

Michael Spandel

**Therapie der Angststörungen
in der psychosomatischen Rehabilitation**

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	Seite 5
Panikstörung, Agoraphobie, spezifische Phobie	Seite 7
1. Diagnostische Kriterien und Problembereiche	Seite 7
2. Grundlegende therapeutische Prinzipien	Seite 9
3. Therapieziele	Seite 10
4. Spezifische Methoden	Seite 10
Soziale Phobie	Seite 11
1. Diagnostische Kriterien und Problembereiche	Seite 11
2. Grundlegende therapeutische Prinzipien	Seite 11
3. Therapieziele	Seite 12
4. Spezifische Methoden	Seite 12
Generalisierte Angststörung	Seite 13
1. Diagnostische Kriterien und Problembereiche	Seite 13
2. Grundlegende therapeutische Prinzipien	Seite 13
3. Therapieziele	Seite 14
4. Spezifische Methoden	Seite 14
Indikation zur stationären Therapie	Seite 15
Literatur	Seite 19

Therapie der Angststörungen in der psychosomatischen Rehabilitation

Einleitung

Ängste sind weit verbreitet. Viele Menschen leiden im Laufe ihres Lebens unter privaten oder beruflichen Belastungen, die das Auftreten von Ängsten und körperlichem Unwohlsein begünstigen. Wenn die Ängste allerdings dann sehr lange andauern, sehr stark und der Situation nicht mehr angemessen sind, die angstbesetzten Situationen vermieden werden und der Leidensdruck immer größer wird, kann sich daraus eine Angsterkrankung entwickeln.

Angststörungen sind aufgrund vieler epidemiologischer Studien die häufigste Form psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung und sind auch in der allgemeinärztlichen Versorgung weit verbreitet. Etwa 25 % aller Allgemeinarztpatienten klagen über Angstsymptome. Trotz ihrer Häufigkeit werden Angststörungen oft nicht erkannt, fehldiagnostiziert oder fehlbehandelt. Komplikationen sind dann oft Medikamentenmissbrauch, Alkoholprobleme, Depressionen oder soziale Isolation.

Heute können Angsterkrankungen erfolgreich und mit guter langfristiger Prognose behandelt werden. Hierbei kommt den psychosomatischen Rehabilitationskliniken mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt eine besondere Bedeutung zu. Eine verhaltenstherapeutisch orientierte psychosomatische Fachklinik kombiniert verschiede-

ne Behandlungsansätze in einem ganzheitlichen Therapiekonzept. Die Behandlungskonzepte berücksichtigen die Entstehungsgeschichte der Ängste, wenden Erkenntnisse der modernen Psychotherapie, der medikamentösen Therapie, der Sporttherapie, Kunsttherapie und Physiotherapie in so wirkungsvoller und kompakter Form an, wie es in einer ambulanten Behandlung kaum möglich ist. Der Abstand zu den alltäglichen Belastungen und die landschaftlich reizvolle Umgebung der Fachklinik begünstigen zusätzlich eine schnelle Heilung.

Im nachfolgenden Text beschreiben wir die häufigsten Formen der Angsterkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten.

Panikstörung, Agoraphobie, spezifische Phobie

1. Diagnostische Kriterien und Problembereiche

- **Panikstörung**

Die Panikstörung ist gekennzeichnet durch plötzlich auftretende unerwartete Angstzustände, für die auf den ersten Blick kein eindeutiger Auslöser zu finden ist. Dabei treten vielfältige körperliche Symptome auf wie Herzklopfen, Brustschmerzen, Erstickungsgefühle, Schwindel, weiche Knie und Magen-Darm-Probleme. Oft hat der Betroffene Angst zu sterben, einen Herzinfarkt zu erleiden oder verrückt zu werden. Die genannten Beschwerden führen häufig zu einer ausgeprägten Selbstbeobachtungstendenz, die zur Folge hat, dass leichtere körperliche Symptome überbewertet werden und dann Angstattacken ausgelöst werden.

- **Agoraphobie**

Als Agoraphobie bezeichnete man ursprünglich die Angst, über einen öffentlichen weiten Platz zu gehen. Heute verstehen wir darunter Ängste in bestimmten räumlich definierten Situationen. Typische Orte bzw. Situationen sind der Aufenthalt außerhalb des eigenen Hauses, Aufenthalt in einer Menschenmenge, in vollen Kaufhäusern, in einer Schlange stehen, über eine Brücke gehen, Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln oder längeren Autofahrten. Charakteristisch für die gefürchteten Orte und Situationen ist, dass eine Flucht nicht möglich oder dem Betroffenen sehr peinlich wäre, andererseits dort aber auch keine Hilfe zur Verfügung steht. Entsprechend werden diese angstbesetzten Situationen gemieden oder nur unter intensiver Angst oder in Begleitung durchgestanden.

In den genannten Situationen treten ebenfalls die bereits oben beschriebenen körperlichen Symptome wie Herzrasen, Schwindelgefühle und Atembeschwerden auf. Heute erklärt man sich wissenschaftlich die Angststörungen so, dass typische körperliche Veränderungen als gefährlich betrachtet werden und sich über einen ängstlichen Bewertungsprozess aufschaukeln. Unregelmäßige oder übermäßige Atmung (Hyperventilation) führt zu Veränderungen im Körper wie Atembeschwerden, Schwindelgefühlen, Kribbeln in den Händen und Füßen sowie Kopfschmerzen. Diese Symptome werden als bedrohlich wahrgenommen und lösen weitere Angst aus. Auch Veränderungen der Körperpositionen können zu einer verstärkten Wahrnehmung des Herzschlages führen. Diese werden wiederum ängstlich bewertet und können eine Panikattacke auslösen. Aufgrund der scheinbaren Bedrohung werden körperliche Betätigungen eingeschränkt, um den Kreislauf zu schonen. Hierdurch kommt es zu einem Trainingsmangel, so dass dann schon geringste Anstrengungen zu heftig wahrgenommenen Körperreaktionen führen können. Bei der Agoraphobie, wo die Angstanfälle in bestimmten Situationen oder Orten stattfinden, spielt das Vermeidungsverhalten wegen der „Angst vor der Angst“ eine große Rolle. Dies führt zu ausgeprägten Einschränkungen im Alltag und zu sozialem Rückzug. Oft werden problematische Selbstbehandlungsversuche mit Beruhigungsmitteln und Alkohol durchgeführt.

- **Spezifische Phobien**

Spezifische Phobien sind unangemessene und starke Ängste, die sich nur auf bestimmte Tiere (z. B. Spinnen) oder auf bestimmte Objekte und Situationen richten (z. B. Höhe, Wasser, Injektionen oder Zahnarztbesuche). Bei spezifischen Phobien findet sich selten eine ausge-

prägte Panik. Vielmehr stehen hier andere Angstsymptome und die Vermeidung der speziellen Objekte und Situationen im Vordergrund.

2. Grundlegende therapeutische Prinzipien

Die Behandlung erfolgt auf mehreren Ebenen:

Aufklärung über die seelisch-körperlichen Grundlagen des Angst-erlebens, körperliche Aktivierung, Aufsuchen der angstausslösenden Situation (Expositions- oder Konfrontationsübungen) unabhängig von aktuellen Befindlichkeiten. Voraussetzung für die verhaltenstherapeutische Expositionsbehandlung ist das Vertrauen der Patienten, dass die dabei auftretenden körperlichen Erregungszustände weder die körperliche noch die seelische Gesundheit ernsthaft gefährden. Die körperliche Belastbarkeit wird vorher ärztlicherseits abgeklärt.

Die Patienten erhalten dann Informationen über die Funktion und erlebte Wirkung des vegetativen Nervensystems, das die körperlichen Vorgänge der Angst- und Bereitstellungsreaktion steuert. Weiterhin thematisiert werden dann die Chronifizierung bestimmter Ängste durch Vermeidungsverhalten und der Ablauf und die Wirkung von Expositionsverfahren.

Im Rahmen der Expositionsbehandlung werden die Patienten angehalten, sich den angstausslösenden Situationen auszusetzen und zu erleben, dass die körperlichen Reaktionen und begleitenden Ängste sich von alleine wieder reduzieren. Bei Patienten, die auf Grund von ernsthaften Erkrankungen wie z.B. Zustand nach Herzinfarkt nicht voll belastbar sind, findet eine schrittweise Annäherung an die Ängste (systematische Desensibilisierung) statt. Parallel zur Angstbehandlung werden die Patienten in die Sporttherapie integriert zum Wie-

deraufbau der körperlichen Leistungsfähigkeit. Auch können wichtige Bezugspersonen in die Therapie mit einbezogen werden.

3. Therapieziele

Zur Verhinderung drohender chronischer gesundheitlicher Beeinträchtigungen sowie zur Sicherung der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit werden folgende Therapieziele angestrebt:

- Aufbau eines Verständnisses der seelisch-körperlichen (psycho-physiologischen) Zusammenhänge bei Angstanfällen
- Erwerb von Bewältigungsstrategien für angstauslösende Situationen
- Abbau des Schon- und Vermeidungsverhaltens
- Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit
- Reduktion bzw. Absetzen ungeeigneter Medikamente

4. Spezifische Methoden

- Einzeltherapie
- Angstbewältigungsgruppe
- Problemlösegruppe
- Sporttherapie
- Atemtherapie
- Entspannungstherapie
- Gruppentherapie zur Förderung der sozialen Kompetenz

Soziale Phobie

1. Diagnostische Kriterien und Problembereiche

Die Hauptbefürchtung von sozialphobischen Patienten besteht darin, im Zusammensein mit anderen Menschen sich zu blamieren, zu versagen oder sich lächerlich zu machen. Entsprechend vermeiden sozialphobische Menschen alle Tätigkeiten und Situationen, in denen sie beachtet werden könnten. Diese Vermeidungstendenzen sind so ausgeprägt, dass sie sowohl die berufliche Leistungsfähigkeit, wie auch private Kontakte stark beeinträchtigen.

2. Grundlegende therapeutische Prinzipien

Die Therapie ist darauf ausgerichtet, den Aktionsspielraum der Betroffenen wieder zu erweitern. Entsprechend werden die Patienten, wie im Falle der Panikstörung/Agoraphobie/Spezifische Phobie über die psycho-physiologischen Grundlagen des Angsterlebens und die chronifizierenden Folgen von Vermeidungsstrategien aufgeklärt. Expositionen werden in der Gruppe und alleine, unabhängig von akuten Befindlichkeiten durchgeführt. Alle Patienten stellen eine individuelle Hierarchie der beängstigenden Situationen auf. Da es im Gegensatz zur Agoraphobie nicht nur darum geht, gefürchtete Situationen auszuhalten, sondern in diesen auch zu handeln (sprechen, schreiben, essen), erscheint es sinnvoll, sich zunächst den schwierigeren Situationen durch leichtere Übungen anzunähern. Im Rahmen von Selbstsicherheits- und sozialem Kompetenztraining erwerben die Betroffenen zusätzlich gedankliche Strategien, vermeintliche Schwächen unter öffentlicher Beachtung auszuhalten. Patienten, deren

soziale Ängste aus Defiziten in sozialen Fertigkeiten resultieren, werden zunächst in diesen sozialen Kompetenzbereichen trainiert.

3. Therapieziele

Die Sicherung beruflicher und sozialer Leistungsfähigkeit sowie die Verhinderung drohender chronifizierter gesundheitlicher Beeinträchtigungen wird durch das Erarbeiten folgender Ziele angestrebt:

- Erwerb von Bewältigungsstrategien für angstauslösende Situationen
- Aufbau gedanklicher (kognitiver) Strategien im Hinblick auf das Aushalten sozial unerwünschter Selbst- und Fremdbilder
- Verbesserung der sozialen Kompetenz bezüglich der Bewältigung – Reduktion bzw. Absetzen ungeeigneter Medikamente

4. Spezifische Methoden

- Einzeltherapie
- Angstbewältigungsgruppe
- Problemlösegruppe
- Sporttherapie
- Gruppentherapie soziale Kompetenz
- Entspannungstraining

Generalisierte Angststörung

1. Diagnostische Kriterien und Problembereiche

Die generalisierte Angststörung ist auf körperlicher Ebene durch eine andauernd leicht erhöhte Erregung gekennzeichnet. Die ängstlich getönten Erregungszustände können dann Auslöser für beunruhigende Gedankengänge sein, die wiederum die körperliche Anspannung verstärken. Die vegetative Erregung erreicht in der Regel nicht die Intensität einer Panikattacke. Aufgrund der fast ständig erhöhten Reaktionsbereitschaft sind die Patienten oft ständig nervös, gereizt oder in ständiger Sorge. Den Teufelskreis aus vegetativer Erregung, ängstlicher Beschäftigung mit möglichen Gefahren und daraus resultierender erhöhter Anspannung unterbrechen die Betroffenen durch Grübeln über mögliche Lösungen. Auf diesem Weg geraten die Betroffenen zunehmend in eine Verstrickung aus ängstlichen Vorstellungen, Grübeln nach Lösungsmöglichkeiten und damit einhergehenden in der Intensität wechselnden körperlichen Erregungszuständen. Entsprechend zeigen sich neben vegetativen Begleitsymptomen wie Schwitzen, Schwindel, Herzrasen auch Konzentrationsstörungen, Reizbarkeit oder übermäßige Schreckhaftigkeit.

2. Grundlegende therapeutische Prinzipien

Um den beschriebenen Teufelskreis zu unterbrechen, setzen unsere Behandlungsstrategien auf körperlicher und gedanklicher Ebene ein: Es wird aufgeklärt über die Zusammenhänge zwischen ängstlichem sich sorgen und körperlicher Erregung. Parallel dazu nehmen die Patienten an der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson, einem

Entspannungstraining, teil und üben regelmäßig. Durch die intensive Entspannung, die zusätzlich im Rahmen der Sport- und Atemtherapie vertieft wird, wird die körperliche Reaktionsbereitschaft reduziert. Damit einhergehend verbessert sich die Konzentrationsfähigkeit. Zur Bewältigung der Katastrophengedanken und ständigen Sorgen werden sogenannte kognitiv-verhaltenstherapeutische Strategien eingesetzt, die zu einer positiveren gedanklichen Bewertung der Lebenssituation führen.

3. Therapieziele

Die Verhinderung drohender gesundheitlicher Beeinträchtigungen sowie die Sicherung beruflicher und sozialer Leistungsfähigkeit wird durch das Erarbeiten folgender Ziele angestrebt:

- Verbesserung der Entspannungsfähigkeit
- Aufbau einer differenzierten Körperwahrnehmung
- Reduktion der Katastrophengedanken
- Verminderung des Grübelns
- Aufbau sozialer Fertigkeiten
- Reduktion bzw. Absetzen ungeeigneter Medikamente

4. Spezifische Methoden

- Einzeltherapie
- Problemlösegruppe
- Sporttherapie
- Entspannungstraining
- Atemtherapie
- Gruppentherapie zur Förderung der sozialen Kompetenz
- Familiengespräche

Indikation zur stationären Therapie

Ob eine stationäre psychotherapeutische Behandlung sinnvoll oder notwendig ist, hängt wesentlich vom Schweregrad der Symptomatik und vom zeitlichen Verlauf ab. Wenn die Auswirkungen der Angstsymptomatik die Alltagsbewältigung einschränken und die Patienten aufgrund ihrer Ängste nicht wöchentlich zu einer ambulanten Therapie fahren können, ist eine stationäre Maßnahme indiziert. Der Vorteil der stationären Behandlung besteht grundsätzlich darin, verschiedene Behandlungselemente sinnvoll, effektiv und in kurzer Zeit kombinieren zu können.

Die im folgenden genannten Aspekte bei Angsterkrankungen lassen eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme sinnvoll erscheinen:

- **Ängste vor Kontrollverlust:**

Kommt es im Rahmen von Angsterkrankungen zu einem umfassenden Vertrauensverlust in die eigenen Fähigkeiten oder in die soziale Umwelt, haben es die Betroffenen schwer, ohne andauernde Aktivierung im Sinne von Expositionstraining Selbststeuerungskompetenzen aufzubauen. Im beschützten 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 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 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 einem Herzinfarkt gehäuft kardiologische Ambulanzen aufsuchen, können nur im interdisziplinär arbeitenden Setting Erfahrungen machen, die im Gegensatz zur Konfrontation mit der Apparatedizin entdramatisierend wirken. Weder Psychotherapeut noch Hausarzt können im ambulanten Bereich die Interaktion des chronifizierten Herzphobikers mit den jeweiligen Notärzten korrigieren.

- **Patienten mit Herz-Kreislaferkrankungen:**

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 Expositionsübungen von Angstpatienten mit vorgeschädigtem Herz-Kreislaufsystem (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 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 vom Alltag, 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 fürchten an einer noch nicht diagnostizierten rein körperlichen Erkrankung zu leiden. Krankenhausaufenthalte, häufiger Arztwechsel und Medikamentenmissbrauch stehen damit im 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 für eine stationäre 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 auf breiter Ebene behandelt. In Sporttherapien und verschiedenen Kunst- und psychotherapeutischen Gruppen werden die Patienten zu aktiverem Verhalten angeregt und insbesondere in angstauslösende Situationen gebracht, um zu lernen, diese angemessen zu bewältigen.

Literatur

- EHRHARDT, M. & STURM, J. (1990). Angstbewältigung im Rahmen eines verhaltensmedizinischen Gruppenkonzeptes bei Herzphobikern. In M. Zielke, N. Mark (Hrsg.), Fortschritte der Angewandten Verhaltensmedizin. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- LEIDIG, S. (1995). Nur keine Panik! So lernen Sie, mit Ihren Ängsten umzugehen. München: Heyne.
- LEIDIG, S. & Limbacher K. (1998). Angststörungen. Schriftenreihe der Psychosomatischen Fachklinik Bad Dürkheim, Band 2. Bad Dürkheim: Eigendruck.
- MARGRAF, J. & SCHNEIDER, S. (1989). Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Notizen