

Angstbewältigung in der Gruppe oder Wozu brauchen wir Therapeuten?

H.-Ulrich Wilms, Claudia Mory, Volkmar Lützkendorf

Zusammenfassung

Am Beispiel einer systemisch-verhaltenstherapeutischen Gruppe zur Behandlung von Angst-erkrankungen möchten wir unser gemeinsam mit den Patienten entwickeltes Konzept eines interdisziplinären, lösungsorientierten Vorgehens erläutern und dabei vor allem solche, unserer Meinung nach hilfreichen Gruppenbehandlungs- und Selbstmanagementaspekte hervorheben, die es auch Patienten mit langen Erkrankungsdauern und einer Vielzahl fehlgeschlagener Behandlungsversuche ermöglichen, Wege aus der Erkrankung zu finden. Neben der besonderen Akzentuierung der therapeutischen Selbstmanagementanteile einschließlich einer Kommentierung aus Sicht eines Betroffenen, finden sich in dem Beitrag auch Hinweise darauf, wie es gelingen kann, trotz unterschiedlicher therapeutischer Ausrichtungen konstruktiv miteinander zu arbeiten.

Von vorder- und hintergründigen Aufträgen

Der Auftrag der Patienten, die zu uns in die Spezialsprechstunde für Angsterkrankungen der psychiatrischen Ambulanz an der Universität Leipzig kommen, lautet häufig „Helfen Sie mir, dass meine Angst weggeht“. Viele Angsterkrankte bewältigen den Alltag oft nicht mehr, da sie sich aufgrund der Erkrankung in basalen Lebensbereichen (Haus verlassen, Einkaufen gehen, Fortbewegung, soziale Kontakte) eingeschränkt erleben. Daher steht dieser primäre Auftrag erst einmal im Vordergrund.

Obwohl einigen Patienten wenige Informationen über Angsterkrankungen oder die konkrete Arbeit an der Angstsymptomatik ausreichen, um mit der Erkrankung zurechtzukommen und die Alltagsroutinen wieder zu etablieren, besteht bei einer nicht unerheblichen Anzahl von Patienten ein hohes Wiedererkrankungsrisiko. Bei diesen Patienten geht es nicht nur um die Bewältigung der Angst. Die Fragen der Patienten „Warum gerade ich?“ und „Warum gerade jetzt?“ verlangen nach Sichtweisen, die über die situationsspezifische Angstbewältigung hinausgehen. Oft steht eine chronische Überlastung im Hintergrund, für die der Patient erst nach Abklingen der akuten Symptomatik sensibilisiert ist. Oder systemisch gesprochen geht es auch darum, herauszufinden, womit sich der Patient beschäftigen würde, wenn die Erkrankung nicht mehr da wäre – also welchen Sinn die Erkrankung im System des Patienten macht oder wofür sie gerade eine gute Lösung ist. In einem therapeutischen Prozess geht es langfristig somit auch um das Erarbeiten von Lösungen zu „dahinterstehenden Problemen“ und darum, dass der Patient das Gefühl hat, auftauchende Probleme anders als bisher bewältigen zu können.

Um diesen Aspekten insgesamt in der Behandlung von Angsterkrankungen Beachtung zu schenken, haben wir in der Spezialsprechstunde für Angsterkrankungen im Zusammenwirken der Ideen von Therapeuten und Betroffenen ein Gruppenkonzept zur Bewältigung von Angsterkrankungen entwickelt. Aus einer offenen Angstgruppe wuchs in einem 2-jährigen Prozess das Gruppenkonzept, das wir im Folgenden ausführlich vorstellen möchten.

Wir werden in der Darstellung zunächst die Arbeitsschwerpunkte in den beiden Teilgruppen „Angstbewältigung“ und „Belastungsmanagement“ beschreiben und im Anschluss daran erläutern, welchen zusätzlichen Nutzen wir und unsere Patienten in der Trennung zwischen therapeutengeleiteten Gruppen und Arbeiten im Selbstmanagement sehen. Abschließend wollen wir einige Erläuterungen dazu geben, wie wir als Therapeuten mit unterschiedlichen Ausbildungshintergründen es zumindest bis hierher geschafft haben, konstruktiv zusammenzuarbeiten und unsere eigenen Schwerpunkte zu einem gemeinsamen Konzept zusammenzufassen. Abschließend geben wir das Wort an einen Nutzer des Programms, um Sichtweisen Raum zu geben, zu denen wir keine angemessene Stellung nehmen können.

Die Angstbewältigungsgruppe

Für die meisten Patienten steht im therapeutischen Prozess zunächst die Angstbewältigung im Vordergrund. Die erfolgreichsten Strategien für diese Aufgabe lassen sich dem verhaltenstherapeutischen Ansatz entnehmen (Margraf & Schneider 1996, Wilms et al. 2004, Wittchen 1997), wobei sich die Inhalte nach drei Themenbereichen unterscheiden lassen:

- Wissensvermittlung über Ängste und Angsterkrankungen,
- das „Verstehen“ der individuellen gedanklichen und verhaltensbezogenen Abläufe im Sinne individueller Verhaltensanalysen (Kanfer et al. 1996) und
- dem Training der notwendigen, aber individuell angepassten Angstbewältigungsübungen.

Ohne an dieser Stelle auf alle Aspekte der Wissensvermittlung umfassend eingehen zu können (siehe dazu ausführlich Wilms et al. 2004) seien doch einige zentrale Aspekte zumindest benannt. Zunächst einmal ist es wichtig eine Sprache zu finden, die es den Patienten erlaubt, die körperlichen Vorgänge bei Angst- und Panikreaktionen als etwas grundsätzlich nicht völlig Unnützes zu verstehen. Anhand einer Imaginationsübung (der sog. Säbelzahn Tigergeschichte) versuchen wir, die Energiebereitstellungsreaktion „Angst“ und deren körperliche Begleiterscheinungen verstehbar zu machen. Darüber hinaus werden meist an Alltagsbeispielen (z. B. Auto- oder Haushaltsunfälle) solche Mechanismen vermittelt, die zu einem Lernen dieser Energiebereitstellungsreaktion bzw. einem Training in Gefahrgedanken führen. Von besonderer Bedeutung ist das sog. **Vermeidungslernen**, also das gedankliche Lernen der Angstreaktion, ohne überhaupt mit dem „Gegenstand“ der

Angst erfahrungsbezogen in Berührung zu kommen, wofür wir wieder narrative Imaginationsübungen (die sog. Flutwellengeschichte) zur alltagsbezogenen Erklärbarkeit benutzen. Wir geben ebenfalls Erklärungsmodelle dafür, wie Ängste „verlernt“ werden können, wie viel systematisches und spezifisches Training dafür notwendig sein wird und wie lange ein solches Training voraussichtlich dauert.

Panikattacken, also solche Ängste bzw. Energiebereitstellungsreaktionen, die quasi aus „heiterem Himmel“ auftreten, ohne dass Gedanken von/an Lebensgefahr nachdrücklich am Auslösen der Attacke beteiligt wären, versuchen wir dagegen von vornherein gegen das o.g. Modell abzugrenzen. Hierbei bedienen wir uns der Analogie eines „Dampfkessels“, der kurz vorm Explodieren steht. Dabei stellt sich die Frage, wozu es gut ist, den Druck – mittels Panikattacke – aus dem Behältnis Körper herauszubringen bzw. andererseits welche Feuerstelle(n) denn überhaupt soviel Druck erzeugt haben, dass das Behältnis ohne Rückgriff auf Schutzventile ihm nicht mehr standhalten kann, bzw. eine Sensibilisierung dafür, welche Themen hinter dem Phänomen „Panik“ stecken könnten.

In einem nächsten Schritt wird dann versucht, diese „allgemeinen Gesetzmäßigkeiten“ für den jeweiligen Patienten individuell „passend“ zu machen. Damit ist gemeint, dass jeder Einzelne diejenigen „technischen“ Mechanismen identifizieren lernen soll, die in seinem Fall zur Aufrechterhaltung von Ängsten beitragen, um damit die Grundlage für ein erfolgreiches Veränderungsstraining zu legen. Diese Systematisierung führt bei den meisten Patienten zur Entscheidung, ob der erste Schwerpunkt der Veränderung in der Angstbewältigung oder einem Belastungsmanagement – meistens bei den sog. Panikattacken – liegen sollte.

Nachdem die Veränderungsziele festgelegt sind, besteht bei denjenigen Patienten, bei denen Angstbewältigung im engeren Sinne das prioritäre Veränderungsziel ist, dann die – verhaltenstherapeutisch begründbare – Notwendigkeit ins „kalte Wasser“ zu springen. Im Wesentlichen besteht der „Sprung ins kalte Wasser“ darin, angeleitet und oft auch begleitet in den Situationen oder in der Konfrontation mit denjenigen Objekten, die die Energiebereitstellungsreaktion „Angst“ hervorrufen, zu überprüfen, ob die eigenen, individuellen Gefährnahmen und Erfahrungen auch so eintreten, wie sie gedacht werden. Im Rahmen dessen, was wir als die 30-Sekunden-Buchführung bezeichnen, geht es darum, sich im 30-Sekunden-Takt drei Fragen zu stellen und zu beantworten:

- a) Was genau ist meine (Lebens-)Gefährnahme?
- b) Ist die Annahme in den letzten 30 Sekunden (so wie ich sie ursprünglich gedacht habe) eingetreten?
- c) Nehme ich an, dass die (Lebens-)Gefahr in den nächsten 30 Sekunden immer noch besteht?

Viele Patienten lernen dabei neben einem „angemessenen Umgang mit der Symptomatik“ – den Säbelzähntiger auf Hauskatzendimensionen schrumpfen zu lassen – auch, in ihren jeweils individuell kritischen Situationen Verhaltensexperimente durchzuführen, die ihnen in Zukunft Informationen darüber geben können, „Wo stehe ich in Bezug auf mein Thema Angstbewältigung und/oder Belastung?“

Wenn ein solches Vorgehen lege artis und in möglichst engen zeitlichen Abständen umgesetzt wird und es keine Themen hinter den Themen gibt, führt ein solches „technisches Vorgehen“ bei vielen Patienten zu einem raschen Erfolg ...

... oder es verdeutlicht mehr oder weniger offen die Themen hinter den Themen!

Die Belastungsmanagementgruppe

Wir haben die Erfahrung gemacht, dass ehrenwerte Hindernisse und Stolpersteine beim Üben mit hoher Wahrscheinlichkeit mit verdeckten Themen und Konflikten assoziiert sind. Entsprechend haben einige der typischen Stolpersteine kommunizierbare Namen erhalten („Das Lotto-Prinzip“; „...“, aber-bei-mir-ist-alles-anders“, „Trägerische Sicherheit“; „...“, ABER Nicht-Ohne/Nur-Mit ...“) auch um deutlich zu machen, dass es sich dabei nicht um individuelle „Fehler“ handelt, sondern um typische, zum Krankheitsbild dazugehörige Stolpersteine (siehe dazu Wilms et al. 2004, Kap. 4.3).

Ein kleines mehr oder weniger fiktives Beispiel

Frau Heinz leidet seit fünf Jahren an einer Angsterkrankung, die sich vor allem im Vermeiden bestimmter Situationen zeigt (Einkaufen, Menschenmengen, Autofahren). Mit Hilfe der Modellvermittlung und Konfrontationsübungen ist sie im Rahmen der Angstbewältigungsgruppe gut in der Lage, Kaufhäuser auch bei Anwesenheit vieler Menschen wieder aufzusuchen. Übungen zum Autofahren (mit Therapeuten oder Mitpatienten) lehnt sie aber strikt ab. Im Rahmen der Kontexterweiterung und aufgrund von Fragen nach Veränderungen, wenn sie wieder Auto fahren könnte, stellt sich heraus, dass Frau Heinz eine pflegebedürftige Mutter hat, die von ihr versorgt wird. Sie könne Wünsche und zahlreiche – auch ihre Belastbarkeit übersteigende – Anforderungen der Mutter nicht ablehnen. Könne sie wieder Auto fahren, fürchtet Frau Heinz, müsse sie ihre Mutter täglich zu Terminen fahren. Aufgrund ihrer „Angst vor dem Autofahren“ erledigen diese Aufgabe derzeit andere Personen.

In der Belastungsmanagementgruppe werden inhaltlich drei Themenschwerpunkte bearbeitet:

- Wahrnehmung von Belastung
- Typische Belastungsthemen und Zuordnung zu Emotionen
- Entlastungsinduzierende und belastungsreduzierende Strategien

Konzeptuell verfolgen wir dabei das Ziel, die Sichtweise des Patienten für den Kontext zu erweitern. Ein hilfreiches Modell, das sowohl der Bedürfnislage der Patienten gerecht wird,

wie auch die Wahrnehmung belastungsbezogener Anliegen möglich macht, folgt der Metapher von Klaus Mücke (2000). Der Körper wird mit einem Staatssystem verglichen – mit einem Mehrparteiensystem und einer Regierung. Obwohl die Regierung in manchen Bereichen kompetent arbeitet, gibt es Gruppierungen, die sich in ihren Bedürfnissen nicht repräsentiert sehen, die sich zusammenschließen und gegen bestehende Prinzipien revolütieren – die so genannte Untergrundbewegung. Mit Hilfe dieses Bildes geht es also nicht nur darum, die Symptome zu bekämpfen und „wegzumachen“, sondern sie als Botschafter der Untergrundbewegung wahr und ernst zu nehmen. In einem ersten Schritt wird erarbeitet, welche Botschaften die Symptome übermitteln wollen.

Beispiel von Frau Heinz: Ich will meine freie Zeit nicht hauptsächlich mit meiner Mutter verbringen.

In einem zweiten Schritt steht im Mittelpunkt, wie in bilateralen Verhandlungen, möglicherweise mit Diplomaten, eine Integration der Bedürfnisse in das Staatsgebilde möglich sein könnte.

Beispiel von Frau Heinz: Nein-Sagen üben, um der Erfüllung der Bedürfnisse der Mutter nicht immer Vorrang zu geben; eigene Bedürfnisse benennen und verwirklichen; erkennen, dass der Kern eine Ärger- und keine Angstreaktion ist.

Darüber hinaus ist es möglich, den Preis zu erarbeiten, also was eine weitere Nichtbeachtung der Botschafter für Konsequenzen haben könnte.

Unter einem verhaltenstheoretischen Bezugsrahmen würden diese Schritte als

- a. Belastungswahrnehmung = Wahrnehmen der Botschafter
- b. Diskriminationstraining = Interpretation der Botschaft und
- c. Emotionsdifferenzierung = Herausfiltern der eigenen Gefühle und der
& Ableitung emotionaler Imperative = daraus abgeleiteten eigenen Handlungsoptionen

benannt werden.

Ziel der Belastungsmanagementgruppe ist es, lebensgeschichtliche Ereignisse oder stressauslösende Veränderungen zu erkennen und chronische Belastungen oder Stressoren zu benennen. Die von den Patienten genannten und bearbeiteten Themen lassen sich in drei große Gruppen teilen, die jeweils eng miteinander verknüpft sind:

1. Ausgewogenheit von Anspannung und Entspannung

Hierbei geht es vorwiegend um die Frage „Was könnte ich statt der Beschäftigung mit meiner Angsterkrankung tun?“. Häufig hören wir, dass viele Patienten Angstattacken in eigentlich entspannten Situationen erleiden (abends auf dem Sofa, im Urlaub etc.). Erst die Frage, womit sie sich in dieser Zeit gedanklich beschäftigen, entlarvt die sog. „Sorgenprofis“.

Die Gruppe bietet einen kreativen Fundus an hilfreichen Strategien und Unternehmungen. Häufig erleben wir, dass das soziale Netzwerk der Patienten klein ist und Freunde und Bekannte kaum oder wenig Verständnis für die Erkrankung aufbringen. Hier kommen besonders die Selbstmanagementanteile der Gruppe zum Tragen, wenn sich Patienten untereinander vernetzen.

2. Konflikte und Kommunikation

Wir erleben häufig, dass Angstpatienten sich mit negativen Befürchtungen, was andere über sie denken könnten – ihrem Defizitchor – beschäftigen. Die Gruppe bietet die Gelegenheit, eigene Befürchtungen zu überprüfen und andere Erfahrungen zu machen. Hohe perfektionistische Ansprüche an sich selbst (150% zu funktionieren) und Zusammenhänge zum „pfeifenden Dampfkessel“ werden erarbeitet. Für konkrete Konfliktsituationen im häuslichen Kontext (z. B. „runtergeschluckter Ärger“) können im Rahmen der Gruppe alternative Verhaltensweisen geplant und trainiert werden.

3. Aktuelle oder zurückliegende lebensgeschichtliche Veränderungen

Hier geht es um die Erweiterung des Kontextes, d. h. um die Einbeziehung aktueller oder zurückliegender Lebensabschnittsaufgaben (Ablösung der Kinder, Beginn eigener Berufstätigkeit, Sorge und Pflege eines Elternteils etc.), wobei besonders die realistische Einschätzung der Veränderungsmöglichkeiten eingeübt wird. Bearbeitet wird, ob eine Veränderung möglich ist und wenn nicht, was derjenige selbst tun kann, damit es ihm etwas weniger schlecht geht. Normen und Familienregeln – oder wie wir dazu sagen die automatischen Tonbänder im Kopf – werden sichtbar gemacht, nach ihrem Sinngehalt überprüft und gegebenenfalls neu besprochen.

Weiteres Ziel der Belastungsmanagementgruppe ist, das eigene Belastungsniveau zu testen, also an eigene Grenzen zu gehen und möglicherweise eine Panikattacke oder einen „Vorfall“ zu provozieren. Die Symptomatik kann so als Indikator für das eigene Stress- bzw. Anspannungsniveau genutzt und als weniger bedrohlich erlebt werden. Insgesamt dient diese Gruppe dazu, einerseits Wissen zu vermitteln, andererseits aber auch erlerntes Wissen zu irritieren und damit neue Perspektiven auf die Einbettung der Funktionalität der Erkrankung in einem größeren Kontext zu eröffnen.

Therapeutenbegleitete Gruppe vs. Selbstmanagement

Wie organisiert „man“ nun aber zwei Gruppen mit z. T. unterschiedlichen Themen so, dass a) sie von Zeit zu Zeit aus Gründen der Gruppenkohäsion zusammenkommen können, b) die typischerweise immer knappen Ressourcen auf Therapeutenseite sinnvoll und nach außen vertretbar eingesetzt werden? Und c) wie ordnen sich dann die Therapeuten diesen beiden Gruppen zu?

Wir haben uns nach Abwägen aller Vor- und Nachteile für ein Modell entschieden, in dem wir beide Gruppen zum gleichen Zeitpunkt stattfinden lassen und in dem das Therapeuten-Team (eine systemische Therapeutin, ein Verhaltenstherapeut und ggf. ein/e Assistenzarzt/-ärztin) in wöchentlichem Wechsel gemeinsam in die Angstbewältigungs- oder alternierend in die Belastungsmanagementgruppe geht und beide Gruppenteile ca. alle 6-8 Wochen gemeinsam zu einer Plenumsveranstaltung zusammengeführt werden. Das Plenum hat für die Patienten den Vorteil, dass die Wechsel zwischen den Schwerpunkten einerseits keine organisatorische Hürde darstellen und andererseits die „neuen“ Gruppenmitglieder bereits bekannt sind.

Die Gruppen sind als offene Gruppe konzipiert, so dass sich die Patienten jeweils an unterschiedlichen Stellen in ihrer Erkrankungsbewältigung befinden. Vorteil dieser Konzeption ist, dass für neu ankommende Gruppenmitglieder von Beginn an eine Prozesssicht möglich ist und dass sich „alte“ Mitglieder als Impulsgeber für Neuankömmlinge erleben können. Die Plenumsitzungen sind so einerseits der „Klebstoff“ für die Gesamtgruppe, andererseits sind sie der zentrale Ort für die Prozessarbeit.

Der „Luxus“ einer von 2-3 Therapeuten betreuten Gruppe stellt dann aus ökonomischer Sicht ein geringeres Problem dar, wenn quasi die doppelte Anzahl von Personen betreut werden kann, und technisch sind damit beste Voraussetzungen gegeben, mit der Methode des Reflektierenden Teams (Andersen 1996) zu arbeiten.

„Komma Aber...“ – werden vielleicht einige Leser an dieser Stelle denken und es damit einer ganzen Reihe unserer Patienten gleich tun – was macht dann jeweils die Gruppe, die sich ohne Therapeuten trifft?

Wir haben dazu über einen längeren Zeitraum hinweg ein Konzept ent- und weiterentwickelt und geben an dieser Stelle gerne weiter, welche Wünsche wir artikulieren bzw. was wir den Patienten als Empfehlungen mitgegeben haben.

Selbstmanagement in der Angstbewältigungsgruppe

Unsere Empfehlung an die Patienten in dieser Teilgruppe ist, sich einerseits gegenseitig ihre Fragen zu Themen wie z. B. „Wie erkläre ich mir die Angstreaktion?“, „Wozu ist Angst gut?“, „Wie und wann genau reagiert mein Körper?“, „Was passiert, wenn ich körperliche Reaktionen beobachte oder Situationen vermeide?“, „Warum reagiere ich gerade in diesen Situationen?“ zu beantworten. In eigenen Worten die vermittelten Inhalte zum Themenkomplex „Energiebereitstellung Angst“ zu wiederholen, und zwar sowohl für sich selbst als auch für andere, soll den Effekt haben, dass die jeweiligen Inhalte schneller und nachhaltiger im Gedächtnis verankert werden. Zur Unterstützung dieser Ziele haben wir für die Patienten eine Checkliste angefertigt, in der wir ihre Fragen systematisch zusammengetragen und mit Lesehinweisen versehen haben. Gleichzeitig wünschen wir uns, dass die

Beantwortung dieser Fragen den Prozess der praktischen Angstbewältigung unterstützt und zu gemeinsamen Expositionsübungen führt.

Andererseits steht auch nach unseren Beobachtungen der Austausch über gefundene Lösungen im Mittelpunkt des Selbstmanagements: Denn sowohl aus verhaltenstherapeutischer als auch aus systemischer Sicht ist es eine Binsenweisheit, dass die „wahre Therapie“ außerhalb der Therapieräume stattfindet. Die Gruppensitzungen sind vielmehr der Ort, an dem über die Erfolge resümiert werden könnte und sollte, was aber auch in unseren Gruppen noch viel zu kurz kommt. Darüber hinaus können Strategien für die Alltagsbewältigung geplant oder optimiert werden. Denn *einmal* über eine bewältigte Situation zu reflektieren ist viel zu wenig, um die Wirkung von *mehreren hundert* Gefahranahmen im Vorfeld nachhaltig zu entkräften. Neben der Planung und Optimierung von Bewältigungsstrategien kommt deshalb der „Erfolgsberichterstattung“ eine große Bedeutung zu, auch um der „Problemtrance“ – oder wie wir manchmal sagen, dem „Ausmessen von Löchern im Käse nach Höhe x Breite x Tiefe“ – entgegenzuwirken.

Das Wissen darum, dass es zwei Teilgruppen für unterschiedliche Themenbereiche gibt, führt auch in der Selbstmanagementgruppe zu einer besseren Fokussierung auf das jetzt anstehende Primärziel. Neben dem genuinen therapeutischen Effekt der „Erfolgsberichterstattung“ für den Berichtenden, können Mitpatienten von den Erfahrungen realer, betroffener „Modelle“ profitieren und eher die „Alltagstauglichkeit“ der vorgeschlagenen Übungen kennen lernen. Das weckt oft nicht nur Hoffnung in einer Situation, in der die Betroffenen sich oft jahrelang schon nicht mehr zu helfen wussten, sondern motiviert auch zur Nachahmung. Wir haben in den therapeutengeleiteten Gruppen häufig die Beobachtung machen können, dass „erfahrenere“ Mitpatienten von sich aus anbieten, einen „Neuling“ bei den ersten Expositionen zu begleiten und mit praktischer Erfahrung zur Seite zu stehen, und gehen davon aus, dass sich diese Kultur auch in den Selbstmanagementgruppen fortsetzt und intensiviert.

Selbstmanagement in der Belastungsmanagementgruppe

In den Selbstmanagementanteilen dieser Teilgruppe werden – so nehmen wir jedenfalls an – die Inhalte aus den vorherigen therapeutengeleiteten und/oder im Selbstmanagement durchgeführten Gruppen wiederholt und intensiviert. Dies ist der Ort, an dem sich die Patienten über ihre sonstigen Alltags- und Lebensthemen miteinander vernetzen und austauschen können, also der Ort, der am ehesten dazu dienen könnte, die Themen hinter dem Angstthema – die *eigentlichen* Themen – sichtbar und bearbeitbar zu machen.

Zusätzlich ermöglicht die Selbstmanagementgruppe den Patienten die Erweiterung des Kontextes. Bei Interesse kann ohne Beisein der Therapeuten genauer zu Hintergründen individueller „Angstthemen“ nachgefragt werden. Eigene Erklärungsmodelle und Bilder

werden ergänzt und bereits erprobte Lösungen werden ausgetauscht. Patienten übernehmen hier oft selbst den Blick für den Prozess. Wir haben immer wieder erlebt, dass die Gruppe nachfragt, wie ein Gruppenmitglied die Situation tatsächlich gemeistert hat, und Veränderungen des Einzelnen vor allem dann würdigt, wenn dieser sich selbst keine Anerkennung für das Geleistete geben kann oder will. Kleine Erfolge werden sichtbar gemacht und entsprechend gefeiert.

Dies sind Faktoren, die unserer Meinung nach das systematische und vor allem regelmäßige Üben unterstützen und damit zu einem erfolgreichen „Arbeitsstil“ beitragen. Darüber hinaus nehmen aber nicht nur die Therapeuten die Rolle der Motivatoren für Veränderung ein; vielmehr übernimmt im Laufe der Therapie jeder einzelne Patient durch sein Erfolge ebenfalls diese Rolle, wodurch der Motivierungsprozess insgesamt optimiert zu werden scheint.

Wir wollen nicht verheimlichen, dass insbesondere in der Umstellungsphase unseres Gruppenkonzepts zunächst ein gerüttelt' Maß an „Widerstand“ seitens der Patienten bestand, sich *vorzustellen*, eine Gruppenstunde ohne Therapeuten durchzuführen. Die Orientierungs- und Strukturierungshilfen, die wir in Form einer „Hilfsmittelkiste“ (s. a. Wilms et al. 2004, Kap. 9) bereitstellen, sowie die Möglichkeit einen besseren – weil persönlicheren – Kontakt zu seinen Mitpatienten auszubauen, haben jedoch bereits nach einer kurzen Gewöhnungsphase dazu geführt, dass die Patienten mit wenigen Ausnahmen die *erfahrungsbezogenen* Vorteile dieses Vorgehens schnell schätzen lernten. Wir selbst haben uns immer wieder Rückmeldungen eingeholt und dabei erfahren, dass auch in Phasen, in denen das regelmäßige, ursprüngliche Modell hätte durchgeführt werden können, die Patienten eine Präferenz für das selbstmanagementorientierte Vorgehen äußerten.

Insgesamt lässt sich auf dem Hintergrund unserer Erfahrung formulieren, dass die Selbstmanagementgruppe nachhaltig die Vernetzung der Gruppenmitglieder ermöglicht, die Übernahme von eigener Verantwortung für den gesamten Prozess stützt und die Erfahrung stärkt, dass jeder selbst ein Experte für die Bewältigung seiner Probleme ist.

Ausblick – Die Sichtweise eines Nutzers

Angststörung, Panikattacken, Depressionen – das war mein und vieler anderer Betroffener Ausgangspunkt eines langwierigen Therapieprozesses.

Nach der üblichen langen Tour über Hausarzt, Notdienst und stationärem Aufenthalt wegen unklarer Symptome gelangte ich nach Ausschluss auch der letzten möglichen organischen Erkrankung zum Psychiater, der wohl wenig Mühe hatte, die „komischen“ Krankheitserscheinungen richtig zu deuten: Angststörungen, Panikattacken, schwere Depressionen. Eine Behandlung mit Antidepressiva führte nicht zum gewünschten Erfolg. Es folgte die

Einweisung in eine psychiatrische Tagesklinik an der Universität Leipzig. Dort begann ein stetiger Erkenntnisprozess über mich selbst und über meine Krankheit. Parallel dazu nahm ich an einer Gruppentherapie „Angstbewältigung“ teil.

Ich verstand damals noch nicht, was es für eine Bedeutung für mich haben sollte, dass die Gruppe von einer Familientherapeutin und einem Verhaltenstherapeuten gleichzeitig angeleitet und geleitet wird. Aber erst dadurch wurde mir das Ausmaß meiner Erkrankung bezüglich der Auswirkung auf meine Familie besonders klar. Sie konnte sich darauf einstellen und mir mehr Hilfe geben als bisher.

Große Skepsis entwickelte ich aber, als ich erfuhr, dass sich die Therapiegruppe „Angstbewältigung“ unter Leitung der beiden Therapeuten nur im Rhythmus von zwei Wochen trifft. Dazwischen kam die Gruppe auch zusammen, aber ohne Therapeuten als so genannte „Selbstmanagementgruppe“. Wie sollte das funktionieren? Wie sollten wir allein Hilfe erlangen können? Durch uns selbst? Ja, durch uns selbst! Es erwies sich als ein wirksames Instrument, unsere bisher gesammelte Erfahrung in einer Therapiegruppe *ohne* Therapeuten zu eigenem Nutzen anzuwenden. Natürlich erhielten wir Hilfestellungen dabei: ein „Merkblatt“ für die Durchführung der Gruppenarbeit und Auswertungen unserer Tätigkeit durch die Therapeuten bei der nächsten Zusammenkunft. Erkenntnisse und Therapieerfahrungen, zu denen sich Patienten unserer Therapiegruppe geäußert haben, sind zum Beispiel: das Wissen um Ursachen und Art der Erkrankung, Techniken zu ihrer Bewältigung, Gefühl der Gemeinsamkeit durch ähnliche Erkrankungsmuster, Solidarität, Mitgefühl, Hilfsangebote und auch ein „Angsthasentelefon“.

Diese Form der Therapie führte bei allen, die sich ernsthaft beteiligten, zu einer erstaunlichen Besserung. Der Maßstab war ein Qualitätssprung in der Lebensqualität.

Nach einer durchschnittlich zweijährigen Therapieteilnahme hatte sich bei allen Patienten eine Stabilität eingestellt, die eine weitere Gruppentherapie in der bisherigen Form überflüssig erscheinen ließ. Aber ganz ohne Hilfe wollte wohl niemand die Gruppe verlassen. So bildete sich aus der Therapiegruppe der Spezialsprechstunde für Angsterkrankungen eine Selbsthilfegruppe für Menschen mit vorwiegend Angst- und Depressionserkrankungen. Diese Gruppe wurde durch die Therapeuten über zwei Monate hinweg begleitet und nach und nach in die Selbstständigkeit entlassen, abgesichert noch durch ein Hilfeangebot seitens der Therapeuten. Dieses Hilfsangebot bei Bedarf wirkte beruhigend auf die Selbsthilfegruppe und führte schließlich zu deren völliger Selbstständigkeit.

Einige der Patienten, die sich nun mehr als Teilnehmer einer Selbsthilfegruppe denn als Patienten fühlten, erinnerten sich ihres zum Teil mehrere Jahre dauernden Weges bis zur fachlichen Hilfe. Wir wollen auch anderen Menschen helfen, schnellstmöglich den Schritt zum Facharzt und zum Psychotherapeuten zu finden. Gemeinsam mit Therapeuten

gründeten wir in Leipzig den Verein „Angst und Depression – wir helfen e.V.“. Eines unserer wichtigsten Ziele ist es, durch Öffentlichkeitsarbeit psychisch kranke Menschen auf uns aufmerksam zu machen, ihnen Mut zu machen, sich helfen zu lassen, sie auf den richtigen Weg zu bringen und das Wissen um psychische Erkrankungen und deren Akzeptanz in der Bevölkerung zu erhöhen.

Kritische Betrachtungen

Auch wenn wir, die Therapeuten, davon überzeugt sind, dass dieses Konzept einer großen Zahl von Patienten adäquate Hilfestellungen bietet, möchten wir an dieser Stelle nicht versäumen, einige selbstkritische Betrachtungen zu äußern und von aufgetretenen Schwierigkeiten zu berichten.

Wir haben uns zu einem **offenen Gruppenmodell** entschieden, d. h. dass Patienten entsprechend ihrem jeweiligen Erkrankungsverlauf in eine der beiden Gruppen einsteigen können. Und wir haben uns für ein **dynamisches Modell** entschieden, d. h. dass die Dauer über den Verbleib in der jeweiligen Gruppe von den Patienten entsprechend ihren formulierten therapeutischen Aufträgen selbst bestimmt werden kann.

In unsere kritischen Überlegungen musste einbezogen werden, dass soziale Kompetenzen zur Integration in einer Gruppe von Neuankömmlingen vorausgesetzt werden, d. h. dass sich Patienten mit sozialen Ängsten hier besonders schwer tun. Zum einen benötigen sie viel Unterstützung und Zeit, um selbst gut in der Gruppe anzukommen, zum anderen neigen sie im Laufe der Behandlung immer wieder dazu, sich beim Ankommen neuer Gruppenmitglieder zu verschließen.

In einem offenen und dynamischen Gruppenkonzept kommt es – um den Bedürfnissen der Neueinsteiger gerecht zu werden – zu inhaltlichen Wiederholungen, wenn neu ankommenden Patienten psychoedukative Elemente zur Angstsymptomatik (z. B. Teufelskreis der Angst etc.) vermittelt werden; was bei länger in der Gruppe anwesenden Patienten zu einer gewissen Sättigung bzw. Langeweile führen kann.

Menschen mit Angsterkrankungen neigen nicht nur in angstbesetzten Situationen, sondern auch im Rahmen zwischenmenschlicher Kontakte und anstehender Veränderungen zu Vermeidung, d. h. eine hilfreiche Sichtweise ist, eine Angsterkrankung als Reformstau (als Lösung anstehende Veränderungen zu verhindern) zu verstehen. Mit der Struktur des offenen, dynamischen Gruppenkonzeptes erleichtern wir diesen Menschen, sich in der Gruppe eher zu „verstecken“ und so eigene Themen zu umgehen. Trotz dieses Nachteils schätzen wir, dass viele Gruppenteilnehmer durch „Zuschauen, ohne sich zu zeigen“ neue Lösungsmodelle kennen lernen. Darüber hinaus tendiert die Gruppe im therapeutischen Prozess häufig dazu, statt für angesprochene Themen Lösungen und damit möglicherweise

Sichtweisenwechsel und Veränderungsschritte zu erarbeiten, neue Aufträge zu formulieren. Nicht selten wird von der Gruppe ein Themenwechsel gefordert, wenn ein persönliches Thema oder ein gruppendynamischer Konflikt beleuchtet werden soll. Geben Therapeuten diesen Forderungen nach neuen Aufträgen nach, ohne „offene“ Themen zu einem Abschluss zu bringen, kann dies zu Unzufriedenheit einzelner Gruppenmitglieder führen. Es erfordert daher eine hohe Aufmerksamkeit der Therapeuten, individuelle wie auch Gruppenprozesse und geäußerte Aufträge der Patienten unter diesem Aspekt zu überprüfen. Unsere Lösung dieses Problems bestand darin, uns trotz schwankender Bedürfnislage der Patienten nicht von einer lösungsorientierten Arbeitsweise zu entfernen und individuelle, klar definierte Fragestellungen im Bedarfsfall im Rahmen von Einzel- oder Paargesprächen zu bearbeiten.

Bedacht werden musste in unserer Konzeption auch, dass wir indirekt aufgrund des offenen Modells zu einer Chronifizierung der Symptomatik beitragen könnten. Wenn die Endlichkeit therapeutischer Unterstützung bzw. dass das Ziel von uns Therapeuten ist, uns überflüssig zu machen, nicht transparent wird oder wenn der individuelle Prozess aufgrund von Gruppenprozessen in den Hintergrund tritt, kann das offene Angebot als Einladung zum jahrelangen Verbleiben in der Gruppe missverstanden werden. Die Gruppe bietet für viele eine wichtige soziale Ressource, und da die Gruppe auch nach Abklingen der akuten Angstsymptomatik weiterhin besteht, sehen viele keine Notwendigkeit darin, für soziale Aktivitäten außerhalb der Gruppe Verantwortung zu übernehmen. Das wöchentliche Treffen von geschätzten und vertrauten Mitmenschen in der Gruppe wird möglicherweise dem Erschließen neuer Kontakte vorgezogen.

Zu berücksichtigen ist auch, dass Patienten aufgrund des unterschiedlichen Standpunktes in der Bewältigung der Erkrankung untereinander enormen Veränderungsdruck erzeugen können.

Wie vertragen sich die Hund und der Katze?

Wir wurden in der Vergangenheit immer wieder mit einem gewissen Maß an Erstaunen angefragt, wie es denn wohl gehen könne, dass Therapeuten mit unterschiedlichen theoretischen Orientierungen nicht nur miteinander arbeiten können, sondern dies auch einigermaßen konstruktiv?

Konzeptuell erschien uns diese Frage nie wirklich Schwierigkeiten zu machen. Einerseits haben wir auf dem Hintergrund unserer gemeinsamen klinischen Tätigkeit festgestellt, dass sowohl die biologisch-medizinische wie die verhaltenstheoretische als auch die systemische Sichtweise grundsätzlich funktional und lösungsorientiert sind. Diese und andere Gemeinsamkeiten – wozu grundsätzlich die Annahme gehört, dass das Schlimmste, was einem Patienten passieren kann, ist, wenn seinen Behandlern Hypothesen und Lösungsideen

ausgehen – haben dazu geführt, dass wir in der Ergänzung unserer Fähigkeiten und Fertigkeiten eine unschätzbare Ressource gefunden haben, die uns in der gemeinsamen Arbeit auch dazu gebracht hat, die Ressourcen des/der jeweiligen Patienten wertschätzend in diesen Ressourcenfundus aufzunehmen. Darüber hinaus haben wir gelernt, dass sich hinter unterschiedlichen Begriffen häufig die gleiche oder eine ähnlich Idee verbirgt, was dazu beigetragen hat, trotz unterschiedlicher Begriffe eine gemeinsame Sprache zu erfinden. Für die dennoch nicht zu verleugnenden erheblichen Unterschiede unserer Sichtweisen bedienen wir uns der Metapher eines Zoom-Objektivs (s. a. Kanfer et al. 1996): Wir alle schauen mit einer ähnlichen funktional-lösungsorientierten Sichtweise, sei es mit dem Teleobjektiv auf den Neurotransmitterhaushalt, mit dem Normalobjektiv auf die Psychologie des Individuums oder mit dem Weitwinkel auf den erweiterten Kontext des Lebensumfeldes einer Person. Und wenn die Sicht durch eine Brennweite sich als nicht hinreichend zielführend erweisen sollte, gibt uns die Brennweitenveränderung andere Sichtweisen und damit neue Ideen frei, so dass wir gemeinsam weniger schnell an unsere Grenzen stoßen, womit von Zeit zu Zeit verhindert werden kann, dass wir aus unserer eigenen Begrenztheit heraus einen Patienten „im Regen stehen lassen“ müssen.

Allein die Frage bleibt: welche Brennweite stellen wir zuerst ein? Hier halten wir es dort, wo verfügbar, mit den Prinzipien einer reflektierten „evidence-based medicine“ (Cooper 2003) sowie dem therapeutischen Ökonomieprinzip „So wenig wie möglich und soviel wie nötig“. Verbunden mit der gegenseitigen Akzeptanz dafür, dass wenn „typische“ Strategien z. B. im Sinne der „evidence-based medicine“ oder im Sinne therapeutischer Schwerpunktindikationen sich als nicht zielführend erweisen, es sinnvoll ist, in jede Richtung den Kontext zu erweitern, ist es uns nachträglich betrachtet offensichtlich und ohne großen Aufwand gelungen, eine gemeinsame, sich gegenseitig wertschätzende Arbeitshaltung zu etablieren.

Und auch inhaltlich erscheint uns die gemeinsame Arbeit mit unterschiedlichen Sichtweisen selten ein Problem. Einerseits haben wir gegenseitig entsprechend unserer Schwerpunkte inhaltliche Felder so abgesteckt, dass diese keinen faulen Kompromiss darstellen, sondern auf der Basis der therapeutischen Fähigkeiten jeweilige Kompetenzen optimal ausschöpfen. Andererseits bedienen wir uns (nicht nur) dort, wo wir alle gemeinsam Unterschiedliches beisteuern können und wollen, der Methode des Reflektierenden Teams (Andersen 1996) und üben uns in diesem Sinne kontinuierlich in wertschätzenden Haltungen.

Literatur

- Andersen, T. [Hg.] (1996). Das reflektierende Team. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Cooper, B. (2003). Evidence-based mental health policy: a critical appraisal. *British Journal of Psychiatry*, 183, pp.105-113.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (1996). Selbstmanagement-Therapie. Berlin: Springer.
- Margraf, J., Schneider, S. (1996). Paniksyndrom und Agoraphobie. In: Margraf, J. [Hg.] *Verhaltenstherapie* (Bd. 2). Berlin: Springer, pp. 1-28.
- Mücke, K. (2000). Wertschätzung als zentrales, dialektisches Wirkprinzip der Systemischen Psychotherapie. *Zeitschrift für systemische Therapie* 18, pp. 224 - 248.
- Wilms, H.-U., Wittmund, B. & Mory C. (2004). Ein bisschen Angst hat schließlich jeder... . Ein Erfahrungsbuch für Betroffene und Angehörige. Dortmund: verlag modernes lernen.
- Wittchen, H.-U. (1997). Wenn Angst krank macht. München: Mosaik Verlag.

H.-Ulrich Wilms
Universität Leipzig
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
Johannisallee 20
04317 Leipzig
wilmu@medizin.uni-leipzig.de

Claudia Mory
Universität Leipzig
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
Johannisallee 20
04317 Leipzig
moryc@medizin.uni-leipzig.de

Volkmar Lützkendorf
Verein „Angst und Depression – wir helfen e.V.“
Max-Lingner-Straße 22
04347 Leipzig
lue0341@aol.com