

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. 0 63 22 / 9 34 - 2 59
Fax 2 66

Redaktion: Dipl. Psych. Stefan Leidig
Dr. med. Klaus G. Limbacher

3. Auflage 1999 1000 Exemplare

ISSN 1432-5845

Themenhefte dieser Reihe erscheinen in unregelmäßigen Abständen.

Stefan Leidig

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

Ansprechpartner für den Bereich Angststörungen:

Dipl. Psych. S. Leidig, Ltd. Psychologe

**Telefonische Sprechzeit:
Freitags 11.00 - 12.00 Uhr
Tel. 0 63 22 / 9 34 - 2 15
Fax 2 66**

**Außerhalb dieser Sprechzeit erreichbar unter
Tel. 0 63 22 / 9 34 0**

Inhaltsverzeichnis

A. AGORAPHOBIE UND PANIKSTÖRUNG	4
I. Problembereiche/Diagnostische Kriterien	4
II. Grundlegende therapeutische Prinzipien	6
III. Therapieziele	7
IV. Spezifische Methoden	8
B. SOZIALE PHOBIE	9
I. Problembereiche/Diagnostische Kriterien	9
II. Grundlegende therapeutische Prinzipien	9
III. Therapieziele	10
IV. Spezifische Methoden	11
C. GENERALISIERTE ANGSTSTÖRUNG	12
I. Problembereiche/Diagnostische Kriterien	12
II. Grundlegende therapeutische Prinzipien	13
III. Therapieziele	14
IV. Spezifische Methoden	14
D. ANGSTSTÖRUNGEN - INDIKATION ZUR STATIONÄREN THERAPIE	15
BASISLITERATUR	19

A. Agoraphobie und Panikstörung

I. Problembereiche/Diagnostische Kriterien

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 PatientInnen, die unter Panikattacken leiden, haben auch agoraphobische Symptome. Agoraphobien 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.

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

- Aufklärung über psychologische und physiologische Grundlagen des Angsterlebens: Voraussetzung für eine verhaltenstherapeutische Expositionsbehandlung ist das Vertrauen der PatientInnen, daß die dabei auftretenden körperlichen Erregungszustände weder die physische noch die psychische Gesundheit ernsthaft gefährden. (Entsprechend wird natürlich die kardiovaskuläre Belastbarkeit internistischerseits von uns abgeklärt.) 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). Weitere Aufklärungsbausteine beziehen sich auf die Chronifizierung phobischer Ängste durch Vermeidungsverhalten und die Funktion und Wirkung von Expositionsverfahren.
- Im Rahmen der Expositionsbehandlung werden die Patienten angehalten, sich den stärksten angstausslösenden Situationen auszusetzen. Bei Patienten, die aufgrund von

ernsthaften Befunden (z.B. Zustand nach Herzinfarkt) nicht voll belastbar sind, findet eine graduelle Annäherung an die massivsten Ängste ("systematische Desensibilisierung") statt.

- Parallel zur symptomatischen Therapie werden die Patienten zum Wiederaufbau der körperlichen Leistungsfähigkeit in die Sporttherapie integriert.
- Da bei langjährig erkrankten PatientInnen sich auch beträchtliche Veränderungen im sozialen Umfeld ergeben, können bei Bedarf auch wichtige Bezugspersonen in die Therapie miteinbezogen werden.

III. Therapieziele

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

- Aufbau eines klaren Verständnisses psychophysiologischer Zusammenhänge bei Angstanfällen
- Erwerb von Bewältigungsstrategien für angstausslösende Situationen
- Abbau des Schon- und Vermeidungsverhaltens
- Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit
- Reduktion/Absetzen dysfunktionaler psychotroper Substanzen

IV. Spezifische Methoden

- Einzeltherapie (kognitiv-verhaltenstherapeutisch)
- Problemlösegruppe nach Grawe
- Expositionstraining / Angstgruppe
- Sporttherapie
- Atemtherapie
- indikative Gruppen je nach spezifischen Problembereichen (z. B. Selbstsicherheitstraining)

B. Soziale Phobie

I. Problembereiche/Diagnostische Kriterien

Die zentrale Befürchtung sozialphobischer PatientInnen 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.

II. Grundlegende therapeutische Prinzipien

Die zentralen Veränderungsbemühungen sind darauf ausgerichtet, den Aktionsspielraum der Betroffenen wieder zu erweitern. Entsprechend werden die PatientInnen, wie im Falle der Panikstörung/Agoraphobie über die psychophysiologischen Grundlagen des Angsterlebens und die chronifizierenden Folgen von Vermeidungsstrategien aufgeklärt.

Expositionsübungen werden in Gruppen und alleine, unabhängig von akuten Befindlichkeiten ("heute zittere ich zu stark"), durchgeführt. Alle PatientInnen 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 noch zu handeln (sprechen, schreiben, essen ...), erscheint es sinnvoll, sich zunächst den schwierigsten Situationen durch leichtere Übungen anzunähern.

Im Rahmen von Selbstsicherheits- und sozialen Kompetenztrainings erwerben die Betroffenen zusätzlich kognitive Strategien, vermeintliche "Schwächen" unter öffentlicher Beachtung auszuhalten.

PatientInnen, deren soziale Ängste aus gravierenden Mängeln in sozialen Fertigkeiten resultieren ("sekundäre soziale Ängste"), werden zunächst in diesen sozialen Kompetenzbereichen trainiert.

III. Therapieziele

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

- 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
- Reduktion/Absetzen dysfunktionaler psychotroper Substanzen

IV. Spezifische Methoden

- Einzeltherapie (kognitiv-verhaltenstherapeutisch)
- Problemlösegruppe nach Grawe
- Expositionstraining / Angstgruppe
- Sporttherapie
- Selbstsicherheitstraining
- indikative Gruppen je nach spezifischen Problembereichen

C. Generalisierte Angststörung

I. Problembereiche/Diagnostische Kriterien

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.

II. Grundlegende therapeutische Prinzipien

Um den beschriebenen Teufelskreis (erhöhte sympathikotone Erregung triggert die ängstlichen Vorstellungen, worauf erregungsreduzierende Grübeleien folgen, die jedoch nur kurzzeitig wirksam sind) zu unterbrechen, setzen wir unsere Interventionsstrategien auf somatischer und kognitiver Ebene an:

Parallel zu einer gründlichen Aufklärung über die funktionalen Zusammenhänge zwischen Angst/Sorgen und körperlicher Erregung nehmen die PatientInnen 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. Damit einhergehend verbessern sich die Konzentrationsfähigkeit und andere psychophysiologische Parameter. Diese erste Stabilisierung und Sensibilisierung für körperliche Anspannungsmuster stellt die Voraussetzung für die weiteren Interventionen dar:

Die Verbesserung der Wahrnehmung körperlicher Spannungszustände wird zum Ausgangspunkt für den gezielten Einsatz von Entspannungsübungen. Zur Bewältigung der eigentlichen Katastrophengedanken werden je nach Indikation kognitiv-verhaltenstherapeutische Strategien eingesetzt.

III. Therapieziele

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

- Verbesserung der Entspannungsfähigkeit
- Aufbau einer differenzierten Körperwahrnehmung
- Reduktion der Katastrophengedanken
- Sistieren des scheinbar lösungsorientierten Grübelns
- (Wieder-)Aufbau sozialer Fertigkeiten
- Reduktion/Absetzen dysfunktionaler psychotroper Substanzen

IV. Spezifische Methoden

- Einzeltherapie (kognitiv-verhaltenstherapeutisch)
- Problemlösegruppe nach Grawe
- Sporttherapie
- Familiengespräche
- Entspannungstraining / Atemtherapie / Körperwahrnehmung
- indikative Gruppen je nach spezifischen Problembereichen (z. B. Selbstsicherheitstraining)

D. Angststörungen - 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 Problembereiche der Angststörungen aufgeführt werden, die ambulante 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 entspre

chenden 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 interdisziplinär 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.

Basisliteratur

- Birbaumer, N. (Hg.) (1977) Psychophysiologie der Angst. München, Urban & Schwarzenberg
- Deffenbacher, J.L., Suinn, R.M. (1987) Generalized anxiety syndrome. In L. Michelson, L.M. Ascher (eds.) Anxiety and stress disorders. Cognitive-behavioral assessment and treatment. New York, London, Guilford Press
- Ehlers, A., Margraf, J., Davies, S., Roth, W.T. (1988) Selective information processing of threat cues in subjects with panic attacks. *Cognition and Emotion* 2: 201 - 220
- 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
- Hand, I., Wittchen, H.-U. (Hg.) (1986) Panic and phobias. Berlin, Heidelberg, New York, Springer
- Heimberg, R.G., Dodge, C.S., Becker, R.E. (1987) Social Phobia. In L. Michelson, L.M. Ascher (eds.) Anxiety and stress disorders. Cognitive-behavioral assessment and treatment. New York, London, Guilford Press
- 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
- Schneider, S., Margraf, J. (1990) Therapiebezogene Diagnostik der Angststörungen. In: W. Fiegenbaum, J.C. Brengelmann (Hg.) Angststörungen. Diagnose und Therapie. München, Gerhard Röttger