriterien erfüllt, allerdings genügt als Zeitkriterium 3–6 Monate, im Subtyp 2 und 3 ist zwar das Zeitkriterium (≥ 6 Monate) erfüllt, allerdings müssen nicht sämtliche einzelnen Symptome, wie im DSM-System spezifiziert, erfüllt sein. Olfson et al. [11] definieren eine subsyndromale GAS als das Vorhandensein von ausgeprägter Angst und Sorge während mindestens 6 Monaten, allerdings dürfen die Kriterien, um eine GAS nach DSM-Maßstäben zu diagnostizieren, nicht sämtlich erfüllt sein.

Weitere Definitionen einer subsyndromalen GAS beziehen sich meistens auf Skalenwerte. So legen Cohen et al. [12] fest, dass syndromale Angst vorliegt, wenn der Summenwert der „Anxiety Status Inventory Scale“ (ASIS) mindestens 50 beträgt, subsyndromale Angst besteht bei einem Wert darunter, und wenn der Proband mindestens eines der ASIS-Sorgen-Items („nervousness, fear, panic, going to pieces, something bad might happen“) vollständig aufweist und mindestens 3 teilweise. Norman et al. [13] legen eine 5-Punkt-Skala vor, mit der es möglich ist, über die einzelnen Angstdiagnosen hinweg syndromale von subsyndromalen Störungen zu differenzieren. Allerdings führen sie die genauen Kriterien, wie dies möglich sei, in ihrer Arbeit nicht auf. Aréan und Alvidrez [14] benutzen in ihrer epidemiologischen Untersuchung eine Kombination eines Negativkriteriums (Nicht-Erfüllen der DSM-Kriterien der jeweiligen Störung) und das Überschreiten eines bestimmten unteren Grenzwertes auf einer Symptomskala; bei den Angststörungen wurde das „Beck Anxiety Inventory“ (BAI) mit einem Wert von mindestens 18 festgelegt. Subsyndromale Angst liegt nach diesem Vorgehen also vor, wenn eine messbare deutliche Symptomatik bei Verfehlen der diagnostischen Kriterien besteht.

Insbesondere das Zeitkriterium (≥ 6 Monate) der GAS wird von den meisten Autoren kritisch hinterfragt. Kessler et al. [15] widmen diesem Gesichtspunkt eine eigene Publikation. Dass dieses Zeitkriterium für die diagnostische Entität GAS nicht entscheidend ist, zeigen auch genetische Befunde mithilfe von Zwillingstudien (Kendler et al. [16]). Hier zeigte sich, dass die ätiologische Rolle genetischer Faktoren auf das Entstehen einer GAS ähnlich ausgeprägt war in der Gruppe, in der die Symptombdauer nur mindestens einen Monat betrug und in der Gruppe mit einer Symptombdauer von mindestens 6 Monaten.

■ Häufigkeit

Schon bei epidemiologischen Untersuchungen zu syndromalen Störungen finden sich bei den ermittelten Prävalenzen große Unterschiede zwischen den einzelnen Untersuchungen, was auf die Anwendung unterschiedlicher diagnostischer Kriterien, die unterschiedliche Art und Weise der Datenerhebung (Art der Interviews, Erfahrung des Interviewers etc.) und die Untersuchung unterschiedlicher Grundpopulationen zurückgeführt wird. Immerhin hat aber die Einführung der DSM- und ICD-Klassifikation in diesem Bereich zu einer gewissen Harmonisierung, zumindest was die diagnostischen Kriterien betrifft, geführt.

Genau dies ist bei den epidemiologischen Studien zu subsyndromalen Angststörungen nicht der Fall. Selten verwenden 2 Studien dieselben Kriterien für eine subsyndromale GAS, sodass aufgrund dieses Umstandes mit einer erheblichen Variabilität der Prävalenzen gerechnet werden muss. Die folgende Darstellung ist geordnet nach der untersuchten Population in ältere Probanden, Patienten in Allgemeinarztpraxen und Bevölkerungsstudien.

Ältere Probanden

Eine Reihe von Studien liegt zu der Häufigkeit subsyndromaler Angststörungen in der älteren Bevölkerung vor. So stellten

Cohen et al. [12] in einer epidemiologischen Studie an 1074 älteren Patienten (Definition der syndromalen bzw. subsyndromalen Angst s. o.) fest, dass 2,3 % an einer syndromalen und 13,3 % der untersuchten Gruppe an einer subsyndromalen Angststörung litten. Mittels logistischer Regressionsberechnungen konnten die Autoren zeigen, dass sich die Gruppe mit der subsyndromalen Angst von der symptomfreien Gruppe in zahlreichen der untersuchten Parameter unterschied: Sie berichteten mehr psychische Traumata, mehr körperliche Erkrankungen, ausgeprägtere depressive und phobische Symptome, mehr aktuelle Konflikte und einen introvertierten Konfliktlösungsstil. Die Autoren weisen darauf hin, dass die meisten Menschen mit diesen subsyndromalen Angststörungen nicht behandelt wurden.

In einer weiteren Untersuchung an älteren Probanden (Aréan und Alvidrez [14]; für die verwandten Operationalisierungen s. o.) wurden zahlreiche psychische Erkrankungen erfasst. Dysthymie und Major Depression waren die häufigsten Erkrankungen, insgesamt litten 25 % der Untersuchten an mindestens einer Achse-I-Störung. 44 % wiesen eine subsyndromale Störung auf, 14 % eine subsyndromale Depression und 17 % eine subsyndromale Angststörung. Eine ähnliche Zahl (18,5 %) fanden Heun et al. [8] bei ihrer Untersuchung an 286 älteren Probanden.

Allgemeinarztpraxen

Roy-Byrne et al. [17] untersuchten 277 Patienten in Allgemeinarztpraxen auf das Vorhandensein psychischer Störungen und fanden, dass jeweils 5 % dieser Patienten an einer subsyndromalen Angststörung oder Depression litten. Die diagnostische Zuordnung erfolgte unter Verwendung verschiedener Skalen („General Health Questionnaire“, „Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised“, „Hamilton-Depressionsskala“, „Hamilton-Angstskala“, „Global Assessment of Function“), mithilfe derer depressive bzw. Angstsymptome festgestellt wurden, die Erfüllung der entsprechenden DSM-III-Kriterien lag aber nicht vor. (Aufgrund dieser sehr ungenauen Operationalisierung, z. B. ohne die Angabe von Grenzwerten, ist diese Definition subsyndromaler Angststörungen im Abschnitt „Definition“ nicht aufgenommen worden.) Somit lagen ebenso viele subsyndromale wie syndromale Depressionen vor, während subsyndromale Angststörungen im Vergleich zu syndromalen Angststörungen deutlich seltener (25 %) waren.

Eine weitere Arbeit erfasste 10.359 Patienten in Allgemeinarztpraxen (Weiller et al. [10]). Folgende Prävalenzzahlen wurden erhoben: Subsyndromale GAS: 4,1 %, GAS: 4,8 %, GAS und Depression: 3,7 %, Agoraphobie: 1,5 %, Panikstörung 0,8 %, Agoraphobie und Panikstörung: 0,7 %.

Olfson et al. [11] (DSM-IV-Kriterien) fanden ähnliche Zahlen beim Allgemeinarzt. Untersucht wurden hier 1001 erwachsene Patienten mithilfe eines Telefoninterviews. 6,6 % der Probanden berichteten über Angstsymptome, ohne die diagnostischen Kriterien einer vollständig ausgebildeten Angststörung zu erreichen, die sozioökonomischen Daten waren bei beiden Gruppen, den syndromal bzw. den subsyndromal Erkrankten, ähnlich.

Bevölkerungsstudien

Lewinsohn et al. [18] widmen sich dem Problem der Komorbidität bei subsyndromalen psychischen Störungen in einer Stichprobe von 1704 Jugendlichen. Die subsyndromale Angst war definiert als das Vorkommen von mindestens 3 Angstsymptomen bei folgenden DSM-III-R-Angststörungen: Panikstörung, Agoraphobie ohne Panikstörung, soziale Phobie, Zwangsstörung sowie Trennungangst. Zudem wurden depressive Bilder erfasst. Es ergeben sich ausgeprägte Komorbiditäten der subsyndromalen Störungen untereinander (40,0 % weisen 2 subsyndromale Störungen auf, 29,9 % 3 subsyndromale Störungen, besonders häufig kam die subsyndromale Depression mit der subsyndromalen Angststörung gemeinsam vor [38,3 %]) sowie von subsyndromalen Störungen mit syndromalen Störungen (insgesamt 34,4 % Komorbidität, besonders häufig die syndromale Depression mit der subsyndromalen Angststörung [25,9 %]). Diese extrem hohen Komorbiditätszahlen belegen die Wichtigkeit des Konstrukts und des Erkennens subsyndromaler Störungen in klinischer Hinsicht.

Preisig et al. [7] (die Operationalisierung für subsyndromale Angst ist weiter oben angegeben) fanden in ihrer Längsschnittstudie an 591 Probanden, dass die Komorbidität zwischen Depression, subsyndromaler Depression, Angststörung und subsyndromaler Angststörung dann besonders hoch ist, wenn eine der Störungen das vollständig ausgeprägte klinische Bild (nach DSM-III-Kriterien) erfüllt. Als Hauptschlussfolgerung weisen die Autoren darauf hin, dass bei den genannten Störungen ein dimensionaler Zugangsweg dem kategorialen Ansatz vorzuziehen sei.

Eine zentrale Arbeit zur Frage der Häufigkeit subsyndromaler Störungen legten Carter et al. [4] vor. Untersucht wurde an 4181 Erwachsenen in Deutschland (Alter 18–65 Jahre) die 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen (DSM-IV-Kriterien). Eine GAS wurde in 1,5 % der Fälle diagnostiziert, eine subsyndromale GAS (für die Operationalisierung siehe weiter oben) in 3,6 % der Fälle, wobei Frauen und Ältere ein besonderes Risikoklientel für eine subsyndromale GAS darstellten.

Kessler et al. [15] untersuchten mithilfe der Daten der NCS-R („US National Comorbidity Survey Replication“) 9282 Teilnehmer. Sie variierten systematisch das Zeitkriterium und stellten die Lebenszeit-, die 12-Monats- und die 1-Monats-Prävalenz fest, wenn alle anderen GAS-Kriterien zutreffen. Die wichtigsten Daten sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Ruscio et al. [5] ermittelten an derselben Grundgesamtheit wie Kessler et al. [15] eine Reihe von Daten. Interessant an dieser Arbeit ist vor allem auch, dass die subsyndromale GAS unterschiedlich operationalisiert wurde (s. o.). Die wichtigsten Daten sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

■ Krankheitswert/Auswirkungen subsyndromaler Angststörungen

In einer kleinen Erhebung (n = 70) untersuchten Diefenbach et al. [19] die Frage, welche Beschwerden/Symptome ältere Patienten mit einer GAS von jenen mit, wie es die Autoren

Tabelle 1: Prävalenzen der syndromalen und subsyndromalen GAS in Abhängigkeit von der Zeit, für die die Symptomatik bestanden haben muss (die Daten basieren auf der „US National Comorbidity Survey Replication“ mit 9282 Teilnehmern). Nach [15].

| Minimale Dauer der Episode | Lebenszeit (% [SE]) | 12 Monate (% [SE]) | 1 Monat (% [SE]) |
|----------------------------|---------------------|--------------------|------------------|
| 1 Monat | 12,7 (0,5) | 5,5 (0,3) | 2,6 (0,2) |
| 3 Monate | 8,0 (0,4) | 3,9 (0,2) | 2,1 (0,2) |
| 6 Monate | 6,1 (0,3) | 2,9 (0,2) | 1,8 (0,2) |
| 12 Monate | 4,2 (0,2) | 2,2 (0,1) | 1,6 (0,2) |

SE: Standard Error (Standardfehler)

bezeichnen, „Minor GAS“ (definiert als das Vorhandensein einiger, aber nicht aller DSM-IV-GAS-Diagnosekriterien) unterscheiden. Es seien dies übermäßige Sorgen an den meisten Tagen, Schwierigkeiten, die Sorgen zu kontrollieren und die Beeinträchtigung durch die Sorgen. Die Autoren spekulieren in ihrer Diskussion darüber, ob subsyndromale Angst nicht als Vorläufer der vollständig ausgebildeten Störung betrachtet und eine frühzeitige Behandlung stattfinden sollte.

Cohen et al. [12] untersuchten ältere Probanden (s. o.) und zeigten mittels logistischer Regressionsberechnungen, dass sich die Gruppe mit der subsyndromalen Angst von der symptomfreien Gruppe in zahlreichen der untersuchten Parameter unterschied: Sie berichteten mehr psychische Traumata, mehr körperliche Erkrankungen, ausgeprägtere depressive und phobische Symptome, mehr aktuelle Konflikte und einen introvertierten Konfliktlösungsstil. Die Autoren weisen darauf hin, dass die meisten Menschen mit diesen subsyndromalen Angststörungen nicht behandelt wurden.

In dieser Arbeit wurde auch dargestellt, dass es sich bei Angsterkrankungen um dimensionale und nicht um kategoriale Phänomene handelt. Die Autoren bildeten 3 Gruppen (manifeste Angststörung, subsyndromale Angststörung und asymptotische Patienten). Die 3. Gruppe unterschied sich in 10 von insgesamt 18 untersuchten Variablen von der 1. Gruppe, die 2. Gruppe unterschied sich von der 3. Gruppe in 7 Variablen. Ein Unterschied zwischen den beiden symptomatischen Gruppen ergab sich nur in 3 Variablen. Unterschiede zeigten sich aber zwischen der 1. und der 2. Gruppe in Bezug auf hilfesuchendes Verhalten: Während dies bei 23 % der 1. Gruppe im Jahr vor der Datenerhebung der Fall war, betrug dieser Anteil in der 2. Gruppe lediglich 12 %.

In der Arbeit von Roy-Byrne et al. [17] mit 277 Patienten aus Allgemeinarztpraxen zeigte sich, dass die Zahl der psychiatrischen Störungen auf die Lebenszeit betrachtet und die Zahl der stattgehabten psychiatrischen Behandlungen bei den Probanden mit subsyndromalen Störungen ebenso hoch wie bei Patienten mit syndromalen Störungen ist, was die hohe medizinische Wertigkeit dieser subsyndromalen Syndrome unterstreicht.

In einer weiteren Arbeit an 10.359 Patienten in Allgemeinarztpraxen (Weiller et al. [10]) zeigt sich bei Analyse der soziodemographischen und Krankheitsparameter, dass die subsyndromale GAS mit mindestens so vielen Beeinträchti-

Tabelle 2: Epidemiologische Daten der Untersuchung von Ruscio et al. [5]. Dargestellt sind die Lebenszeit- und die 12-Monats-Prävalenzen der GAS und der subsyndromalen GAS-Formen sowie der Anteil an Lebenszeit (in %), zu dem eine komorbide psychiatrische Erkrankung bestand.

| | Lebenszeit-Prävalenz (%) | 12-Monats-Prävalenz (%) | % mit Lebenszeit komorbider Diagnose |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| DSM-IV-GAS | 5,6 | 3,0 | 92,1 |
| GAS-Dauer 1+ | 9,1 | 4,5 | 89,3 |
| GAS-Sorge gelockert | 7,8 | 4,1 | 90,3 |
| GAS-Kriterium C gelockert | 5,9 | 3,2 | 90,7 |
| Dauer und Sorge gelockert | 12,8 | 6,2 | 87,3 |
| Dauer und Kriterium C gelockert | 9,6 | 4,7 | 88,2 |
| Sorge und Kriterium C gelockert | 8,4 | 4,3 | 88,8 |
| Alle 3 Kriterien gelockert | 13,7 | 6,6 | 86,3 |

Odds Ratio für die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer weiteren psychiatrischen Erkrankung: GAD: 2,6; GAD-Dauer 1+: 1,7; GAD-Kriterium C gelockert: 1,5; GAD-Sorge gelockert: 1,4.

„GAS-Dauer 1+“: Mindestdauer der Symptome 1 Monat; „GAS-Sorge gelockert“: übermäßige und nicht-übermäßige Angst und Sorge; „GAS-Kriterium C gelockert“: mindestens 2 der im GAS-DSM-IV-Kriterium C aufgeführten körperlichen Angstsymptome (und nicht mindestens 3). Die Daten basieren auf der US National Comorbidity Survey Replication mit einer Grundgesamtheit von 9282 Teilnehmern.

gungen einhergeht wie die syndromale GAS und dass diese Beeinträchtigungen bei Patienten mit komorbiden Störungen weiter drastisch ansteigen.

In der Arbeit von Kessler et al. [15] fanden sich keine Unterschiede zwischen den einzelnen subsyndromalen GAS-Formen, die sich ausschließlich in der Mindestsymptombdauer unterschieden (1, 3, 6, 12 Monate) in Bezug auf Erkrankungsalter, Chronizität, Beeinträchtigung, Komorbidität, GAS-Erkrankung der Eltern und soziodemographische Variablen, was die Autoren in dem Sinne interpretieren, dass auch die subsyndromale GAS einen hohen Krankheitswert besitzt.

Bienvu et al. [20] untersuchten folgende unterschiedliche Gruppen:

1. Vollständiges Erfüllen der DSM-III-R-GAS-Kriterien,
2. 6 Monate Sorgen und Angst mit 6 zusätzlichen Symptomen, allerdings mussten keine übermäßigen Sorgen vorliegen,
3. ein Monat Angst mit 6 zusätzlichen Symptomen,
4. ein Monat Angst mit < 6 zusätzlichen Symptomen,
5. keine Angst.

Die Autoren fanden zwischen den ersten 3 Gruppen keine Unterschiede in deren demographischen Daten und ihrem Komorbiditätsmuster. Diese 3 Gruppen zeigten aber in einer Vielzahl dieser Parameter Unterschiede zu den Gruppen 4 bzw. 5.

Roy-Byrne et al. [17] berichten, dass es in Bezug auf Lebenszeitkomorbidität für andere psychiatrische Störungen und

vorangegangene psychiatrische Untersuchungen keinen Unterschied zwischen Patienten mit einer syndromalen Depression oder einer Angststörung und jenen mit subsyndromalen Störungen gibt.

Lewinsohn et al. [18] berichten über sehr hohe Komorbiditäten subsyndromaler Angststörungen (und Depressionen) mit Achse-I-Störungen und anderen subsyndromalen Störungen; so haben 40,0 % der Probanden mit einer subsyndromalen Diagnose (erfasst wurden affektive Störungen, Essstörungen, Angst, Alkohol, Drogen, Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Syndrom) mindestens eine weitere subsyndromale Störung, 29,9 % mindestens 2 weitere subsyndromale Störungen, und 36,4 % erfüllten die Diagnosekriterien einer weiteren syndromalen psychischen Störung.

Pini et al. [9] weisen in ihrer Untersuchung in Allgemeinarztpraxen darauf hin, dass subsyndromale Angststörungen zwar einen wesentlich günstigeren 1-Jahres-Verlauf als syndromale Angststörungen aufweisen (die Remissionsrate in einem Jahr war 4× so hoch), allerdings zeigten 18 % der Probanden mit einer subsyndromalen Angststörung keine Besserung während eines Jahres.

Olfson et al. [11] weisen zum einen darauf hin, dass Patienten mit einer subsyndromalen Störung – dies trifft auch auf die subsyndromalen Angststörungen zu – eine hohe Beeinträchtigung durch ihre Symptome zu erdulden hätten (gemessen mit der Sheehan Disability Scale), zum anderen eine hohe Komorbidität (bis zu 53,4 %) mit Achse-I-Störungen aufwiesen.

Ruscio et al. [5] zeigen, dass subsyndromale Angststörungen v. a. mit einem deutlich erhöhten Risiko für andere, subsyndromale und syndromale, psychische Störungen einhergehen. Sie zeigen auch (siehe Tabelle 2), dass das Komorbiditätsrisiko bei subsyndromalen Störungen ebenso ausgeprägt ist wie bei syndromalen.

Weiller et al. [10] weisen darauf hin, dass subsyndromale Angststörungen in der Allgemeinarztpraxis häufig nicht erkannt würden, dass dies aber wegen der erheblichen Beeinträchtigung und des Leids der Patienten nicht hinnehmbar sei; vielmehr sollten die Ärzte auch diese Störungen erkennen und behandeln.

Rickels und Schweizer [21] gehen auf die Behandlungsnotwendigkeit subsyndromaler Angststörungen ein und empfehlen, eine kurze intermittierende psychotherapeutische und/oder pharmakologische Behandlung vorzunehmen, in erster Linie, um Chronifizierungen oder den Übergang dieser subsyndromalen in syndromale Störungen zu vermeiden. Interessante Anmerkungen zum Thema Behandlung finden sich auch bei Helmchen [22] und Helmchen und Linden [23].

■ Interventionsstudien

Weiter oben wurden kurz die Arbeiten von Rickels und Schweizer [21], Helmchen [22] sowie Helmchen und Linden [23] thematisiert – das Gemeinsame dieser Publikationen ist, dass Behandlungsvorschläge für subsyndromale Störungen vorgenommen werden. Wenn allerdings die Datenbasis sorg-

fältig überprüft wird, so wird rasch deutlich, dass im englischsprachigen Schrifttum keine Interventionsstudien zu subsyndromalen Angststörungen vorliegen. Insofern können derzeit keine Therapieempfehlungen mit hoher Evidenz im Sinne der evidenzbasierten Medizin ausgesprochen werden.

■ Messparameter (sensitiv für Veränderungen nach Interventionen)

Da keine Interventionsstudien vorliegen, kann auch nicht auf Vorerfahrungen zurückgegriffen werden. Da sich subsyndromale Angststörungen aber, wie an mehreren Stellen gezeigt, nicht primär im Schweregrad der Angstsymptomatik von syndromalen Störungen unterscheiden, sondern vielmehr der Unterschied zwischen beiden Störungsbildern in erster Linie in der Erfüllung des rigiden Zeitkriteriums, dem Vorhandensein einer Mindestanzahl somatischer und/oder psychischer Angstsymptome sowie unkontrollierbarer Sorgen besteht, können unserer Ansicht nach etablierte Messinstrumente verwendet werden.

In nahezu allen GAS-Studien wird die Hamilton-Angstskala [24] verwandt, um den primären Wirkparameter zu überprüfen. Dieser Ansatz wird auch für die Überprüfung einer Intervention bei subsyndromaler GAS vorgeschlagen. Die HAMA ist sehr gut in Bezug auf Reliabilität und Validität evaluiert [25], und die Skala erfährt eine weite Anwendung sowohl bei Angstpatienten als auch zur Untersuchung von Angstphänomenen außerhalb psychiatrischer Entitäten. Referenzwerte sind umfangreich vorhanden. Außerdem besitzen viele Untersucher eine breite Erfahrung mit dieser Skala, sodass die Anwendung auch praktikabel scheint. Die Autoren weisen in diesem Zusammenhang aber auch auf die hohe Komorbidität der GAS hin.

■ Schlussfolgerungen

Die diagnostischen Kriterien der GAS sind in den vergangenen Jahrzehnten immer strenger gefasst worden und grenzen somit Erkrankte aus, die aufgrund ihres Störungsbildes in vielerlei Hinsicht (z. B. Konsequenzen der Symptomatik, Komorbiditätsmuster und -häufigkeit) ebenso beeinträchtigt sind wie jene Menschen, die die diagnostischen Kriterien der GAS nach aktuellem Definitionsstand erfüllen. Insofern erscheint die derzeit angewandte kategoriale Betrachtungsweise wenig geeignet, dem Störungsbild gerecht zu werden und sollte durch einen dimensionalen Ansatz ersetzt werden. (Auf der anderen Seite darf die Definition auch nicht zu weit gefasst werden, damit nicht bereits alltäglichen Sorgen Krankheitswert zugemessen wird.)

Es gilt aber zu beachten, dass die HAMA nicht speziell für die GAS etabliert wurde; so enthält sie beispielsweise eine Reihe von Panikattacken-Items. Eine – wenn auch bisher nicht breit angewandte Alternative – stellt die „Generalized Anxiety Disorder Severity Scale“ (GADSS) [26, 27] dar.

In diesem Zusammenhang kann auch erwogen werden, ob nicht auch mittels des HAMA eine – zumindest arbiträre – Abgrenzung von subsyndromaler und vollständig ausgeprägter GAS möglich ist. Als untere Grenze der subsyndromalen

GAS wäre ein HAMA-Wert > 7 vorstellbar (die meisten kategorialen Remissionskriterien bei GAS-Studien schlagen eine HAMA-Gesamtwertreduktion < 8 vor), als oberer Grenzwert käme ein HAMA-Gesamtwert von 15 oder 17 infrage (die meisten GAS-Studien fordern als Einschlusskriterium einen HAMA-Gesamtwert ≥ 16 oder ≥ 18).

Dies würde auch zu einer besseren Behandlungsmöglichkeit der subsyndromalen GAS führen, so könnten eine Chronifizierung der Beschwerden und der Übergang in die syndromale Störung verhindert werden.

Allerdings sollten gezielt auch bei subsyndromaler GAS klinische Studien durchgeführt werden. Bisher liegen solche nicht vor, sodass auch keine Erfahrungen in Bezug auf die zu verwendenden Messparameter vorhanden sind. Da das klinische Bild der subsyndromalen und der syndromalen GAS weite Überlappungsbereiche aufweist, kann auf etablierte veränderungssensitive Messinstrumente wie die Hamilton-Angstskala zurückgegriffen werden.

■ Relevanz für die Praxis

Subsyndromale Angststörungen sind häufig und beeinträchtigen Patienten oft nicht weniger als jene Patienten mit vollständiger Ausprägung der Erkrankung gemäß etablierter Diagnosemanuale. Mangelnde diagnostische und therapeutische Möglichkeiten bergen die Gefahr des Übergangs in die syndromale Erkrankung oder Chronifizierung der Beschwerden. Der Erfolg einer Behandlung kann mit den bewährten Messinstrumenten der Generalisierten Angsterkrankung überprüft werden.

■ Interessenkonflikt

HPV hat Honorare als Berater bzw. für die Teilnahme an Advisory Boards erhalten von: AstraZeneca, Eli Lilly, Lundbeck, Pfizer, Schwabe, Janssen, Otsuka, Merz und Wyeth; sowie für Vortragstätigkeiten von AstraZeneca, Eli Lilly, Lundbeck, Schwabe, Janssen, Merz, Wyeth, Lichtwer, Steigerwald, Hormosan und Bristol-Myers Squibb.

MG hat in den vergangenen Jahren an Advisory Boards teilgenommen und Vortragshonorare von Servier und Schwabe erhalten.

SK hat Grants/Forschungsförderungen erhalten von Eli Lilly, Lundbeck, Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Organon, Sepracor und Servier; Honorare als Berater bzw. für die Teilnahme an Advisory Boards von AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline, Eli Lilly, Lundbeck, Pfizer, Organon, Schwabe, Sepracor, Servier, Janssen und Novartis; sowie für Vortragstätigkeiten von AstraZeneca, Eli Lilly, Lundbeck, Schwabe, Sepracor, Servier, Pierre Fabre und Janssen.

HJM hat von den folgenden Firmen Forschungsgelder erhalten, ist Mitglied des Advisory Boards oder aber erhält Honorare für Vorträge: AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Eisai, Eli Lilly, GlaxoSmithKline, Janssen Cilag, Lundbeck, Merck, Novartis, Organon, Pfizer, Sanofi-Aventis, Schering-Plough, Schwabe, Sepracor, Servier und Wyeth.

WEM hat Grants erhalten von Sanofi-Aventis, UCB, Schwabe, CasellaMed und Novartis; Honorare als Berater von Bayer, Boehringer Ingelheim, CasellaMed, Jansson-Cilag, Lundbeck, Pfizer, Organon, Schwabe, UCB und Wyeth; sowie für Vortragstätigkeiten von AstraZeneca, GlaxoSmithKline, Lundbeck, Pfizer, Eli Lilly, UCB, Schwabe, Jansson-Cilag, Bristol Myers Squibb und Novartis.

Literatur:

- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 3. Aufl. Hans Huber, Bern, 1999.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.
- Rickels K, Rynn MA. What is generalized anxiety disorder? *J Clin Psychiatry* 2001; 62 (Suppl 11): 4–12.
- Carter RM, Wittchen HU, Pfister H, Kessler RC. One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depress Anxiety* 2001; 13: 78–88.
- Ruscio AM, Chiu WT, Roy-Byrne P, Stang PE, Stein DJ, Wittchen HU, Kessler RC. Broadening the definition of generalized anxiety disorder: Effects on prevalence and associations with other disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *J Anxiety Dis* 2007; 21: 662–76.
- Angst J, Merikangas KR, Preisig M. Sub-threshold syndromes of depression and anxiety in the community. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 (Suppl 8): 6–10.
- Preisig M, Merikangas KR, Angst J. Clinical significance and comorbidity of subthreshold depression and anxiety in the community. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 96–103.
- Heun R, Papassotiropoulos A, Ptak U. Sub-threshold depressive and anxiety disorders in the elderly. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 173–82.
- Pini S, Perkonig A, Tansella M, Wittchen HU. Prevalence and 12-month outcome of threshold and subthreshold mental disorder in primary care. *J Affect Disord* 1999; 56: 37–48.
- Weiller E, Bisslerbe JC, Maier W, Lecrubier Y. Prevalence and recognition of anxiety syndromes in five European primary care settings. A report from the WHO study on Psychological Problems in General Health Care. *Br J Psychiatry* 1998; 34 (Suppl): 18–23.
- Olsson M, Broadhead E, Weissman MM, Leon AC, Farber L, Hoven C, Kathol R. Sub-threshold psychiatric symptoms in a primary care group practice. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 880–6.
- Cohen CI, Magai C, Yaffee R, Walcott-Brown L. The prevalence of anxiety and associated factors in a multiracial sample of older adults. *Psychiatr Serv* 2006; 57: 1719–25.
- Norman SB, Cissell SH, Means-Christensen AJ, Stein MP. Development and validation of an overall anxiety severity and impairment scale. *Depress Anxiety* 2006; 23: 245–9.
- Areán PA, Alvidrez J. The prevalence of psychiatric disorders and subsyndromal mental illness in low-income, medically ill elderly. *Int J Psychiatry* 2001; 31: 9–24.
- Kessler RC, Brandenburg N, Lane M, Roy-Byrne P, Stang PD, Stein DJ, Wittchen HU. Rethinking the duration requirement for generalized anxiety disorder: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* 2005; 35: 1073–82.
- Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Generalized anxiety disorder in women. A population-based twin study. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 267–72.
- Roy-Byrne P, Katon W, Broadhead WE, Lepine JP, Richards J, Brantley PJ, Russo J, Zinbarg R, Barlow D, Liebowitz M. Subsyndromal ("mixed") anxiety – depression in primary care. *J Gen Intern Med* 1994; 9: 507–12.
- Lewinsohn PM, Shankman SA, Gau JM, Klein DN. The prevalence and co-morbidity of subthreshold psychiatric conditions. *Psychol Med* 2004; 34: 613–22.
- Diefenbach GJ, Hopko DR, Feigon S, Stanley MA, Novy DM, Beck JG, Averill PM. "Minor GAD": Characteristics of subsyndromal GAD in older adults. *Behav Res Ther* 2003; 41: 481–7.
- Bienvenu OJ, Netstadt G, Eon WW. Characterizing generalized anxiety: temporal and symptomatic thresholds. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186: 51–6.
- Rickels K, Schweizer E. The spectrum of generalized anxiety in clinical practice: the role of short-term, intermittent treatment. *Br J Psychiatry* 1998; 173 (Suppl 34): 49–54.
- Helmchen H, Linden M. Subthreshold disorders in psychiatry: Clinical reality, methodological artefact, and the double-threshold problem. *Compr Psychiatry* 2000; 41 (Suppl 1): 1–7.
- Helmchen H, Linden M. Unterschwellige psychische Störungen. *Nervenarzt* 2001; 72: 181–9.
- Hamilton M. Diagnosis of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32: 50–5.
- Lader M, Marks IM. The rating of clinical anxiety. *Acta Psychiatr Scand* 1974; 50: 112–37.
- Shear K, Belpap BH, Mazumdar S, Houck P, Rollman BL. Generalized anxiety disorder severity scale (GADSS): A preliminary validation study. *Depress Anxiety* 2006; 23: 77–82.
- Weiss BJ, Calleo J, Rhoades H, Novy DM, Kunik ME, Lenze EJ, Stanley MA. The utility of the generalized anxiety disorder severity scale (GADSS) with older adults in primary care. *Depress Anxiety* 2000; 26: E10–E15.

Prof. Dr. med. Hans-Peter Volz

Geboren 1960. 1979–1985 Studium der Humanmedizin in Heidelberg und Freiburg. 1985–1990 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Freien Universität Berlin. 1989 Erwerb des EEG-Zertifikats, 1990 Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, 1991 Facharzt für Nervenheilkunde. 1997 Habilitation im Fach Psychiatrie mit dem Thema „Der präfrontale Kortex bei Schizophrenen – eine magnetresonanztomographische und funktionell-magnetresonanztomographische Untersuchung“. Seit 2001 Ärztlicher Direktor der Krankenhauses für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin Schloss Werneck.



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)