

R. Wagner und V. Manicavasagar

Beschreibung einer Angst-Klinik in Sydney, Australien

Zusammenfassung Der vorliegende Beitrag beschreibt die Aufbauarbeit einer Angst-Klinik in einem sozial unterprivilegierten Bezirk von Sydney, Australien. Therapiemodell und Therapieprozeß werden beschrieben. Die Klinik für Angststörungen in Bankstown sieht ihre wichtigste Funktion in der Entwicklung von rascher Diagnose und effizienter Behandlung von Angststörungen. Im Zeitalter der globalen „Einsparung“ ist es auch für Psychologen wichtig, sowohl kosteneffektiv als auch ethisch zu denken und zu behandeln, und der größtmöglichen Anzahl von Patienten die wirksamste Behandlung anzubieten.

Schlüsselwörter: Angstklinik, Angststörungen, Verhaltenstherapie, Gruppentherapie, „Shared Care-Modell“.

Description of an anxiety clinic in Sydney, Australia

Abstract The development of an anxiety clinic in a socially underprivileged district of Sydney is described. The rationale for the developments of anxiety clinics in general, and for their treatment process in particular, is presented. The Clinic for Anxiety and Traumatic Stress in Bankstown, Sydney, Australia sees its most important function in efficient diagnosis and treatment of anxiety disorders. At a time of global cuts and savings in the mental health system it is vital for psychologists, as well as other mental health professionals, to think ethically as well as cost-efficiently, and therefore find ways to offer the most efficient treatment to the highest number of patients.

Keywords: Anxiety clinic, anxiety disorders, cognitive-behaviour therapy, group therapy, shared-care model.

Rapport de projet: Description d'un centre de traitement des troubles anxieux (Sydney, Australie)

Résumé L'article ci-après présente l'établissement d'un centre de traitement des troubles anxieux dans un quartier défavorisé de Sydney, Australie. Ces troubles sont fréquents et chroniques. Leurs coûts humains et matériels pour les personnes concernées et pour la société sont élevés, mais peuvent être considérablement réduits lorsqu'un diagnostic exact est posé et que le traitement est adéquat.

Des centres de traitement ambulatoire des troubles anxieux ont été créés en Australie vers le milieu des années quatre-vingt. Ils sont un produit de l'évolution de la thérapie (cognitive) du comportement. Au début, les patients manifestant des symptômes similaires étaient traités en groupes, ceci permettant d'optimiser les objectifs de la thérapie et la motivation des clients, alors que la durée du traitement était aussi brève que possible. Des études d'outcome ont prouvé que cette démarche est efficace et permet d'éliminer une bonne partie des symptômes anxieux. Cette évolution a permis de mener d'autres travaux de recherche et d'élaborer une forme particulière de traitement dans le cadre de centres spécialisés.

Le centre de Bankstown, un quartier défavorisé de Sydney en Australie a été ouvert début 1996.

Le modèle de thérapie appliqué tient compte des différentes théories sur l'étiologie des troubles anxieux: biologique, cognitive, hyperventilation, conditionnement et activation. Il est utilisé pour le traitement de troubles anxieux généralisés, de phobies sociales et de troubles paniques (avec ou sans agoraphobie), ceci dans le cadre de groupes et en fonction de l'indication fournie par une anamnèse complète. Les groupes comptent de 6 à 8 participants, un/e thérapeute et souvent un/e co-thérapeute. Ils sont fermés et se réunissent pour 8 séances (une fois par semaine pour deux heures). Une séance de follow-up est organisée deux mois plus tard.

Les patients souffrant de phobies spécifiques, de troubles obsessionnels-compulsifs et d'états de stress post-traumatique sont traités en individuel. Des questionnaires psychométriques (concernant le degré d'anxiété et de dépression, les activités professionnelles et sociales, les comportements d'évitement et les effets de ces aspects) sont remplis par les patients avant et après le traitement et au moment du follow-up.

Thérapies de groupe: troubles anxieux généralisés / thèmes:

- *information psychologique concernant les aspects normaux de l'anxiété, les troubles anxieux, le stress et ses facteurs, les conséquences physiques et psychologiques du stress et de l'anxiété;*
- *réduction somatique du stress: sommeil et troubles du sommeil, alimentation (effets de la caféine, de la nicotine et d'autres substances excitatrices), exercices corporels, activités relaxantes et plaisantes et détente musculaire progressive;*
- *définition d'objectifs et de capacités à résoudre les problèmes: les patients apprennent à se fixer des objectifs, à élaborer et à appliquer différentes solutions concernant leurs problèmes;*
- *restructuration cognitive: le modèle A-B-C est présenté et pratiqué (A = Activating Event, B = Belief, C = Consequence). Une auto-observation intensive et la rédaction de "procès-verbaux" permettent de rendre conscientes les idées négatives ou irrationnelles, de s'y affronter et de les remplacer par des idées utiles.*
- *mesures concernant la prévention de rechutes.*

Troubles paniques: ici également, la thérapie de groupe se concentre sur les aspects information psychophysiological en matière de troubles anxieux et restructuration cognitive, ainsi que sur la prévention des rechutes. S'y ajoute un point spécifique: l'explication des rapports entre hyperventilation et accès de panique, y compris un apprentissage permettant d'éviter les rythmes respiratoires qui peuvent provoquer ces derniers. Des exercices permettent d'apprendre certaines stratégies (diversions, focus cognitif, intellectualisation) aptes à interrompre un accès de panique. Sont inclus: une désensibilisation systématique permettant de prévenir l'agoraphobie (un symptôme qui accompagne souvent les accès de panique) et d'autres comportements d'évitement.

Phobies sociales: les mêmes accents sont mis dans ce groupe également, auxquels s'ajoutent des aspects spécifiques: entraînement à la compétence sociale, à

l'assertiveness et à l'auto-valorisation. Les thérapies de groupe sont particulièrement efficaces dans le cas de patients souffrant de phobies sociales, du fait des aspects thérapeutiques mentionnés mais aussi parce que être et agir dans le cadre du groupe constitue un processus important d'apprentissage permettant d'éliminer certains comportements d'évitement.

Prescription: les patients peuvent décider eux-mêmes de suivre le traitement, mais la plupart sont envoyés par leur généraliste ou leur psychiatre. Le traitement ne coûte rien. Le centre est intégré à un modèle de "shared care" et doit donc entretenir des rapports étroits avec les médecins qui y envoient leurs patients; il doit également contribuer au perfectionnement des généralistes en matière de troubles anxieux. On espère obtenir ainsi que le diagnostic de ces troubles se fasse plus rapidement et que moins d'anxiolytiques soient prescrits.

Enseignement et recherche: le centre étant aussi une clinique universitaire, il est également chargé d'enseignement et de recherche. Il offre des supervisions aux étudiants en médecine et en psychologie. Au niveau de la recherche, l'un des projets est une étude concernant l'efficacité clinique de groupes de soutien pour patients souffrant d'accès de panique; une autre étude s'intéresse à un nouveau type de trouble anxieux: l'anxiété abandonnique chez les adultes. De futurs projets doivent inclure le traitement de troubles anxieux chez des personnes ne parlant pas l'anglais, car 36.5% des habitants de la zone concernée sont des immigrants.

Les collaborateurs de la "Clinic for Anxiety and Traumatic Stress" de Bankstown considèrent comme leurs tâches principales le diagnostic rapide et le traitement efficace des troubles anxieux. A une époque d'"économies" globales, il est essentiel que les psychologues travaillent de manière efficace sur le plan des coûts, tout en conservant à l'esprit une dimension d'ordre éthique. Il faut donc qu'ils trouvent les moyens d'offrir les traitements les plus efficaces au plus grand nombre possible de patients.

Einleitung

Angststörungen sind häufig. Sie sind wahrscheinlich die häufigsten aller psychologischen und psychiatrischen Probleme (DSM-IV). Epidemiologische Berichte weisen, abhängig von der untersuchten Bevölkerung, auf unterschiedliche Lebenszeitriskien hin. Wenn wir uns nur die Forschungen ins Auge nehmen, die strikte DSM-III Kriterien verwenden (Oakley-Browne, 1991), sehen wir die folgenden Median-Lebenszeitriskien: Panikstörungen 1,6%, Agoraphobie 4,1%, Soziale Phobie 1,7%, Einfache Phobien 5,9%, Zwangsstörungen 2,4%, Generalisierte Angststörungen 6,6%. Da sich in vielen Fällen Patienten mit multiplen Diagnosen präsentieren, wird angenommen, daß ungefähr 11% der Erwachsenen diagnostische Kriterien für Angststörungen erfüllen. Eine andere epidemiologische Studie, das „Epidemiologische Catchment Area Program“ (Regier, 1990) zeigt an, daß ungefähr 15% der Erwachsenenbevölkerung an einer DSM III-Angststörung zu einem Zeitpunkt in ihrem Leben leiden. Studien in England zeigen

auf, daß zehn Prozent der Patienten, die praktische Ärzte besuchen, an Angstkrankheiten leiden – dieselbe Prozentzahl leidet an unkompliziertem Bluthochdruck (Andrews, 1994). Andrews (1992) schätzt, daß sich zu jedem Zeitpunkt ein Prozent der Bevölkerung in Fachbehandlung befindet.

Angststörungen im Gesamten, aber speziell Panikstörungen mit Agoraphobie sind chronische und rezidivierende Störungen. Fallberichte von Patienten, die von diesen Problemen mehr als zwanzig Jahre geplagt wurden, sind nicht ungewöhnlich (Hoen-Saric and McLeod, 1988). Eine Studie (Noyes, 1993), die 69 Patienten mit Panikstörungen über sieben Jahre verfolgte, fand, daß unbehandelte Symptome fortbestehen. Diese Studie ergab auch, daß chronische und schwierige Fälle mit einem schlechteren Behandlungserfolg gleichzusetzen waren.

Die menschlichen und materiellen Kosten dieser Angstkrankheiten sind für die Gesellschaft beträchtlich, wenn man Behandlungskosten, Arbeitsausfall und verminderte Produktivität berechnet (Siegal et al., 1990; Salvador-Carulla et al., 1995). Die Kosten werden

zusätzlich durch unangebrachte Fachuntersuchungen vergrößert. Diese werden durchgeführt, bevor sich die Symptome als diagnostisch für Angstprobleme herausstellen bzw. erkannt werden.

Eine Studie, die sich mit der Kosteneffizienz der psychologischen/psychiatrischen Behandlung von Angstkrankheiten beschäftigte, fand, daß nach richtiger Diagnose und Behandlung die Kosten für den Patienten und die Gemeinschaft signifikant reduziert werden konnten: Diese Studie fand einen 94% „offset-effect“ (passende psychiatrische und psychologische Behandlung reduzierte die Verwendung von anderen Gesundheitseinrichtungen) (Salvador-Carulla et al., 1995).

Entstehung von Angstkliniken

Viele Therapeuten, die Patienten mit Angstneurosen behandelten und einem verhaltenstherapeutischen Therapiemodell folgten, begannen in den 70er Jahren Patienten in Gruppen zu behandeln. Das ergab besonderen Sinn, da die physiologischen und psychologischen Symptome vieler Patienten mit Angststörungen große Ähnlichkeiten aufwiesen und das Vermeidungsverhalten von Patienten mit Agoraphobie große Gleichartigkeiten zeigte. Forschungsberichte zu dieser Zeit unterstützten die Verwendung dieser Behandlungsmodalität, und die neuesten Daten erhalten die Superiorität von kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlung gegenüber anderen Therapieformen für Angststörungen aufrecht (O'Sullivan and Marks, 1991; Margraf et al., 1993). Da sich die Verhaltenstherapie zu dieser Zeit noch völlig auf dem Terrain des Verhaltens befand, und das Ausgesetztwerden dem gefürchteten Stimulus gegenüber eine der Hauptstrategien war, waren Patienten, die an Panikstörungen mit oder ohne Agoraphobie litten, ideale Kandidaten für diese Art von Therapie. Auf diese Weise wurde die Zeit des Therapeuten minimiert und gleichzeitig Motivation durch andere Gruppenteilnehmer und deren gemeinsamen Therapieziele maximiert. Die sich darauf beziehenden Outcome-Studien bewiesen Therapieeffizienz und substantielle Verringerungen der Angstsymptome (Pollack et al., 1994; Telch et al., 1993). Langzeit-Nachfolgestudien (O'Sullivan und Marks, 1991) zeigten auch auf, daß die positiven therapeutischen Errungenschaften von 70–80% der Patienten beibehalten worden waren.

Diese Behandlungsgruppen wurden meistens als ambulante Therapie in Universitätskliniken angeboten. Das ermöglichte weitere Forschung und die Entstehung einer Fachbehandlung für Angststörungen.

In Australien entstanden die ersten Angstkliniken Mitte der 80er Jahre. Diese Entwicklung ging parallel mit der Eröffnung von Fachkliniken für Schlafstörungen, Eßstörungen (Anorexia und Bulimia) und Schmerzbehandlung.

In den letzten zehn Jahren konnte man eine Wissensexplosion bezüglich Diagnose und Behandlung von Angststörungen beobachten. Die Entwicklung eines vergrößerten Verständnisses der Angststörungen kann aus der parallelen Entwicklung der Diagnose, mit neuen diagnostischen Kategorien und detaillierterer Beschreibung der Symptomatik, im DSM-IV ersehen werden.

Der Aufbau einer Angstklinik in Bankstown, einem sozial unterprivilegiertem Bezirk von Sydney, Australien

Das „South Western Sydney Area Health Service“ (SWSAHS) umfaßt die südwestlichen Bezirke Sydneys, mit 617.778 Einwohnern und einer Fläche von 6.237 Quadratkilometern. Statistiken von 1991 zeigten, daß 36,5% der Bevölkerung Immigranten und 0,9% Aborigines oder Torres Straight Islanders waren (37,5% sprechen eine andere Sprache als Englisch zu Hause). Die am häufigsten vertretenen Einwanderungsgruppen sind Vietnamesen (4,5%), Menschen aus dem früheren Jugoslawien (2,5%), aus dem Libanon (2,1%) und Süd- und Zentral-Amerika (2,2%). 1991 waren 14,5% der Einwohner arbeitslos (verglichen mit einem 11,2%-Durchschnitt in New South Wales). Arbeitslosigkeit war und ist noch immer vor allem ein Problem für Immigranten: 45% aller Vietnamesen im SWSAHS, 40% der Libanesen, 40% der Cambodianer und 21% der Chinesen waren 1991 arbeitslos. Verglichen mit Neu Süd Wales umfaßt das SWAHS eine größere Proportion von Personen unter 15 Jahren (Sullivan et al., 1995).

Mit diesem Hintergrund wurde die Angstklinik Anfang dieses Jahres von der ersten Autorin in einem der Spitäler des SWSAHS, einer Universitätsklinik, aufgebaut. Nachdem triviale aber grundlegende Dinge wie z.B. Briefkopf, Terminkarten für Patienten, Eingangsschilder etc. entworfen und bestellt waren, kam die Frage: Wie wissen Patienten und Überweiser, daß es eine Angstklinik im SWSAHS gibt? Die Lokalpresse schien die erstbeste Lösung. Nach einem Telefonat mit der Redakteurin erschien eine kostenlose Annonce über die Eröffnung der Klinik mit einem Überblick über die Symptome und Behandlungsweisen. Dieser bescheidene Anfang hatte ungefähr 15 Telefonate zur Folge, von denen die Majorität von Patienten mit Angststörungen stammte. Da das theoretische Modell der Klinik auf einem „shared care“-Modell beruht, war der nächste Angriffspunkt die Kommunikation mit praktischen Ärzten. Praktische Ärzte müssen in Australien seit einigen Jahren beweisen, daß sie sich weiter ausbilden. Das College für praktische Ärzte organisiert deshalb Seminare mit verschiedenen Inhalten. Diese Seminare bildeten einen idealen Eintrittspunkt für eine kurze Erklärung über Angststörungen und deren Behandlung in der neuen Klinik. Vorlesungen in den verschiedenen Spitalsabteilungen und Einführungsreden in der örtlichen phobischen Selbsthilfegruppe halfen den Überweisungen auch. Nach knappen drei Monaten hat sich die Existenz der Klinik so weit herumgesprochen, daß es im Moment nicht mehr akut nötig ist, die Werbetrommel zu rühren. Von einem bescheidenen Anfang mit 15 Patienten im ersten Monat ist die Zahl auf 120 Kontaktpunkte im vierten Monat hinaufgeschneit. An diesem Punkt muß auch gesagt werden, daß die Behandlung in der Klinik kostenlos ist, und daß es derzeit die einzige Angstklinik im SWAHS ist.

Das Personal

Eine ganztägige klinische Psychologin (die Vorständin der Klinik) ist für die Verwaltung der Klinik verantwort-

lich und führt die meisten Anamnesen und Individual- oder Gruppenbehandlungen durch. Ein Psychiater verbringt einen Tag in der Woche in der Klinik und ist für Anamnesen zuständig und auch für eine eventuelle medikamentöse Betreuung der Patienten.

Ein weiterer klinischer Psychologe, dessen Expertise die Behandlung von Zwangsstörungen ist, besucht die Klinik einen Tag pro Woche.

Zu jeder Zeit werden ein oder zwei Psychologiestudenten, die im letzten Jahr ihrer klinischen Magisterausbildung sind, in der Klinik supervisiert.

Eine Sekretärin wird vom Spital zeitweise „geborgt“ und ist für die Terminkoordination mit Patienten verantwortlich. Eine halbtägige mitarbeitende Forschungsassistentin unterstützt diverse Forschungsprojekte.

Therapiemodell

Verschiedene ethiologische Theorien werden für die Entwicklung von Angststörungen präsentiert: biologische, kognitive, Hyperventilation, Konditionierung und Aktivierung. Behandlungen die die verschiedenen kausalen Pfade miteinschließen, haben größere Therapieerfolge als Interventionen, die nur auf einer Perspektive beruhen (Acierno et al., 1993).

Das Modell, auf dem die Therapie der Angstklinik beruht, ist in Abb. 1 dargestellt (Andrews et al., 1995).

Die Therapie für Generalisierte Angststörungen, Soziale Phobien und Panikstörungen mit oder ohne Agoraphobie findet, nachdem eine vollständige Anamnese dies indiziert, in Gruppen statt. Die Gruppen bestehen aus 6 bis 8 Teilnehmern und einem Therapeuten und häufig einem Ko-Therapeuten. Die Gruppen sind geschlossen. Sie finden in 8 Sitzungen, einmal in der Woche, für 2 Stunden statt.

Patienten mit spezifischen Phobien, Zwangsstörungen und posttraumatischen Streßstörungen werden individuell behandelt.

Gruppentherapie

Die Programme wurden durch viele Jahre klinischer Tätigkeit von den Autoren und anderen Klinikern entwickelt und sind in Form von Handbüchern für die Patienten erhältlich. Die theoretische Begründung dieser Behandlungsmethode liegt in der Erkenntnis, daß es sich bei Patienten mit Angststörungen sehr häufig um Menschen handelt, deren Fähigkeiten, mit Lebenskri-

sen und Stressoren fertigzuwerden, limitiert sind und die mit psychologisch ungesunden Reaktionen auf Streß reagieren.

Generalisierte Angststörungen: Die erste Sitzung ist psychologischer Information gewidmet: Normale Angst, Angststörungen, Streß, Stressors, physische und psychologische Konsequenzen von Streß und Angst und mit dem Streß Umgehen werden behandelt und diskutiert. Patienten lernen über den Kampf- und Fluchtreflex und die Gründe, warum Angststörungen die körperlichen Symptome hervorrufen, die die meisten von ihnen am eigenen Körper erfahren. Die zweite Sitzung wird der körperlichen Streßreduktion gewidmet: Die Themen sind Schlaf und Schlafstörungen, Diät (vor allem die Wirkung von Koffein, Nikotin und anderen erregenden Substanzen), Körperübung, entspannende und erfreuliche Beschäftigungen und progressive Muskelentspannung. Entspannungsübungen werden in der Gruppe geübt. Jeder Teilnehmer bekommt eine Audio-Kassette mit der Anweisung, die Übungen zuhause regelmäßig auszuführen. Der Schwerpunkt der dritten Sitzung ist Zielsetzung. Patienten lernen, Ziele für sich selbst zu setzen, angefangen mit langzeitigen Zielen (10 Jahre) bis zu täglichen Zielen, die sich auf die Langzeitziele beziehen sollen. Die Ziele werden in persönliche, Arbeitsziele und soziale Ziele eingeteilt. In unserer Erfahrung sind unverarbeitete Probleme und Beziehungen oft auch ein Faktor bei Patienten mit generalisierten Angststörungen. Deshalb wird auch ein großer Teil dieser Sitzung darauf verwendet, Problemlösungsfähigkeiten zu vermitteln und den Patienten zu helfen, verschiedene Lösungen für die diversen Probleme zu erarbeiten und anzuwenden. Die nächsten drei Sitzungen werden der „kognitiven Restrukturierung“ gewidmet. Das A-B-C Modell wird erklärt und geübt (A = Activating Event, B = Belief, C = Consequence). Patienten lernen, daß es nicht unbedingt ein bestimmter Vorfall ist, der sie ängstlich macht (z.B. eine Rede halten, oder zum Supermarkt gehen), sondern ihre Gedanken, die diesen Vorfall begleiten. Intensive Selbstbeobachtung und Protokollieren helfen die automatischen „negativen oder irrationalen“ Gedanken zum Bewußtsein zu bringen. Konfrontation dieser Gedanken mit sokratischer Dialektik ist der nächste Schritt. Rationale und hilfreiche Gedanken werden geübt, um die irrationalen, nicht hilfreichen Gedanken zu ersetzen.

In der siebten Sitzung werden die gelernten Fähigkeiten integriert und für die einzelnen Patienten „feingeschliffen“. Die achte Sitzung behandelt Maß-

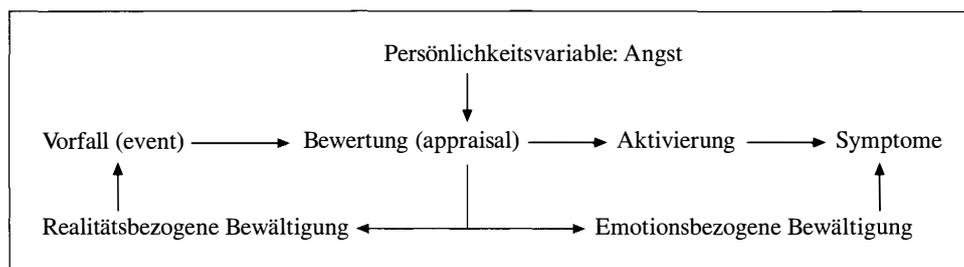


Abb. 1

nahmen für Rückfallprävention (Manicavasagar et al., 1995a).

Panikstörungen: Die Aspekte der psycho-physiologischen Erklärungen von Angstzuständen und die kognitive Restrukturierung sowie Rückfallprävention sind wiederum Hauptbestandteile dieser Gruppentherapie. Spezifisch für Panikstörungen sind Erklärungen des Zusammenhanges zwischen Hyperventilation und Panikattacke. Daraus ergibt sich das Umlernen von Atemrhythmen, die Panikattacken hervorrufen könnten. Andere Strategien (Ablenkung, kognitiver Fokus, Intellektualisierung), um Panikattacken zu unterbrechen, werden geübt. Systematische Desensitivierung, um Agoraphobie, einer häufigen Begleiterscheinung von Panikstörungen, oder anderen Vermeidungsverhalten entgegenzuarbeiten, ist inkludiert (Manicavasagar, 1995b).

Soziale Phobie: Auch in dieser Gruppe werden die Hauptschwerpunkte der anderen Gruppen beibehalten. Spezifisch für Soziale Phobie sind soziales Kompetenztraining, Assertivness-Training und Selbstwerttraining. Gruppentherapie ist für Patienten mit Sozialer Phobie besonders effektiv, nicht nur wegen der oben erwähnten therapeutischen Aspekte, sondern auch, weil in der Gruppe sein und in der Gruppe agieren ein wichtiger Lernprozeß gegen das Vermeidungsverhalten von Patienten mit dieser Störung ist.

Behandlungsprozeß

Die meisten Patienten werden von ihrem praktischen Arzt oder ihrem Psychiater in die Klinik überwiesen; manche überweisen sich selbst.

Nach sorgfältiger Anamnese von einem klinischen Psychologen oder Psychiater wird festgestellt, ob der Patient den Kriterien der Klinik entspricht (ob er/sie primär unter Angststörungen leidet). Falls nicht, wird er einem passenden Therapeuten überwiesen oder an den überweisenden Arzt zurückgeschickt.

Falls eine Angststörung vorhanden ist, wird die für den Patienten passendste Behandlungsmethode verwendet (Individualbehandlung, Gruppe oder Mischung aus beiden).

Der überweisende Arzt wird über die Behandlungsmethode informiert.

Der Patient füllt eine Reihe von psychologischen Fragebögen aus, die als Baseline für die Behandlung dienen (bezüglich Angst, Depression, Arbeits- und soziale Aktivität, agoraphobische Vermeidung, Selbstwirksamkeit).

Am Ende der Individualbehandlung wird der Überweiser wieder per Brief über den Ablauf und Erfolg der Behandlung informiert.

Patienten, die in Gruppen behandelt werden, werden zwei Monate nach Ende der Behandlung wieder zu einem Treffen eingeladen, bei dem der Behandlungserfolg evaluiert werden kann. Psychologische Fragebögen werden am Ende der Individual- und Gruppentherapie und bei dem 2monatigen Follow-up Treffen ausgefüllt. Die Klinik in Bankstown besteht noch nicht lange genug, um statistisch bedeutungsvolle Daten über Therapieerfolg zu präsentieren. Ähnliche Kliniken in anderen

Teilen von Sydney zeigen einen 70%igen Therapieerfolg an, das heißt, daß die Angststörungen in 70% der Behandelten klinisch und statistisch signifikant reduziert wurden (Curtis, 1995). Diese Daten sind auch in anderer Forschung reflektiert (O'Sullivan and Marks, 1991).

Die Patienten, die von der Therapie wenig profitiert haben, werden an jene Stellen überwiesen, wo die Möglichkeit einer Langzeittherapie besteht. Diese Patienten haben oft Persönlichkeits- und chronische Angststörungen.

Wie vorhin erwähnt, ist die Angstklinik in Bankstown in einem Modell der „shared care“ mit praktischen Ärzten eingebettet. Das heißt, daß eine der Funktionen der Klinik die Weiterausbildung von praktischen Ärzten auf dem Gebiet von Angststörungen ist. Das Modell funktioniert folgendermaßen: Alle praktischen Ärzte in Bankstown (238) werden zu einem Workshop über Angststörungen eingeladen. Die Interessenten, die durch den Workshop eine Weiterausbildung in Angststörungen bekommen, haben mit der Klinik engen Kontakt, werden in Therapiesitzungen inkludiert und vom Klinikpersonal supervisiert. Sie werden sozusagen „spezialisierte“ praktische Ärzte. Das Ziel dieses „shared care“-Programmes ist die schnellere Diagnose und damit die Reduktion von chronischen Angststörungen. Ein weiteres erhofftes Ziel ist eine reduzierte Verschreibung von anxiolytischen Medikamenten.

Da die Klinik eine Universitätsklinik ist, erfüllt sie auch die Funktionen des Unterrichts innerhalb des Universitätswesens und der Forschung. Medizinstudenten verbringen einen Teil ihres psychiatrischen Semesters in der Klinik und nehmen an allen Aktivitäten teil. Psychologiestudenten in ihrem klinischen Magister-Programm verbringen drei bis sechs Monate in der Klinik unter Supervision.

Die Forschungsprojekte der Klinik inkludieren eine Studie über die klinische Effizienz von Supportgruppen für Patienten mit Panikstörungen. Die Klinik ist gerade dabei, Supportgruppen aufzustellen, in denen unter der Leitung einer Forschungsassistentin Teilnehmer einander helfen, ihr Vermeidungsverhalten zu konfrontieren. Dieses Projekt ist auf drei Jahre angelegt.

Ein anderes Forschungsprojekt behandelt eine neue Diagnose für Angststörungen im Erwachsenenalter: Trennungangst bei Erwachsenen.

Zukunft

Da die Angstklinik in Bankstown einer ethnisch so differenzierten Bevölkerung dient, ist eines der Hauptinteressenpunkte der Autoren die Behandlung von Angststörungen in Menschen von nicht-englischsprachigem Hintergrund. Australiens ethnische Minoritäten haben mehr psychologische Probleme als anglo-keltische Bewohner. Teilweise ist daran die mangelnde Information über psychologische Störungen und Behandlungen schuld, aber auch die Angst vor dem Stigma. Das Wissen über passende Behandlungsmethoden für bestimmte Kulturen ist mangelhaft und daher ist es noch nicht möglich, kulturell passende Methoden anzuwenden.

Zusammenfassung

Die Klinik für Angststörungen in Bankstown sieht ihre wichtigste Funktion in der Entwicklung von rascher Diagnose und effizienter Behandlung von Angststörungen. Im Zeitalter der globalen „Einsparung“ ist es auch für Psychologen wichtig, sowohl kosteneffektiv als auch ethisch zu denken und zu behandeln, und der größtmöglichen Anzahl von Patienten die wirksamste Behandlung anzubieten. Der bisherige Erfolg der Behandlung spricht für sich.

Literatur

- Acierno RE, Hersen M, Van Hasselt VB (1993) Interventions for panic disorder: a critical review of the literature. *Clin Psychol Rev* 13: 561–578
- Andrews G, Crino R, Hunt C, Lampe L, Page A (1994) General issues in anxiety disorders. In: *The treatment of anxiety disorder*. Cambridge University Press, Cambridge
- Andrews G (1992) The prospect of cure: implications for mental health planning. *Behav Change* 9:246–253
- Curtis J (1995) Gender differences in panic disorder and generalized anxiety disorder. Dissertation for the fellowship of The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn (1994) American Psychiatric Association. Washington, DC
- Hoen-Saric R, McLeod D (1988) Panic and generalized anxiety disorder. In: Last C, Herson M (eds) *Handbook of anxiety disorders*. Pergamon, Elmsford, pp 109–126
- Manicavasagar V, Blaszczyński A (1995a) Stress management. A treatment manual. South Western Sydney Area Health Service, School of Psychiatry, The University of New South Wales
- Manicavasagar V, Blaszczyński A (1995b) Panic disorder. A treatment manual. South Western Sydney Area Health Service, School of Psychiatry, The University of New South Wales
- Margraf J, Barlow D, Clark D, Telch M (1993) Psychological treatment of panic: work in progress on outcome, active ingredients and follow-up. *Behav Res Ther* 31/1: 1–8
- Noyes R, Clancy J, Woodman C, Holt C, et al (1993) Environmental factors related to the outcome of panic disorder: a seven year follow-up study. *J Nerv Ment Dis* 181: 529–538
- Oakley-Browne MA, Joyce PR, Wells JE, et al (1989) Christchurch psychiatric epidemiology study. Part II: Six month and other period prevalences of specific psychiatric disorders. *Aust NZ J Psychiatry* 23: 327–340
- O'Sullivan G, Marks I (1991) Follow-up studies of behavioural treatment of phobic and obsessive compulsive neuroses. *Psychiatric Annals* 21: 368–373
- Pollack M, Otto M, Kaspi S, Hammerness P, et al (1994) Cognitive behaviour therapy for treatment-refractory panic disorder. *J Clin Psychiatry* 55: 200–205
- Regier DA, Burke JD, Burke KC (1990) Comorbidity of affective and anxiety disorders in the NIMH Epidemiological Catchment Area Program. In: Maser JD, Cloninger CR (eds) *Comorbidity of mood and anxiety disorders*. American Psychiatric Press, Washington, DC, pp 112–122
- Salvador-Carulla L, Segui J, Fernandez-Cano P, Canet J (1995) Costs and offset effect in panic disorders. *Br J Psychiatry* 166 [Suppl] 27: 23–28
- Siegal L, Jones WC, Wilson JO (1990) Economic and life consequences experienced by a group of individuals with panic disorder. *J Anxiety Disorder* 4: 201–211
- Sullivan E, Fahey M, Bauman A, et al (1995) Health in South Western Sydney: an epidemiological profile. South Western Sydney Area Health Service, Epidemiology Unit, pp 1–11
- Telch M, Lucas J, Schmidt N, Hanna H, et al (1993) Group cognitive behavioural treatment of panic disorder. *Behav Res Ther* 31/3: 279–287

Korrespondenz: Renate Wagner, PhD, Director, Clinic for Anxiety and Traumatic Stress, Bankstown Hospital, Claribel Street, Bankstown, NSW 2200, Australia.

Dr. Renate Wagner ist klinische Psychologin und Leiterin der Angstklinik im Bankstown Hospital und hat einen Lehrauftrag an der Medizinischen Fakultät der University of New South Wales. Sie erwarb ihr Doktorat an der Universität Wien und ihre weitere klinische Ausbildung in kognitiver Verhaltenstherapie und in Familientherapie in London. Sie lebt seit 1974 in Australien, wo sie sowohl klinisch als auch akademisch tätig ist. Sie lehrte viele Jahre medizinische Psychologie an der Medizinischen Fakultät der University of New South Wales in Sydney und später klinische und Beratungspsychologie an derselben Universität. Dr. Wagner war 1995 Gastprofessorin am Institut für Medizinische Psychologie der Universität Wien. Ihre Forschungsschwerpunkte sind: der Beitrag psychologischer Faktoren in der optimalen medizinischen Ausbildung und Pflege (Arzt-Patient-Beziehung, Burnout, transkulturelle Arzt-Patient-Beziehungen), Angststörungen mit speziellem Schwerpunkt auf kulturelle Aspekte in der Diagnose und Behandlung von Angststörungen. Dr. Wagner ist verheiratet und hat zwei Kinder.

Vijaya Manicavasagar ist klinische Psychologin (Magister der klinischen Psychologie). Sie ist die Leiterin der Angstklinik in Liverpool, New South Wales, und Forschungsleiterin der psychiatrischen Forschungs- und Lehrabteilung des Psychiatrischen Institutes der University of New South Wales. Magister Manicavasagar war in die Entstehung von zwei Angstkliniken in zwei der größten Universitätskliniken in Sydney involviert. Sie hat 10jährige Erfahrung mit Gruppenbehandlung für Patienten mit Angststörungen. Sie ist die Autorin eines Behandlungsbuches und eines Selbsthilfebuches für Patienten mit Angststörungen, und viele ihrer Publikationen beziehen sich auf Angststörungen und sind in wissenschaftlichen Fachzeitschriften zu finden.