

11 Neurotische Störungen

Birgit Hirsekorn, Marcel Konrad

11.1 Angststörungen

11.1.1 Einleitung und Epidemiologie

Zu Beginn dieses Kapitels ist zu konstatieren, dass Angst und Ängste in jeder Alters- und Entwicklungsstufe im Leben eines jeden Menschen eine Rolle spielen. Im Kindes- und Jugendalter stehen selbstredend andere Ängste im Vordergrund als im Erwachsenenalter oder bei Hochbetagten. Ein adäquater Umgang mit Angst und Ängsten ist daher mit Entwicklungsaufgaben über die Lebensspanne verbunden. Angst ist in ihrer Bedeutung ein Primäraffekt, der das Individuum schützen soll, einen Umgang mit Gefahr und Bedrohung ermöglicht und auf der Verhaltensebene Handlungsimpulse wie Kämpfen, Flucht oder Rückzug impliziert. Auch das Gegenteil, Erstarren, ist möglich. Die Aufmerksamkeit ist gesteigert, physiologisch ist der gesamte Organismus auf eine schnelle Reaktion eingestellt. Die Wahrnehmung ist wachsam auf die Gefahr gerichtet. „Angst ist immer körperliches und seelisches Phänomen zugleich“ (Tölle u. Windgassen 2005).

In der Entwicklung der Persönlichkeit kommt der Angst intrapsychisch (in der Person) wie auch interpsychisch (zwischenmenschlich) eine wichtige regulierende Funktion zu, was Kapfhammer als „biosoziales Signal“ bezeichnet, „das entscheidend zu einer sicheren zwischenmenschlichen Bindung und risikobewussten Auseinandersetzung mit der Umwelt beiträgt“ (Kapfhammer 2005).

In der Literatur wird zwischen Angst (von innen kommend) und Furcht (von außen) unterschieden, eine Differenzierung, die in anderen Sprachen gebräuchlicher ist und in der Psychoanalyse bereits von Freud (1920) benannt wurde. Panik bezeichnet eine plötzliche, übersteigerte Angst. Von pathologischer Angst wird gesprochen, wenn der Grad und die Dauer der Angstreaktion in einem starken Missverhältnis, gar übertrieben und unrealistisch zu auslösenden und angeschuldigten Ursachen stehen (DGPM 2014). Dabei kann es sich um unspezifische, generalisierte Ängste und Panikstörungen oder um objekt- sowie situationsbezogene Ängste handeln. Diese konkreten Angststörungen werden als Phobien bezeichnet (RKI

2015). Von Bedeutung ist zu reflektieren, dass die Beurteilung von Ängsten immer in Abhängigkeit von individuell-subjektiven Kriterien erfolgt. Bei dieser Betrachtung sind in jedem Lebensalter drei Ebenen von Bedeutung (DGPM 2014, Remschmidt 2008):

- die *Erlebensebene* (z. B. Befürchtungen, Überlegungen zu bestimmten angstauslösenden Situationen),
- die *physiologische Ebene* (z. B. Schwitzen, erhöhte Puls- und Atemfrequenz) sowie
- die *Verhaltensebene* (z. B. Vermeidungsstrategien wie Flucht, Ausweichen/Umgehen von angstbesetzten Situationen).

Diese drei Ebenen werden im Verlauf des Kapitels an verschiedenen Stellen thematisiert und dienen hier zur generellen Übersicht.

Nach der unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) erstellten *S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen* sind Angststörungen die häufigsten psychischen Störungen, mit denen erhebliche Kosten für das Gesundheitssystem verbunden sind (DGPM 2014). Laut Robert Koch-Institut (RKI) gehören Angststörungen darüber hinaus zu den häufigsten psychischen Störungen in Europa. Sie sind somit in unserer Gesellschaft weit verbreitet und können das alltägliche Leben der Betroffenen beeinträchtigen sowie zu Arbeitsunfähigkeit führen (RKI 2015).

Die Lebenszeitprävalenz liegt Ergebnissen internationaler Studien zufolge zwischen 14% und 29% (DGMP 2014). Die in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland in ihrem Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS 1-MH) für Deutschland ermittelte 12-Monats-Prävalenz bei Erwachsenen (18–79 Jahre) liegt nach Jacobi und Kollegen (2014) für alle Angststörungen bei 15,3%. Angststörungen wiesen demnach neben Störungen durch Substanzgebrauch die zweithöchste Prävalenz auf. Den Autoren zufolge sind somit 9,8 Millionen Menschen im Alter von 18 bis 79 Jahren von Angststörungen betroffen. In der Altersgruppe der 18–34-Jährigen ist die Prävalenz mit 18% am höchsten, gefolgt von der Altersgruppe der 35–49-Jährigen mit 16,2%. In Bezug auf die Geschlechterverteilung ist ein deutlicher Unterschied zwischen

Frauen und Männern festzustellen. Frauen weisen mit 21,3% eine deutlich höhere Prävalenz als Männer (9,3%) auf (Jacobi et al. 2014).

Angst kann als Symptom bei allen psychischen und somatischen Erkrankungen vorkommen und muss deshalb diagnostisch sorgfältig unterschieden und abgegrenzt werden. Bei Angststörungen besteht ein erhöhtes Risiko einer Komorbidität mit anderen Angststörungen, Depressionen, Suchterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen. Die Depression ist hierbei die häufigste komorbide psychische Störung (DGPM 2014). Angststörungen werden in der ICD-10 im Kapitel F40–F48 (Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen) klassifiziert und im DSM-5 ebenfalls beschrieben (APA 2013, deutsche Übersetzung Falkai u. Wittchen 2015). Es wird vermutet, dass genetische, neurobiologische und psychosoziale Faktoren die Entstehung von Angststörungen beeinflussen (RKI 2015). Auf die Klassifikation sowie auf ätiologische Konzepte wird im folgenden Kapitel eingegangen (► Tab. 11.1).

11.1.2 Klassifikation nach ICD-10 mit Bezug zur ICF

Phobische Störung

Definition

Als phobische Störung wird eine Gruppe von Angsterkrankungen bezeichnet, die dadurch charakterisiert ist, dass die Angst durch eigentlich ungefährliche Situationen oder Objekte, die außerhalb der Person liegen, ausgelöst werden kann.

Die Symptome beschränken sich auf die gefürchteten Situationen und Objekte oder Gedanken an sie (ICF: Körperfunktionen b152, b160). Auf der Verhaltensebene werden die Situationen oder Objekte gemieden oder nur mit Furcht ertragen (ICF: Körperfunktionen b126, b1470, b1520, ICF Aktivitäten und Partizipation d2401). Kennzeichnend sind Erwartungsangst sowie erhöhte vegetative Symptome (z. B. Herzklopfen, Schweißausbruch) (ICF: Körperfunktionen b147, ICF Aktivitäten und Partizipation d240). Daneben werden Symptome benannt, die Thorax und Abdomen betreffen (z. B. Atembeschwerden, Unruhegefühl im Magen) und für

Tab. 11.1 Klassifikation nach ICD-10 mit Bezug zur ICF.

F40.- Phobische Störung	
F40.0	Agoraphobie
F40.00	Ohne Panikstörung
F40.01	Mit Panikstörung
F40.1	Soziale Phobien
F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien
F40.8	Sonstige phobische Störungen
F40.9	Nicht näher bezeichnete phobische Störungen
F41.- Sonstige Angststörungen	
F41.0	Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)
F41.00	Mittelgradig
F41.01	Schwer
F41.1	Generalisierte Angst
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt
F41.3	Andere gemischte Angststörungen
F41.8	Sonstige näher bezeichnete Angststörungen
F41.9	Nichtnäher bezeichnete Angststörungen

die Klienten bedeutsame Gefühle (wie Schwindel, Angst vor Kontrollverlust, Verrücktwerden, Todesangst), die als psychische Symptome beschrieben werden (ICF: Körperfunktionen b147, b2401, b2403). Phobische Angst tritt häufig gleichzeitig mit Depressionen auf, wobei die Depressionen als Folge der durch die Angststörung eingeschränkten Lebensqualität und entstandenen Hoffnungslosigkeit (ICF: Körperfunktionen b1265) anzusehen sind.

Agoraphobie

Definition und Prävalenz

Agoraphobie bezeichnet die Angst vor dem Alleinsein auf öffentlichen Plätzen, aber auch beispielsweise Befürchtungen beim Verlassen des Hauses, Betreten von Geschäften, Ängste in großen Menschenansammlungen und auf allein durchgeführten Reisen.

Die 12-Monats-Prävalenz der Agoraphobie beträgt in Deutschland bei 18–79-Jährigen 4 % (Frauen 5,6 % – Männer 2,3 %) (Jacobi et al. 2014).

Soziale Phobie

Definition und Prävalenz

Soziale Phobie beinhaltet die Furcht davor, von anderen Menschen prüfend betrachtet zu werden oder sich peinlich oder erniedrigend zu verhalten.

Die 12-Monats-Prävalenz der sozialen Phobie beträgt in Deutschland bei 18–79-Jährigen 2,7 % (Frauen 3,6 % – Männer 1,9 %) (Jacobi et al. 2014).

Soziale Situationen werden möglichst vermieden, Erwartungsangst ist typisch.

Spezifische Phobien

Definition und Prävalenz

Unter spezifischen Phobien werden Ängste vor konkreten Objekten (z. B. Tieren, Donner) und eng umschriebenen Situationen (z. B. Benutzung von Flugzeugen, Besuch beim Zahnarzt, geschlossene Räume) verstanden.

Die 12-Monats-Prävalenz von spezifischen Phobien weist unter allen Angststörungen die höchste Prävalenz auf und beträgt in Deutschland bei 18–79-Jährigen 10,3 % (Frauen 15,4 % – Männer 5,1 %) (Jacobi et al. 2014).

Auch hierbei muss die Angst als klinisch relevant beschrieben werden und das Vermeidungsverhalten deutlich ausgeprägt sein. Bei der Interpretation der oben aufgeführten hohen Prävalenzen muss berücksichtigt werden, dass es sich bei ungefähr der Hälfte der Angststörungen um spezifische Phobien handelt (10,3 %). Dazu zählen Tierphobien, Höhenangst, Flugangst oder Spritzenphobien, welche die Betroffenen im Alltag nicht selten schwer beeinträchtigen (Jacobi et al. 2014).

Sonstige Angststörungen

Definition

Unter anderen Angststörungen versteht man in der ICD-10 „Manifestationen der Angst, die als Hauptsymptom anzusehen sind, ohne auf eine bestimmte Umgebungssituation bezogen zu sein. Depressive und Zwangssymptome, sogar einige Elemente phobischer Angst, können vorhanden sein, vorausgesetzt, sie sind eindeutig sekundär oder weniger ausgeprägt“ (Dilling, Freyberger 2005).

Panikstörungen

Definition und Prävalenz

Panikstörungen sind nicht vorhersehbare, wiederkehrende schwere Angstattacken ohne Bezug auf spezifische Situationen oder Objekte.

Die 12-Monats-Prävalenz von Panikstörungen weist unter allen Angststörungen die niedrigste Prävalenz auf und beträgt in Deutschland bei 18–79-Jährigen 2 % (Frauen 2,8 % – Männer 1,2 %) (Jacobi et al. 2014).

Es ist eine zeitlich begrenzte Episode von wenigstens einigen Minuten, mit abruptem Beginn und schnellem Höhepunkt. Symptome treten wie bei der phobischen Störung auf den Ebenen Vegetativum, Thorax und Abdomen sowie Psyche auf. Die dort aufgeführten Kategorien der ICF sind demnach auch hier anzuwenden. Neben den Gefühlen von Todesangst und Kontrollverlust können auch Derealisation und Depersonalisation (ICF: Körper-

funktionen b156, b1800) vorkommen. Zentral ist die emotionale Bewertung der körperlichen Symptome als Gefahrensignale (für z.B. „Herzinfarkt“, „die Kontrolle zu verlieren“, „verrückt zu werden“) (ICF: Körperfunktionen b152).

Generalisierte Angststörung

Definition und Prävalenz

Die generalisierte Angststörung hat als Hauptsymptom eine generalisierte und anhaltende Angst. Ohne konkreten Bezug kann sie als „frei flottierend“ bezeichnet werden.

Die 12-Monats-Prävalenz der generalisierten Angststörung beträgt in Deutschland bei 18–79-Jährigen 2,2% (Frauen 2,9% – Männer 1,5%) (Jacobi et al. 2014).

Symptomatisch sind ständige Nervosität, Anspannung, Zittern, Schwitzen, Schwindel, Oberbauchbeschwerden, Herzklopfen und ständiges Grübeln sowie Befürchtungen vor Unheil/Krankheit und übermäßigen Sorgen, die alle Bereiche des Lebens betreffen (ICF: Körperfunktionen b147, b2401, b2403, ICF Aktivitäten und Partizipation d240).

11.1.3 Psychologische und medizinische Modelle

Die Ursachen und Entstehungsbedingungen sind multifaktoriell. Eine genetische Disposition konnte nach Angaben der DGPM (2014) durch Zwillingsuntersuchungen festgestellt werden. Es wurden moderate bis hohe Erbfaktoren errechnet (67% für die Agoraphobie, 51% für die soziale Phobie, 41–54% für die Panikstörung und 32% für die generalisierte Angststörung). Familiäre Häufungen sind bekannt, aber umfangreichere Untersuchungen (Adoptionsstudien, Zwillingsstudien, Familienstudien, Kopplungsuntersuchungen, Assoziationsuntersuchungen) weisen auch deutlich auf andere Entstehungsfaktoren hin (Bandelow 2001). Neben der genetisch bedingten Vulnerabilität müssen demnach auch psychosoziale Faktoren berücksichtigt werden (DGPM 2014). Einzeltraumatisierungen, wie z.B. Trennungserfahrungen oder Missbrauch, wurden gehäuft von Betroffenen benannt (critical life events).

Neurobiologische Modelle

Neurobiologische Modelle weisen auf die Beteiligung neuronaler Strukturen und neurochemischer Prozesse mit ihren Veränderungen (Dysfunktionalität) hin. Vermutet werden beispielsweise eine Serotoninindysfunktion und eine Störung des noradrenergen Systems (Kapfhammer 2005). Derzeit können noch keine endgültigen Schlüsse der neurobiologischen Verursachung von Angststörungen gezogen werden. Es lässt sich jedoch durch die Wirksamkeit von Medikamenten, welche eine Verbesserung der Serotoninneurotransmission bewirken, auf eine Beteiligung von Serotonin schließen (DGPM 2014).

Entwicklungstheoretische Modelle

Entwicklungstheoretische Modelle zeigen auf, dass Ängste in der normalen Entwicklung in den einzelnen Phasen ihre spezifische Bedeutung haben, dann aber durch erworbene Fähigkeiten abgelöst werden und ihre Bedeutung verlieren (z.B. Fremdenangst, Trennungsangst). Trotzdem kann es in jeder Phase zu einer Manifestation kommen, weil andere Bedingungen wirksam sind, wie die oben genannten genetischen Faktoren (ängstliche Persönlichkeit) oder zwischenmenschliche Faktoren (Trennung, Verlust, nicht förderliche Erziehungsstile).

Lerntheoretische Modelle

Lerntheoretische Modelle gehen davon aus, dass Angst konditionierbar ist. Beim klassischen Konditionieren muss ein neutraler Reiz (Glocke) häufig mit einem Stimulus (Futter) gekoppelt werden, der eine reflexartige physiologische Reaktion (Speichelfluss) hervorruft. Später ist dann der neutrale Reiz (Glocke) allein in der Lage, die physiologische Reaktion (Speichelfluss) hervorzurufen. Pawlow führte die entsprechenden Versuche um 1904 durch (Zimbardo, Ruch 1978).

So kann z.B. ein neutraler Reiz (Dunkelheit) mit einem unkonditionierten Stimulus (körperlicher Schmerz) und einer unkonditionierten physiologischen Reaktion (Schmerz und Angst in Form von Herzklopfen, Schweißausbruch usw.) zusammentreffen und bei Wiederholung konditionieren. Der Lerneffekt besteht darin, dass der Organismus eine Verbindung zwischen zwei Reizen hergestellt hat und der erste Reiz ein zuverlässiges Signal für den zweiten geworden ist. Der konditionierte Stimulus

wird wiedererkannt, die physiologische Reaktion (körperliche Signale der Angst) läuft automatisch und das Individuum kann sein Verhalten (z.B. Rückzug oder Angriff) danach ausrichten. Konditionierte Stimuli dienen also auch dazu, den Organismus zu schützen, ihn an seine Umwelt anzupassen.

Daneben können sich konditionierte Reize generalisieren. Wie im obigen Beispiel kann sich die Dunkelheit auf Dämmerung und dunkle Atmosphären ausweiten, ein Glockenton auf alle Töne. Damit können diese Reize dem ursprünglichen Sinn entrücken, den Zusammenhang nicht mehr erkennen lassen.

Wird durch das Vermeidungsverhalten Angst erfolgreich reduziert (negativer Verstärker), spricht man in diesem Fall von operanter Konditionierung. Bei der operanten Konditionierung können negative oder positive Verstärker wirksam werden, die sich konkret auf das Verhalten auswirken. Belohnung und Bestrafung müssen in direktem Bezug zu dem Verhalten erfolgen. Verhaltenstherapeuten gehen davon aus, dass sich menschliches Verhalten auf der Grundlage des operanten Konditionierens entwickelt und variieren lässt.

Kognitiv-behavioristische Modelle

Kognitiv-behavioristische Modelle gehen davon aus, „dass kognitive und Gedächtnis-Prozesse auf dem Boden einer biologischen und psychologischen Vulnerabilität zu einer Fehlinterpretation externer und interner Stimuli führen“ (Bandelow 2001).

Wahrnehmen, Denken und Vorstellen als kognitive Dimensionen stehen in der therapeutischen Bearbeitung im Mittelpunkt. Die subjektive Bewertung, eine Situation ohne realistische Bedingungen als bedrohlich einzuschätzen, wird dysfunktionale Kognition genannt. Diese Kognitionen (automatische Gedanken), die den Betroffenen oft nicht bewusst sind, aber das ängstliche Erleben und Verhalten bestimmen, sollen erkannt werden und in Verbindung mit neuen Erfahrungen (Verhalten) verändert, umbewertet und somit auch realistischer werden.

Psychoanalytisches Modell

Das psychoanalytische Modell ist ursprünglich auf S. Freud (1856–1939) zurückzuführen. Er sah die Ursache für Angstneurosen in verdrängten sexuellen oder aggressiven Impulsen, einem intrapsy-

chischen Konflikt zwischen Es, Ich und Über-Ich. Daneben betrachtete er frühkindliche Traumatisierungen und falsche Erziehungsstile als bedeutsam für die Entwicklung späterer neurotischer Ängste.

Psychodynamisch-psychoanalytische Modelle

Psychodynamisch-psychoanalytische Modelle sind eine Weiterentwicklung der Theorie des Unbewussten nach Freud. Sie basieren ebenfalls auf der Grundannahme, dass unser Fühlen und Handeln von unbewussten inneren Motiven gesteuert wird und es bewusste und unbewusste Konflikte gibt. Den Umgang mit unangenehmen Gefühlen oder inneren Spannungszuständen als Folge ungelöster Konflikte „regelt“ das Ich über bestimmte Abwehrmechanismen, die eine Symptombildung (z.B. in Form von Angst) zur Folge haben können. Dabei gelten frühere Interaktionen mit wichtigen Bezugspersonen als erlernte Muster, die durch einen subjektiven Bedeutungsinhalt dem individuellen Erleben eine eigene Wertigkeit geben.

„Eine Wiederbelebung der konflikthaften Beziehungen und Bedürfniserfahrungen löst Angst aus und verursacht damit komplexe Abwehrmaßnahmen, die bei Misslingen zu neurotischen Störungen führen. Klinisch bedeutsam sind vier Grundformen der Angst:

- Trennungsangst, d. h. die Angst vor Verlust der versorgenden Bezugsperson,
- Angst vor Liebesverlust, d. h. die Angst vor Verlust der Liebe und Zuneigung,
- Angst vor Strafe und
- Angst vor Verletzung, d. h. die Angst vor Zerstörung oder Verlust der körperlichen Integrität (Schüssler in Möller et al. 2005).

Diese innerseelischen Ängste können sich dann zu Angststörungen entwickeln. Sie sind von der Realangst vor konkreten Gefahren abzugrenzen.

Diathese-Stress-Modell

Das Diathese-Stress-Modell findet auch hier Anwendung. „Eine möglicherweise genetisch bestimmte Disposition, die sich in bestimmten neurobiologischen Veränderungen auswirkt, kann das Individuum für Traumatisierungen in der Kindheit oder im Erwachsenenalter vulnerabel machen (wobei die biologischen und Umweltanteile individuell unterschiedlich ausgeprägt sein können)“ (Bandelow 2001).

11.1.4 Verlauf und Therapie

Angststörungen haben im zeitlichen Verlauf betrachtet einen unterschiedlichen Beginn. Bei spezifischen Phobien beträgt der Median des Alters zu Beginn 7 Jahre, für die soziale Phobie 13 Jahre, für Panikstörungen 24 Jahre und für die generalisierte Angststörung 31 Jahre. Ferner haben Angststörungen einen chronischen Verlauf (DGPM 2014). Deshalb ist eine störungsspezifische Behandlung angezeigt.

Die Behandlung von Klienten oder Klientinnen mit Angststörungen kann je nach Schweregrad ambulant oder stationär erfolgen. Es gibt spezielle Einrichtungen, z. B. Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie mit störungsspezifischen Konzepten, Angstambulanz und verhaltenstherapeutischen Einrichtungen.

Die Kombination der Psycho- und Pharmakotherapie hat Vorteile gegenüber Monotherapien (Bandelow 2001). Für den Behandlungsverlauf sind Komorbiditäten mit anderen psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen als ungünstig anzusehen.

Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapie setzt am Vermeidungsverhalten an. Sie geht das Symptom Angst direkt an, unter Anwendung verschiedener verhaltenstherapeutischer Techniken (systematische Desensibilisierung, In-vivo-Expositionstherapie, kognitive Methoden). Die Betroffenen sollen lernen, sich den angstbesetzten Situationen auszusetzen (Reizkonfrontation), sie so lange auszuhalten, bis die Angst abgeklungen ist. Die Erfahrung, dass die Befürchtungen und negativen Konsequenzen nicht eingetreten sind, ermöglicht eine Gewöhnung an den Reiz (Habituation) oder ein Erlernen von Bewältigungsstrategien, die einen Umgang mit der Angst ermöglichen (Angst-Management-Training). Verhaltenstherapie wird aufgrund zahlreicher klinischer Studien als wirksam eingestuft (Bandelow 2001).

Kognitiv-behaviorale Therapie

Kognitiv behaviorale Therapie beschränkt sich in ihrer Anwendung nicht nur auf das Aufspüren kognitiver Defizite, sogenannter automatischer, dysfunktionaler Gedanken, sondern sie begegnet in strukturierter Vorgehensweise dem gesamten Denken und Erleben der Angsterkrankung. Lern-

theoretische Methoden werden mit Psychoedukation (Erklärungsmodelle der Angst, Ursachen, physiologische Phänomene der Angst) verknüpft, Fehleinschätzungen und Fantasien werden systematisch überprüft und dann auf der konkreten Verhaltensebene erprobt.

Psychodynamische Therapie

Kapfhammer (2005) beschreibt in seinem Kapitel zu Angststörungen, dass psychodynamische Therapien bei den verschiedenen Subtypen der Angststörungen unterschiedliche Konfliktthemen in den Mittelpunkt stellen, die hier nur aufgelistet und nicht zugeordnet werden:

- Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Konflikt,
- intrapsychischer Konflikt, der sich auf die Angst vor dem Alleinsein und dem Verlassenwerden bezieht, einschließlich der daraus resultierenden Gefühle von Angst, Beschämung, Schuld und Ärger,
- fragile Selbstorganisation bei übermächtigen, dominanten Objektrepräsentationen (z. B. übermäßig kontrollierender Vater), mit manchmal magisch-omnipotentem oder verfolgend-vernichtendem Charakter in der inneren Erlebniswelt,
- Angst vor der Abwesenheit der schützenden Bezugsperson oder deren Verlust,
- traumatisierende Kindheitsbelastungen,
- verunsichernde Beziehungserfahrungen,
- unbewusste Aggressionsaffekte,
- internalisierte Bilder von Eltern, die beschämen, kritisieren, lächerlich machen, demütigen und im Stich lassen.

Die psychodynamische Therapie basiert auf der Vorstellung, dass diese Konflikte unbewusst sind und die Aufdeckung dieser Prozesse zu einer Remission der Symptome führt.

Strukturelle Kriterien der Persönlichkeitsreife (z. B. Ich-Stärke, Fähigkeit zur Abgrenzung) werden nicht nur in Bezug auf die persönlichen Affekterfahrungen mit Angst berücksichtigt, sondern auch in Verbindung mit anderen konflikthafter Affekterfahrungen, z. B. aggressiver Selbstbehauptung, Scham, Demütigung, sexueller Erregung, betrachtet. Je besser Angstbewältigung gelingt, desto günstiger ist die Ich-Stärke eines Menschen einzustufen.

Integrative Therapien

Integrative Therapien verbinden lerntheoretische, persönlichkeits-theoretische und psychodynamische Erkenntnisse. Sie nutzen die positive Wirkweise der Pharmakotherapie.

Da sie einem ganzheitlichen Menschenbild folgen, stehen sie ergotherapeutischen Grundannahmen sehr nahe, die mit ihrem ganzheitlichen Denken immer bestrebt sind, physiologische, psychologische, kognitive und soziale Aspekte zu berücksichtigen.

Entspannungsverfahren

Entspannungsverfahren wie autogenes Training nach J. H. Schulz und progressive Muskelentspannung (PMR) nach E. Jacobson haben sich in Kombinationsbehandlung mit den obigen Methoden als unterstützend für das eher introvertierte Klientel erwiesen. Autosuggestive Methoden, wie das autogene Training sind hierbei „unbemerkt“ in angstbesetzten sozialen Situationen gut anzuwenden, weil es, im Gegensatz zu sensorischen Verfahren wie der PMR, äußerlich nicht sichtbar ist, dass ein Entspannungsverfahren angewandt wird. Dies kann als Copingstrategie eine höhere Alltagsrelevanz und somit eine gestiegene Adhärenz der Klientel bedingen.

Psychopharmakotherapie

Psychopharmakotherapie wird kontrovers diskutiert. Verhaltenstherapeuten benennen die Wichtigkeit des intensiv erlebten Affektes für die Qualität der Habituation. Eine medikamentöse Behandlung hätte hier eine abschwächende Wirkung. Andererseits können sie in Krisensituationen eine wichtige Hilfestellung für den Zugang zur Psychotherapie sein und im Hinblick auf die neurobiologischen Erkenntnisse eine sinnvolle Unterstützung bieten (siehe Kap. 11.1.3).

11.1.5 Psychosoziale Faktoren

Bei einem chronischen Verlauf der Angststörungen (ausgenommen die spezifischen, isolierten Phobien) ist von der Entwicklung bedeutsamer Behinderungen im psychosozialen Verhalten auszugehen.

Die Angst erlaubt den Klienten nicht mehr, allein die häusliche Umgebung zu verlassen. Der Verlust von Arbeit oder zwischenmenschlichen Beziehun-

gen ist die Folge. Zwischenmenschliche Beziehungen werden auch durch das anklammernde Verhalten überlastet. Mitmenschen wenden sich ab, weil die Gründe für das Verhalten und Erleben der Angst nicht nachvollziehbar, nicht objektivierbar sind. Bei Vereinsamung kann es auch zu großen Problemen bei der Beschaffung von Lebensmitteln und Dingen des alltäglichen Bedarfs kommen.

11.1.6 Ergotherapeutische Behandlung mit Bezug zur ICF

Im stationären Setting ist der Formenkreis F40–F49 von ca. $14 \times 10\,000$ im Jahr 2005 auf eine Fallzahl von ca. $16 \times 10\,000$ im Jahr 2012 angestiegen (Kowitz et al. 2014). Nach aktuellen Ergebnissen einer Umfrage des DVE Fachausschuss Psychiatrie (Ziehn, Trosch 2018) zur ambulanten Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie wurde die Diagnosegruppe F40–F48 mit einem prozentualen Anteil von 12,55% aufgeführt. Diese Diagnosegruppe macht, den Angaben der Autoren zufolge, die vierthäufigste Diagnosegruppe in der ambulanten psychiatrischen Ergotherapie aus.

Die moderne klientenzentrierte und betätigungsorientierte Ergotherapie kann mit ihren vielfältigen, auf die Bedürfnisse der Klienten und Klientinnen bezogenen Behandlungsmethoden bei dieser Klientel zielgerichtet intervenieren. So kann der Klient mit einer sozialen Phobie in gruppentherapeutischen Settings geschützt neue Erfahrungen sammeln, die dem früheren kindlichen Erziehungsmuster entgegenstehen, das geprägt war von geringer emotionaler Verfügbarkeit, verstärkter interpersonaler Zurückweisung und strengen Bewertungsstandards. Somit können dysfunktionale Gedanken in funktionale Gedanken modifiziert und Handlungskompetenzen neu erworben werden.

Bei entsprechenden Voraussetzungen im Behandlungssetting und therapeutischer Kompetenz können Ergotherapeuten Möglichkeiten für die In-vivo-Exposition anbieten, z.B. bei spezifischen Phobien, die objektbezogen sind (wie unter Behandlungsmethoden beschrieben).

Für die Klienten mit generalisierter Angststörung und Panikstörung kommen alle Behandlungsmethoden mit Entwicklungsmöglichkeiten der Handlungsfähigkeit, der emotionalen und sozialen Kompetenzen sowie der Selbstwahrnehmung infrage.

Ergotherapeutische Haltung und Zielsetzung

Am Anfang steht der Aufbau einer tragfähigen Beziehung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Klienten oder Klientinnen mit Angststörungen häufig negative Beziehungserfahrungen gemacht haben, die von Abwertung oder Abhängigkeit gekennzeichnet waren. Das Selbstbild der Klienten ist oft durch negative Vorstellungen geprägt, der Selbstwert gering. Ergotherapeuten begegnen den Klienten mit Angststörungen empathisch, wertschätzend, ohne dabei belohnend auf das ängstliche Verhalten zu reagieren (d. h. Trost geben), um es nicht weiter zu manifestieren, positiv zu verstärken. Positive Verstärker werden in Form von Lob für selbstwirksames und kompetentes Verhalten eingesetzt bzw. es wird mit dem Klienten aktiv erarbeitet, wie er sich selbst belohnen kann, damit langfristig keine Abhängigkeit von der Therapeutin entsteht.

► Ziele in der ergotherapeutischen Behandlung unter Berücksichtigung der Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung

- Stärkung der defizitären Ich-Strukturen über erlebte Kompetenz auf der Handlungsebene/Erweiterung der Handlungsperformance und Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung (ICF: Körperfunktionen b1266, b180, ICF Aktivitäten und Partizipation d2401),
- Verbesserung der Ich-Stärken, z. B. Abgrenzungsfähigkeit, Ausdruck z. B. von Aggression, Umgang mit Kritik (ICF: Körperfunktionen b1260, b1521, ICF Aktivitäten und Partizipation d7103, d7204),
- Erweiterung der Ausdrucksformen emotionaler Erlebnisinhalte, auch in Bezug auf angstbesetzte Themen oder Bilder (ICF: Körperfunktionen b1522, Aktivitäten und Partizipation d330),
- Umgang mit Verantwortung und Risiken erlernen (ICF: Körperfunktionen b1262, ICF Aktivitäten und Partizipation d2400),
- eigene Leistungsfähigkeit angemessen beurteilen und wertschätzen lernen (ICF: Körperfunktionen b1800),
- Erweiterung der zwischenmenschlichen Kompetenzen in Bezug auf Kommunikation und Interaktion und Korrektur von übertriebenen negativen Selbsteinschätzungen (ICF: Körperfunktionen b1266, ICF Aktivitäten und Partizipation d310–d329, d330–d349, d720),

- Reintegration in ein soziales Netzwerk (ICF: Aktivitäten und Partizipation d730–d779, d910),
- berufliche Integration (ICF: Aktivitäten und Partizipation d840–d859),
- Umgang mit Autoritäten verbessern in Bezug auf angstgeleitetes Vermeidungsverhalten (ICF: Aktivitäten und Partizipation d7400),
- Erweiterung der Rollenperformance in unterschiedlichen Lebensbereichen.

Ergotherapeutische Diagnostik

Aktuell gibt es noch kein ICF-Core-Set für Angststörungen. Daher eignet sich die ICF Checkliste der WHO als sinnvoll für die praktische Anwendung der ICF (Tenorio-Martínez et al. 2009). Tenorio-Martínez und Kolleginnen haben in ihrer Studie u. a. bei Klienten mit Angststörungen auf der Ebene der Aktivitäten und der Partizipation untersucht, welche Bereiche der ICF am meisten betroffen sind. Daher wird sich im Folgenden auf diese Ergebnisse bezogen. Anhand der Symptome der Angststörungen lassen sich den Autorinnen zufolge in Ergänzung zu den bereits aufgeführten Kategorien, folgende ICF Kategorien ableiten:

ICF Aktivitäten und Partizipation:

- d175 Probleme lösen,
- d177 Entscheidungen treffen,
- d230 die tägliche Routine durchführen,
- d640 Hausarbeiten erledigen,
- d720 komplexe interpersonelle Interaktionen,
- d730 mit Fremden umgehen,
- d740 formelle Beziehungen,
- d760 Familienbeziehungen,
- d845 eine Arbeit erhalten, behalten und beenden,
- d910 Gemeinschaftsleben,
- d920 Erholung und Freizeit.

Nach der Vorstellung für Angststörungen relevanter ICF-Kategorien bzw. -Items wird die ergotherapeutische Diagnostik für Angststörungen anhand eines Fallbeispiels mit der Diagnose einer generalisierten sozialen Phobie bei ängstlich vermeidender Primärpersönlichkeit dargestellt.

Als Vorinformation zu Beginn der Ergotherapie standen aus der Akte des Klienten die Anamnese im Hinblick auf das Krankheitsgeschehen, soziale und beruflich relevante Informationen zur Verfügung.

In der ergotherapeutischen Diagnostik ergaben sich daraus verschiedene Fragestellungen, die un-

ter Verwendung klientenzentrierter Interviews und Checklisten, die im Rahmen des *Model of Human Occupation* nach G. Kielhofner zur Verfügung stehen, in spezifische Aspekte differenziert werden konnten. Auf der Handlungsebene kann die gewünschte Veränderung als Ziel formuliert werden und damit für den Klienten erfassbar und überprüfbar sein (Feinzielebene).

- Welche Fähigkeiten in der *Interaktion und Kommunikation* möchte der Klient verbessern, um das Kontaktverhalten (ICF: Aktivitäten und Partizipation d7) im Beruf (ICF: Aktivitäten und Partizipation d7400, d7401, d7402, d840–d859) und in der Freizeit (ICF: Aktivitäten und Partizipation d7540, d920) zu erleichtern, angstbesetztes Verhalten abzubauen, um die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit (ICF: Aktivitäten und Partizipation d840, d845) zu ermöglichen (unterstützendes Assessment: ACIS, Forsyth et al. 1995, 2009)?
- Welche *Interessen* und Fähigkeiten haben das Beschäftigungsverhalten früher geprägt, bevor die Symptome der Angst den Tagesablauf bestimmt haben (ICF: Aktivitäten und Partizipation d230)? Welche sind von persönlich hoher Bedeutung? Welche möchten wieder aufgegriffen werden? Welche sollen neu hinzugenommen werden? Stehen einzelne Rollen im Konflikt zueinander (unterstützende Assessments: Interessencheckliste, Matsutsuyu 1967, Rollencheckliste, Oakley et al. 1986)?
- Welche *Rollen* füllt der Klient bereits aus, um welche möchte er sein Repertoire erweitern (unterstützendes Assessment: Rollencheckliste, Oakley et al. 1986)?
- Welche *Einflussfaktoren* haben konkret zur Belastung *am Arbeitsplatz* beigetragen (ICF: Umweltfaktoren e2, e330, e430) (unterstützendes Assessment: WEIS, Moore-Corner und Kielhofner 1997, 2009)?
- Welche *dysfunktionalen Gedanken* unterhalten das strenge Leistungsniveau (ICF: Körperfunktionen b160)?
- Welche Copingstrategien wurden bisher angewandt (ICF: Körperfunktionen b1646)?
- Gibt es Behandlungsbedarf im Hinblick auf *ADL-Fähigkeiten* (ICF: Aktivitäten und Partizipation d2, d5, d6)?

Ferner ist das Mini-ICF-APP (Linden et al. 2015) im Rahmen der ergotherapeutischen Diagnostik ein geeignetes Assessment zur gezielten Fremd-

beurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen, die bei Klienten mit Angststörungen von Bedeutung sind. Der aktuelle Fähigkeitsstatus des Klienten sowie Veränderungsmessungen im Rahmen einer Therapieverlaufkontrolle sind dadurch möglich. Ferner wird die Anwendungsdauer von circa 10 Minuten als ressourcenschonend erachtet.

Ergotherapeutische Interventionen

Eine klientenzentrierte ergotherapeutische Intervention, die dazu dient, die Alltagsfähigkeiten sowohl zu Hause als auch bei der Arbeit zu verbessern, ist die *Tree Theme Method® (TTM)*. Diese Methode beinhaltet Aspekte der Progressiven Muskelrelaxation sowie gestaltungstherapeutische Aspekte. In einer Gruppe von Klienten mit Angststörungen zeigte die Intervention signifikante Veränderungen psychischer Symptome, der Alltagskompetenz sowie gesundheitsbezogener Aspekte (Gunnarsson et al. 2018). Klienten mit Angststörungen werden in der Ergotherapie vorwiegend im *gruppentherapeutischen Setting* behandelt, damit sie bereits durch das therapeutische Setting ein möglichst realitätsnahes Übungsfeld für die größten dysfunktionalen angstdominierten Verhaltensweisen erfahren, z. B. im Umgang mit anderen Personen, im Erleben einer Bewertung durch andere Personen. Bei der Planung und Durchführung von ergotherapeutischen Gruppentherapien im psychiatrischen Gesamtbehandlungsplan sollte berücksichtigt werden, dass bei diesem Setting durchaus auch Nebenwirkungen zu erwarten sind (Flöge et al. 2016). Nur in Ausnahmefällen ist das *einzeltherapeutische Setting* zu wählen, zum Beispiel wenn es um ein gezieltes Expositionstraining bei spezifischen Phobien oder bei Agoraphobien geht. In diesem Rahmen kann z. B. die Nutzung des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) (ICF: Aktivitäten und Partizipation d4702) realitätsnah trainiert werden. Der alltags- und lebenswelt- sowie betätigungsorientierte Nutzen für einen Klienten liegt z. B. darin, dass der Klient den ÖPNV nutzen muss, um seine alltagsbezogene und berufliche Mobilität zu gewährleisten. Das Expositionstraining erfolgt nach Grundsätzen der systematischen Desensibilisierung. Der Klient wird demnach sukzessive mit angstbesetzten Themen in Bezug auf den ÖPNV konfrontiert. Dies kann praktisch so aussehen, dass der Klient und die Ergotherapeutin gemeinsam von der Klinik aus an

die nächstgelegene Haltestelle des öffentlichen Personen- und Nahverkehrs ÖPNV gehen, die Situation, dass mehrere Menschen an der Haltestelle warten, „gemeinsam“ aushalten und anschließend wieder zurück in die Klinik gehen. Im nächsten Schritt wird ein Ticket gekauft, im darauffolgenden Schritt eine Station gefahren, bis schließlich die gesamte Handlung funktional durchgeführt werden kann. Zur Dokumentation der Angstsymptomatik durch den Klienten dient ein Angstbarometer, welches vor und nach der Expositionsübung vom Klienten erstellt wird. Dies hilft dem Klienten und der Ergotherapeutin dabei, zu reflektieren und festzustellen, zu welchem Zeitpunkt, bei welcher Handlung etc. die Angst am größten gewesen ist.

Im Rahmen ausdruckszentrierter Interventionen kann der Klient das gefürchtete Objekt selbst gestalten, um sich bildlich oder plastisch auszudrücken (ICF: Aktivitäten und Partizipation d3352). Material, Größe und Form können dabei eine gestaffelte Konfrontation ermöglichen und das Angst-Management-Training kann gezielt zur Anwendung kommen. Auch Behandlungen extremer Ausprägungen der generalisierten sozialen Phobie können zum Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung zunächst mit der Sozialform Einzeltherapie, kompetenzzentrierte Interventionen, begonnen werden und dann alsbald in ein gruppentherapeutisches Setting übergeleitet werden. Mit *kompetenzzentrierten Interventionen* (Einzelarbeit in der Gruppe) kann der Klient sich mit der Bewertung der eigenen Arbeit und seinen verinnerlichten hohen Leistungsansprüchen auseinandersetzen. Versagensängste, Angst vor schlechter Beurteilung, insbesondere auch durch die Therapeutin (Autoritäten), sind häufige Themen der Reflexion (ICF: Körperfunktionen b152, ICF Aktivitäten und Partizipation d7400, d7402).

Eine Steigerung bietet die Teilnahme an einer Projektarbeit mit *interaktionellen Interventionen*, bei der sich die Klienten mit ihren Befürchtungen, für schwach oder dumm gehalten zu werden, und Erwartungen, negative Kommentare von anderen zu bekommen, sowie mit ihrer Schamanfälligkeit (Erröten, Zittern von Sprache und Händen) (ICF:

Körperfunktionen b1266, b180) in einem geschützten Übungsfeld befinden. Interaktionelle Interventionen stellen somit hohe Anforderungen, auch in Abhängigkeit von der Gruppenzusammensetzung, an die Belastungsfähigkeit des Klienten und dienen als realitätsnahes Übungsfeld.

Ein wichtiger Schwerpunkt ist auch hier, Feedback zu geben, das angemessen emotional und realistisch sein sollte, den Klienten eine Rückmeldung dazu vermittelt, wie sie wahrgenommen, verstanden und erlebt werden. Das Sprechen (ICF: Aktivitäten und Partizipation d330) vor anderen fällt Klienten mit sozialer Phobie besonders schwer, sodass möglicherweise eine entsprechende Aufgabenstellung diese Fähigkeit trainieren könnte. Das Wissen um die leichte Kränkbarkeit und Angst vor Demütigung (ICF: Körperfunktionen b152) sollte im therapeutischen Handeln Berücksichtigung finden.

Werden *ausdruckszentrierte Interventionen* zur Behandlung gewählt, verweist uns die Psychotherapie bei dieser Klientel auf die Wichtigkeit der emotionalen Themen wie z. B. Scham und Schuld, Demütigung, Aggression, Abwertung, Abgrenzung, Selbstbild-Fremdbild (ICF: Körperfunktionen b1266; b152; b180). Ausdruckszentrierte Interventionen sollten zur Erweiterung und Entwicklung der Ausdrucksformen emotionaler Erlebnis-inhalte angewandt werden (ICF: Aktivitäten und Partizipation d3352), können aber auch in der bildlichen Gestaltung von lösungsorientiertem Verhalten gezielt eingesetzt werden (Entwicklung funktionaler Kognitionen, konstruktiver und realitätsbezogener Antizipationsfähigkeit). Dabei malen sich die Klienten in einer angstbesetzten Situation entsprechend den eigenen Befürchtungen und gestalten symbolisch Lösungsmöglichkeiten (ICF: Körperfunktionen b1646) im eigenen Bild.

Im Beziehungsmuster haben die Klienten gehäuft Überbehütung oder unangemessene Distanzierung erfahren, was sich in der therapeutischen Beziehung oder mit Mitklienten wiederholen kann (ICF: Aktivitäten und Partizipation d7 Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen).

Fallbeispiel: Frau P.

Die 31-jährige Bankangestellte Frau P. beschreibt ihre kinderlose eheliche Beziehung als nicht zufriedenstellend. Eigentlich sei der Partner „unter ihrem Niveau“, stehe aber treu zu ihr und sei die einzige Person, der sie vertraue (ICF: Aktivitäten und Partizipation d770). Sie selbst beschreibt sich als schon immer eher ängstlich zurückhaltend (ICF: Körperfunktionen b180). Schon als Kind seien Kontakte schwierig gewesen, nach Hause wollte sie niemanden mitnehmen (ICF: Aktivitäten und Partizipation d720). Der Vater sei Lehrer gewesen. Als Kriegskind habe er sich alles schwer erarbeitet, habe hohe Leistungsansprüche und strenge Werte und Normen vorgelebt (ICF: Körperfunktionen d7600). Die Mutter habe sich für die Karriere des Vaters eingesetzt, auf eigene Wünsche verzichtet und sich deshalb „mit viel Energie auf Haushalt und Kindererziehung konzentriert“. Auch die Mutter sei eher ängstlich und vorsichtig, habe wenig Kontakte. Schlechten schulischen Leistungen oder Fehlverhalten sei mit großer Strenge oder unangemessenen Strafen begegnet worden (ICF: Aktivitäten und Partizipation d760). Man habe beabsichtigt, dass aus ihr etwas werde. Sie liebe ihre Eltern, habe aber heute große Schwierigkeiten, längere Zeit mit ihnen zu verbringen, weil sie dann „so unruhig“ werde (ICF: Körperfunktionen b147; ICF Aktivitäten und Partizipation d760). Mit großen Prüfungsängsten habe sie sich durch Schule und Ausbildung gequält und sei jetzt durch eine Stresssituation am Arbeitsplatz dekompenziert (ICF: Körperfunktionen b152, ICF Aktivitäten und Partizipation d240). Neben höheren Anforderungen in Bezug auf die Arbeitsleistung sei eine „räumliche Veränderung für mehr Kundennähe und Transparenz“ in der Bank durchgeführt worden (ICF: Aktivitäten und Partizipation d850). Sie arbeite jetzt wie auf dem Präsentierteller, ohne Schutzraum, unter den Augen von Kunden, Kollegen und Vorgesetzten. Wirtschaftliche Probleme hätten im Bankwesen zu einem hohen zusätzlichen Arbeitsstress und Angst vor Kündigung geführt (ICF: Aktivitäten und Partizipation d2401, d850). Da ihr Ehemann seit einiger Zeit arbeitslos sei, müsse sie für den gemeinsamen Lebensunterhalt sorgen (ICF: Aktivitäten und Partizipation d8700). Außerdem wolle sie nicht das Eigenheim verlieren. Erröten, Zittern von Sprache und Händen hätten zunehmend Beschämungs-

angst hervorgerufen sowie die Befürchtung, als dumm oder schwach angesehen zu werden. Seit einer Zurechtweisung durch ihren Vorgesetzten, die sie als sehr demütigend erlebt habe, sei sie krankgeschrieben und vermeide jeglichen Kontakt mit der Arbeitsstelle (ICF: Aktivitäten und Partizipation d7400, ICF Umweltfaktoren e330.4), fühle sich auch nicht mehr in der Lage, allein das Haus zu verlassen (ICF: Aktivitäten und Partizipation d4).

Bei Frau P. wurde eine generalisierte soziale Phobie diagnostiziert bei vermeidend selbstunsicherer Persönlichkeit.

Neben dem milieutherapeutischen Behandlungsangebot der Station erhielt Frau P. bewegungstherapeutische Gruppenangebote und psychologische Einzelbehandlung mit dem Schwerpunkt kognitive Verhaltenstherapie, Ergotherapie wurde viermal wöchentlich verordnet.

Die ergotherapeutische Behandlung begann in der halboffenen Kleingruppe (3–5 Klienten) mit kompetenzzentrierten Interventionen, weil durch die Interessencheckliste deutlich wurde, dass die Klientin in früheren Jahren handwerkliche Hobbys (ICF: Aktivitäten und Partizipation d9203) und kulturelle Angebote (ICF: Aktivitäten und Partizipation d9202) gerne wahrgenommen hatte und diese als sinnvolle Betätigungen für sich aufführt. Eine vorgeschlagene Näharbeit lehnte sie ab, weil sie es ihrer Mutter mit ihren Nähkünstnen nie habe recht machen können. Eine Entscheidung fiel ihr schwer. Sie wählte eine komplizierte Glasmosaikarbeit, „weil es ja auch etwas Sinnvolles sein sollte“, einen verzierten Spiegel für den Eingangsbereich ihres Hauses. An einem so repräsentativen Ort sollte ein perfektes Werkstück hängen, was die Klientin stets aufs Neue mit ihren Leistungsansprüchen konfrontierte, die bei genauerer Betrachtung internalisierte Aussagen der Eltern repräsentierten. Mit einer Zielkarteikarte (► Tab. 11.2) zur Beurteilung der eigenen Arbeitsleistung lernte Frau P., zu mehr Zufriedenheit zu kommen, die eigenen Ziele so zu stecken, dass ihr Erfolge möglich wurden.

- Richtziel: die Beurteilungsfähigkeit verbessern (ICF: Körperfunktionen b1520),
- Grobziel: die eigene Leistungsfähigkeit besser beurteilen und wertschätzen lernen (ICF: Körperfunktionen b1266; b180),

Tab. 11.2 Zielkarteikarte Frau P.

Zielkartei Frau P.	Datum: 6.2.2012
Was möchte ich erreichen? Arbeitsschritte/Handlungsebene	Entwurf aufzeichnen
Grad der Zufriedenheit (wenig, mittel, gut)	wenig
Bewertende Gedanken (automatische Gedanken)	Das hätte ich genauer machen können. Ich bin unfähig.
Unterstützende, hilfreiche Kommentare (funktionale Kognitionen)	Das kann ich bei der Umsetzung ausgleichen, ist an dieser Stelle nicht so wichtig. Ich bin auf dem richtigen Weg.

- Feinziel: Frau P. soll dysfunktionale Gedanken und die eigene Arbeitsbeurteilung voneinander trennen lernen, objektivierbare Kriterien erkennen, eigene Arbeit wertschätzen lernen, funktionale Kognitionen einüben (ICF: Körperfunktionen b160).

Die strukturierte Umbenennung abwertender Selbstbeurteilung soll ermöglichen, die negativen Gedanken zu ersetzen, und sich förderlich auf die Entwicklung des Selbstbildes auswirken. Emotional kann dadurch Zufriedenheit wachsen, Freude und Stolz empfunden werden, was sich positiv auf das Selbstwertgefühl und das ganze Selbstbild auswirkt (ICF: Körperfunktionen b180).

In dieser Behandlung bot sich im weiteren Verlauf die Teilnahme an einer Projektgruppe (interaktionelle Interventionen) an, weil die Klientin Veränderungsünsche formulieren konnte, die sich auf ihre Interaktions- und Kommunikationsfähigkeiten bezogen, um ihre berufliche Tätigkeit wiederaufnehmen zu können. Eine ausführliche Reflexion der Beobachtungsergebnisse machte

deutlich, dass Frau P. ineffektive bis defizitäre Fähigkeiten zeigte, wenn sie zwei Arbeitsaufgaben gleichzeitig durchführen wollte. Übertragen auf ihre berufliche Tätigkeit, wäre eine Alltagssituation in der Bank gemeint, z. B. Bedienen von Kunden und dringende Bearbeitung von Verträgen. Eine Absprache mit Kollegen oder Vorgesetzten könnte die Situation entlasten bzw. strukturieren. Ineffektive Kompetenzen im Bereich Informationsaustausch, speziell bezogen auf das Durchsetzungsvermögen und die Artikulationsfähigkeit, führten zu folgender Zielformulierung:

Verbesserung der Aussprache in klarer verständlicher Sprache (ICF: Aktivitäten und Partizipation d330),

Verbesserung der Fähigkeit, Bedürfnisse, Verweigerungen und Wünsche direkt und klar anzusprechen (ICF: Aktivitäten und Partizipation d330, d350, d355).

Über den Fragebogen zum Einfluss der Arbeitsumgebung auf den Stelleninhaber wurde der Veränderungsbedarf der räumlichen Anordnung des Arbeitsplatzes und der Organisation der Arbeitsvorgänge konkretisierbar. In einem gemeinsamen Gespräch mit dem Vorgesetzten konnten Arbeitsplatzveränderungen besprochen werden, wie z. B. Raumteiler und Sichtschutz für Arbeiten, die keinen Kundenkontakt, sondern Konzentration und Aufmerksamkeit erfordern. Daneben sollte eine Arbeitsstrukturierung im Team regeln, wann die einzelnen Beschäftigten für die Beratung der Kunden zuständig sind.

Korrigierende Erfahrungen hinsichtlich der eigenen Fähigkeiten in der interaktionellen Gruppe und ein gezieltes Angsttraining ermöglichten Frau P. die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit. Eine sich anschließende ambulante Behandlung setzte die Schwerpunkte bei den dahinter verborgenen Konflikten, weil Panikerkrankungen nach einigen Jahren leicht rezidivieren. In diesem Zusammenhang ist auch eine ergotherapeutische Behandlung mit ausdruckszentrierten Interventionen als hilfreich anzusehen.