

Therapiekonzept



IMPRESSUM

Impressum und Allgemeine Angaben zum Unternehmen nach § 5 TMG:

RHÖN-KLINIKUM AG, Vorstand: Stephan Holzinger, Prof. Dr. Bernd Griewing,
Dr. Gunther K. Weiß

Registergericht: Amtsgericht Schweinfurt, HRB 1670

Zuständige Aufsichtsbehörde nach § 30 GewO: Landratsamt
Rhön-Grabfeld, Spörleinstr. 11, 97616 Bad Neustadt a. d. Saale,
USt-ID: DE167834823

Geschäftsleitung und verantwortlich i. S. d. PresseG: Jochen Bocklet,
Burkhard Bingel, Salzburger Leite 1, 97616 Bad Neustadt a. d. Saale,
Telefon 09771 66 0

Kontakt: Telefon: 09771 66 0; Mail: geschaeftsleitung@campus-nes.de
Unsere Angebote finden Sie ausführlich unter RHÖN-KLINIKUM Campus
Bad Neustadt, www.campus-nes.de

Redaktion und Textverarbeitung:

Dr. phil. Lothar Schattenburg, Burkhard Bingel,
Prof. Dr. med. Martin Siepmann, Dr. med. Dagmar Stelz

Gestaltung und Satz:

MainKonzept, Berner Straße 2, 97084 Würzburg,
www.mainkonzept.de

Bildnachweis:

RHÖN-KLINIKUM AG

Druck:

kraus print u. media GmbH & Co. KG,
Am Angertor 11, 97618 Wülfershausen
im Dezember 2018

Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers

THERAPIEKONZEPT DER PSYCHOSOMATISCHEN KLINIK BAD NEUSTADT

Angstbewältigung

INHALTSVERZEICHNIS

5 EINLEITUNG

6 EPIDEMIOLOGIE

7 URSACHEN

EINFLUSSFAKTOREN UND INDIKATIONEN

8 Gesellschaftliche Einflüsse

8 Indikationen für die Angstbewältigungsgruppe

THERAPIE

9 Interventionen

12 Häufigkeit der Angstbewältigungsgruppe und Zuweisungsmodus

13 Ziele

14 LITERATUR

EINLEITUNG

Angst ist eine normale Reaktion des Menschen, sie ist ein zentrales Thema der psychosomatischen Anthropologie (Schattenburg, 2009). Zu den existentiellen Aspekten der Angst aus der Perspektive der Daseinsanalyse bietet der Sammelband von Lang und Faller einen schönen Überblick (1996). Könnte der Mensch keine Angst empfinden, wäre er nicht überlebensfähig. Die Angst zeigt sich auf mehreren Ebenen:

- **auf der kognitiven und emotionalen Ebene:**
Einengung der Wahrnehmung auf gefahrenrelevante Reize, Einengung des Denkens und Fühlens, selektives Lernen und Erinnern
- **auf der Verhaltensebene:**
meist Flucht oder Vermeidung
- **auf der körperlichen Ebene:**
Alarmreaktionen im sympathischen Nervensystem mit Symptomen wie Herzrasen, Schwitzen, Beschleunigung des Atmens, Zittern usw.

Neben Realängsten gibt es jedoch unangemessene Reaktionen, die dann zu den Angststörungen gerechnet werden. Bei diesen unangemessenen Angstreaktionen kommt es zu erheblichen Beeinträchtigungen und Belastungen der Betroffenen. Beispiel: Ein Student kann wegen einer Prüfungsangst sein Studium nicht beenden. Oder die Umwelt leidet unter den übertriebenen Angstreaktionen, etwa wenn eine Patientin, die unter einer generalisierten Angststörung leidet, von ihren Angehörigen ständig per Handy wissen will, wo sie sich gerade befinden und ob etwas passiert sei. Erreicht die Patientin ihre Angehörigen nicht, bittet sie auf dem Anrufbeantworter um sofortigen Rückruf.



EPIDEMIOLOGIE

Epidemiologie von Angststörungen

Die Angststörungen gehören neben den Depressionen mit zu den häufigsten psychischen Erkrankungen (vgl. Robert-Koch-Institut, 2004). Wir wollen an dieser Stelle nicht die einzelnen Häufigkeiten pro Angstgruppe (Panikstörung, generalisierte Angststörung usw.) auflisten – dies kann im Report des Robert-Koch-Instituts und im Bundesgesundheitsurvey (1998) im Detail nachgelesen werden.

Angststörungen beginnen mit wenigen Ausnahmen in der 2. bis 4. Dekade. Nahezu 60 % aller Angststörungen manifestieren sich erstmals vor dem 21. Lebensjahr. Daran mag schon abzulesen sein, welches Chronifizierungspotential in dieser Störung stecken kann – bedenkt man, dass es nach einigen Studien bis zu 8 Jahre dauern kann, bis eine Angststörung psychotherapeutisch professionell behandelt wird. Wittchen (1997), ein renommierter Angstforscher an der Universität Dresden, geht davon aus, dass 20 % der Bevölkerung schon einmal im Verlauf ihres Lebens während längerer Zeit unter Angst gelitten hätten. Andere Schätzungen gehen von noch höheren Zahlen aus, nämlich dass 30 Millionen Deutsche unter einer Angststörung leiden würden (GEO WISSEN, 2016, S. 57). Ferner gibt es einen klaren Geschlechtseffekt: Frauen sind nahezu doppelt so häufig von Angststörungen betroffen wie Männer. Dafür gibt es keine eindeutigen Erklärungen. Das erlernte Rollenverhalten „männlich vs. weiblich“ dürfte einen erheblichen Einfluss darauf haben, inwieweit Männer und Frauen sich trauen, über ihre Ängste zu sprechen (Schattenburg, 2000).

Wie auch immer man die Prävalenz der Angststörung berechnen mag: Die Zahl ist hoch, ein ausgesprochener Bedarf für Behandlungsangebote liegt auf der Hand. Diesem Bedarf soll unsere Angstbewältigungsgruppe (**ABG**) Rechnung tragen.

Ursachen für Angststörungen

Es werden psychosoziale, psychologische, genetische und biologische Ursachen für die Angststörung verantwortlich gemacht. Die Ursachen sind multifaktoriell. Allgemein wird bei allen Angststörungen eine Fehlsteuerung des an sich normalen Angst-Stress-Mechanismus angenommen, der sich entweder zeigt in einer Kampf- oder in einer Fluchtreaktion. Folgende verhaltenstherapeutische und psychoanalytisch-tiefenpsychologische Perspektiven ergänzen sich natürlich:

- **Ursachen in verhaltenstherapeutischer Perspektive:**

Es wird davon ausgegangen, dass das typischerweise auftretende Vermeidungsverhalten eine langdauernde Verfestigung der ersten durch unangenehme Erlebnisse erlernten Angstreaktion bewirkt. Es kommt zu einer Konditionierung. Dieser Mechanismus wird für die bei Angststörungen typische Tendenz von anfangs chronisch-mildem bis zu später schwerem Langzeitverlauf verantwortlich gemacht.

- **Ursachen in psychoanalytisch-tiefenpsychologischer Perspektive:**

Zu den Einflussfaktoren zählen vor allem bewusste und unbewusste Konflikte (s. Konfliktachse OPD) sowie das strukturelle Funktionsniveau des Patienten, das seine Selbststeuerungs- und Regulationsfähigkeiten umfasst (s. Strukturachse OPD; Arbeitskreis OPD, 2006).

EINFLUSSFAKTOREN UND INDIKATIONEN

Gesellschaftliche Einflüsse

Die Patienten mit einer Angststörung sehen sich auch mannigfaltigen gesellschaftlichen Einflüssen ausgesetzt bzgl. der Ursachen der Angststörungen. Bevor der Patient in die Behandlung kommt, sei es ambulant oder stationär, liest er jeden Tag in der Zeitung die Zusammenfassung der soziologischen Bücher. Der Soziologe Ehrenberg diagnostiziert das „Erschöpfte Selbst“, der Soziologe Rosa diagnostiziert eine „Beschleunigung der Gesellschaft“ und der Soziologe Heinz Bude schreibt ein Buch über die „Gesellschaft der Angst“. Bude (2014) diagnostiziert in der Gesellschaft ein „Gefühl, dass das Schlimmste noch vor einem liege“. Wir können an dieser Stelle diese hochkomplexen Bücher nicht weiter kommentieren, nur sei darauf verwiesen: Es kann sozialpsychologisch davon ausgegangen werden, dass diese tägliche Zeitungslektüre über Burn-Out, Erschöpfung, Beschleunigung und der Schmelze der Mittelschicht eine Rückkoppelung auf das Angstempfinden und Unsicherheitserleben der Patienten haben dürfte – unabhängig davon, in welchem Ausmaß diese Analysen nun „stimmen mögen oder nicht“.

Indikationen für die Angstbewältigungsgruppe

Angststörungen sind in hohem Maße mit anderen Störungen korreliert, mit Depressionen, Zwangsstörungen, Somatisierungen, Persönlichkeitsstörungen usw. Der Psychoanalytiker Sven Hoffmann (2009) sieht bei der Borderline-Symptomatik eine Angststörung im Zentrum. Für folgende Ängste liegt eine Indikation für unsere Gruppe **(ABG)** vor:

Panikstörung, Generalisierte Angststörung, Soziale und Agoraphobie, Spezifische Phobien, Hypochondrie, Angst vor der Angst, Versagens- und Zukunftsängste im Rahmen der Störung: Depression und Angst, gemischt.



Interventionen

Therapeutisch wird in dieser Gruppe **integrativ** gearbeitet, d. h. es kommen Elemente der Psychoedukation, verhaltens- und hypnotherapeutische und psychodynamische Interventionen zum Einsatz. Die moderne Psychotherapieforschung zeigt, dass psychodynamische Psychotherapie mit anderen Arten von Ansätzen kombiniert werden kann (Subic-Wrana et al., 2012). Die Gruppe ist interaktionell aufgebaut, d. h. es werden nicht festgelegte Module pro Sitzung abgearbeitet, sondern es wird mit der Gruppe besprochen, welche Fragestellungen aktuell sind (Schattenburg, 2012). Zunächst werden in der Gruppe inhaltliche Fragen zur Angstsymptomatik bearbeitet. Dann wird zum Schluss der Gruppe eine Atemübung durchgeführt, um die Selbstregulierung von Angstattacken zu trainieren. Welche der folgenden Interventionen gewählt wird, hängt vom Patienten, seiner Symptomatik und dessen Funktionsniveau ab (Bandelow et al., 2014). Angststörungen sind oft mit einem mangelnden Selbstwertgefühl verbunden. Daher ist die Förderung des Selbstwertgefühls eine wichtige Aufgabe – unabhängig von der theoretischen Einbettung der jeweiligen Interventionen (Potreck-Rose & Jacob, 2013). Großer Wert bei dieser Gruppe **ABG** wird darauf gelegt, dass Übungen zwischen den Sitzungen vereinbart werden – nach Absprache mit dem Patienten.

Es dürfte vollkommen klar sein, dass von den nachfolgend aufgezählten Interventionen nicht alle zum Einsatz kommen können, eine geschickte Auswahl durch den Gruppenleiter ist daher unumgänglich. Wir haben uns für ein breites Interventions-Repertoire entschieden, weil nach unserer Erfahrung eine zu enge Manualisierung des Konzeptes aus folgenden Gründen dem stationären Setting nicht gerecht wird: Halboffene Gruppe, unterschiedliche Orientierungen der Gruppenleiter, Komplexität der Krankheitsbilder und unterschiedliche Dauer der stationären Aufenthalte sind Charakteristika des stationären Settings.

Nun zu den Interventionen:

- **Psychoedukation:** Was sind Angststörungen? Nach unseren Erfahrungen ist es für viele Patienten hilfreich, das Kind beim Namen zu nennen. Viele Patienten wissen nicht: Meine Symptome verweisen auf eine Panikstörung oder auf eine generalisierte Angststörung. Das ermöglicht oft schon eine erste Distanzierung von der Störung. Aufklärung über physiologische Abläufe z. B. bei einer Panikattacke sind ganz wichtig. Viele Patienten haben nach unserer praktischen Erfahrung mit der Durchführung dieser Angstbewältigungsgruppe ungünstige Attributionen wie: „Ich habe eine Panikattacke, weil mein Blutdruck abfällt“. Die Patienten erleben die Information, dass bei der Panikattacke der Blutdruck steigt und eben nicht fällt, als sehr hilfreich und beruhigend. Weil die Patienten die ungünstige Kognition haben: „Ich falle gleich um, weil der Blutdruck sinkt.“ Diese ungünstige Kognition kann dann abgebaut werden.

Ferner gehört zur Psychoedukation ein ABC der Neurobiologie: Bedeutung des limbischen Systems und der Amygdala, Aufbau von neuen neurologischen Netzwerken.

Information über Hyperventilation und praktische Übungen (geschlossene Hände vor der Nase, Tüte). Den Patienten soll erklärt werden, dass das Vermeidungsverhalten im Zentrum der Angststörung liegt und dass dieses Vermeidungsverhalten angegangen werden muss, will man die Angststörung in den Griff bekommen. (Zur Psychoedukation in der Angstgruppe vgl. Schattenburg, 2016).

- **Hypnotherapeutische Interventionen:** AT, Atemübungen, Achtsamkeitsübungen nach Kabat-Zinn, Imaginationsübungen wie innerer sicherer Ort oder imaginative Schutzhülle (Schmidt, 2004).
- **Verhaltenstherapeutische Übungen:** Dysfunktionale Kognitionen vor allem beim Angstkreislauf, Darstellung, wie der Angstkreislauf abgefedert werden kann, Überbewertung von Reizen besonders von Körpersignalen, Entdramatisieren, Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit während der Angstattacken, Verhaltensübungen wie Busfahren, Leute ansprechen, Fahrstuhlfahren, ins Theater gehen. Verhaltensanalyse mit den der Angstsymptomatik vorausgegangenen Stimuli und deren Verstärker (Kanfer et al., 2006; Meichenbaum & Schattenburg, 2012).
- **Psychodynamische Interventionen:** Diagnostik von malignen Introjekten, unbewussten Schuldgefühlen, zentraler Beziehungskonflikt nach Luborsky, Angst im Kontext von projektiver Identifikation bei Persönlichkeitsstörungen (Clarkin et al., 2008), Aufweichung der Angstabwehr (Hoffmann, 2009; Mentzos, 1984; Subic-Wrana et al., 2012).



Häufigkeit der Angstbewältigungsgruppe und Zuweisungsmodus

Diese indikative Gruppe findet zweimal wöchentlich statt à 50 Minuten mit maximal 12 Patienten. In der Regel vier-, höchstens achtmal. Es handelt sich um eine halb-offene Gruppe, d. h. Patienten gehen hinaus, neue Patienten kommen immer wieder herein – je nach Verlauf des stationären Aufenthaltes.

Im Team wird besprochen, welche Patienten und Patientinnen für diese indikative Gruppe geeignet sind. Nach unserer langjährigen Erfahrung ist es bei dieser Gruppe nicht nötig, dass der Gruppenleiter resp. die Gruppenleiterin die Patienten in einem Vorgespräch sehen muss. Verantwortlich für diese Gruppe ist ein Pate resp. eine Patin (OA/Ltd.-Psychologe). Er bzw. sie kümmert sich um die Vertretung, Supervision und Ausbildung der Assistenten für diese indikative Gruppe.



Ziele

- Es soll ein tragfähiges Psychosomatik-Verständnis der Angsterkrankung erarbeitet werden. Nach unserer Erfahrung fehlt es vielen Patienten an einer psychologischen Theorie bzgl. der Angsterkrankung. Ein Patient stellt die Frage: „Ich sitze im Englischen Garten in München bei schönem Wetter, eigentlich geht es mir gut und ... plötzlich überfällt mich eine Panikattacke. Das verstehe ich nicht. Können Sie mir dies bitte erklären!“ Hier ist es wichtig, mit dem Patienten gemeinsam eine Theorie zu erarbeiten, so dass er die Panikattacke mit seiner Biografie oder mit seinen aktuellen Belastungen oder Konflikten verknüpfen kann. Die Erfahrung zeigt, dass eine für den Patienten „stimmige Theorie“ schon einen ersten Schritt darstellen kann für die Angstbehandlung und für ein psychosomatisches Krankheitsverständnis.
- Ferner sollen therapeutische Effekte zur Angstbewältigung erzielt werden. Auch in einer 6-wöchigen Krankenhausbehandlung können durchaus **respektable Ergebnisse** erzielt werden, wobei natürlich die Ziele realistisch dosiert werden – mit Absprache des Patienten. Nach unserer über 10-jährigen Erfahrung mit der Durchführung dieser indikativen Gruppe (Schattenburg, 2016) können Patienten wieder: mehr unter die Leute gehen, ihre Scham reduzieren, mit dem Fahrstuhl fahren, die ständigen Sorgen um die Angehörigen abbauen usw. Eine Patientin konnte ihr tägliches Telefonieren mit der Familie, die sich von der Patientin „terrorisiert gefühlt“ hatte, auf ein zweimaliges Telefonieren pro Woche reduzieren. Hypochondrische Ängste können gemildert werden. Ein Patient ging wieder am Samstagabend ins Theater, obwohl die nächste Klinik 30 km entfernt war. Er konnte auf die phantasierte Sicherheit einer umgehenden Einweisung in eine Klinik verzichten.
- Zum Schluss der Gruppe soll der Patient motiviert werden, sich bei einer chronifizierten Angstbehandlung zu Hause weiterhin in Behandlung zu begeben.

LITERATURVERZEICHNIS

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Hogrefe.
- Bandelow, B., Lichte, Th., Rudolf, S., Wiltink, J. & Beutel, M. (Hrsg.). (2014). S3-Leitlinie. Angststörungen. Springer.
- Bude, H. (2014). Gesellschaft der Angst. Hamburger Edition.
- Bundesgesundheitsurvey (1998). S. Internet.
- Clarkin, J., Yeomans, F. & Kernberg, O. (2008). Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. Schattauer.
- GEO Wissen (2016). Ängste überwinden, innere Stärke gewinnen.
- Hoffmann, S.O. (2009). Psychodynamische Therapie von Angststörungen. Einführung und Manual für die kurz- und mittelfristige Therapie. Schattauer.
- Kanfer, F., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Springer.
- Lang, H. & Faller (Hrsg.). (1996). Das Phänomen Angst. Suhrkamp.
- Meichenbaum, D. & Schattenburg, L. (2012). Intervention bei Stress. Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings. 3. Auflage. Huber
- Mentzos, S. (1984). Angstneurose. Psychodynamische und Psychotherapeutische Aspekte. Fischer.
- Potreck-Rose, F. & Jacob, G. (2013). Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen.
- Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl. Klett-Cotta. Robert Koch-Institut (2004). Heft 21. Angststörungen.
- Schattenburg, L. (2000). Geschlechtsstereotype Attributionen bei Kindern in Leistungssituationen. Experimentelle Studie zum Ost-West-Vergleich. Lang.
- Schattenburg, L. (2009). Spiritualität als Anker der Psychosomatischen Anthropologie. Rezension. Schriftenreihe XIII der Psychosomatischen Klinik Bad Neustadt, 117-125. Replik auf diese Rezension von Prof. Frick in dieser Schriftenreihe, 126-127
- Schattenburg, L. (2012). Gruppentherapie in der psychosomatischen Rehabilitation. In B. Strauß & D. Mattke (Hrsg.). Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis (S.439-448). Heidelberg: Springer.
- Schattenburg, L. (2016). Integrative Psychotherapie bei der Bewältigung von Ängsten. Unveröffentlichtes Vortrags-Manuskript. Psychosomatische Klinik Bad Neustadt.
- Schmidt, G. (2004). Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten. Auer.
- Subic-Wrana, C., Milrod, B. & Beutel, M.E. (2012). Panikfokussierte Psychodynamische Psychotherapie. Hogrefe.
- Wittchen, H.-U. (1997). Wenn Angst krank macht. Störungen erkennen, verstehen und behandeln. Mosaik.



**Psychosomatische Klinik
Campus Bad Neustadt**
Medizinische Exzellenz aus Tradition

Psychosomatische Klinik
der RHÖN-KLINIKUM AG
Kurhausstraße 31
97616 Bad Neustadt a. d. Saale

Telefon 09771 67 70
Fax 09771 67 79 000
psk@psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de
www.psychosomatische-klinik-bad-neustadt.de



RHÖN-KLINIKUM
AKTIENGESELLSCHAFT