

Aktuelle Verhaltenstherapie

Heft 2

Angststörungen

Psychosomatische Fachklinik
Bad Dürkheim

Herausgeber: Psychosomatische Fachklinik
Ltd. Arzt
Dr. med. Klaus G. Limbacher
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
Kurbrunnenstraße 12
67098 Bad Dürkheim
Tel. 01803-244-181-259
Fax 01803-244-181-266

Redaktion: Dipl. Psych. Andreas Dehmlow
Dr. med. Klaus G. Limbacher

4. Auflage 2005 1000 Exemplare

ISSN 1432-5845

Themenhefte dieser Reihe erscheinen in unregelmäßigen Abständen.

Stefan Leidig, Andreas Dehmlow

**Schwerpunkte eines integrativen
stationären Behandlungskonzeptes für
Patienten mit Angststörungen**

Ansprechpartner für den Bereich Angststörungen:

**Dipl. Psych. Andreas Dehmlow
Psychologischer Psychotherapeut
Leitender Psychologe**

**Telefonische Sprechzeit:
Freitags 11.00 – 12.00 Uhr
Tel. 01803-244-181-261
Fax 01803-244-181-266**

**Außerhalb dieser Sprechzeit erreichbar unter
Tel. 01803-244-181-0**

Inhaltsverzeichnis

I. FORMEN DER ANGST	7
A) Agoraphobie und Panikstörung	7
B) Soziale Phobie	8
C) Generalisierte Angststörung	9
D) Andere Erscheinungsformen der Angst	10
II. GRUNDLEGENDE THERAPEUTISCHE PRINZIPIEN	11
III. THERAPIEZIELE	16
IV. INDIKATION ZUR STATIONÄREN THERAPIE	16
V. ÜBERBLICK ÜBER STANDARD- UND STÖRUNGSSPEZIFISCHE ANGEBOTE	19
BASISLITERATUR	23

I. Formen der Angst

A) Agoraphobie und Panikstörung

Die Panikstörung, in der Literatur häufig als "Angst aus heiterem Himmel" beschrieben, ist durch plötzlich und unerwartet auftretende, extreme vegetative Erregungszustände charakterisiert. Die Betroffenen erleben die vorwiegend sympathikotonen Attacken als unbeeinflussbare und massive Bedrohung der körperlichen und psychischen Gesundheit. Todesängste oder Befürchtungen, verrückt zu werden, provozieren eine beunruhigende Selbstbeobachtungstendenz, die im Sinne eines Teufelskreises die Frequenz und Intensität der Panikattacken erhöht bzw. die Angst vor einer erneuten, scheinbar vital bedrohlichen Attacke unerträglich steigert.

Die Agoraphobie ("Furcht vor öffentlichen Plätzen") bezeichnet Ängste vor bestimmten Orten oder Situationen. Die Betroffenen befürchten, dort in Panik zu geraten, ohnmächtig zu werden, erbrechen zu müssen, "verrückt" zu werden oder anderweitig unangenehm aufzufallen. Charakteristisch für die gefürchteten Orte und Situationen ist, dass eine Flucht nicht möglich oder sehr peinlich wäre, andererseits dort aber auch keine Hilfe zur Verfügung steht. Entsprechend werden diese angstbesetzten Gegebenheiten gemieden oder nur unter intensiver Angst durchgestanden. Typische Orte bzw. Situationen sind: Sich alleine außerhalb des eigenen Hauses aufhalten, sich in einer Menschenmenge befinden, im Kaufhaus in einer Schlange stehen, über eine Brücke gehen, Zug oder Auto fahren. Die meisten Patienten, die unter Panikattacken leiden, haben auch agoraphobische Symptome. Agoraphobie ohne Panikattacken in der Vorgeschichte findet man in klinischen Stichproben eher selten.

Allen wissenschaftlich bedeutsamen Erklärungsansätzen zur Panikstörung ist gemeinsam, dass typische körperliche Veränderungen mit Gefahr assoziiert sind und sich über einen ängstlichen Bewertungsprozess aufschaukeln. Die vegetativen Symptome können beispielsweise in Verbindung mit akuter oder chronischer Hyperventilation als bedrohliche Körperveränderung wahrgenommen werden. Aber auch weniger dramatische Auffälligkeiten können Panikanfälle provozieren, da alleine schon die Veränderung der Körperposition (liegen statt stehen oder sitzen) zu einer verstärkten Wahrnehmung des Herzschlages führen kann. Panikpatienten tendieren dazu, auch leichtere kardiovaskuläre Veränderungen ängstlich zu bewerten.

Aufgrund der scheinbaren Bedrohlichkeit erhöhter sympathikotoner Erregung sind die Betroffenen bemüht, ihren Kreislauf zu schonen. Körperliche Betätigungen werden zunehmend eingeschränkt. Hierdurch kommt es zu einem Trainingsmangel, infolge dessen schon geringste Anstrengungen zu heftig wahrgenommen Körpersensationen führen.

Die Panikstörung mit Agoraphobie ist dadurch charakterisiert, dass die Betroffenen aus Angst vor Panikattacken bestimmte Situationen oder Orte meiden ("Angst vor der Angst"). Häufig erfolgt im ambulanten Bereich nur eine Symptomkupierung über Verordnung von Beruhigungsmitteln oder der Patient macht ineffektive Selbstbehandlungsversuche mit Alkohol.

B) Soziale Phobie

Die zentrale Befürchtung sozialphobischer Patienten besteht darin, im Zusammensein mit anderen zu versagen, sich zu blamieren oder sich lächerlich und klein zu erleben. Im Gegensatz zur Agoraphobie geht es bei der sozialen Phobie nicht darum,

durch Kontrollverlust negative Aufmerksamkeit zu erregen, sondern sich im bereits bestehenden Fokus der Aufmerksamkeit zu blamieren. Entsprechend vermeiden Sozialphobiker alle Tätigkeiten und Situationen, in denen sie beachtet werden könnten. Diese Vermeidungstendenzen sind so ausgeprägt, dass sie entweder die berufliche Leistungsfähigkeit, die privaten Kontakte oder beides stark beeinträchtigen.

Symptome vegetativer Erregung wie Schwitzen, Zittern oder Erröten werden insofern beängstigend wahrgenommen, als sie auffallen und den Hohn anderer provozieren könnten.

C) Generalisierte Angststörung

Die generalisierte Angststörung ist auf körperlicher Ebene durch eine andauernd leicht erhöhte sympathikotone Erregung gekennzeichnet. Die ängstlich getönten Erregungszustände fungieren als Trigger für beunruhigende Gedankengänge, die wiederum die körperliche Anspannung verstärken. (Die resultierende vegetative Erregung erreicht in der Regel nicht die Intensität einer Panikattacke.) Aufgrund der nahezu permanent erhöhten Reaktionsbereitschaft könnte man die Betroffenen auch als "ständig mehr oder weniger nervös" bezeichnen. Entsprechend gehen mit der generalisierten Angststörung auch psychosomatische Krankheiten wie zum Beispiel Spannungskopfschmerzen oder Schlafstörungen einher.

Den Teufelskreis aus vegetativer Erregung, ängstlicher Beschäftigung mit möglichen Gefahren und daraus resultierender erhöhter Anspannung, unterbrechen die Betroffenen durch Grübeln über mögliche Lösungen. In der Regel wird durch Phantasien über Rettungserfolge aus antizipierten Katastrophen eine Erleichterung erlebt. Auf diesem Weg geraten die

Betroffenen zunehmend in eine Verstrickung aus ängstlichen Vorstellungen, Grübeln über Lösungsmöglichkeiten und damit einhergehenden, in der Intensität fluktuierenden, sympathikotonen Erregungszuständen. Entsprechend zeigen sich neben vegetativen Begleitsymptomen auch Konzentrationsstörungen, Reizbarkeit oder übermäßige Schreckhaftigkeit.

D) Andere Erscheinungsformen der Angst

Angst ist auch ein wesentliches Merkmal bei der „einfachen oder spezifischen Phobie“. Es handelt sich hier um eine spezifische oder isolierte Angst vor klar erkennbaren Objekten oder Situationen. Die Konfrontation mit dem Objekt bewirkt eine Angstreaktion, die sich bis zur Panikattacke steigern kann, Beispiel sind die isolierte Angst vor Tieren (Schlangen, Spinnen u.a.), die Höhenangst oder die Angst vor Spritzen. Diese Phobien sind weit verbreitet und die Betroffenen können sich meist ganz gut auf die Ängste einrichten, behandlungsbedürftig werden sie meist erst wenn die Angst extreme Formen annimmt (Vermeiden lebenswichtiger medizinischer Eingriffe bei Spritzenangst) oder im Zusammenhang mit besonderen Lebenskonstellationen (Versetzung in ein Hochhaus bei Höhenangst).

Da Angst eine sehr grundlegende Emotion darstellt, ist es nicht verwunderlich, dass sie auch im Zusammenhang mit anderen psychischen Erkrankungen eine Rolle spielen kann, und eine genaue Diagnostik deshalb zu Beginn einer jeden Therapie stehen muss. Eine besondere Bedeutung spielt das Angsterleben bei Zwangserkrankungen, bei Posttraumatischen Belastungsstörungen, bei Depressionen, bei Persönlichkeitsstörungen und auch bei Schmerzsyndromen. An dieser Stelle sei deshalb auf die entsprechenden Bände in dieser Schriftenreihe verwiesen.

II. Grundlegende therapeutische Prinzipien

Die Behandlung erfolgt auf mehreren Ebenen: Aufklärung über die psycho-physiologischen Grundlagen des Angsterlebens, körperliche Aktivierung, Expositionsübungen unabhängig von akuten Befindlichkeiten. Wir unterscheiden zwischen Behandlungsbausteinen, die für alle Formen der Angststörungen relevant erscheinen und solchen, die spezifisch sind.

Für die Behandlung sämtlicher Formen der Angststörung ist es zunächst wichtig, die Patienten mit den psychologischen, neurobiologischen und physiologischen Grundlagen des Angsterlebens vertraut zu machen. Immer wieder machen Betroffene die Erfahrung, dass sie sich wiederholt mit ihren Symptomen in meist ärztliche Behandlung begeben. Die dann häufig gemachte Erfahrung, dass sie nach Ansicht der Behandler nach körperlicher Untersuchung ja eigentlich „gesund“ seien, führt nicht zu einer Beruhigung, sondern vielmehr zu einer erneuten Verunsicherung, da die Betroffenen genau diese Information als Beunruhigung erleben, denn schließlich spüren sie ja selbst am besten, dass mit ihnen etwas nicht in Ordnung sei. Dass selbst Fachleute keinen Befund erheben können, bestärkt sie vielmehr in der Annahme, an einer besonders bedrohlichen Erkrankung zu leiden.

Voraussetzung für eine verhaltenstherapeutische Expositionsbehandlung ist das Vertrauen der Patienten, dass die dabei auftretenden körperlichen Erregungszustände weder die physische noch die psychische Gesundheit ernsthaft gefährden. Von daher steht für Patienten, die noch nicht ausreichend informiert sind, zu Beginn der Behandlung die Aufklärung über die Funktion und erlebte Wirkung des vegetativen Nervensystems im Rahmen einer Bereitstellungsreaktion (sympathikotone Aktivierung).

Es bestehen grundsätzlich zwei Möglichkeiten Angstsymptome unter Kontrolle zu bringen: zum einen das Vermeidungsverhalten (diese wählen die meisten Patienten meist intuitiv), dieses führt meist kurzfristig zu einer Entlastung, leider ist es jedoch langfristig nicht erfolgreich, sondern führt meist zu erheblichen Einschränkungen des Verhaltensspielraums. Alle Patienten werden dann über die zweite Methode informiert, nämlich Angstkontrolle durch Angstbewältigungsverfahren. Hier geht es nicht darum, dass die Patienten angstfrei werden, sondern vielmehr darum, dass sie die Erfahrung machen die Beschwerden (bzw. die gefürchteten Situationen) auch alleine bewältigen zu können, dass sie wieder Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten entwickeln und somit durch neue Erfahrungen auch wieder zu neuen Einstellungen zu ihrem eigenen Körper bzw. zu anderen Menschen zu kommen.

Im Rahmen der Expositionsbehandlung werden die Patienten angehalten, sich den angstausslösenden Situationen auszusetzen und aktiv Erfahrungen mit den Angstbewältigungsmethoden zu machen. An dieser Stelle unterscheiden sich die Übungen natürlich in Abhängigkeit von der vorliegenden Angststörung. Generell gilt, dass man das üben sollte, was vermieden wird. Patienten mit Panikstörung/Agoraphobie üben solche Situationen, in denen sie befürchten, dass Panik auftritt, also z.B. das Aufsuchen öffentlicher Plätze, Kaufhäuser, Kinos oder auch das Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel. Patienten mit sozialer Phobie hingegen sollen solche Situationen aufsuchen, in denen sie Bewertungen anderer Menschen (z.B. Kritik) befürchten: sie sollen hierbei die Erfahrung machen, dass die anderen nichts tun was bedrohlich ist bzw. sie können lernen mit den Urteilen anderer besser umzugehen. Hier bietet das Kliniksetting selbst natürlich eine Vielzahl von Übungsmöglichkeiten sowohl durch die natürlichen Bedingungen einer Klinik

mit anderen Patienten, aber auch das gezielte Üben in Gruppentherapien wie z.B. dem sozialen Kompetenztraining. Bei den Expositionsverfahren haben unsere Patienten jeweils volle Autonomie über die Behandlung, d.h. sie entscheiden letztendlich immer selbst, ob sie die Übungen tatsächlich machen wollen. Entgegen mancher Vorurteile gegenüber dieser Methode üben Therapeuten hier keinerlei „Macht“ aus, sie versuchen vielmehr mit den Patienten zu erarbeiten, welche Vorteile ein zwar belastendes, aber auch wirksames Expositionstraining für die Betroffenen haben kann.

Patienten mit einer generalisierten Angststörung scheinen auf den ersten Blick kein direktes Vermeidungsverhalten zu zeigen, denn sie widmen sich ja eher in einem unverhältnismäßig starkem Ausmaß ihren Sorgen und Ängsten, was dann zu einer ständig erhöhten psychophysiologischen Erregung führt. Auf den zweiten Blick wird jedoch meist schnell deutlich, dass auch Patienten mit einer Generalisierten Angststörung zu Vermeidungsverhalten neigen, das sich zeigen kann in verzweifelten Versuchen der Ablenkung (was jedoch nur kurzfristig funktioniert), indem sie keine Zeitungen mehr lesen oder Nachrichten hören oder auch in dem ständigen „Rückversichern“ bei anderen (Partnern, Ärzten), um sich hierdurch die Gewissheit zu verschaffen, dass nichts Schlimmes passieren wird. In der so genannten „Sorgenexposition“ setzen sich Patienten hingegen exzessiv und detailliert mit ihren Ängsten auseinander („was wäre, wenn..“), vermeiden jede Art von Ablenkung und machen schließlich die Erfahrung, dass hierunter Ängste anfänglich zwar wesentlich stärker als gewohnt werden können, diese jedoch nicht unerträglich werden, sondern sogar deutlich zurückgehen und daraufhin nicht mehr auf das ursprünglich Mass ansteigen bzw. sogar ganz in den Hintergrund treten können. Parallel zu einer gründlichen Aufklärung über die funktionalen Zusammenhänge zwischen Angst/Sorgen und

körperlicher Erregung nehmen die Patienten an der progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson teil und werden angehalten, entsprechende Trainingseinheiten auf ihrem Zimmer zu üben. Durch die intensive Entspannung, die zusätzlich im Rahmen der Sport- und Atemtherapie vertieft wird, wird den ängstlichen Gedanken der Trigger, d.h. die körperliche Grundlage, entzogen.

Bei Patienten, die aufgrund von ernsthaften Befunden (z.B. Zustand nach Herzinfarkt) nicht voll belastbar sind, findet eine graduelle Annäherung an die Ängste ("systematische Desensibilisierung") statt. Parallel zur symptomatischen Therapie werden die Patienten zum Wiederaufbau der körperlichen Leistungsfähigkeit in die Sporttherapie integriert. Da bei langjährig erkrankten Patienten sich auch beträchtliche Veränderungen im sozialen Umfeld ergeben, können bei Bedarf auch wichtige Bezugspersonen in die Therapie miteinbezogen werden.

Die Effektivität einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehensweise bei Angststörungen ist empirisch gut belegt. Dennoch sehen wir bei unseren Patienten immer wieder Beispiele, dass trotz ambulanter Vorbehandlung auch unter Anwendung angemessener therapeutischer Methoden sich die Angstsymptomatik nicht nachhaltig verbesserte. Nach unserer Erfahrung ist dies meist darauf zurückzuführen, dass die Funktionalität der Erkrankung nicht hinreichend gewürdigt wurde. Auch wenn die betroffenen Patienten dies oftmals so erleben, so entstehen Angsterkrankungen meist nicht aus „heiterem Himmel“ heraus. Oftmals geht dem erstmaligen Auftreten von Symptomen eine Zeit chronischer Anspannung (Stress) voraus, die wiederum aus Konflikten am Arbeitsplatz, in der Partnerschaft oder auch zu den eigenen Eltern bzw. Kindern resultiert. Die Motivation der Pat. für eine Therapie nährt sich nun meist aus den unmittelbar

erlebten negativen Folgen der Symptomatik (z.B. nicht mehr alleine das Haus verlassen können, sich nicht mehr in ein Kino trauen), und es sind genau diese Einschränkungen, die man gerne „los sein möchte“. Dies ist verständlich, denn eine Angst-erkrankung zwingt die Betroffenen dazu, sich vorwiegend mit ihrer Symptomatik zu beschäftigen und andere Sorgen treten somit auch in den Hintergrund. Es sind jedoch oftmals genau diese „alten und immer noch ungelösten Hintergrundprobleme“, die mit einer Symptomverbesserung dann auch schnell wieder in das Bewusstsein rücken würden. Genau aus diesem Grunde halten wir es für sinnvoll, dass Patienten nicht nur Methoden der Angstbewältigung erlernen, oftmals sind auch Verbesserungen der sozialen und/oder kommunikativen Fähigkeiten (z.B. wie trete ich meinem Vorgesetzten/meinem Kollegen gegenüber, wenn ich mich ungerecht behandelt fühle. Wie gehe ich mit der Eifersucht - mit meiner oder auch der des Partners/Partnerin - um, wenn ich nun wieder alleine das Haus verlassen kann?). Dies sind nur exemplarische Beispiele, die verdeutlichen sollen, dass Symptome gelegentlich auch in einem größeren Zusammenhang gesehen werden können und eine adäquate Behandlung - soll sie denn auch langfristig erfolgreich sein - dementsprechend auch mehr als reine Symptombehandlung erfordert.

III. Therapieziele

Die Sicherung beruflicher und sozialer Leistungsfähigkeit sowie die Verhinderung drohender gesundheitlicher Beeinträchtigungen wird durch Erarbeiten meist mehrerer der folgenden Ziele angestrebt:

- Aufbau eines klaren Verständnisses psycho-physiologischer Zusammenhänge bei Angstanfällen
- Erwerb von Bewältigungsstrategien für angstauslösende Situationen
- Abbau des Schon- und Vermeidungsverhaltens
- Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit
- Reduktion/Absetzen dysfunktionaler psychotroper Substanzen
- Erwerb von Bewältigungsstrategien für angstauslösende Situationen
- Aufbau kognitiver Strategien in Hinblick auf das Aushalten sozial unerwünschter Selbst- und Fremdbilder
- Verbesserung der sozialen Kompetenz bezüglich der Bewältigung potentiell selbstwertbedrohlicher Interaktionen
- Verbesserung der Entspannungsfähigkeit
- Aufbau einer differenzierten Körperwahrnehmung
- Reduktion der Katastrophengedanken
- Sistieren des nur scheinbar lösungsorientierten Grübelns
- (Wieder-)Aufbau sozialer Fertigkeiten

IV. Indikation zur stationären Therapie

Die Einweisungskriterien, die im Zusammenhang mit der Notwendigkeit einer stationären Therapie genannt werden, sind in der Regel undifferenziert. Ein zentraler Punkt dieser Unklarheit besteht in der Verunsicherung bezüglich der Differentialindikation: Wann ist eine ambulante Maßnahme ausreichend, wann ist eine stationäre Therapie notwendig? Da aus psychiatrischen Diagnosen unmittelbar keine therapeutischen Strategien abgeleitet werden können, sollen im folgenden Problem-bereiche der Angststörungen aufgeführt werden, die ambu

lante Behandlungen erschweren und im stationären Rahmen effektiv zu therapieren sind.

- **Kontrollverlustängste:** Kommt es im Rahmen von Angsterkrankungen zu einem umfassenden Vertrauensverlust in die eigenen Fähigkeiten und/oder in die soziale Umwelt, haben es die Betroffenen schwer, ohne andauernde Aktivierung im Sinne von Expositionstrainings Selbststeuerungskompetenzen aufzubauen. Im beschützenden Rahmen einer stationären Einrichtung können die Patienten einerseits erste Veränderungsschritte wagen, andererseits stehen "rund um die Uhr" Fachkräfte (und Mitpatienten) zur Verfügung, um die Betroffenen zu aktivieren, trotz der massiven Verunsicherung die gewünschten Kompetenzen aufzubauen.
- **Ausgeprägte Verhaltensdefizite:** Selbstsicherheits- und soziale Kompetenzdefizite als aufrechterhaltende Bedingungen von Angsterkrankungen erfordern in der Regel ein hochfrequentes Training zum Aufbau der entsprechenden Fertigkeiten. Da die hierzu notwendigen Verhaltensübungen von den Patienten vermieden werden, weil sie in der Regel angstausslösend sind, ist eine regelmäßige Motivierung/Aktivierung und die in kleinen Intervallen stattfindende regelmäßige Bewertung der Lernfortschritte indiziert. Durch diese notwendige und im stationären Rahmen auch stattfindende engmaschige Kontrolle zwischen den Einzelsitzungen wird vermieden, dass das Training nur halbherzig oder gar nicht durchgeführt wird.
- **Dramatisch erlebte physische Bedrohung:** Patienten, die beispielsweise aus Angst vor Herzinfarkt gehäuft kardiologische Ambulanzen aufsuchen, können nur im interdisziplinären

när arbeitenden Setting Erfahrungen machen, die im Gegensatz zur Konfrontation mit der Apparatedizin entdramatisierend wirken. Weder Psychologe noch Hausarzt können im ambulanten Bereich die Interaktion des chronifizierten Herzphobikers mit den jeweiligen Notärzten korrigieren.

- **Komorbidität / potentiell vitale Bedrohung:** Wenn Angstpatienten potentiell lebensbedrohliche körperliche Erkrankungen haben, ist es erforderlich, daß die Psychotherapie eng mit der körpermedizinischen Therapie und Diagnostik verzahnt ist. Dies ist insbesondere bei Expositionstrainings von Angstpatienten mit vorgeschädigtem Herz-Kreislauf-System (z. B. Zustand nach Herzinfarkt) der Fall. Im stationären Rahmen ist die erforderliche Kontinuität der interdisziplinären Zusammenarbeit Programm.
- **Chronische Überforderung:** Bei Patienten, deren Ängste im Zusammenhang mit einer erhöhten vegetativen Reagibilität stehen, können über alltägliche Stressoren angstbesetzte sympathikotone Erregungszustände getriggert werden. Sind die Betroffenen aufgrund von chronischen Alltagsbelastungen nicht in der Lage, diszipliniert Angstbewältigungsübungen durchzuführen, empfiehlt sich zur ersten Stabilisierung eine räumliche Trennung, um "in Ruhe" notwendige Selbsthilfemaßnahmen zu entwerfen und auszuprobieren.
- **Eindimensionale Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit:** Eine Untergruppe von Angstpatienten kommt mit großer Skepsis zur Behandlung. Diese Patienten befürchten, an einer noch nicht diagnostizierten, rein körperlichen Erkrankung zu leiden. Krankenhausaufenthalte, häufiger Arztwechsel und Medikamentenmißbrauch stehen damit in

Zusammenhang. Eine rein körpermedizinische Ursachenzuschreibung führt (ebenso wie eine rein psychische) zu einer drastischen Einschränkung von Bewältigungsressourcen. Im Zusammenleben auf einer verhaltenstherapeutischen Station findet ein reger informeller Austausch der Patienten untereinander statt. Entsprechend können die Betroffenen, angeregt durch psychoedukative Vorträge und Gruppentherapien, lernen, Zusammenhänge zwischen ihren Ängsten und typischen Streßsituationen zu sehen. Ein "psychosomatisches Bewusstsein" ist die Grundlage dafür, neue Angstbewältigungsstrategien zu entwickeln. Die Herausbildung eines differenzierten Krankheitsverständnisses als Handlungsgrundlage ist von daher ein Ziel und nicht die Voraussetzung einer stationären Therapie.

- **Chronisches Krankheitsverhalten:** Unter chronischem Krankheitsverhalten versteht man die Folgen aus dem Gefühl, kränker zu sein als man tatsächlich ist. Die hieraus resultierende Passivität und Hilflosigkeit im Umgang mit den Ängsten wird im stationären Rahmen hochfrequent und auf breiter Ebene behandelt. In Sporttherapien und verschiedenen ergo- und psychotherapeutischen Gruppen werden die Patienten zu aktiverem Verhalten angeregt und insbesondere in beschwerdeinduzierende Situationen gebracht, um zu lernen, diese angemessen zu bewältigen.

V. Überblick über Standard- und störungsspezifische Angebote

Der Therapieansatz für Patienten mit Angsterkrankungen ist dem für Patienten mit anderen psychischen und psychosomatischen Störungen hinsichtlich seiner biopsychosozialen (verhaltensmedizinischen) Grundausrichtung und der Zusam

mensetzung aus verschiedenen Bausteinen vergleichbar. Der Patient wird bei der Diagnosestellung und bei der Therapie als Gesamtperson mit Problemen auf körperlicher, seelischer und/ oder sozialer Ebene betrachtet. Hier zunächst die Angebote, die für alle Patienten verbindlich sind, ihnen mit individueller Indikationsstellung verordnet werden bzw. an denen sie wahlweise / auf Empfehlung des Therapeuten teilnehmen können:

Standardangebote für alle Patienten

Obligatorisch:

- Ärztliche Aufnahmeuntersuchung und allgemeinärztliche Weiterbetreuung
- Einzelgespräche mit der Bezugstherapeutin / dem Bezugstherapeuten
- Gruppenpsychotherapie (Psychosomatikgruppe oder Problemlösegruppe)
- Entspannungstraining nach Jacobson

Mit individueller Indikationsstellung:

- Hausinterne und externe konsiliarische medizinische Diagnostik (hausintern: Innere Medizin, Gynäkologie, Neurologie, Psychiatrie)
- Medikamentenmanagement
- Training sozialer Kompetenzen
- Psychoedukation in Großgruppen zu den Störungsbildern Depression, Persönlichkeitsstörungen, Schmerz
- Störungsspezifische Gruppen für Anorexie/Bulimie, Adipositas, posttraumatische Belastungsstörung
- Spezielle Angebote für Jugendliche / junge Erwachsene sowie ältere Patienten
- Paar- und Familiengespräche

- Teamsport, Sportgruppe „Fit ab 45“, Zirkeltraining, Wassergymnastik, Rückenschule, Atemgruppe, Körperwahrnehmungsgruppe, Energiegruppe
- Krankengymnastische Einzelbehandlung
- Soziotherapeutische Betreuung
- ergotherapeutische Betreuung
- Hausinterne oder externe berufliche Belastungserprobung
- Ernährungsberatung

Optional:

- Psychoedukative Informationsveranstaltung über sozialmedizinische Aspekte der psychosomatischen Rehabilitation
- Ergotherapie in den offenen Werkstätten
- Freizeitsport

Störungsspezifische Angebote für Angstpatienten

- Psychoedukation in Großgruppen zum Thema Angst: die Patienten nehmen an einer offenen Großgruppe teil, die sich über 4 Wochen erstreckt und jeweils ein bis 2 Themen behandelt (Diagnostik, Behandlungsmöglichkeiten, biologische Grundlagen der Körperreaktionen, Vermeidungs- vs. Bewältigungsverhalten, Funktion der Angststörungen, Umgang mit Rückfällen).
- Die Inhalte des in der Großgruppe vermittelten Wissens werden in Kleingruppen vertieft, die insgesamt 2 mal stattfinden. Patienten können hier bei Unsicherheiten aktiv nachfragen, besprechen ihre Erfahrungen mit den Angstbewältigungsübungen, bei Bedarf können hier Korrektorenerfolgen.
- Teilnahme an einer Angstbewältigungsgruppe (Expositionsgruppe). Diese Gruppe ist insbesondere für Patienten mit ausgeprägtem agoraphobischem Verhalten geeignet und schließt die zusätzliche Teilnahme an einer sogen. Angst

sportgruppe ein. In zwei Vorbereitungsgruppe werden verschiedenste Angstbewältigungstechniken nochmals aktiv eingeübt werden, bevor die Patienten diese dann auch in vivo, also in realen Situationen einsetzen. In der Regel folgen dann Fahrten in öffentlichen Verkehrsmitteln, der Besuch von Kaufhäusern in einer nahe gelegenen Großstadt oder das Fahren in Fahrstühlen u.a.

Basisliteratur

- Becker, E.S., Hoyer, J. (2005): Generalisierte Angststörung. Reihe Fortschritte der Psychotherapie, Band 25. Göttingen: Hogrefe.
- Birbaumer, N. (Hg.) (1977) Psychophysiologie der Angst. München, Urban & Schwarzenberg
- Ehrhardt, M., Sturm, J. (1990) Angstbewältigung im Rahmen eines verhaltensmedizinischen Gruppenkonzeptes bei Herzphobikern. In M. Zielke, N. Mark (Hg.) Fortschritte der angewandten Verhaltensmedizin. Berlin, Heidelberg, New York, Springer
- Fehm L: (2005): Konfrontationstherapie bei sozialer Angst. In Neudeck P. & Wittchen H.-U. (Hg.): Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Hand, I., Wittchen, H.-U. (Hg.) (1986) Panic and phobias. Berlin, Heidelberg, New York, Springer
- Hoyer J, Becker E.S.: (2005): Sorgenexposition bei Generalisierter Angststörung. In Neudeck P. & Wittchen H.-U. (Hg.): Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Leidig, S. (1995) Nur keine Panik! So lernen Sie, mit Ihren Ängsten umzugehen. München, Heyne
- Margraf, J., Schneider, S. (1989) Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung. Berlin, Heidelberg, New York, Springer
- Marks, I. (1987) Fears, phobias, and rituals. Panic, anxiety, and their disorders. New York, Oxford University Press
- Neudeck P: (2005): „Bedrohliche Hasen- Konfrontationstherapie bei Panikstörungen. In Neudeck P. & Wittchen H.-U. (Hg.): Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, S., Margraf, J. (1990) Therapiebezogene Diagnostik der Angststörungen. In: W. Fiegenbaum, J.C. Brengelmann (Hg.) Angststörungen. Diagnose und Therapie. München, Gerhard Röttger