

**K O S K O N**



Koordination für Selbsthilfe in NRW  

**IM BLICKPUNKT:**

# **ANGST PANIK DEPRESSION**

**Themenwechsel  
in der Gesundheitsselbsthilfe?**

**KOSKON**

Friedhofstraße 39  
41236 Mönchengladbach  
Tel.: 02166 248567  
[www.koskon.de](http://www.koskon.de)

Die Broschüre wurde gefördert vom  
Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen  
und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen

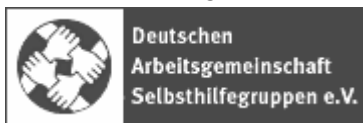
Herausgeber:

© KOSKON NRW

Koordination für Selbsthilfe in NRW

Friedhofstraße 39, 41236 Mönchengladbach

Eine Einrichtung der



Mönchengladbach 2004

Redaktion und Layout:

Anita M. Jakubowski

Angelika Verkaar

Druck und Verarbeitung:

Druckerei C+K GmbH,

Mönchengladbach

## **Eröffnung der Tagung**

Anita M. Jakubowski

## **Grußwort des BKK Landesverbandes NW**

Klaus Zunker

## **Angst, Panik, Depression – Begriffsbestimmung und Möglichkeiten der ambulanten und stationären Therapie**

Dieter Wälte

## **Angst, Panik, Depression – Thema für die Selbsthilfe?**

Ulrich Kettler

## **Die Angst in die Hand nehmen**

Gespräch mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern von Selbsthilfegruppen – Protokoll

Anita M. Jakubowski

## **Angst, Panik, Depression – Themenwechsel in der Gesundheitsselbsthilfe?**

Jürgen Matzat

## **Anhang**

## **Eröffnung der Tagung**

Angst, Panik, Depression – Themenwechsel in der Gesundheitsselfhilfe? Diese Frage haben wir zum Thema der KOSKON Fachtagung 2004 gemacht. Warum?

Selbsthilfegruppen sind eine wichtige Ergänzung zu den Leistungen des gesundheitlichen Versorgungssystems. Für viele, vor allem chronisch kranke Menschen trägt die Begegnung mit anderen Betroffenen und der Austausch von Erfahrungen ganz entscheidend zur Verbesserung der persönlichen Lebensumstände bei. So ist es nicht verwunderlich, dass es inzwischen eine sehr große Anzahl von Selbsthilfegruppen gibt. Allein in Nordrhein-Westfalen arbeiten gemäß einer Hochschätzung ca. 15.000 Selbsthilfegruppen zu etwa 500 unterschiedlichen Themen. Zwei Drittel dieser Gruppen bearbeiten Themen aus dem engeren medizinischen Bereich, vor allem aus dem Bereich der chronisch somatischen Erkrankungen.

In den letzten drei bis vier Jahren beobachten jedoch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Selbsthilfe-Kontaktstellen, den Beratungs- und Unterstützungsstellen für Selbsthilfegruppen und an Selbsthilfe Interessierten, eine enorme Zunahme der Nachfrage zu Selbsthilfegruppen mit psychischer und psychosomatischer Themenstellung. Ein Beispiel: Die WIESE

e.V., die Essener Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen und Interessierte, verzeichnete in ihrer Anfragenstatistik vor fünf Jahren 70 Anfragen zu den Themen Angst und Depressionen. 2003 waren es 466!

Hier deutet sich offensichtlich eine Veränderung des Nachfragespektrums an, die es gilt ernst zu nehmen. Auch vor dem Hintergrund, dass laut Presseberichten psychische und psychosomatische Störungen in den letzten Jahren in Deutschland zugenommen haben. Für Selbsthilfe-Kontaktstellen bedeutet die Veränderung der Nachfrage auch eine Veränderung ihrer Beratungs-, Vermittlungs- und Unterstützungsleistungen.

Erfahrungen haben gezeigt, dass Selbsthilfegruppen zu psychischen und psychosomatischen Störungen nicht ganz so einfach wie z. B. im Bereich somatischer Erkrankungen zustande kommen. Betroffene brauchen mehr Ermutigung, Gruppen lösen sich eher auf, haben mit mehr Fluktuation zu kämpfen, Beratungen müssen oft länger und ausgiebiger sein. Die Vermittlung ist äußerst sensibel und wirft immer wieder Fragen auf:

- suchen Betroffene eine Selbsthilfegruppe oder eine professionelle Therapie,
- gibt es besondere Voraussetzungen für die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe,
- sind die drei Krankheitsbilder zusammen zu fassen oder gibt es gravierende Unterschiede,

- benötigen bestehende Gruppen besondere Unterstützung,
- welche Kriterien muss die Starthilfe für neue Gruppen erfüllen etc.?

Vor diesem Hintergrund haben wir das Thema aufgegriffen und zunächst Begriffe bestimmt und medizinische Behandlungsmethoden vorgestellt. Mit Herrn PD Dr. Dieter Wälte, Dipl. Psych., konnten wir hierfür einen Referenten gewinnen, der aufgrund seiner Tätigkeit an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der RWTH Aachen über eine langjährige Erfahrung verfügt und zudem mit der Selbsthilfe in Aachen vertraut ist. Dr. Ulrich Kettler berichtet über seine Erfahrungen als Psychiatrie-Koordinator im Landkreis Neuwied. Er hat als Vorstandsmitglied der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. eine besondere Beziehung zur Selbsthilfe, die er in seine tägliche Arbeit einbringt. Besonders interessant sind die Berichte aus Selbsthilfegruppen, die in dem von uns protokollierten Rundtischgespräch nachzulesen sind. Hier wird deutlich, welchen Stellenwert Selbsthilfegruppen für die Themen Angst, Panik, Depressionen haben. Jürgen Matzat, Dipl. Psych., langjähriger Mitarbeiter der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen und Leiter der Selbsthilfe-Kontaktstelle in Gießen berichtet abschließend in seinem Beitrag über die Ergebnisse einer Befragung und seine Erfahrungen in der Selbsthilfe-Unterstützung.

Unsere diesjährige KOSKON Fachtagung hat viel Interesse geweckt. Wir hoffen, dass auch diese Dokumentation für Sie, die Sie dabei waren, und für Sie, die Sie nicht teilnehmen konnten, informativ und anregend ist. Gern laden wir Sie zur Lektüre ein.

## **Grußwort des BKK Landesverbandes NW**

Die Selbsthilfebewegung genießt eine hohe öffentliche Wertschätzung, die in Umfragen regelmäßig dadurch bestätigt wird, dass sich über 75 % der Bevölkerung im Falle einer ernsthaften Erkrankung vorstellen kann, eine Selbsthilfegruppe aufzusuchen.

Diese positive Bewertung hat wesentlich mit dazu beigetragen, dass die Selbsthilfe inzwischen für über 3 Mio. Menschen in Deutschland zu einer wichtigen Hilfe zur Bewältigung ihrer Krankheit geworden ist. Dieses Engagement der Betroffenen ist die bereits gelebte – von der Politik so häufig geforderte – Eigenverantwortung. Dieses unverzichtbare Engagement wird der BKK Landesverband NRW im Jahre 2004 auf der Landesebene mit über 475.000 € unterstützen, weil es längst außer Zweifel steht, dass Selbsthilfe Betroffenen und deren Angehörigen nutzt, die Arbeit der Mediziner ergänzt und volkswirtschaftlich sinnvoll ist.

Die Zunahme von psychischen Erkrankungen erfordert es, die Betroffenen über die Krankheitsbilder Angst, Panik und Depressionen zu informieren und zugleich die Wege aufzuzeigen, wie über professionelle Therapien bzw. mit der Unterstützung von Selbsthilfegruppen eine Krankheitsbewältigung erfolgen kann.

Angststörungen und andere psychische Er-



krankungen sind keine Bagatellerkrankungen. Aufgrund ihrer Häufigkeit verursachen sie hohe und andauernde Belastungen für das Gesundheits- und Sozialsystem. Obgleich es inzwischen ein breites Spektrum an Selbsthilfegruppen für psychische Störungen gibt, bedarf es aber nach wie vor der Entwicklung von Strategien zur Förderung der Eigenverantwortung. Es sind häufig Informations- und Kommunikationsdefizite auszugleichen, die insbesondere durch das soziale Stigma, das einer psychischen Störung anhaftet, nahezu zwangsläufig entstehen und die Lebensqualität beeinflussen. Erste Ergebnisse einer Studie, die der BKK-Bundesverband in Zusammenarbeit mit der Justus-Liebig-Universität in Gießen erarbeitet, belegen anschaulich, dass speziell für die Gruppe der psychisch Kranken die Selbsthilfe eine wichtige Rolle spielt. Festgestellt wurde aber auch, dass die oft sehr individuellen Ausprägungen der Erkrankung dazu führen, dass es für viele Betroffene schwierig ist, die für sie richtige Selbsthilfegruppe zu finden.

Ich hoffe daher, dass es Ihnen heute gelingt, nachhaltig über die Krankheitsbilder Angst, Panik und Depressionen zu informieren und die Grenzen und Möglichkeiten herauszustellen, die bei der Erschließung von Selbsthilfeaktivitäten zu beachten sind.

Deshalb wünsche ich Ihnen für den heutigen Tag zukunftsweisende Diskussionen und erfolgreiche Beratungen, damit Sie sich weiter-

hin engagiert für die Interessen der betroffenen Menschen einsetzen können.

Dieter Wälte

## **Angst, Panik, Depression – Teil I: Begriffsbestimmung**

### Anmerkung:

PD Dr. Dieter Wälte hat bei der Tagung zwei Teilbereiche an Hand einer Power Point Präsentation referiert, die sehr viel Bildmaterial enthielt. Leider war es aus finanz- und drucktechnischen Gründen nicht möglich, das gesamte Bildmaterial in die Dokumentation zu übernehmen. Wir haben daher in Abstimmung mit Herrn Dr. Wälte die Power Point Präsentation zur Drucklegung bearbeitet. Originalfolien wurden gekennzeichnet mit ODW (die Redaktion).

## **1. Phänomenologie**

### Angst

Bildmaterial zu

- Realangst
- Angst im Traum
- Angst vor Spinnen
- Angst vor Menschen
- Angst beim Reisen
- Angst vor negativen Ereignissen (Sorgen)
- Angst vor Unordnung
- Angst vor Zwängen
- Angst vor den eigenen körperlichen Reaktionen
- Angst nach traumatischen Ereignissen

## „Angst“ vor Unordnung



Lorient

ODW

---

## Jaspers

„Der Zwangskranke wird verfolgt von Vorstellungen, die ihm nicht nur fremd, sondern unsinnig erscheinen und denen er doch folgen muss, als ob sie wahr seien. Tut er es nicht, so befällt ihn grenzenlose Angst. Der Kranke z.B. muss etwas tun, sonst stirbt eine Person, oder es geschieht ein Unheil. Es ist als ob sein Tun und Denken magisch das Geschehen verhindere und / oder bewirke. Er baut seine Gedanken zu einem System von Bedeutungen, seine Handlungen zu einem System von Zeremonien und Riten aus.

Aber jede Ausführung hinterlässt den Zweifel, ob er es auch richtig, auch vollständig macht. Der Zweifel zwingt ihn, von vorne anzufangen.“ .....

(Jaspers, K: Allgemeine Psychopathologie. 1. Auflage 1912)

## **Angst vor den eigenen körperlichen Reaktionen**

Protokoll eines Patienten

*Donnerstag, 30. September*

*„Ich war im Nachtdienst.*

*Schon als ich zum Dienst fuhr, fühlte ich mich schlecht.*

*Ich hatte das Gefühl, zusammen zu brechen.*

*Während des Dienstes verstärkte sich das Unbehagen.*

*Ich nahm 35 Tropfen Valiquid. Es stellte sich keine*

*Besserung ein. Ich hatte Schweißausbrüche und konnte*

*mich kaum noch auf den Beinen halten.*

*Ich meldete mich krank und suchte gegen*

*00.15 Uhr den Bereit-*

*schaftsarzt auf. Der stellte einen etwas erhöhten Blutdruck und*

*Herzrasen fest.*

*Anderntags suchte ich meinen Hausarzt auf, der mich krankschrieb.“*

### **Dimensionen der Angst**

Physiologische Ebene:

Zittern, Herzrasen, Schwitzen, Übelkeit, (Schwank)schwindel, Luftnot, Brustschmerzen

Verhaltensebene:

Strategien der Vermeidung

Kognitive Ebene:

Gedanken, Befürchtungen, Phantasien

ODW

---

## **Komorbidität bei Angststörungen**

- Innere Komorbidität (50-90%)
- Depression (30-40%)
- Sucht (25-40%)
- Persönlichkeitsstörungen (20-60%)

ODW

---

## **Depression**

### **Symptomatik der Depression**

- Depressive Stimmung oder Verlust an Interesse oder Freude
- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle, Wertlosigkeitsgefühle
- Schlafstörungen, Früherwachen, Morgentief, Tagesschwankungen
- Negative, pessimistische Zukunftsperspektiven
- Verminderter Appetit, Gewichtsverlust
- Psychomotorische Hemmung, Unruhe
- Libidoverlust, sexuelle Interesselosigkeit
- Gedanken über Selbstverletzungen

ODW

---

## **2. Klassifikatorische Diagnostik**

### **Klassifikation nach ICD-10**

#### **Phobische Störung (F40)**

##### Agoraphobie (F40.0)

Die Angst muss in mindestens zwei der folgenden Situationen auftreten:

in Menschenmengen, auf öffentlichen Plätzen, bei Reisen mit weiter Entfernung von Zuhause oder bei Reisen alleine

##### Soziale Phobie (F40.1)

Die Angst muss auf bestimmte soziale Situationen beschränkt sein oder darin überwiegen

##### Spezifische Phobie (F40.2)

Die Angst muss auf die Anwesenheit eines bestimmten phobischen Objektes oder eine spezifische Situation begrenzt sein

#### **Andere Angststörungen (F41)**

##### Panikstörung (F41.0)

Schwere vegetative Angst-Anfälle (Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühle, Schwindel, Entfremdungsgefühl) in Situationen, in denen

1. keine objektive Gefahr besteht
2. keine situative Begrenzung
3. angstfreie Zeiträume

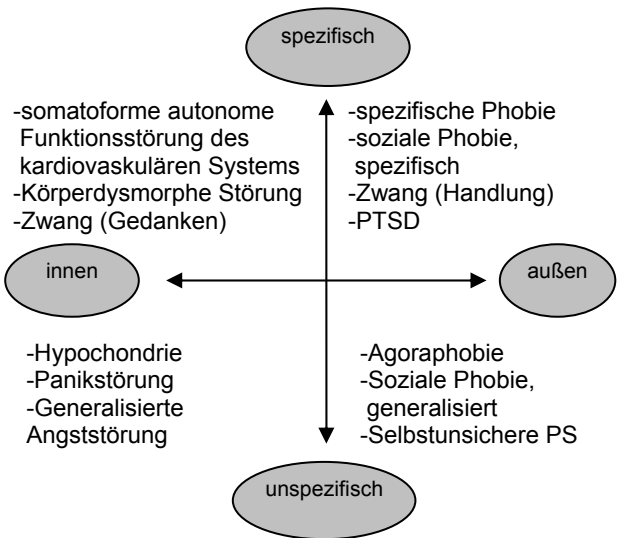
##### generalisierte Angststörung (F41.1)

1. Sorgen, Befürchtungen
2. motorische Unruhe
3. vegetative Übererregbarkeit

ODW

---

## Klassifikation der Angststörungen nach Stimulus



ODW

---

## Posttraumatische Belastungsstörung (DSM-IV)

- A. Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis
- B. Wiedererleben des Ereignisses
- C. Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind
- D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal

ODW

---



## Klassifikation nach ICD-10 (Depression)

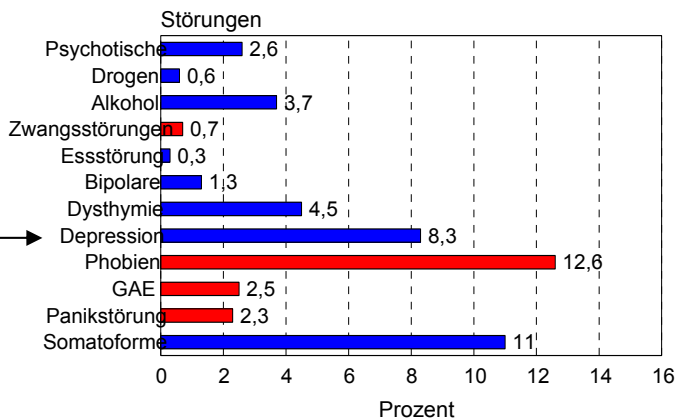
- Depressive Episode (F32)
- Rezidivierende depressive Störungen (F33)
- Anhaltende affektive Störungen (F34)
  - Dysthymia (F34.1)

ODW

---

## Epidemiologie der Angststörungen und Depression

12-Monatsprävalenz nach Diagnose  
Bundesbürger im Alter 18-65 J.  
(Wittchen & Jacobi 2001)



### 3. Ätiologie

#### Ätiologische Faktoren bei Angststörungen

##### Verursachende Bedingungen

- Erhöhte Vulnerabilität (z.B. Gene)
- „biological preparedness“ für bestimmte Angststimuli
- Lern- und Erziehungseinflüsse (z.B. Familie)
- Persönlichkeitsfaktoren

##### Auslösende Bedingungen

- Traumatische Lernerfahrungen
- Überforderung/Stress
- Körperliche Erkrankungen
- Konfliktsituationen
- Drogeneinfluss

##### Aufrechterhaltende Bedingungen

- Vermeidungsverhalten
- Ungünstiger Umgang mit Angstreaktionen (z.B. Erwartungsangst)
- Sekundärer Krankheitsgewinn

(vgl. Angenendt 1999)

## **Ätiologische Faktoren bei Depression**

- Genetische Faktoren
- Neurobiologische Faktoren
  - Verminderung der Neurotransmitter Noradrenalin und Serotonin
- Neuroendokrinologische Faktoren
  - Störung der Regulation der Hypothalamus-Hypophysen-NNR-Schilddrüsen-Achse
- Saisonale Rhythmik (Depressionen häufig im Frühjahr oder Herbst)
- Somatische Erkrankungen / Pharmaka

ODW

---

## Modell zur Entstehung einer Agoraphobie und Panikerkrankung

### 1. Phase:

Schlüsselerlebnis mit vegetativer Entgleisung und Wahrnehmung der vegetativen Dysregulation führt zu Angst und konsekutiver Verstärkung der primären Symptomatik

*("Hilfe, ich sterbe")*

*("Ich glaube, ich werde verrückt")*

### 2. Phase:

erhöhte vegetative Vulnerabilität und verstärkte ängstliche Selbstbeobachtung

*("Irgendwie bin ich so nervös")*

*("Ich muss meinen Körper genau beobachten, sonst passiert was")*

### 3. Phase:

Entwicklung einer Phobophobie ("Angst vor der Angst")

*("Wenn ich nur daran denke, bekomme ich schon Angst")*

### 4. Phase:

Meidungsverhalten

*("Nichts wie weg")*

*("Nur mit einem Beruhigungsmittel komme ich da durch")*

### 5. Phase:




Anpassung wichtiger Lebensbereiche an die


Einschränkungen durch die Phobie

*("Dieses und das kann ich nicht mehr machen")*

## Neurobiologie der Angststörung 2)

→fMRT-Studie, 12 Patientinnen mit Spinnenangst

Prä:  Aktivierung  
-im dorsolateralen präfrontalen Kortex  (explizite Selbstregulation, metakognitive Reflexion)  
-parahippocampaler gyrus  (implizite Aktivierung des Furchtgedächtnis)

Treatment:  Kognitive Verhaltenstherapie:  
-graduierte Exposition (Buch, Film, echte Spinne)  
-Kognitive Umstrukturierung (Korrektur der Fehlanahmen über Spinnen)

Post: keine signifikante Aktivierung mehr (s.o.)

ODW

---

Paquette et al. (2003). Change the mind and you change the brain: ...  
Neuroimage, 18, 401-409

## **Kognitiv-verhaltenstheoretisches Störungskonzept bei Depression**

- Verstärkungstheoretische Hypothese (Lewinsohn 1974, Coyne 1976)
- Kognitionspsychologische Hypothese (Beck 1974, Seligman 1975)

ODW

---

## **Kognitionspsychologischer Ansatz bei Depression**

- Grundlage einer depressiven Entwicklung ist eine kognitive Störung
  - Das Denken Depressiver ist einseitig, willkürlich, selektiv und übertrieben negativ
- Auslöser der kognitiven Störung:
  - Negative Erfahrungen
  - Verluste, Nichtkontrolle
- Verstärkung und Aktivierung der Depression durch belastende Situationen
- Abläufe sind beharrlich und andauernd
- Ziel:
  - kognitive Umstrukturierung ⇨ Veränderungen von Gedanken und Einstellungen

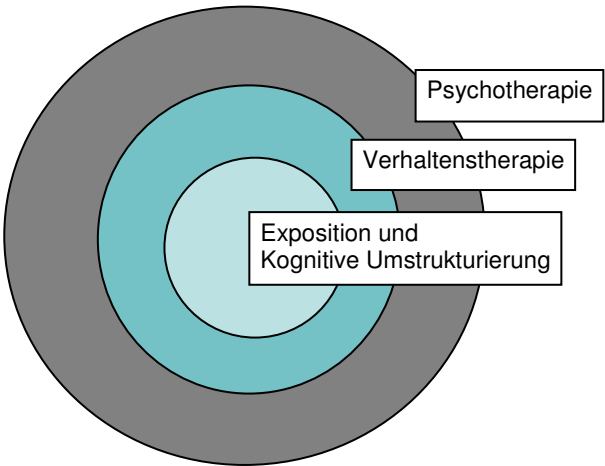
ODW

---

# Angst, Panik und Depression – Teil II: Möglichkeiten der ambulanten und stationären Therapie

## 4. Psychotherapeutische Intervention

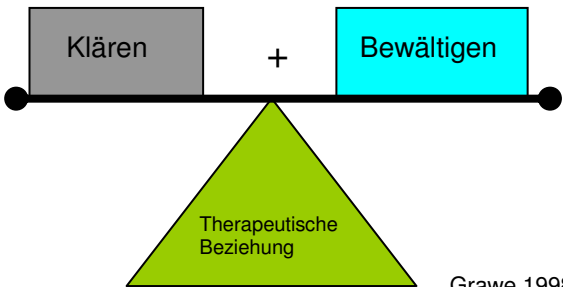
### Psychotherapie



ODW

---

### Die wichtigsten Wirkvariablen



Grawe 1998

ODW

---

## **Systemebenen der Klärung und Bewältigung**

Für die die Klärung und Bewältigung psychischer Störungen sind zwei Systemebenen relevant:

- Intrapsychisch (Arbeit mit Einzelnen)
- Interindividuell (Arbeit im System, insbesondere in der Familie) wegen der besonderen Bedeutung der Bindung

ODW

---



**Psychotherapie**  
**Wirkmechanismen und Systemebene**

Wirkmechanismen	Systemebene	
	Arbeit mit Einzelnen	Arbeit im System (insbesondere Gruppe und Familie)
<b>Klären</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diagnostisches Einzelgespräch</li> <li>-Verhaltensanalyse</li> <li>-Ätiologie, intraindividuell</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diagnostisches Gruppengespräch (z.B. Familiengespräch)</li> <li>-Systemische Diagnostik</li> <li>-Ätiologie, systemisch</li> </ul>
<b>Bewältigen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Verhaltenstherapie</li> <li>-tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</li> <li>-Gesprächspsychotherapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Systemische Intervention</li> </ul>

**Tragfähige professionelle Beziehung**

ODW

## Psychotherapie / Wirkmechanismen und Systemebene

Wirkmechanismen	Systemebene	
	Arbeit mit Einzelnen	Arbeit im System (insbesondere Gruppe und Familie)
<b>Klären</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diagnostisches Einzelgespräch</li> <li>-Verhaltensanalyse</li> <li>-Ätiologie, intraindividuell</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diagnostisches Gruppengespräch (z.B. Familiengespräch)</li> <li>-Systemische Diagnostik</li> <li>-Ätiologie, systemisch</li> </ul>
<b>Bewältigen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Verhaltenstherapie</li> <li>-tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</li> <li>-Gesprächspsychotherapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Systemische Intervention</li> </ul>
<b>Tragfähige professionelle Beziehung</b>		<b>ODW</b>

**Aufgabe:**  
**Klärung psychischer Störungen**

In seinem Arbeitsfeld steht der Psychotherapeut vor der Aufgabe, Störungen der Patienten zu erklären.



Was bietet die Psychotherapie dafür an ?



z.B. Konzepte der Verhaltensanalyse

---

## Psychotherapie / Wirkmechanismen und Systemebene

Wirkmechanismen	Systemebene	
	Arbeit mit Einzelnen	Arbeit im System (insbesondere Gruppe und Familie)
<b>Klären</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diagnostisches Einzelgespräch</li> <li>-Verhaltensanalyse</li> <li>-Ätiologie, intraindividuell</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diagnostisches Gruppengespräch (z.B. Familiengespräch)</li> <li>-Systemische Diagnostik</li> <li>-Ätiologie, systemisch</li> </ul>
<b>Bewältigen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Verhaltenstherapie</li> <li>-tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</li> <li>-Gesprächspsychotherapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Systemische Intervention</li> </ul>
<b>Tragfähige professionelle Beziehung</b>		
ODW		

## **Familiensystem**

Kurt Tucholsky schreibt in seinem Buch "Zwischen gestern und morgen" folgendes zur Familie:

"Die Familie weiß voneinander alles: Wann Karlchen die Masern gehabt hat, wie Inge mit ihrem Schneider zufrieden ist, wann Erna den Elektrotechniker heiraten wird, und daß Jenny nach der letzten Auseinandersetzung nun endgültig mit ihrem Mann zusammen bleiben wird. Derartige Nachrichten pflanzen sich vormittags zwischen 11 und eins durch das wehrlose Telefon fort. Die Familie weiß alles, mißbilligt es aber grundsätzlich. Andere wilde Indianerstämme leben entweder auf den Kriegsfüßen oder rauchen eine Friedenszigarre: Die Familie kann gleichzeitig beides."

---

## **Klärung der Funktionstüchtigkeit von Familien**

Psychotherapie findet oft in Settings statt, in denen die Einschätzung der Funktionsfähigkeit von Familien wichtig ist.



Was bietet die Psychotherapie dafür an ?



z.B. Konzepte der Familiendiagnostik

---

## 5. Kognitive Verhaltenstherapie

### Effektivität der Kognitiven Verhaltenstherapie Metaanalysen

<b>Autoren (Jahr)</b>	<b>Anzahl der Studien</b>	<b>Diagnose</b>	<b>Effektstärke</b>
Gloaguen et al. (1998)	48	Depression	.82
Taylor (1996)	5	Soziale Phobie	.63
Gould et al. (1995)	43	Panikstörung	.68
Gould et al. (1997)	22	GAS	.70
Chambless & Gilles (1993)	6	Agoraphobie + Panik	1.68
Whittal et al. (1999)	17	Bulimie	1.28

Quelle: Lambert & Ogles (2004)

ODW

### Meta-Analyse von Gloaguen et al. (1998) Depression

<b>Effektivität der kognitiven Therapie gegenüber anderen Therapien:</b>	<b>Effektstärke</b>
Kognitive Therapie vs. Placebo	0.82
Kognitive Therapie vs. Antidepressiva	0.38
Kognitive Therapie vs. Verhaltenstherapie	0.05
Kognitive Therapie vs. Andere Therapien	0.24

ODW

## **Bausteine der Kognitiven Verhaltenstherapie bei der Behandlung von Angststörungen**

1. Erklärung der Angst
2. Bewältigung der Angst
  - Entspannungsverfahren
    - physiologische Symptome
  - Expositionsverfahren
    - Vermeidungsverhalten
  - Kognitive Verfahren
    - Gedanken, Befürchtungen

ODW

---

## **Systematische Desensibilisierung** **(Wolpe)**

1. Aufstellen einer oder mehrerer Hierarchien angstauslösender Reize bzw. Situationen
2. Training in progressiver Muskelentspannung nach Jacobson
3. Darbietung der Angstreize in der Vorstellung im entspannten Zustand

### **Aber: Blutphobie:**

- Blutphobiker haben in der Regel Ohnmachtsanfälle erlebt (biphasische autonome Reaktion)
- Therapieschritte: Erkennen erster Ohnmachtsanzeichen, Anwendung der Anspannungstechnik

## **Exposition nach Goethe**

„Dichtung und Wahrheit“, wie er sich erfolgreich selbst therapierte:

Ich erstieg ganz allein den höchsten Gipfel des Münsterturms, und saß in dem so genannten Hals, unter dem Knopf oder der Krone, wie man's nennt, wohl eine Viertelstunde lang, bis ich es wagte, wieder heraus in die freie Luft zu treten, wo man auf einer Platte, die kaum eine Elle ins Gevierte haben wird, ohne sich sonderlich anhalten zu können, stehend das unendliche Land vor sich sieht.... Dergleichen Angst und Qual wiederholte ich so oft, bis der Eindruck mir ganz gleichgültig ward, und ich habe nachher bei Bergreisen und geologischen Studien, bei großen Bauten, wo ich mit den Zimmerleuten um die Wette über die freiliegenden Balken und über die



Gesimse des Gebäudes herließ ... von jenen Vorübungen großen Vorteil gezogen.

### **Exposition nach Freud (1917)**

In der Fachliteratur tauchen konfrontative Methoden ebenfalls schon früh auf. So empfahl Oppenheim bereits 1911 in seinem „Lehrbuch der Nervenkrankheiten“, mit den agoraphobischen Patienten zusammen die gefürchteten Plätze zu überqueren. Auch Freund hat 1917 in „Wege der Psychoanalytischen Therapie“ darauf hingewiesen, dass diese Methode für Phobien nicht ausreicht (Freud 1947, S. 191): „Unsere Technik ist an der Behandlung der Hysterie erwachsen und noch immer auf diese Affektion eingerichtet. Aber schon die Phobien nötigen uns, über unser bisheriges Verhalten hinauszugehen. Man wird kaum einer Phobie Herr, wenn man abwartet, bis sich der Kranke durch die Analyse bewegen lässt, sie aufzugeben. Er bringt dann niemals jenes Material in die Analyse, das zur überzeugenden Lösung der Phobie unentbehrlich ist. Man muss anders vorgehen. Nehmen Sie das Beispiel eines Agoraphoben; es gibt zwei Klassen von solchen, eine leichtere und eine schwerere. Die ersteren haben zwar jedes Mal unter Angst zu leiden, wenn sie allein auf die Straße gehen, aber sie haben darum das Alleingehen noch nicht aufgegeben; die anderen schützen sich vor der Angst, indem sie auf das Alleingehen verzichten. Bei diesen letzteren hat man nur dann Erfolg, wenn man sie durch den Einfluss der Analyse bewegen kann, sich wieder wie Phobiker ersten Grades zu benehmen, also auf die Straße zu gehen und während dieses Versuches mit der Angst zu kämpfen. Man bringt es also zunächst da-

hin, die Phobie so weit zu ermäßigen, und erst wenn dies durch die Forderung des Arztes erreicht ist, wird der Kranke jener Einfälle und Erinnerungen habhaft, welche die Lösung der Phobie ermöglichen.“

### **Exposition (Behandlungsschritte)**

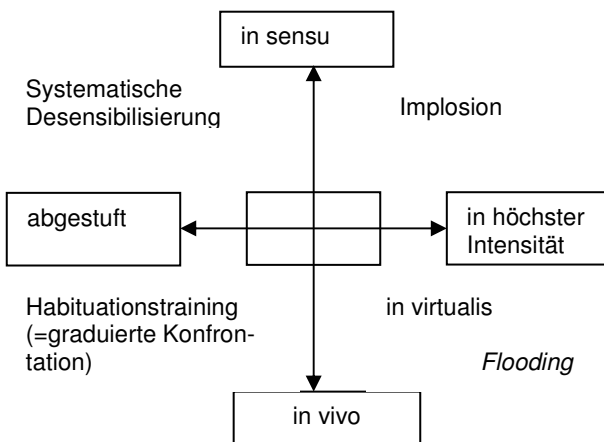
- Intensive (kognitive) Vorbereitung und Aufklärung
- Erlernen eines veränderten Umgangs mit der Angst
- Verbleiben in der Situation trotz unangenehmer Körperempfindungen und Gefühle
- Möglichst Konfrontation in der Realität (ausreichend lange, Abnahme der Angst im Verlauf der Exposition)

Merke: auf Komorbidität achten

ODW

---

### **Methoden der Exposition**



ODW

---

## **Definition „Virtuelle Realität“**

Computersimulationen, die Scheinwelten generieren, die der Benutzer mittels geeigneter technischer Ausrüstung (wie z.B. 3D-Brille, 3D-Helm, Datenhandschuh oder Datenanzug) betreten und mitgestalten kann.

---

## **Kognitive Umstrukturierung**

**durch vorausgehende Aktivität und Neubenennung der Gedanken**

### **Techniken zur Veränderung des Verhaltens**

1. Graduierte Aufgabenstellung im Hinblick auf Erfolge
2. Planung von (erfreulichen) Aktivitäten
3. Bewertung von Aktivitäten danach: Erfolg und Vergnügen

### **Techniken zur Veränderung der Kognitionen und des Verhaltens**

4. Sammeln automatischer Gedanken
5. Auseinandersetzung mit den Gedanken (Zweispaltentechnik)
6. Identifizierung verzerrter Kognitionsmuster
7. Austesten von Kognitionen
8. Entwicklung von Alternativen
9. Umattribution
10. Technik der Entkatastrophisierung
11. Aufbau von Erwartungen

ODW

---

## Definition

### „Kognitive Umstrukturierung“

Der Begriff der kognitiven Umstrukturierung bezeichnet hauptsächlich Techniken und Methoden, die explizit auf die Veränderung der Wahrnehmungs- und Denkprozesse sowie deren Produkte (*Wahrnehmungsstile, Vorstellungen, Einstellungen, Überzeugungen, Schlussfolgerungen, Gedanken, Erwartungen*) gerichtet sind, um Gefühle und Verhalten zu modifizieren.

In einem weiteren Verständnis wird kognitive Umstrukturierung auch als Therapieziel aufgefasst.

➡ Technik und Methode (UV)

➡ Therapieziel (AV)

(Hollon & Beck 1994,  
2004)  
(Margraf 2000)

ODW

---

## Ziele kognitiver Umstrukturierung

- Einsicht in bzw. klares Verständnis für die eigenen Probleme
- Verbesserung der Problemlösefähigkeit
- Veränderung der Wahrnehmung der eigenen Person
- Veränderung der Einstellungen
- Veränderung der Persönlichkeit

→ Veränderung von Emotion, Verhalten und Interaktion

ODW

---

## **Techniken der kognitiven Umstrukturierung**

- Verdeckte Verfahren
- Einsichtorientierte Verfahren
- Übungsorientierte Verfahren
- Nicht primär einsichtorientierte Verfahren
- Verfahren zum Selbstmanagement
- Verfahren zur Selbstreflexion

ODW

---

## Differentielle Indikation der Verhaltenstherapie bei Angststörungen

### Störung nach ICD-10    Behandlungsmethode

Agoraphobie (F40.0)	Exposition an externe Auslöser, Abbau von Vermeidungsverhalten
Soziale Phobie (F40.1)	Selbstsicherheitstraining Rollenspiele, In-vivo-Exposition
Spezifische Phobie (F40.2)	Konfrontation in sensu/vivo
Panikstörung (F41.0)	Exposition an körpereigene Signale; Kognitive Umstrukturierung
Generalisierte Angststörung (F41.1)	„Sorgen-Exposition“ Entspannungsverfahren
Zwangsstörungen (F42)	Konfrontation mit Reaktionsverhinderung, kognitive Techniken bei Gedanken
Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	Stabilisierung + abgestufte Exposition

ODW

---

## **6. Ambulant oder stationär**

### **Wann zum Spezialisten ?**

- Lange Dauer und häufiges Auftreten
- Selbsthilfe reicht nicht aus
- Angstzustände nicht erklärbar
- Überfallartiges Auftreten
- Isolation
- Selbstbehandlungsversuche mit Alkohol und Drogen
- Suizidgedanken

ODW

---

### **Zu welchen Spezialisten kann man gehen?**

- Hausarzt
- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Facharzt für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
- Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie)

ODW

---

**Umfang der Psychotherapie**  
(Leistung der Krankenkasse)

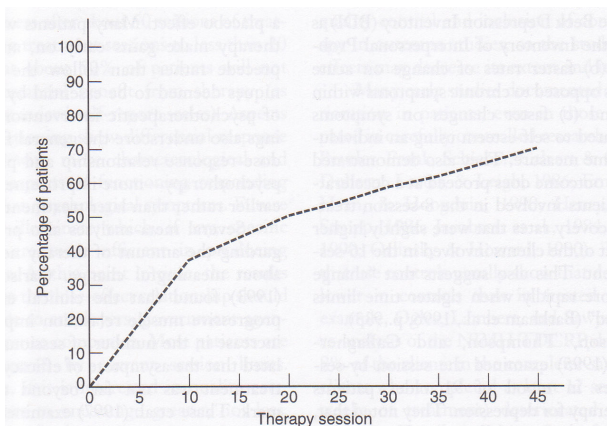
	Proba- torische Sitzungen	Kurzzeit- therapie	Langzeit- therapie -zur Probe -Regelfall -in beson- deren Fäl- len -Höchst- grenze
Verhal- tens- therapie	5	25	15 45 60 80
Analy- tische Psycho- therapie	8	25	25 160 240 300
Tiefenpsy- chologisch fundierte Psycho- therapie	5	25	25 50 80 100

ODW

---



## Dosis-Wirkungs-Beziehung bei Psychotherapie



Quelle: Lambert & Ogles 2004



50% der Patienten verbessern sich bereits nach ca. 20 Sitzungen

ODW

---

### Indikation für eine stationäre Therapie (1)

#### Diagnose

- Gesicherte Diagnose einer Angststörung oder Depression.
- Ausgeprägte Komorbidität bzw. Multimorbidität.
- Bedarf
- Krankheit des Patienten erfordert eine Behandlung mit hoher Intensität und Dichte.

- Patient braucht täglich mehrere therapeutische Interventionen.
- Patient ist nicht mehr in der Lage, seinen Alltag zu organisieren (Schonraum Klinik).
- Intensive Therapie und rechtzeitige soziale/berufliche Weichenstellung bei jungen Patienten.
- Motivation
- Patient ist motiviert, an dem Angebot der Station zu partizipieren.
- Patient sieht die Beteiligung psychischer Faktoren an dem Ausbruch und Verlauf der Krankheit.
- Patient äußert den Wunsch, aufgenommen zu werden.
- Patient willigt in den Stationskontrakt ein.

ODW

---

## **Indikation für eine stationäre Therapie (2)**

### *Grenzen ambulanter Psychotherapie*

- Schwere psychische und psychosomatische Störung, die ambulant nicht behandelt werden kann.
- Nicht ausreichende Introspektionsfähigkeit und Behandlungsmotivation für eine ambulante Psychotherapie.
- Zu große körperliche Risiken unter der ambulanten Behandlung.
- Keine ambulante Psychotherapie verfügbar.

### *Settingbedingungen der Station*

- Simultane Diagnostik und Therapie bei unterschiedlichen Therapeuten.
- Kombiniertes polymethodisches Einsatz verschiedener Verfahren (z.B. Gruppentherapie, Einzeltherapie, tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch, Entspannungs- und Gestaltungsverfahren, Ergotherapie, Musiktherapie).
- Patient braucht therapeutische Gemeinschaft.

ODW

---

## **Angst, Panik, Depression – Thema für die Selbsthilfe?**

### **1. Einleitung**

Als ich Anfang November des Jahres das gedruckte Programm unserer heutigen Tagung per Post erhielt und noch einmal den Titel meines heutigen Vortrages: „Angst, Panik, Depression: Thema für die Selbsthilfe?“ las, musste ich, ehrlich gesagt, ein wenig Schmunzeln. Und dieses Schmunzeln möchte ich erläutern:

Als ich vor gut sieben Jahren meine Stelle als Psychiatriekoordinator im Landkreis Neuwied, nördliches Rheinland-Pfalz, begann, gab es auf den verschiedensten Ebenen Vorbehalte gegenüber der Beteiligung von Betroffenen bei der Umsetzung der gemeindenahen Psychiatrie. Zwar sieht das rheinland-pfälzische PsychKG aus dem Jahre 1995 im § 6 ausdrücklich den Vorrang von Aktivitäten und Projekten der Betroffenen und deren Angehörigen vor. Doch zwischen dem geschriebenen Gesetzestext und der konkreten Umsetzung vor Ort liegt bekanntlich oftmals ein weiter Weg.

Der Landkreis Neuwied hat die Umsetzung der gemeindenahen Psychiatrie sehr ernst genommen. Ein kommunaler Psychiatrie-Beirat wurde bereits 1997 berufen. Ein Kolle-

ge aus der Verwaltung sagte mir damals: „Die Einrichtung des Psychiatrie-Beirates mag ja sinnvoll sein, aber ist es notwendig, dass Betroffene, Angehörige und Selbsthilfegruppen beteiligt werden?“

Dahinter steht letztendlich die Frage, ob psychisch kranke Menschen überhaupt in der Lage sind, sich selbst zu organisieren und ihre gemeinsamen Interessen und Anliegen in Selbsthilfegruppen zu besprechen und zu formulieren. Und bei den psychiatrischen Angehörigen-Selbsthilfegruppen kommt das alte Vorurteil hinzu, dass die Angehörigen letztendlich (Mit)Schuld an der psychischen Erkrankung tragen.

Sicherlich gibt es, dies zeigt mir meine siebenjährige berufliche Erfahrung in diesem Arbeitsfeld, eine Abstufung innerhalb der psychischen Erkrankungen:

Angsterkrankungen und Depressionen zählen zu den weniger tabuisierten psychischen Krankheiten, während beispielsweise Zwangserkrankungen, Neurosen oder Psychosen zu den Erkrankungen gehören, mit denen nach wie vor niemand gerne „zu tun hat“. Doch mittlerweile gilt, dass selbst bei stark stigmatisierten psychischen Erkrankungen wie beispielsweise Borderline-Erkrankung die Selbsthilfe zu einem Thema geworden ist (Knuf/ Tilly 2004).

## **2. Kommunale-regionale Unterstützungsmöglichkeit**

Die Frage, wie die Arbeit und Aktivitäten von Selbsthilfegruppen im Bereich psychiatrischer Erkrankungen unterstützt werden können, hängt sicherlich in erster Linie von den regionalen Gegebenheiten und Strukturen ab. Einflussfaktoren sind die Entwicklung gemeinde- und wohnortnaher psychiatrischer Hilfen und Angebote sowie die Etablierung von Selbsthilfe unterstützenden Strukturen. Konkret geht es also darum, ob in den Kommunen Aktivitäten der Psychiatriekoordination und der Selbsthilfeunterstützung, beispielsweise durch Selbsthilfe-Kontaktstellen, vorhanden sind.

Viele Selbsthilfe-Beraterinnen und Selbsthilfe-Berater aus Selbsthilfe-Kontaktstellen berichten, dass die Zahl der Anfragen und Anforderungen von Menschen mit psychiatrischen Anliegen, Problemen und Erkrankungen in den vergangenen Jahren angestiegen sind. Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. hat die Frage des Umgangs mit diesen Menschen im Rahmen von Arbeitsgruppen bei den letzten Jahrestagungen (in Gießen, Schwerin und Trier) intensiv diskutiert. Dabei wurde unter anderem deutlich, dass die Bindung psychiatrischer Selbsthilfegruppen an die Selbsthilfe-Kontaktstellen oftmals stärker ist, dass diese Gruppen häufiger Kontakt zur Kontaktstelle als andere gesundheitliche Selbsthilfegruppen haben und dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der

Selbsthilfe-Kontaktstellen abwägen müssen, welche Arbeitskapazitäten sie für diesen Aufgabenbereich zur Verfügung stellen können und wollen. Diese Erfahrungen werden auch von der Kontaktstellen-Befragung bestätigt, die Jürgen Matzat am heutigen Nachmittag vorstellen wird (vgl. auch Matzat 2004, S. 153 ff).

Darüber hinaus wurde deutlich, dass Angehörigen-Selbsthilfegruppen spezifische Anforderungen haben und es gilt, insbesondere die Anliegen und Erwartungen von Angehörigen-Selbsthilfegruppen zu unterstützen und zu fördern.

Ein Weg, den wir in Neuwied beschritten haben, war die Etablierung eines niederschweligen Veranstaltungsangebotes unter dem Titel „IRRwege verstehen“. In Kooperation mit der Volkshochschule Neuwied sowie dem mittlerweile gegründeten Förderverein gemeindenahe Psychiatrie im Kreis Neuwied und Umgebung e.V. werden seit über fünf Jahren zu unterschiedlichen psychiatrischen Krankheitsbildern wie eben Angst und Depressionen Informationsveranstaltungen durchgeführt. Die Erfahrungen haben wir im Selbsthilfegruppen-Jahrbuch 2003 dokumentiert (vgl. DAG SHG e.V. 2003). Sie zeigen, dass durch diese Form von Veranstaltung, die der Idee des Dialogs, also dem gleichberechtigten Gespräch zwischen Betroffenen, Angehörigen, Fachleuten und Interessierten folgen, Zugangswege zur Selbsthilfe ermöglicht werden. Die Information

darüber, welche Selbsthilfegruppen aktiv sind, die Vorstellung von Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern sowie die Verteilung von Informationsmaterialien sind fester Bestandteil dieser Veranstaltungen. Und natürlich auch, nach Möglichkeit in enger Kooperation mit der Selbsthilfe-Kontaktstelle, die Anregung zur Gründung neuer Selbsthilfegruppen.

### 3. Epidemiologie

Einen Überblick über die Bandbreite psychiatrischer Störungen und Krankheitsbilder finden wir in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, die von der Weltgesundheitsorganisation als ICD 10, Kapitel V herausgegeben wird (vgl. WHO 1993) (vgl. Abb.).

<b>Abbildung: Psychiatrische Störungen und Erkrankungen</b>		
<b>Erkrankung</b>	<b>Beispiele</b>	<b>ICD-10</b>
Organische psychische Störungen	Demenzen, sonstige psychische Störungen aufgrund einer Funktionsstörung des Gehirns oder körperlicher Krankheiten	F 0
Psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Störungen durch stoffgebundene Abhängigkeiten	F 1
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	Schizophrenie, anhaltende wahnhaftige Störungen, akute vorübergehende psychotische Störungen	F 2



Affektive Störungen	Veränderung der Stimmung im Sinne von Depression, Manie oder bipolaren affektiven Störungen	F 3
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	Phobien, Angststörungen, Zwangsstörungen, Anpassungsstörungen wie z. B posttraumatische Belastungsstörungen, somatoforme Störungen	F 4
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen	Ess-Störungen, nichtorganische Schlafstörungen, nichtorganische sexuelle Funktionsstörungen	F 5
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Persönlichkeitsstörungen, abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle, Störungen der Sexualpräferenz	F 6
Intelligenzminderung	Leichte bis schwerste Intelligenzminderungen	F 7
Entwicklungsstörungen	des Sprechens, der Sprache, der motorischen Funktionen	F 8
Verhaltens und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit / Jugend	Hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, Tic-Störungen	F 9
Quelle: WHO, Weltgesundheitsorganisation: ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 2. korr. Aufl., Bern 1993.		

Danach zählen die Depressionen zu den „affektiven Störungen“, während Angststörungen und Panikattacken in den Bereich „Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen“ gehören.

Sicherlich sind Aussagen darüber, wie groß der jeweils erkrankte Personenkreis ist, mit

aller Vorsicht zu betrachten. Bei den Depressionen wird derzeit nach wissenschaftlichen Studien von etwa 4 Mio. Betroffenen in der Bundesrepublik Deutschland ausgegangen, dies entspricht grob 5 % der Bevölkerung. Nach der von Herrn PD Dr. Dieter Wälte zuvor vorgestellten Studie sind es sogar über 8 %. Das wären rund 6,5 Millionen Erkrankte in Deutschland. Bekannt ist auch, dass die Depressionen zur häufigsten psychiatrischen Erkrankung im Kinder- und Jugendalter zählen. Und es ist bekannt, dass die Depressionen nach den Demenzen die zweithäufigste psychiatrische Alterserkrankung darstellen, die signifikant mit zunehmendem Alter ansteigen. Kenntnisse haben wir auch darüber, dass die so genannten endogenen Depressionen in den vergangenen Jahren nicht zugenommen haben, wohl aber die Zahl der Menschen mit depressiven Anpassungsstörungen. Auch für die Angststörungen gilt, dass sie in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten zugenommen haben. Nach Schätzungen und Hochrechnungen soll sich inzwischen die Zahl der an einer Angststörung erkrankten Bürgerinnen und Bürger den Schätzungen depressiv erkrankter Menschen annähern (vgl. Faust 2002).

Sie merken vielleicht meine Vorsicht. Was ich sagen möchte ist, dass an den psychiatrischen Störungen und Erkrankungen, mit denen wir uns heute befassen, viele Menschen erkrankt sind, mehr als allgemein angenom-

men. Sicherlich ist es schwierig, ausgehend von diesen Zahlen und Schätzungen Rückschlüsse auf den Organisationsgrad in bzw. das Potential für Selbsthilfegruppen zu schließen. Bekannt ist allerdings für alle psychiatrischen Erkrankungen, dass in der Regel bis zur Inanspruchnahme von Hilfeleistungen – trotz vorhandener Angebote – häufig viele Jahre vergehen. Bekannt ist ferner, dass es mit Sicherheit einen Grad der Tabuisierung von psychiatrischen Erkrankungen gibt. Meine eigenen Erfahrungen als Psychiatriekoordinator zeigen mir, dass Depressionen, nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass so genannte Herbst- und Winterdepressionen allgemein verbreitet sind, zu den weniger tabuisierten psychiatrischen Erkrankungen zählen. Indikator hierfür ist beispielsweise, dass die Teilnahme an Informationsveranstaltungen zum Thema Depressionen deutlich höher liegt als die Teilnahme an Veranstaltungen über stärker stigmatisierte Erkrankungen.

Interessant ist es für die kommunale Arbeit, die Zahl der betroffenen erkrankten Personen einmal auf die Einwohnerzahlen im Zuständigkeitsbereich bzw. in der Region umzurechnen. Für den Landkreis Neuwied bedeutet dies beispielsweise, dass wir bei gut 180.000 Einwohnern davon ausgehen können, dass etwa 9.000 Personen an einer Depression erkrankt sind (nach der von Herr PD Dr. Wälte vorgestellten Studie wären es sogar rund 15.000 Bürgerinnen und Bürger). Dies bedeu-

tet sehr wohl, dass von einem Bedarf von Betroffenen- und Angehörigen-Selbsthilfegruppen ausgegangen werden muss. Allerdings, und hierauf weist auch das Internet Kompetenznetz Depressionen hin, liegt es in der Natur der Krankheit, dass Patienten und Patientinnen in den Phasen einer schweren Depression kaum motiviert werden können, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen (vgl. Kompetenznetz Depression). Dies bedeutet, dass Selbsthilfegruppen zum Thema Depressionen vorrangig für Menschen geeignet sind, die sich in einer Früh- oder Endphase einer Depression bzw. bei wiederkehrenden Depressionen sich in einer beschwerdefreien Phase befinden.

#### **4. Besondere Ansprüche psychiatrischer Selbsthilfegruppen**

Wenn sich die Selbsthilfeunterstützung mit psychiatrischen Themen befasst, so muss man sich nach meiner Auffassung über drei Punkte im Klaren sein:

- Der Grundsatz der Gleichheit:  
Alle Bemühungen zu einer Verbesserung der psychiatrischen Versorgung laufen darauf hinaus, dass psychisch kranke Menschen mit somatisch kranken Menschen gleichgestellt werden. Dies bedeutet konkret, dass das Ziel ist, auch in der Selbsthilfegruppenunterstützung eine Gleichbehandlung psychisch kranker Menschen und psychiatrisch tätiger Selbst-

hilfegruppen zu erwirken.

- Die Frage der Selbsthilfefähigkeit bei psychiatrischen Erkrankungen:

Hier zeigen die Erfahrungen und Diskussionen, dass die Zusammenarbeit mit und die Unterstützung von psychiatrischen Selbsthilfegruppen eines erhöhten Arbeitseinsatzes bedürfen. Daneben gilt nach meiner Auffassung der Grundsatz, dass die komplette psychiatrische Erkrankung keinen Indikator dafür darstellt, ob Selbsthilfe ein geeigneter und hilfreicher Weg ist. Es sind vielmehr individuelle Faktoren der Erkrankten (Persönlichkeit, soziale Faktoren etc.) sowie die Ausprägung der Erkrankung im Einzelfall, die für die Frage der Selbsthilfefähigkeit entscheidend sind.

- Die Bindung zwischen Selbsthilfe-Kontaktstelle und psychiatrischen Selbsthilfegruppen ist oftmals enger:

Man muss sich darüber bewusst sein, dass erhöhte Kommunikation und ein enger Erfahrungsaustausch zwischen Selbsthilfe-Kontaktstellen und psychiatrischen Selbsthilfegruppen notwendig ist. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Frage, inwieweit neue Personen an die Gruppen vermittelt werden können und inwieweit die Gruppen in der Lage sind, neue Gruppenmitglieder aufzunehmen. Dass diese engere Bindung besteht, hat ja auch die Selbsthilfe-Kontaktstellen-Befragung ergeben, deren Er-

gebnisse Jürgen Matzart am heutigen Nachmittag vorstellen wird.

Psychiatrie und auch psychiatrische Selbsthilfe ist ein Feld, in dem bisweilen sehr emotional miteinander umgegangen wird:

Darauf sollten sich Selbsthilfeunterstützerinnen und –unterstützer einstellen, wenn sie sich für dieses Aufgabengebiet entscheiden.

## **5. Fazit**

Damit möchte ich zur Ausgangsfrage meines Beitrages: Angst, Panik, Depressionen – Themen für die Selbsthilfe? zurückkommen. Ich hoffe, dass in meinen Ausführungen deutlich geworden ist, dass ich diese Frage klar mit ja beantworten kann. Psychiatrische Erkrankungen wie beispielsweise Angsterkrankungen und Depressionen sind und müssen ein Thema für die Selbsthilfe und die Selbsthilfeunterstützung sein. Hier gilt es, in enger Kooperation mit anderen Beteiligten vor Ort geeignete Unterstützungsformen zu entwickeln.

Unterstreichen möchte ich in meiner Rolle als Vorstandsmitglied der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V., dass sich die DAG SHG in den vergangenen Jahren intensiv mit dieser Themenstellung beschäftigt hat und auch zukünftig beschäftigen wird.

Ermutigend sind hier auch die Aussagen von Professor Freyberger anlässlich des 25-jährigen Bestehens der KISS Hamburg. Dort sagte er: „Folgendes lässt sich feststellen:

- In der Mehrzahl psychiatrischer Kliniken in Deutschland gehören Angehörigengespräche, Angehörigengruppen und die Zusammenarbeit mit Selbsthilfeinitiativen zur normalen klinischen Realität.
- Menschen mit psychischen Störungen, die ein aktives Krankheitsbewältigungsverhalten zeigen und sich z.B. in Selbsthilfegruppen engagieren, beeinflussen ihre Prognose durchgreifend positiv.“ (Trojan/ Estorff-Klee 2004)

Insofern, um mit einer Prognose zu enden, bin ich zuversichtlich, dass die Bedeutung psychiatrischer Selbsthilfegruppen in den kommenden Jahren weiter ansteigen wird.

## **Literatur**

*Kettler, U., Meinhardt-Bocklet, H.:* Die Neuwieder Veranstaltungsreihe „IRRwege verstehen“. In: DAG SHG e.V. (Hg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2003. Gießen, S. 94-99

*Faust, V.:* Psychische Störungen heute. Angststörungen. Ergänzungslieferung 12, Landsberg/ Lech, 2002, S. 3.

*Kompetenznetz Depression:*  
[www.kompetenznetz-depression.de](http://www.kompetenznetz-depression.de)

*Knuf, A., Tilly, Ch.:* Borderline: Das Selbsthilfebuch. Bonn, 2004

*Matzat, J.:* Selbsthilfegruppen für psychisch Kranke – Ergebnisse einer Umfrage bei

Selbsthilfe-Kontaktstellen. In: selbsthilfegruppenjahrbuch 2004. DAG SHG (Hg.). Gießen, S. 153-160.

*Trojan, A., Estorff-Klee, A. (Hg.): 25 Jahre Selbsthilfeunterstützung. Unterstützungserfahrungen und –bedarf am Beispiel Hamburgs. Münster, 2004, S. 14 f.*

*WHO Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD – 10 Kapitel V (F). 2. korrigierte Auflage. Bern, 1993*



Anita M. Jakubowski

## **Die Angst in die Hand nehmen**

Gespräch mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern von Selbsthilfegruppen – Protokoll

Am Gespräch nahmen Vertreter und Vertreterinnen aus folgenden Selbsthilfegruppen teil:  
Selbsthilfegruppe für Menschen mit Depressionen, Dortmund

Selbsthilfegruppe für Frauen mit Depressionen, Essen

Selbsthilfegruppe für Angst- und Panikerkrankungen, Kamp-Lintfort

Deutsche Angststörungshilfe DASH, Neuss

*Moderation:* Wie kamen Sie dazu, sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen?

*Selbsthilfegruppe für Frauen mit Depressionen:* Nach der Entlassung aus der Klinik hatte ich das Gefühl, es fehlt noch etwas. Ich wollte mit anderen Betroffenen sprechen, Erfahrungen austauschen. So kam ich auf die Idee, eine Selbsthilfegruppe zu gründen. Hier trafen sich zunächst Männer und Frauen, die Leitung übernahm ein Mann. Später kamen zu der Gruppe nur noch Frauen und ich übernahm die Leitung. Ich habe in der Gruppe gelernt, mich zu öffnen und mit anderen Menschen umzugehen.

*Deutsche Angststörungshilfe:* Nach einer tiefenpsychologischen Therapie fühlte ich mich alleingelassen. In einer Zeitungsannonce

suchten Menschen mit ähnlichen Erfahrungen andere Betroffene. Ich meldete mich. Es war sehr wichtig für mich zu erfahren, dass es anderen auch so ging wie mir. Nach einiger Zeit löste sich die Gruppe allerdings auf. Mit Hilfe der Deutschen Angst Selbsthilfe gründete ich eine neue Gruppe, die aber inzwischen wegen mangelnder Nachfrage auch wieder aufgelöst ist. Zurzeit mache ich Telefondienst und Online-Beratung für die Deutsche Angst Selbsthilfe.

*Selbsthilfegruppe für Angst- und Panikerkrankungen:* Ich leide seit 24 Jahren an dieser Krankheit. 1996 wurde in einer Fernsehsendung eine Frau vorgestellt, die eine Gruppe gegründet hat. Das machte mir Mut und ich gründete auch eine Gruppe. Wir sind zurzeit 25 Mitglieder. Über die Selbsthilfe-Kontaktstelle ist unsere Gruppe so bekannt geworden, dass wir nun aufgrund der Nachfrage eine zweite Gruppe gründen wollen. Viele Gruppenmitglieder kommen von weit her.

*Selbsthilfegruppe für Menschen mit Depressionen:* Ich bin sowohl von Depressionen als auch von einer somatischen Krankheit betroffen. Nach der medizinischen Behandlung war die somatische Krankheit schnell geheilt, anders die Depression. In einer Selbsthilfegruppe traf ich Menschen die sagten „Mir geht es gut“. Ich habe gefragt, was sie gemacht haben und versucht, es nachzumachen. Wir haben jetzt in Dortmund eine Anlaufstelle eingerich-

tet, in der sich sonntags Betroffene treffen können.

*Moderation:* Was hat sich durch die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe in Ihrem persönlichen Leben geändert?

*Selbsthilfegruppe für Frauen mit Depressionen:* Ich habe es geschafft, meinen Alltag zu strukturieren. Ich wurde mit meiner Krankheit ernst genommen. In der Gruppe habe ich wieder Pünktlichkeit und Kontinuität gelernt. Ich habe Kontakt bekommen zu jüngeren und älteren Menschen, den ich vorher nicht hatte. Wichtig war auch der Austausch von Informationen z.B. über medizinische Behandlungsmethoden.

*Deutsche Angststörungshilfe:* Für mich war das Wichtigste das Verständnis. Ich konnte kleine Erfolge, z.B. „ich war heute einkaufen“, die für andere normal sind, vortragen und wurde verstanden. Wichtig war auch der Austausch von Informationen, z.B. über Therapeuten.

*Selbsthilfegruppe für Angst- und Panikerkrankungen:* Es ist ein ganz langer Weg, die Krankheit für sich selbst anzunehmen. In der Gruppe haben wir Situationen besprochen, die uns Angst machen. Z.B. bin ich 20 Jahre nicht mehr mit dem Bus gefahren. Die Gruppe hat Tipps gegeben, wie diese Situationen zu überwinden sind und bei Erfolg Belohnungen ausgesprochen.

*Selbsthilfegruppe für Menschen mit Depressionen:* Schwerpunkt unserer Gruppe ist zurzeit, das Selbstbewusstsein zu trainieren. So habe auch ich mein Verhalten im Alltag geändert. Früher habe ich z.B. die Einkaufsstraße gemieden. Seit mein Selbstbewusstsein gewachsen ist, tue ich das nicht mehr.

*Moderation:* Gibt es in Ihrer Gruppe Regeln?

*Selbsthilfegruppe für Angst- und Panikerkrankungen:* Die Gruppe braucht das. Unerlässlich ist die Pünktlichkeit und die Abmeldung, wenn jemand nicht kommt. In der Gruppe werden oft sehr intime Themen besprochen. Wir lassen uns daher die Schweigepflicht unterschreiben. Der Gruppenabend hat mit Begrüßung, Verabschiedung und Blitzlicht immer dieselbe Struktur. Allerdings dauert die Blitzlichtrunde manchmal den ganzen Abend. Wir diskutieren nicht über Medikamente und Ärzte und Ärztinnen. Neue dürfen ein- bis zweimal teilnehmen, müssen sich dann aber entscheiden, ob sie in der Gruppe bleiben. Alle haben eine Telefonliste, um sich bei Bedarf gegenseitig anzurufen. Es gibt auch Hilfsangebote. Wenn jemand z.B. gerade nicht allein sein kann, kommt ein anderes Mitglied zum schlafen.

*Selbsthilfegruppe für Frauen mit Depressionen:* Bei uns gibt es die Verpflichtung, zwei Jahre mitzuarbeiten. Die einzigen Entschuldigungen für eine Abmeldung sind Krankheit und Urlaub, und, wie ich manchmal scherzhaft

sage, die „eigene Beerdigung“. Bedingung für die Aufnahme in die Gruppe ist ein vorausgegangener Klinikaufenthalt oder eine Therapie. Nach der Blitzlichtrunde einigen wir uns auf ein Thema. Die Moderation wechselt. Bei uns wird auch viel gelacht.

*Selbsthilfegruppe für Angst- und Panikerkrankungen:* Wir nehmen nicht grundsätzlich alle Interessierten auf. Z.B. hat sich an uns einmal eine Trauerpatientin gewandt, der wir nicht helfen konnten. Wir haben ihr empfohlen, zu einem Arzt zu gehen.

*Deutsche Angststörungshilfe:* In unserer Gruppe waren Betroffene mit verschiedenen Ängsten. Es war schwierig, Vertrauen zu schaffen. Manche waren keine Angstpatienten, sondern hatten sich selbst als solche ernannt und besuchten die Gruppe, weil sie einsam waren. Wenn ich wieder eine Gruppe gründen würde, würde ich genauer prüfen, ob Neue auch zu der Gruppe passen.

*Selbsthilfegruppe für Menschen mit Depressionen:* Wir versuchen, jeden aufzunehmen. Jeder der klopft, wird eingelassen. Es gibt konstruktive und destruktive Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Falls jemand stört, versuchen wir das eine Weile zu tolerieren. Sprechen dann aber mit den Menschen. Bisher haben wir solche Fälle ohne Hilfe von außen geregelt. Wir geben aber auch praktische Hilfen bei Alltagsproblemen, z.B. bei Rentenanträgen oder Anträgen an das Sozialamt.

*Moderation:* Arbeiten Sie auch mit Professionellen zusammen?

*Selbsthilfegruppe für Angst- und Panikerkrankungen:* Manchmal werden Lebenssituationen erzählt, mit denen die Gruppe nicht fertig wird. Es wäre gut, wenn wir möglichst regelmäßig Supervision erhielten.

*Selbsthilfegruppe für Frauen mit Depressionen:* Die Gruppe wünscht sich keine Supervision. Bei manchen schweren Themen werden die Betroffenen angerufen und es wird versucht, die Problematik noch mal in einem Gespräch zu Zweit zu lösen.

*Deutsche Angststörungshilfe:* Eine Supervision hätte u. U. die Auflösung der Gruppe verhindern können. Hilfreich wäre auch der Austausch mit anderen Gruppen.

*Selbsthilfegruppe für Frauen mit Depressionen:* Einen solchen Austausch gibt es bei uns. Der ist sehr hilfreich.

*Selbsthilfegruppe für Menschen mit Depressionen:* Einen solchen Austausch gibt es auch bei uns. Ich freue mich über den Austausch mit anderen Gruppen, auch zu anderen Themen, denn die Probleme ähneln sich.

*Moderation:* Nehmen an Ihrer Gruppe auch Angehörige teil?

*Selbsthilfegruppe für Frauen mit Depressionen:* Nein. Bei manchen werden die Frauen von den Männern „getrieben“, in die Gruppe zu gehen, da die Gruppe eine positive Auswirkung auf die Familie hat.

*Selbsthilfegruppe für Menschen mit Depressionen:* Wir haben keine Probleme mit Angehörigen.

*Selbsthilfegruppe für Angst- und Panikerkrankungen:* In der Gruppe selbst sind keine Angehörigen, da manche Mitglieder Dinge erzählen, die nicht für die Angehörigen bestimmt sind. Wir haben aber Kontakt zu den Angehörigen, da sie zum Teil die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bringen und abholen.

*Deutsche Angststörungshilfe:* Ich habe einmal meinen Mann mitgenommen. Er hatte ein ganz anderes Verständnis von der Krankheit als ich. Ich fände es wichtig, wenn Angehörige ab und zu teilnehmen.

*Moderation:* Welche Unterstützung brauchen Sie?

*Selbsthilfegruppe für Menschen mit Depressionen:* Wir brauchen Menschen, die für uns Lobbyarbeit machen. Unsere Klientel ist dazu nicht geeignet. Wir würden gerne einen Dachverband haben.

*Selbsthilfegruppe für Angst- und Panikerkrankungen:* Wir wünschen uns unbürokratische finanzielle Hilfe und Supervision für die Gruppe.

*Deutsche Angststörungshilfe:* Ich wünsche mir mehr öffentliche Informationen, damit es auch mehr Verständnis für psychische Erkrankungen gibt.

*Selbsthilfegruppe für Frauen mit Depressionen:* Ich wünsche mir mehr Menschen, die

sich für Selbsthilfegruppen engagieren und Verantwortung übernehmen.

Moderation: Anne Behnen



Jürgen Matzat

## **Angst, Panik, Depression – Themenwechsel in der Gesundheitsselbsthilfe?**

Im vergangenen Jahr beteiligten sich einige Selbsthilfe-Kontaktstellen in Hessen an einer Erhebung über die Art und Weise, wie bei ihnen „Beratung“ stattfindet. Eine Fragestellung bezog sich naturgemäß auf die Themen, zu denen die Anrufer Selbsthilfegruppen suchen. Dabei ergab sich folgende Verteilung:

46,6 % Psychosoziale Probleme

(Depression, Angst, Sucht,  
Psychiatrie, Essstörung, .....

19,4 % Lebensprobleme

(Paarbeziehung, Mobbing, Trennung /  
Scheidung, Eltern von erkrankten Kin-  
dern)

14,1 % Somatische Erkrankungen

20,0 % Sonstiges

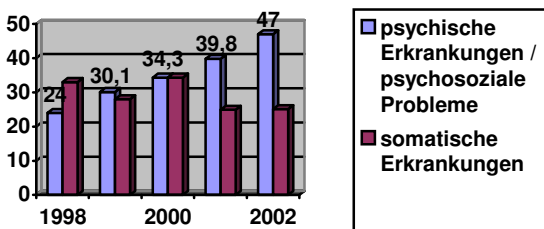
Was hier mit 46,6% den bei weitem größten Anteil darstellt, enthält jene seelischen Störungen, die hier in Rede stehen. Allerdings ist die Zahl nicht identisch zu setzen, da bei der Umfrage z. B. auch Süchte und Essstörungen in diese Kategorie mit aufgenommen wurden. Andererseits kann man vermuten, dass sich in den 19,4% „Lebensprobleme“ eine ganze Reihe von Fällen verbergen, die bei einer entsprechenden „Diagnostik“ als Angst- oder de-

pressive Störungen etikettiert werden würden. Ein eindeutiges – und für manche vielleicht überraschendes – Ergebnis ist jedoch der vergleichsweise kleine Bereich somatische Erkrankungen mit nur 14,1 %. Dies deutet darauf hin, wie gut in diesem Bereich entsprechende Informationen auf anderen Kanälen transportiert werden, etwa über Broschüren von überregionalen Selbsthilfe-Organisationen oder über das Internet.

Natürlich muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass unbekannt ist, inwieweit die teilnehmenden Selbsthilfe-Kontaktstellen als repräsentativ für die bald 300 Einrichtungen dieses Typs in der gesamten Bundesrepublik gelten können. Es mag sein, dass sich durch Zufall einige besonders „Psycho“-orientierte Stellen darunter befanden. Andererseits wird hier ein Trend empirisch sichtbar, der seit langem aus der Diskussion unter den Fachleuten bekannt ist: „Psycho“-Anfragen nehmen zu und stellen einen immer größer werdenden Anteil der Beratungsarbeit in Selbsthilfe-Kontaktstellen dar.

Dass es sich hierbei tatsächlich um einen Trend handelt, lässt sich sehr schön zeigen am Beispiel der Selbsthilfeberatung im Gesundheitsamt Bremen. Dort wurde auf einer Fachtagung im Jahre 2003 eine Tabelle vorgestellt, welche auswies, dass sich der Anteil von Beratungen zu „psychischen Erkrankungen / psychosozialen Problemen“ in den ver-

gangenen Jahren folgendermaßen entwickelt hatte (Gesundheitsamt Bremen, 2004, S. 23):



Der Anteil der „Psycho“-Beratungsfälle in Sachen Selbsthilfe hat sich also innerhalb von nur fünf Jahren ziemlich genau verdoppelt, während die Anfragen zu somatischen Erkrankungen in reziproker Weise abnahmen. Auch wenn nicht sichergestellt ist, dass die genaue Definition der Kategorien in Bremen und in Hessen identisch war, ist die Übereinstimmung der Werte (46,6 % in Hessen 2003 und 47 % in Bremen 2002) doch geradezu erstaunlich. Die Bremer Ergebnisse erlauben uns darüber hinaus, einen Blick auf die Zeitachse zu werfen.

Eine Befragung aller Selbsthilfe-Kontaktstellen in Deutschland im Rahmen des Gießener Projekts über „Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch Kranke“ (vgl. Matzat 2004 a) erbrachte den Befund, dass 23,5 % der beteiligten Selbsthilfe-Kontaktstellen angaben, mehr als 30 „Psycho“-Anfragen pro Monat zu erhalten; weitere 31,6 % berichte-

ten von 11 bis 30 Anrufen pro Monat. Wenn man annimmt, dass diese Kontaktstellen im Durchschnitt an 15 Werktagen pro Monat telefonische Sprechstunden anbieten, dann würde dies bedeuten, dass in mehr als der Hälfte der beteiligten Kontaktstellen (55,1 %) täglich mindestens ein oder zwei solcher Beratungsfälle bearbeitet werden. „Psycho“-Anrufe gehören also – im wahrsten Sinne des Wortes – zum Alltagsgeschäft von Selbsthilfe-Kontaktstellen.

In der Untersuchung wurde darüber hinaus erfragt, inwieweit die Selbsthilfe-Beraterinnen und -Berater bei solchen Gesprächen mit den Ratsuchenden auch über Psychotherapie (sozusagen als Alternative oder mögliche Ergänzung zur Selbsthilfe) sprechen. Hier ergab sich ein höchst interessanter Befund: Die Antworten reichten von 0 % bis 100 %! Dabei lag das obere Viertel der beteiligten Kontaktstellen bei 80 %, sie sprechen also fast immer auch über Psychotherapie, das untere Viertel bei 20 %, sie sprechen also selten über Psychotherapie. Dies ließe sich so interpretieren, dass es offenbar eher „Psycho-nahe“ und eher „Psycho-ferne“ Selbsthilfe-Kontaktstellen gibt. Man kann vermuten, dass dies mit einer mehr oder weniger starken psychologischen Orientierung der dort tätigen Kolleginnen und Kollegen zu tun hat, mit ihrer persönlichen Qualifikation bzw. Vertrautheit mit psychologisch-therapeutischen Fragestellungen sowie

mit der Trägerschaft bzw. institutionellen Anbindung der jeweiligen Einrichtung, welche entsprechende Erwartungshaltungen der Nutzer eher begünstigt oder eher unwahrscheinlich macht. Möglicherweise ließe sich hier auch ein Fortbildungsbedarf für das Personal in Selbsthilfe-Kontaktstellen ableiten.

Eine ähnliche „Bipolarität“ hatte sich bei der Frage ergeben, ob die Fachleute dort den Eindruck haben, dass „Psycho“-Selbsthilfegruppen enger oder weniger eng an die Kontaktstellen gebunden sind als andere Selbsthilfegruppen, etwa im Bereich chronische Erkrankungen, Süchte oder sozialer Probleme. Die Antworten zeigten folgende Verteilung:

13,8 % der KS:	„deutlich enger“
29,4 % der KS:	„etwas enger“
41,3 % der KS:	„gleich eng / distanzierter“
12,8 % der KS:	„etwas distanzierter“
2,8 % der KS:	„deutlich distanzierter“

Demnach empfinden 43,2 % der Kolleginnen und Kollegen eine etwas oder sogar deutlich engere Anbindung, 41,3 % empfinden keinen systematischen Unterschied, während lediglich 15,6 % die „Psycho“-Gruppen deutlich oder zumindest etwas distanzierter erleben. Das Ergebnis zeigt also insgesamt, dass „Psycho“-Selbsthilfegruppen im Mittel eine größere Nähe zu Kontaktstellen haben als

andere Gruppen, was sich unter anderem sicherlich dadurch erklären lässt, dass diese in der Regel keine Unterstützung von Bundes- und Landesverbänden haben, wie es im Bereich vieler organmedizinischer Gruppen üblich ist. Vielleicht sind Selbsthilfe-Kontaktstellen auch in höherem Ausmaß bei der Gründung solcher Gruppen beteiligt, so dass es von Anfang an eine Art „Prägung“ auf diese „mütterliche“ Institution gibt, während chronisch Kranke und Behinderte vielleicht eher Unterstützung in Krankenhäusern oder anderen medizinischen Einrichtungen suchen und finden können. Vermutlich verbergen sich hinter den „gefühlten Distanzen“ aber auch unterschiedliche Einstellungs- und Verhaltensmuster der in den Kontaktstellen tätigen Profis selber, welche ihrerseits mehr oder weniger Neigung haben, sich mit dem „Psycho“-Bereich und den dort tätigen Selbsthilfegruppen zu befassen.

Hierfür müssten idealerweise von den Kontaktstellen spezielle Angebote von supervisionsartiger Gruppenberatung oder gesonderten „Gesamttreffen“ (vgl. Moeller 1992) vorgehalten werden. Dabei müsste geklärt werden, ob beim eigenen Personal entsprechende Qualifikation vorhanden ist, oder ob man diese von außerhalb hinzuziehen muss. (In letzterem Fall würde sich die hoch interessante Frage stellen, welche psychotherapeutischen oder supervisorischen Profis für eine

solche Aufgabe im Selbsthilfe-Bereich gut geeignet wären.)

Ebenso unterscheidet sich natürlich die Beratungssituation mit einzelnen Interessenten – nach meiner Auffassung eine der Kernaufgaben von Selbsthilfe-Kontaktstellen – sehr stark, je nach Art der Problematik des Anrufers. „Angst, Panik, Depression“ usw., welche übrigens beim Anruf in einer Selbsthilfe-Kontaktstelle vielfach unter Nutzung anderer Begriffe zum Ausdruck gebracht werden (man denke an Trennung, Scheidung, Mobbing, Umweltbelastungen oder psychosomatische Symptome), erfordern sicherlich höhere „diagnostische“ und Gesprächsführungsfähigkeiten bei den Beraterinnen und Beratern in Selbsthilfe-Kontaktstellen als Fälle meist eindeutiger organischer Erkrankungen (wie z. B. Rheuma, Krebs, MS, Neurodermitis), wo das Telefonat sich vielfach auf die Weitergabe von Informationen beschränken kann, wie die Namen von Gruppenleitern, Ort und Zeit der Gruppentreffen etc. *Beratungsgespräche* und *Informationsgespräche* sind etwas Unterschiedliches, wenn auch die Grenzen mitunter fließend sein können. In einem Falle geht es um Klärung bzw. Selbstklärung, im anderen Falle ist (jedenfalls auf den ersten Blick) alles klar.

Einen inneren Leitfaden für den Dialog zwischen Selbsthilfe-Beratern und an „Psycho“-Selbsthilfegruppen Interessierten haben die

Kolleginnen des Selbsthilfezentrums Winterthur ausgearbeitet. Er kann vielleicht auch für unsere Arbeit in Deutschland eine interessante Anregung geben, zumal er die Selbstklärung des Betroffenen in den Vordergrund rückt, bei welchem der beratende Profi eher als Assistent, oder sagen wir lieber: als Dialogpartner zur Verfügung steht.

### *Ist eine Selbsthilfegruppe für mich richtig?*

- *Bin ich bereit und in der Lage, regelmäßig an den Gruppentreffen teilzunehmen?*
- *Bin ich bereit, über meine Situation offen zu sprechen?*
- *Bin ich bereit, anderen zuzuhören?*
- *Wünsche ich mir den Austausch in einer Gruppe und nicht eine Fachperson, die mich berät.*
- *Bin ich in der Lage, auch die zum Teil schweren Schicksale von anderen Gruppenmitgliedern zu ertragen?*
- *Möchte ich in einer Gruppe mitmachen, die nicht von einer Fachperson, sondern von direkt Betroffenen geleitet ist?*
- *Bin ich mir im klaren darüber, dass eine Selbsthilfegruppe nicht unbedingt ein Ersatz für eine Therapie ist?*
- *Bin ich bereit, meinen Spielraum zu nutzen und Veränderungen zu bewirken, die meine Situation verbessern?*



- *Bin ich bereit, Mitverantwortung für die Treffen zu übernehmen und unter Umständen auch einmal für eine Gesprächsrunde verantwortlich zu sein?*

## **Literatur:**

*Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.): Die Bedeutung der Selbsthilfegruppen bei psychischen Erkrankungen und psychosozialen Problemen. Bremen, 2004*

*Matzat, J.: Selbsthilfe als therapeutisches Prinzip. Therapeutische Wirkungen der Selbsthilfe.*

In: Günther, P., Rohrmann, E. (Hrsg.): Soziale Selbsthilfe – Alternative, Ergänzung oder Methode sozialer Arbeit? Heidelberg, 1999

*Matzat, J.: Selbsthilfegruppen für psychisch Kranke – Ergebnisse einer Umfrage bei Selbsthilfe-Kontaktstellen.*

In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (Hrsg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch. Gießen, 2004, a

*Matzat, J.: Wegweiser Selbsthilfegruppen. Gießen, 2004, b*

*Moeller, M. L.: Anders helfen. Selbsthilfegruppen und Fachleute arbeiten zusammen. Frankfurt, 1992*

*Moeller, M. L.: Selbsthilfegruppen. Selbstbehandlung und Selbsterkenntnis in eigenverantwortlichen Kleingruppen. Reinbek, 1996*

## Liste der Referentinnen und Referenten

*Anne Behnen*

Selbsthilfe-Kontaktstelle Krefeld  
Mühlenstraße 42, 47798 Krefeld

*Anita M. Jakubowski*

KOSKON NRW – Koordination für  
Selbsthilfe-Kontaktstellen  
Friedhofstraße 39, 41236 Mönchen-  
gladbach

*Anne Kaiser*

KOSKON NRW – Koordination für  
Selbsthilfe-Kontaktstellen  
Friedhofstraße 39, 41236 Mönchen-  
gladbach

*Dr. Ulrich Kettler*

Gesundheitsamt des Kreises Neuwied  
Ringstr: 70  
56564 Neuwied

*Jürgen Matzat*

Selbsthilfe-Kontaktstelle Gießen  
Friedrichstraße 28, 35392 Gießen

*PD Dr. Dieter Wälte*

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der RWTH Aachen

[dwaelte@ukaachen.de](mailto:dwaelte@ukaachen.de)

*Klaus Zunker,*

BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen  
Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen

Aus Datenschutzgründen haben wir auf die Veröffentlichung der am Gespräch mit Selbsthilfegruppen beteiligten Vertreterinnen und Vertreter verzichtet. Anfragen bitten wir an KOSKON NRW zu richten. Wir geben diese dann an die jeweilige Gruppe weiter.

## Programm

- 9.00 Uhr           Anmeldung und Begrüßungskaffee
- 10.00 Uhr           Eröffnung  
*Anita M. Jakubowski*  
KOSKON NRW  
*Klaus Zunker*  
BKK Landesverband NW
- 10.15 Uhr           **Angst, Panik, Depression**  
Begriffsbestimmung  
*PD Dr. Dieter Wälte, Dipl.-Psych.*  
Klinik für Psychiatrie und Psycho-  
therapie der RWTH Aachen
- 11.15 Uhr           Pause
- 11.30 Uhr           Möglichkeiten der ambulanten  
und stationären Therapie  
*PD Dr. Dieter Wälte, Dipl.-Psych.*  
Klinik für Psychiatrie und Psycho-  
therapie der RWTH Aachen
- 12.00 Uhr           Thema für die Selbsthilfe?  
*Dr. Ulrich Kettler*  
Psychiatrie-Koordinator Landkreis  
Neuwied,  
Vorstandsmitglied der  
DAG SHG e.V.
- 12.30               Diskussion
- 13.00               Mittagspause mit Imbiss

- 13.45 Uhr **Die Angst in die Hand nehmen**  
Gespräch mit Teilnehmerinnen und Teilnehmern von Selbsthilfegruppen  
*SHG für Menschen mit Depressionen Dortmund*  
*SHG für Frauen mit Depressionen, Essen*  
*SHG für Angst- und Panikerkrankungen, Kamp-Lintfort*  
*Deutsche Angststörungshilfe DASH, Neuss*  
Moderation:  
*Anne Behnen, Selbsthilfe-Kontaktstelle Krefeld*
- 14.45 Uhr **Angst, Panik, Depression – ein besonderes Thema für die Selbsthilfe-Unterstützung?**  
Erfahrungen aus  
Selbsthilfe-Kontaktstellen  
*Jürgen Matzat, Dipl. Psych.*  
Selbsthilfe-Kontaktstelle Gießen,  
DAG SHG e.V.
- 15.15 Uhr Pause
- 15.30 Uhr Abschlussdiskussion  
  
Gesamtmoderation:  
*Anne Kaiser, KOSKON NRW*
- 16.15 Uhr Ende der Tagung

**KOSKON.de**

© **Koordination für Selbsthilfe in NRW**



Eine Einrichtung der  
Deutschen  
Arbeitsgemeinschaft  
Selbsthilfegruppen e.V.