

AVM Fallbericht

**Verhaltenstherapeutische stationäre Behandlung eines Patienten
mit generalisierter Angststörung gemäß F 41.1 (ICD 10)**

Inhaltsverzeichnis

1. Vorinformationen	1
1.1. Patientendaten	1
1.2. Rahmenbedingungen der Therapie	1
1.3. Zuweisungsmodus	1
1.4. Vorbehandlung	1
1.5. Medizinische Abklärung	1
1.6. Medikamentöse Behandlung	1
1.7. Erster Eindruck beim Erstgespräch	1
2. Exploration/ Anamnese	1
2.1. Informationsquellen	1
2.2. Spontan berichtete Symptomatik und Problembeschreibung	2
2.3. Aktuelle Lebenssituation	3
2.4. Soziobiographische Anamnese	3
2.5. Psychischer/Psychopathologischer Befund	5
3. Motivationsanalyse	6
4. Problemanalyse und (Verhaltens-)Diagnostik	6
4.1. Genese der Symptomatik / Makromodell	6
4.1.1. Zusammenfassung aller Symptome und problematischen Verhaltenskomponenten gemäß der Anamnese	6
4.1.2. Analyse der die Symptome auslösenden Bedingungen	7
4.1.3. Analyse der die Symptome aufrechterhaltenden Bedingungen	8
4.2. Plananalyse / Vertikale Analyse / Schemaanalyse	9
4.3. Horizontale Verhaltensanalyse / Mikroanalyse / SORKC-Modell	11
4.4. Health-Belief-Modell	12
4.5. Selbstkontrollversuche	13
4.6. Ressourcenanalyse	13
4.7. Hypothetisches Bedingungsmodell	14
4.8. ICD-10-Diagnose	15
5. Zielanalyse und Therapieplanung	17
5.1. Zielanalyse	17
5.2. Ableitung eines Therapieplans aus Problem- und Zielanalyse	18
5.2.1. Auswahl von Problembereichen	18
5.2.2. Planung und Auswahl therapeutischer Interventionen mit Begründung	18
5.2.3. Ablaufplan und Prioritäten des Vorgehens	21
5.2.4. Geplante Maßnahmen zur Generalisierung und Aufrechterhaltung des Therapieerfolges	21
5.2.5. Evaluation der Therapie	22

6. Verlauf der Therapie	22
6.1. Formale Beschreibung des Therapieverlaufs	22
6.2. Zielbezogene inhaltliche Beschreibung des Therapieverlaufs inklusive verwendeter therapeutischer Interventionen	22
6.3. Darstellung geplanter Maßnahmen zur Nachbetreuung und Beendigung der Therapie	28
6.4. Darstellung aufgetretener Schwierigkeiten im therapeutischen Prozess	29
7. Evaluation / Erfolgs- bzw. Misserfolgskontrolle	29
7.1. Darstellung der Zielerreichung, der (Nicht-)Veränderung der problematischen Verhaltensweisen sowie der Symptomatik des Klienten	29
7.2. Überprüfung der ICD-Diagnostik	30
7.3. Darstellung der zur Erfolgsmessung tatsächlich verwendeten Instrumente und der damit erfassten Ergebnisse	30
8. Kritische Reflexion	31
9. Literaturverzeichnis	33
10. Anhang	34

Zusammenfassung:

Diagnose:

Der vorliegende Fallbericht beschreibt die stationäre verhaltenstherapeutische Behandlung bei einem 30 Jahre alten Mann mit einer generalisierten Angststörung (F 41.1, ICD-10)

Therapie:

Der Patient formulierte zu Therapiebeginn viele Therapieziele, die vor allem die Reduktion seiner Sorgen und Ängste sowie der damit verbundenen körperlichen Symptome und eine Steigerung seiner Selbstsicherheit und Selbstfürsorge beinhalteten. Nach einer ausführlichen Exploration wurde gemeinsam mit dem Patienten ein persönliches Störungsmodell entwickelt. Dabei konnte der Patient im Rahmen von Selbstbeobachtungsprotokollen und Angsttagebüchern erste Erfahrungen mit dem Thema Achtsamkeit machen. Ausführliche und wiederholte Psychoedukationen als Ergänzung zu den Informationen über auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen seiner Ängste und Sorgen verhalfen dem Patienten erstmals zu einem psychosomatischen Bewusstsein über seine Beschwerden, wodurch sein Vertrauen in die Therapie gestärkt, seine Motivation gefördert und seine negative und resignierte Erwartungshaltung vermindert wurde. Selbstwertstärkende und ressourcenorientierte Maßnahmen verhalfen dem Patienten zu mehr Selbstsicherheit und Öffnung für soziale Kontakte innerhalb der Patientenschaft, außerdem führte er zunächst eigeninitiativ, später angeleitet, Verhaltensexperimente durch, um sich mit seinen Ängsten auseinanderzusetzen und Vermeidungsverhalten zu reduzieren. Dabei halfen ihm auch kognitive Strategien wie Realitätsüberprüfungen, Einstellungsänderungen und innere Dialoge. Ergänzend wurde der Patient zu Maßnahmen der Selbstfürsorge angeleitet durch Aktivitätsaufbau, Selbstsicherheitstraining, Interventionen zum Gefühlsausdruck und zur Genussfähigkeit. Überdies wurde er in die Arbeit mit dem inneren Kind eingeführt, wo er schnell Zugang fand. Der Patient hatte eine hohe Selbstreflexionsfähigkeit und konnte schnell die Zusammenhänge zwischen lebensgeschichtlichen Ereignissen, seinen Prägungen und den Bewertungsängsten sowie zugrunde liegenden negativen Selbstverbalisationen und irrationalen automatischen Gedanken verstehen. Hohe Anforderungen an sich selbst erzeugten Ungeduld und Frust im therapeutischen Prozess, die aber dann gegen Ende etwas aufgefangen werden konnten, so dass der Patient mit vielen Selbsthilfestrategien ausgestattet und einer deutlich verminderten Angstsymptomatik aus der Klinik entlassen werden konnte.

Die Therapie erstreckte sich über 6 Wochen und beinhaltete 23 Therapieeinheiten innerhalb von 15 Einzelsitzungen.

1. Vorinformationen

1.1. Patientendaten

Der Patient ist männlich und zum Zeitpunkt des Therapiebeginns 30 Jahre alt, wiegt 69 kg bei 1,77 m Körpergröße. Er ist von Beruf Verfahrensmechaniker.

1.2. Rahmenbedingungen der Therapie

Die verhaltenstherapeutische Einzelbehandlung fand in einer psychosomatischen Fachklinik statt. Sie umfasste insgesamt 23 Therapieeinheiten im Einzelsetting (davon 7 zu je 50 Minuten und 8 zu je 100 Minuten) im Rahmen eines 6-wöchigen stationären Klinikaufenthaltes. Bestandteil der Therapie waren auch ein Paargespräch sowie ein poststationäres Gespräch.

1.3. Zuweisungsmodus

Aufgrund mangelnder Erfolge in seiner ambulanten Therapie und einer Verschlechterung der Symptomatik wurde dem Patienten von seinem neuen Psychotherapeuten empfohlen, sich einer geballten psychotherapeutischen Behandlung im klinischen Setting zu unterziehen.

1.4. Vorbehandlung

Der Patient wurde 2010 drei Tage stationär in einer psychiatrischen Klinik wegen seiner Ängste abgeklärt und behandelt. Danach war er ein Jahr im zweiwöchentlichen Abstand in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung, nach 25 Std. endete die Therapie aufgrund Verzugs des Therapeuten. Er wechselte kürzlich den Therapeuten und hat dort bislang zwei Stunden absolviert.

1.5. Medizinische Abklärung

Aufgrund des intermittierenden Ziehens und Stechens im linken oberen Thorax, Brennen und thorakalem Ziehen in der linken Achselhöhle sowie Ausstrahlung der Schmerzen im linken und rechten Thorax internistische klinische Abklärung mit dem Ergebnis eines Roemheld-Syndroms. Dabei auch Abklärung der Anspannung und des intermittierenden Stechens in den Füßen (Röntgen: Arthrose) sowie intermittierendem Schwindel und Schlafstörungen, Schlafentzug EEG, Labor ohne körperlich positiven Befund. Damals Empfehlung einer psychotherapeutischen Behandlung. In Kindheit geschieht, kein 3D-Sehen möglich. Ausschluss von Epilepsie im Juni 2009 aufgrund von Dämmerphasen, Schwindel und Taumel. 25 Zigaretten tgl., Alkohol selten, keine Drogen. Sonstige Routineparameter inkl. TSH basal unauffällig.

1.6. Medikamentöse Behandlung

Keine, frühere Versuche mit Laif 900, Lamotrigin und Citalopram jeweils ohne Effekt.

1.7. Erster Eindruck beim Erstgespräch

Herr U. wirkte stark angespannt, ängstlich, nervös, unsicher und misstrauisch. Kalte, feuchte Hände, schwacher Händedruck. Wenig gepflegter Haarschnitt, riecht nach Zigarettenrauch, sonst aber gepflegt, unauffällige Kleidung. Hohe Sensibilität und Neigung zum Weinen. Er stand unter deutlich spürbarem Leidensdruck. Offensichtlich war seine Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit und eine negative Erwartungshaltung („es hilft sowieso alles nichts“). Pat. wirkt nicht seinem Alter entsprechend, sondern jünger. Ansonsten freundlich, taute im Laufe des Gesprächs etwas auf, konnte auch lächeln.

2. Exploration / Anamnese

2.1. Informationsquellen

- Exploration durch Gespräche mit dem Patienten
- Fremdanamnese durch Ehefrau
- Verhaltensbeobachtung

- Fragebögen
 - BDI I (Becks Depressions Inventar)
 - BAI (Becks Angst Inventar)
 - BSQ (Body Sensations Questionnaire von Chambless et al. 1985)
 - ACQ (Agoraphobic Cognitive Questionnaire von Chambless et al. 1985)
 - VEV-k (Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens)
- Sorgentagebuch
- Verhaltensprotokolle: Aufzeichnungen über Vermeidungsverhalten, Rückversicherungsverhalten
- Gedankenprotokoll (Spaltentechnik)

2.2. Spontan berichtete Symptomatik und Problembeschreibung

Der Patient berichtete, seit etwa fünf bis sechs Jahren unter zunehmenden Ängsten zu leiden. Er fühle sich zunehmend erschöpft, schnell überfordert und in der Arbeit und im Alltag ständig beobachtet und beurteilt. Er müsse sich dauernd Gedanken machen, was seine Arbeitskollegen oder Bekannte über seine Leistungen und sein Verhalten denken würden. Er sei seit etwa sieben Jahren als Verfahrenstechniker fest angestellt und habe auf Wunsch seines Vorgesetzten zwei bis drei Jahre eine Tätigkeit als Teamleiter im Schichtbetrieb inne gehabt. Diese habe er nun kürzlich abgegeben, weil er bemerkt habe, dass er sich keinen Respekt verschaffen könne und es schwierig für ihn sei, anderen Anweisungen zu geben. Er fühle sich einerseits erleichtert über diese Entscheidung, andererseits mache er sich ständig Sorgen, was seine Kollegen von ihm halten würden. Er halte aus demselben Grund auch soziale Situationen wie Kino- oder Restaurantbesuche, Einkaufen etc. nicht aus, da er in Gesellschaft anderer Menschen immer das Gefühl habe, beobachtet und negativ bewertet zu werden. Dies stresse ihn sehr und seine Angst verstärke sich dadurch.

Auch in seiner familiären Situation als verheirateter Vater mit einer vier- und einer einjährigen Tochter fühle er sich ständig überfordert. Er könne abends kaum mehr schlafen, wenn er wisse, dass er die Kinder am nächsten Tag für einige Stunden betreuen müsse. Er fange dann ständig an zu grübeln, was für Probleme auftreten könnten und müsse unbedingt einen ganz genauen Plan erstellen, wie alles ablaufen solle. Wenn sich dieser Plan dann mit den kleinen Kindern nicht einhalten lasse, dann verspüre er Aggressivität gemischt mit Hilflosigkeit. In der Öffentlichkeit, aber auch gegenüber seiner Frau und den Kindern habe er Sorge, als schlechter Vater da zu stehen.

Wegen seiner geringen Belastbarkeit im beruflichen und familiären Bereich habe er Schuldgefühle gegenüber seiner Frau sowie die Sorge, dass er für sie nur eine Last sei. Er sei seit zehn Jahren mit seiner Frau zusammen, seit etwa sechs bis sieben Jahren würden sie zusammen wohnen und seit drei Jahren sei er verheiratet. Bis zur Geburt der Kinder sei er sehr eifersüchtig gewesen und noch heute habe er immer wieder Angst, seine Frau zu verlieren, obwohl sie ihm laufend bestätige, dass sie ihn liebe. Es gebe auch keinerlei Auseinandersetzungen in ihrer Beziehung, da er aufgrund seiner Verlustangst jeglichen Streit vermeide. Er lebe gemeinsam mit seiner Frau und den Kindern im Haus seiner Schwiegereltern. Dies stelle sowohl für ihn, als auch inzwischen für seine Frau eine Belastung dar, weil insbesondere die Schwiegermutter keine Grenzen wahre und oft unangekündigt in der Wohnung stünde und sich in ihr Leben dränge. Daher hätten sie beschlossen, Anfang 2014 in eine eigene Doppelhaushälfte einige Kilometer entfernt zu ziehen.

Der Patient berichtet weiter, dass er seit etwa fünf Jahren immer wieder unter körperlichen Beschwerden wie Druck und Brennen in der Brust, Herzrasen, Hitzewallungen, Schwitzen an Händen und unter den Achseln, Schmerz- oder Druckgefühlen im Abdomen, Unruhezuständen, Taubheit oder Schmerzen in den Beinen, Schwindel und Benommenheit leide. Wegen dieser Beschwerden sei er mehrfach ambulant untersucht worden. Es sei die Diagnose eines Roemheld Syndroms gestellt und ihm die Harmlosigkeit der Befunde bestätigt worden. Jedoch könne er sich nicht von seinen Krankheitsängsten lösen. Bei

jeglicher Beschwerdesymptomatik müsse er im Internet recherchieren und habe dann immer noch viel mehr Angst im Rahmen der möglichen Diagnosen.

Nachdem er im vergangenen Winter Krafttraining begonnen, 15 kg Gewicht abgenommen und sich vorübergehend besser gefühlt habe, seien im Juni 2013 im Anschluss an eine Erkältung und körperliche Belastungen wieder Thoraxschmerzen aufgetreten, die seine Krankheitsängste erneut massiv geschürt hätten. Er grüble häufig über die Zukunft, über seinen Gesundheitszustand und mögliche Krankheiten und deren Folgen. Durch diese Grübeleien käme es immer wieder zu Ein- und Durchschlafstörungen, insbesondere, wenn er irgendeine gefühlte Herausforderung vor sich liegen habe. Weiterhin leide er unter zunehmenden Konzentrationsstörungen und bemerke, dass er phasenweise eine halbe Stunde oder länger in die Ferne starre und nicht konzentriert sei. Dazu komme ein zunehmender sozialer Rückzug in den vergangenen Jahren verbunden mit ständiger innerer Unruhe. Bei einem Betriebsausflug im vergangenen Jahr habe er sogar eine Angstattacke mit körperlichen Beschwerden erlitten, so dass er sich noch weniger unter Menschen traue. Sein Selbstwertgefühl sei stark gesunken, er fühle sich einsam, unverstanden und hilflos. Es mache ihm auch zu schaffen, seine Gefühle nicht kontrollieren zu können. Er fühle sich nicht erwachsen und wie ein echter Mann, ebenso wenig als guter Vater.

Wegen der Angstzustände, den Schwindel- und Taumelzuständen sei er im Juli 2009 für drei Tage stationär psychiatrisch behandelt worden. Ein damals begonnener Therapieversuch mit Citalopram sei wirkungslos geblieben, so dass es nach einmaliger Erhöhung schließlich vom Psychiater wieder abgesetzt worden sei. Nach mehrjähriger erfolgloser Behandlung durch seinen Psychiater habe er schließlich vor einem Jahr zu einem anderen Psychiater gewechselt. Dieser habe ihm hochdosiert Johanniskraut verordnet, was ebenfalls keine Wirkung gezeigt habe. Auf sein Anraten begab er sich in eine ambulante Psychotherapie. Dort sei er nun ein Jahr lang gewesen, jedoch fänden die Sitzungen nur zweimal im Monat statt und es sei noch immer zu keiner Besserung seiner Symptomatik gekommen. Inzwischen sei sein Therapeut weggezogen, sein Nachfolger habe ihm dringend empfohlen, sich rasch in stationäre Behandlung zu begeben.

2.3. Aktuelle Lebenssituation

Der Patient lebt derzeit mit seiner Frau und seinen beiden ein- und vierjährigen Töchtern in einer Wohnung im Haus der Schwiegereltern in einem kleinen Dorf. Finanziell bestünden keine Probleme. Beruflich sei er seit sieben Jahren als Verfahrensmechaniker in derselben Firma beschäftigt.

Zum Bruder des Patienten bestehe eine enge Verbindung, er Sorge sich um ihn aufgrund dessen Alkoholismus und Arbeitslosigkeit. Auch zu den eigenen Eltern bestehe regelmäßiger Kontakt.

2.4. Soziobiographische Anamnese

Kindheit, lebensgeschichtliche Entwicklung

An seine Kindheit in der DDR könne sich der Patient kaum erinnern, seine Mutter sage immer, sie hätten es vergleichsweise gut gehabt. Er sei allerdings dick gewesen und dadurch schon eher Außenseiter. Außerdem habe er Angst vor seinem Vater gehabt, wenn er betrunken nach Hause gekommen sei.

Der Umzug des Patienten im Alter von ca. 13 Jahren nach B. sei sehr schwierig gewesen. Er sei aufgrund seiner Herkunft, seiner Übergewichtigkeit und seines fehlenden Akzents in der Schule ein Außenseiter gewesen und gehänselt worden. Noch heute habe er kein gutes Verhältnis zu seinem Körper, auch wenn er inzwischen Normalgewicht habe. Erst mit dem Beitritt zur freiwilligen Feuerwehr habe er richtig Fuß gefasst, dort habe er Freunde gehabt, viel Spaß und viel unternommen.

Elternhaus

Der Vater (70 Jahre) habe in der DDR in einer Zuckerfabrik gearbeitet und sei dann nach der Wende nach B. gegangen. Dort habe er als LKW-Fahrer auf dem Bau gearbeitet und sei nur an den Wochenenden heimgekommen. Das Verhältnis sei immer schon schlecht gewesen, er habe nie Zugang zu seinem

Vater gefunden. Er sei – inzwischen trockener – Alkoholiker und habe die Mutter früher gewalttätig behandelt. Ob es auch Gewalt gegenüber den Kindern gegeben habe, kann der Patient nicht sagen. Der Vater habe 2 Suizidversuche begangen durch Vergasen und die Absicht, sich vor den Zug zu werfen. Der Patient beschreibt den Vater als gefühllos, launisch, antriebslos, zurückgezogen, ängstlich, grübelnd, in sich gekehrt und pessimistisch. Zärtlichkeit oder Wertschätzung habe es von ihm nie gegeben, er habe ihm auch nicht vertrauen können oder Sicherheit gefunden.

Seine Mutter (67 Jahre) sei zwar immer da gewesen, aber Liebe, Zärtlichkeit oder Nähe habe es nicht gegeben, ebenso wenig gemeinsame Erlebnisse. Der Patient habe sich oft geschämt für ihre Grenzenlosigkeit in der Öffentlichkeit, sie trete sehr von sich überzeugt auf und rede viel, wiederhole sich dabei ständig. Sie habe in der DDR eine gute Arbeitsstelle gehabt, durch den späteren Umzug habe sie den verloren und Putzjobs übernehmen müssen. Sie habe sich entwurzelt gefühlt und ebenfalls zum Alkohol gegriffen. Die Ehe der Eltern bestehe aus seiner Sicht nur, weil man sich halt nicht trenne, Liebe gebe es nicht. Die Ehe sei insgesamt durch viel lautstarken Streit und Gewalt geprägt gewesen.

Geschwister

Das Verhältnis des Pat. zu seiner Schwester (45 Jahre) sei stets gut gewesen, er habe allerdings nur 4-5x jährlich telefonisch Kontakt und sehe sie nur zu Feierlichkeiten. Das Verhältnis zu seinem Bruder (41 Jahre) sei eng. Er sei ständig in Sorge um ihn, da er wie die Eltern Alkoholiker sei, völlig zurückgezogen lebe und bis vor einem Jahr zudem spielsüchtig gewesen sei.

Sozialisation, frühe Beziehungen

Eine weitere Bezugsperson der Kindheit sei die Schwiegermutter der Schwester gewesen, bei der sich der Pat. immer sehr wohl gefühlt und viel Zuneigung erfahren habe. Sie sei wie eine „Oma“ gewesen. Bei ihr habe er auch Backen gelernt. Er habe dort Kind sein können. Der Mann der „Oma“ sei gewalttätig gewesen und habe sich erhängt.

Schulische und berufliche Entwicklung

Der Patient habe die Hauptschule besucht und mit mittlerem Erfolg abgeschlossen. Beruflich habe er als Industriemechaniker begonnen und sei nun seit 7 Jahren bei derselben Firma Verfahrensmechaniker im Schichtdienst. Der Job sei gut bezahlt, er sei auch zufrieden. Er habe eine Zeit als Schichtleiter gearbeitet, sich jedoch auch dort überfordert gefühlt und es wieder abgegeben. Er fühle sich auch nicht so qualifiziert wie ein oder zwei Mitarbeiter. Er habe in seiner Zeit als Schichtleiter darum gebeten, nur noch die Tagesschicht machen zu dürfen, weil er zunehmend Schlafprobleme bekommen habe, dies sei jedoch nicht möglich gewesen. Sein Chef habe ihm dies wohl als Schwäche ausgelegt. Er sei ihm gegenüber seitdem misstrauisch und fühle sich beobachtet. Inzwischen habe er aber aufgeklärt, warum er darum gebeten hatte, seine Erkrankung erkläre dies letztlich. Allerdings setze er sich selbst so sehr unter Druck, dass er total blockiert sei, wenn viele Arbeiter da seien und er sich beobachtet fühle. Erst wenn alle weg seien, könne er produktiv arbeiten.

Prägende, wichtige Lebensereignisse

Als prägende Lebensereignisse sind neben dem Umzug in ein anderes Bundesland, der beruflichen und den familiären Entwicklungen eine Phase der so von ihm bezeichneten „Spielautomatensucht“ sowie eine erhebliche Gewichtsabnahme nach der Geburt der zweiten Tochter zu nennen.

Persönlichkeitsentwicklung

Sich selbst beschreibt der Pat. als hilfsbereit, friedlich, konfliktscheu und ängstlich. Er schaue immer, dass es anderen gut gehe, dann fühle auch er sich gut. Er habe aufgrund seiner Ängste und Sorgen viele Selbstzweifel, auch Schuldgefühle gegenüber den Kindern. Er fühle sich nicht als Mann, sondern als Kind. Ein Mann sage, was er wolle, habe keine Angst und sei nicht feige, er stehe dazu, was er wolle.

Der Pat. habe eine negative Erwartungshaltung, z.B. habe er den Gedanken, dass ihm ohnehin keiner helfen könne und dass auch die Therapie hier letztlich nicht klappe. Er sei perfektionistisch und lege viel Wert auf Ordnung. Er setze sich auch ständig selbst unter Druck und vergleiche sich mit anderen.

Partnerschaft und eigene Kinder

Seine Frau habe der Patient bei einer Geburtstagsfeier 2003 kennengelernt. Sie habe vor ihm häufig die Partner gewechselt und viel ausprobiert. Mit ihm schien es jedoch von Anfang an ernst gewesen zu sein. Er sei letztlich mit ihr zusammengekommen, weil sie ihn unbedingt wollte. Es hätte auch jede andere sein können, wichtig sei nur, dass die Frau ihn liebe und wolle. Das sei im Grunde auch heute noch so, auch wenn er wisse, dass seine Frau das sicher nicht gerne hören würde. Er habe Glück gehabt, dass seine Frau auch noch so hübsch und stark sei. Es habe in der Beziehung eine zweimonatige Trennungsphase gegeben nach einem Streit zu Silvester, für den seine Eifersucht ausschlaggebend gewesen sei. Seit der Geburt der Kinder sei er weniger wegen der Frau eifersüchtig, sondern eher wegen der Tochter, die von der Schwiegermutter vereinnahmt werde. Er habe bezüglich seiner Frau und seinen Kindern Verlustängste. Zum ersten Mal in seinem Leben werde er geliebt, er habe Angst, das zu verlieren. Die Beziehung zu seinen Töchtern T. und E. (1 und 4 Jahre) sei gut, sie würden ihren Papa lieben und sich immer auf ihn freuen, auch wenn sie mehr an der Mutter hängen würden. E. sei früher eher auf den Patienten fixiert gewesen, das sei nun nicht mehr so der Fall. Es sei zwar schön gewesen, so viel Bestätigung zu bekommen, aber eben auch sehr anstrengend. Der Patient fühle sich zunehmend überlastet und überfordert mit den Kindern. Der Lärm sei schwer auszuhalten, Kindergeschrei und Weinen halte er schon nach 2 Minuten nicht mehr aus, er könne auch die Jüngste nicht beruhigen, das müsse seine Frau machen. Er ertrage auch nicht, wenn die Kinder Unordnung machen, er behandle sie da nicht wie Kinder, sondern erwarte Ordnung wie von Erwachsenen. Es falle ihm schwer, sich da umzustellen und anzupassen mit seinen Ansprüchen. Er habe eigentlich immer nur ein Kind gewollt, sich dann aber doch bereit erklärt der Frau zuliebe.

Mit den Schwiegereltern habe er sich anfangs gut verstanden. Das habe sich mit der Geburt der ersten Tochter E. geändert. Die Schwiegermutter habe sie ständig belagert, sei auch häufig unangekündigt in die Wohnung gekommen, die der Patient und seine Frau unter dem Dach ausgebaut haben. Der Schwiegervater sei ehemaliger Beamter bei der Bahn. Er rede viel und gern und wisse immer alles besser, der Patient ertrage das nicht mehr. Unerträglich sei auch, dass die Schwiegereltern keine Grenzen kennen würden, der Patient und seine Frau nie Ruhe hätten vor ihnen. Sie würden sich wie in einem Käfig fühlen. Die Schwiegereltern hätten seine Frau auch an das Haus binden wollen und es ihr übertragen, dafür habe sie die Tante pflegen müssen.

Freizeitgestaltung

Hobbys habe der Patient derzeit keine. Früher bei der Feuerwehr habe er Billard, Karten, Tischtennis und Basketball gespielt. Radfahren und Walken sowie Gartenarbeit habe er gern gemacht, er sei auch mit seiner Frau viel unterwegs gewesen vor den Kindern, habe Squash oder Badminton gespielt, ein wenig geboxt und gebastelt. Sozialkontakte gebe es keine, er sei fixiert auf Familie und Bruder.

2.5. Psychischer/Psychopathologischer Befund

Patient allseits orientiert, Konzentrationsstörungen in sozialen Situationen, Denken auf die Ängste und Körpersymptome eingeengt, Grübeln, hypochondrische Ängste, perfektionistisch, wenig innerer Handlungsspielraum, keine Hinweise auf wahnhaftige Inhalte oder Sinnestäuschungen, klares Denken, Depersonalisationserleben, affektarm, niedergeschlagen, Schuldgefühle in Bezug auf Ehefrau und Kinder, verstärkte Weinerlichkeit und emotionale Instabilität, motorisch unruhig und angespannt, im Kontakt unsicher, ängstlich, sozial zurückgezogen, keine Suizidalität, keine Hinweise auf akut psychotische Symptomatik. Ausgeprägter Leidensdruck, emotionale Selbstwahrnehmung eingeschränkt.

3. Motivationsanalyse

Herr U. hatte zum Zeitpunkt des Therapiebeginns eine einjährige ambulante psychotherapeutische Behandlung mit 25 Sitzungen abgeschlossen und beim Nachfolger seines pensionierten Therapeuten zwei Sitzungen absolviert. Zuvor war er drei Mal in psychosomatischen bzw. psychiatrischen Einrichtungen zur Abklärung seiner Symptomatik. Aufgrund mangelnder Erfolge in seiner ambulanten Therapie und einer Verschlechterung der Symptomatik wurde dem Patienten von seinem neuen Psychotherapeuten empfohlen, sich einer psychotherapeutischen Behandlung im klinischen Setting zu unterziehen.

Der Patient litt anfangs unter hoher Anspannung und Ängsten, er versicherte sich auch mehrfach, dass Dinge, die er mir erzählt, unter uns bleiben, wobei wir unterschieden zwischen Themen, die das Therapeutenteam erfahren durfte und solchen, die niemand außer mir wissen sollte. Das psychosomatische Verständnis des Patienten war zu Beginn entwicklungsbedürftig, außerdem ließ die Exploration erkennen, dass er zeitweise hoffnungslos war und ein kritischer Anteil in ihm nicht daran glaubte, dass ihm irgendetwas helfen könne. Stark war auch der Glaube daran, unentdeckt körperlich krank zu sein. Dieser Glaube schwand größtenteils im Laufe der Therapie.

Trotz aller Bedenken erfüllte der Patient von Anfang an seine Aufgaben sehr akribisch. Er arbeitete offen und interessiert mit, formulierte viele Therapieziele und ließ erkennen, dass er dringend eine Veränderung erreichen wollte. Überdies stand er unter hohem Leidensdruck und der Angst, seine Frau zu verlieren, des Weiteren trieben ihn die Schuldgefühle gegenüber seinen Kindern an.

Während des therapeutischen Prozesses entwickelte der Patient eine hohe Erwartungshaltung, nämlich befreit von dysfunktionalen und die Angst aufrechterhaltenden Verhaltensweisen die Klinik zu verlassen. Seine Ungeduld führte zu Selbstentwertungen, es war nötig, ihn verstärkt auf erreichte kleine Erfolge hinzuweisen und ihn darin zu unterstützen, achtsam seine positive Entwicklung wahrzunehmen und zu dokumentieren. Während des gesamten Prozesses betrieb er auf eigene Initiative und schließlich auch angeleitet Verhaltensexperimente in Auseinandersetzung mit seiner Angst vor negativer Bewertung. Positiv auf seine Motivation wirkte sich der Rückhalt durch seine Ehefrau aus, überdies war ein Antriebsfaktor für ihn der Wunsch, seine Frau besser zu unterstützen und alleine für die Kinder da sein zu können, wenn die Frau bald wieder in den Beruf einsteigt.

4. Problemanalyse und (Verhaltens-)Diagnostik

4.1. Genese der Symptomatik / Makromodell

4.1.1. Zusammenfassung aller Symptome und problematischen Verhaltenskomponenten gemäß der Anamnese

Körperliche Symptome:

- Schwitzen (Hände, Achseln), Hitzewallungen, Brennen/Enge in der Brust, Herzstechen, Herzrasen, Schwindel, Taubheit in Beinen, Blicklähmungsgefühle, Erschöpfung, Anspannung, Unruhe.
- Schmerzen in den Beinen und im Rücken

Gefühle:

- Angst vor/Sorge um Verlust der Ehefrau und der Kinder, Zukunft, eigener Erkrankung, Stress in der Arbeit, Bruder, sozialen Situationen, negativer Bewertung durch andere (kein guter Mensch, kein guter Vater, kein guter Ehemann, kein richtiger Mann)

- Unsicherheit, Überforderung, Hilflosigkeit, Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Interessenlosigkeit, Einsamkeit, Gefühl des Unverstandenseins, Aggression, Wut, innerliches Eingesperrtsein, Schuldgefühle gegenüber Ehefrau und Kindern, Derealisations- und Depersonalisationsgefühle, Traurigkeit, geringes Selbstwertgefühl, wenig Selbstsicherheit.

Kognitionen:

- Angstbezogen: Ich könnte verlassen werden; ich bin eine Belastung für meine Frau; ich muss auf der Hut sein; ich werde beobachtet; ich kann nicht spontan sein, muss planen und kontrollieren; ich mache etwas falsch bei meinen Kindern; ich bin krank; ich darf keine Schwäche zeigen; Gefühle zeigen bedeutet, schwach zu sein; wenn ich wütend bin/streite/meine Meinung sage, werde ich verlassen.
- Stress/Druck auslösend: Ich komme nicht voran; was denken die anderen über mich/meine Leistung/mein Verhalten?; ich muss perfekt sein/ich darf keine Fehler machen; ich muss ein guter Vater/Ehemann/Mensch sein; ich muss erwachsen und ein echter Mann sein; ich muss stark sein und mich durchsetzen; ich muss meine Pflichten erfüllen; ich muss pünktlich, ordentlich, reinlich, zuverlässig, fleißig, höflich sein; ich muss es allen Recht machen; Anerkennung/Wertschätzung sind mir sehr wichtig; wenn es den anderen gut geht, geht es auch mir gut; die Bedürfnisse anderer gehen vor; ich darf nicht nein sagen, ich muss jeglichen Schaden von meinen Kindern abwenden.
- Negative Erwartungen: ich halte soziale Situationen nicht aus; es hilft sowieso alles nichts/mir kann keiner helfen; ich kann meinem Körper/anderen nicht vertrauen; ich kann mich nicht durchsetzen.

Verhalten

- Vermeidung: öffentliche Plätze (Kino, Einkaufen, Partys, Veranstaltungen, Restaurants, Menschenansammlungen ...), Konflikte/Streit/Ansprechen von Problemen, Bedürfnisäußerung, Gefühle (Wut, Traurigkeit ...), Kontakt zu anderen Menschen, Arbeit mit hoher Verantwortung, hohe Anstrengung für Kreislauf, nein sagen, längere Autofahrten, Unpünktlichkeit, Unordnung, Auffallen.
- Rückversicherungen: ob er alles richtig macht/wie er etwas erledigen soll; ob er nicht nervt; ob die Wohnung perfekt hergerichtet ist, sauber, ordentlich etc.; ob er perfekt vorbereitet ist; telefonisch, ob alles in Ordnung ist; ob er gesund ist durch häufige Arztbesuche; nachfragen, ob Symptome etwas Gefährliches sein könnten, Kontrollverhalten.
- Sorgen machen/Grübeln: Was denken die anderen? Wie sehen/bewerten ihn die anderen? Wie kann sein Verhalten interpretiert werden? Was erwarten andere von ihm? Fällt er unangenehm auf? Stört er andere? Beobachtet ihn jemand? Wie soll er sich verhalten?

Häufigkeit und Intensität der Symptome

Die Symptome treten täglich mehrfach in einer Intensität zwischen 3–8 (auf einer Skala von 0–10) auf.

Veränderung von Symptomatik und Problemverhalten

Seit erstmaligem Auftreten vor 5–6 Jahren haben sich Symptomatik und Problemverhalten sowohl von der Intensität als auch von der Häufigkeit her verschlimmert und vermehrt.

4.1.2. Analyse der die Symptome auslösenden Bedingungen

Biologisch-physiologische Faktoren, genetische Disposition, Vulnerabilität

- Vater: depressiv, ängstlich, zurückgezogen, labil, Alkoholiker
- Mutter: labil, zurückgezogen, Alkoholikerin
- Bruder: labil, zurückgezogen, Alkoholiker, spielsüchtig
- Familienatmosphäre geprägt von Streit der Eltern und Angst vor Gewalt durch alkoholisierten Vater

- Patient selbst labil, ängstlich, zurückgezogen. Hat Angst vor Kontrollverlust, trinkt daher kaum Alkohol, meidet Spielautomaten. Möchte seinen Kindern ein guter Vater sein, meidet Streit mit seiner Frau. Sowohl genetische Vorbelastung als auch Lernen am Modell hier Ursachen seiner erhöhten Vulnerabilität für ängstliches (Vermeidungs-)Verhalten und zurückgezogenes Dasein.

Kindheit, weitere lebensgeschichtliche Entwicklung und Persönlichkeit

- Emotional vernachlässigt, keine Zuwendung/Zärtlichkeit durch Eltern oder andere Bezugspersonen
- Keine Förderung von Talenten, Freizeitbeschäftigungen
- Negatives Beziehungsvorbild der Eltern im lieblosen, teils gewaltbesetzten Umgang miteinander
- Alkoholismus der Eltern
- Außenseiter in der Kindheit, wurde von Mitschülern gehänselt aufgrund seines Übergewichts
- Außenseiter auch nach Umzug wegen seines fehlenden Akzents/Dialekts
- Daher auch wenig Selbstsicherheit und Selbstwertgefühl, Unterwürfigkeit, wenig Durchsetzungsvermögen, viele Selbstzweifel, ängstlich, unsicher, schüchtern, misstrauisch, besorgt, eifersüchtig
- Große Sehnsucht nach Nähe, Bindung, Verstandenwerden, Kontrolle und Sicherheit
- Angst vor Verlassenwerden durch Ehefrau; Wunsch, ein guter Vater und guter Mensch zu sein; Zurückgezogenheit; kaum Hobbys; schlechte Beziehung zum eigenen Körper, negative Erwartungshaltungen.
- Wunsch, nicht aufzufallen; Angst vor negativer Bewertung; keine Fehler machen; Perfektionismus, Werte wie Ordnung, Sauberkeit, Zuverlässigkeit, Pflichterfüllung, Pünktlichkeit.

Prägende, wichtige Lebensereignisse

- „Spielsucht“ -> Angst vor Kontrollverlust
- Ehe -> das erste Mal erleben und fühlen, wie es ist, geliebt zu werden; Angst vor Verlust, Eifersucht, Vermeiden von Streit, Zurückstellen eigener Bedürfnisse.
- Kinder -> Wunsch, es anders zu machen als seine Eltern; Druck, guter Vater sein zu wollen; Frust, Ärger, Ungeduld, Überforderung aufgrund dieses Drucks.
- Leitungsposition in der Firma -> Überforderung, Bewertungsängste, kann sich nicht durchsetzen.
- Belastung durch Wohnsituation/Schwiegereltern.

Sonstige Umweltbedingungen, Sozialisation

- Sorge um Bruder, der arbeitslos und Alkoholiker ist sowie ohne andere Sozialkontakte. Kümmert sich um ihn, obwohl er lieber in Gegenwart anderer wäre (z.B. seiner Schwester).

4.1.3. Analyse der die Symptome aufrechterhaltenden Bedingungen

Problematische Verhaltensweisen

Bezogen auf die Aufrechterhaltung der Angstsymptomatik haben Becker und Margraf (2002) speziell für die hier vorliegende generalisierte Angststörung ein störungsspezifisches Teufelskreismodell entwickelt (siehe 4.7.), auf das im Folgenden Bezug genommen wird. Danach werden Reize vom Angstpatienten durch Verschiebung der Aufmerksamkeit auf alles potenziell Gefährliche als bedrohlich interpretiert. Im Fall von Herrn U. werden alle Situationen vor allem danach beurteilt, ob er beobachtet werden oder auffallen und dadurch möglicherweise einer negativen Bewertung ausgesetzt sein könnte. Die üblicherweise auf eine Bedrohung hin stattfindende Ressourcenaktivierung beinhaltet beim Angstpatienten jedoch das Problem, dass er seine Möglichkeiten unterschätzt. Herr U. kann mögliche Ressourcen aufgrund seiner starken Selbstzweifel und mangelndem Selbstwirksamkeitsgefühl sowie negativen Erwartungen nicht abrufen und damit den angenommenen negativen Bewertungen nichts entgegensetzen. Es werden kognitive Schemata und Meta-Sorgen aktiviert. Im Fall von Herrn U. bestehen sie in seiner Befürchtung, dass er als kein guter, anerkannter und schätzenswerter Mensch, Vater oder Ehemann

beurteilt werden könnte. Der Sorgenprozess wird auf diese Weise verstärkt. Die aufrechterhaltenden Ängste und Selbstzweifel von Herrn U. führen zu einem stetig weiter sinkenden Selbstwertgefühl verbunden mit Hilflosigkeit und zunehmenden Sorgen, nicht zu genügen, eine Belastung zu sein und schließlich verlassen zu werden. Die Wahrnehmung der verstärkenden und belastenden Wirkung von Sorgen führt beim Angstpatienten dazu, die Sorgen kontrollieren zu wollen. Dies erfolgt im Fall von Herrn U. vor allem durch Vermeidungs- und Rückversicherungsverhalten wie unter 4.1.1. beschrieben. Kurzfristig führt dieses Verhalten zwar zu einer Erleichterung und Reduktion der Angst und Sorgen. Langfristig ist im Verlauf jedoch zu erkennen, dass sich mangels Habituation die Symptomatik verschlimmert und das problematische Verhalten ausgeweitet haben, und zwar sowohl in ihrer Frequenz und Intensität als auch im Sinne einer Generalisierung auf alle Situationen, die potenziell ein Auffallen des Patienten verbunden mit der Möglichkeit einer negativen Bewertung durch andere beinhalten könnten. Damit verstärken sich wiederum Sorgen und Symptomatik. Überdies hat bei Herrn U. der verstärkte soziale Rückzug zu einer Vernachlässigung sozialer Fähigkeiten im Bereich der Kontaktaufnahme, Kommunikation usw. geführt und somit dazu beigetragen, dass die Angst vor Menschen größer wird und das Gefühl von Selbstwirksamkeit weiter sinkt. Die zunehmende Hilflosigkeit von Herrn U. wirkt sich auf seine Stimmung aus und bedingt die depressive Symptomatik im Rahmen seiner Angsterkrankung. Aufrechterhaltend wirken sich auch viele der unter 4.1.1. beschriebenen Kognitionen aus. So führen perfektionistische Ansprüche an sich selbst zu einer Steigerung von Druck und Stress, was sich letztlich zwangsläufig in einer Überforderung mit der Folge weiterer Sorgen und Ängste sowie körperlicher Stressreaktionen äußert.

Systembedingungen/soziales Umfeld

Die Frau bemüht sich zwar, dem Patienten Rückhalt zu geben und ihn auf Vermeidungsverhalten aufmerksam zu machen, andererseits nimmt sie ihm viele Aufgaben besonders im erzieherischen Bereich ab und scheut ebenso wie er Konflikte und Emotionen, sodass sie letztlich dazu beiträgt, dass er sowohl sein Vermeidungsverhalten als auch seine Ängste vor dem Verlassenwerden aufrecht erhält.

Funktionalität der Symptome/Störung

Herr U. gibt zu, dass er in der Beschreibung seiner Leidenszustände oft übertreibt, weil es ihm gut tue, so viel Mitgefühl zu erhalten. Insoweit bedingen seine Symptome funktional die Aufrechterhaltung der Störung, da sonst die Zuwendung in Form dieses Mitgefühls wegfallen würde.

Sonstige Umweltbedingungen, weitere Erkrankungen

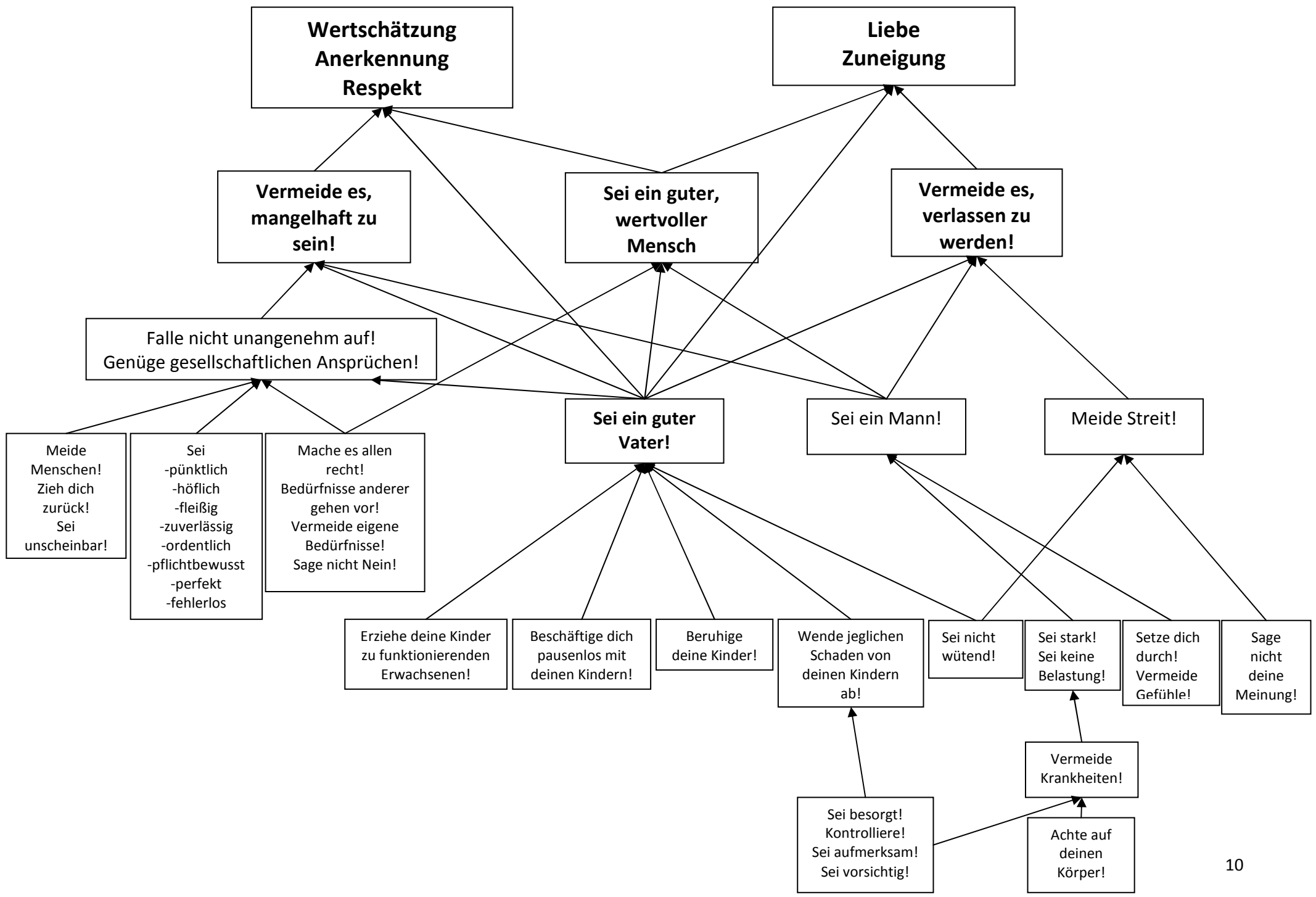
Die mangelnde Bewegung des Patienten verhindert den Abbau von aufgrund der Stressreaktionen bereit gestellten Energie, so dass er sich ständig unruhig fühlt.

Mangelnde Fähigkeiten der Emotionsregulation sowie der Gedanke, dass Gefühle ein Ausdruck von Schwäche sind, verhindern den Abbau von Wut- und Ärgergefühlen, so dass der Patient auch im Umgang mit seinen Kindern immer weniger Frustrationstoleranz zeigt und ungeduldiger wird, wodurch wiederum sein Gefühl, ein schlechter Vater zu sein, verstärkt wird und seine Ängste steigen.

Das Roemheld-Syndrom löst Beschwerden aus, die einer Herz-Kreislaufkrankung ähneln und so dem Patienten den Eindruck vermitteln, es werde bei ihm etwas übersehen, wodurch Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem verstärkt wird, aber auch seine hypochondrischen Ängste aufrechterhalten werden. Die mangelnde Fähigkeit, in 3D sehen zu können, verstärkt möglicherweise die vom Patienten als körperliche Hauptbeschwerden angegebenen Schwindel- und Benommenheitszustände.

4.2. Plananalyse / Vertikale Analyse / Schemaanalyse

(Siehe nächste Seite.)



Aus der mangelnden Zuwendung und Liebe durch die Eltern, fehlender Anerkennung und Wertschätzung in der gesamten Kindheit sowie den Erfahrungen als gehänselter Außenseiter lassen sich schnell die Grundbedürfnisse des Patienten nach Liebe und Zuneigung einerseits und Anerkennung, Wertschätzung und Respekt andererseits ablesen. Darunter stehen Schemata von Mangelhaftigkeit, Verlustangst und dem Bestreben, ein guter, wertvoller Mensch zu sein. Um ein guter Mensch zu sein, muss Herr U. ein guter Vater und echter Mann sein sowie gesellschaftlichen Normen entsprechen. Daraus wiederum erklären sich seine Werte wie Pünktlichkeit, Pflichtbewusstsein, Verlässlichkeit, Ordnung, Höflichkeit oder Fleiß. Perfektion und Fehlerlosigkeit sind sowohl für das Schema „guter Mensch“ als auch für das Vermeidungsschema „Mangelhaftigkeit“ wichtig. Letzteres führt zu dem Gebot, möglichst nicht unangenehm aufzufallen und erklärt zum Teil das Rückzugsverhalten des Patienten. Das Kontrollverhalten sowie die Sorgen seinen Kindern gegenüber entspringen der Sorge, kein guter Vater zu sein. Dieser Wunsch ist deshalb so stark, weil der Patient selbst sich gute Eltern gewünscht hätte und es nun bei seinen Kindern anders machen möchte als seine eigenen Eltern bei ihm und seinen Geschwistern. Gleichzeitig fürchte er, von anderen negativ bewertet zu werden, wenn er seine überhöhten Ansprüche an sein Vaterdasein nicht erfüllen kann. Das Erleben von Liebe und Zuneigung durch seine Frau und die Kinder haben in dem Patienten Verlustängste ausgelöst, aufgrund derer er etwa Streit und Wutgefühle sowie eigene Bedürfnisse vermeidet, aber auch jegliche Mangelhaftigkeit fürchtet.

Besonders in der Erarbeitung der Pläne und Regeln des Patienten wurde deutlich, dass ein Hauptproblem seine irrationalen und überzogenen Glaubenssätze sind, die in „Wenn-dann-Sätzen“ zum Vorschein kamen: „Wenn ich es nicht allen recht mache/immer zuverlässig/fehlerlos/perfekt/kein guter Vater bin, dann werde ich nicht so wertgeschätzt und anerkannt, dann bin ich nicht so wertvoll und gut und ich werde auch nicht geliebt bzw. ich werde verlassen von meiner Frau und den Kindern“. Auch das Vermeiden von Gefühlen und Attribuieren derselben als Schwäche beruht auf irrationalen, wenn auch gesellschaftlich geprägten und tradierten Überlegungen zur Rolle des Mannes, die überprüfenswert sind. Widersprüche ergeben sich in den Regeln, einerseits sich durchsetzen zu wollen, um das Bild eines echten Mannes zu erfüllen, andererseits jedoch Wut und aggressive Impulse zu vermeiden und sich nicht zu trauen, seine Meinung zu sagen.

Insgesamt wird deutlich, dass der Patient unter vielen rigiden, überhöhten Standards und Stress sowie Angst auslösenden Regeln und Plänen leidet, die ihn in die Überforderung und Hilflosigkeit treiben.

4.3. Horizontale Verhaltensanalyse / Mikroanalyse/ SORKC-Modell

Darstellungen nach Bartling et al. (2004):

Situation: Patient sitzt mit Familie im Restaurant. Die jüngste Tochter krabbelt unter dem Tisch herum.

Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsprozess: Patient sieht, dass die Gläser in Reichweite der Arme der Töchter stehen. Außerdem krabbelt die Einjährige nah an den Tischbeinen vorbei.

Innere Verarbeitung: Der Patient erwartet, dass die Töchter die Gläser umwerfen bzw. dass sich die Jüngste den Kopf am Tischbein stößt und dann schreit. Er hat Angst, die Tochter nicht beruhigen zu können. Das Geschrei oder das umgeworfene Glas würde den anderen Gästen und dem Personal unangenehm auffallen. Sie würden hersehen und ihn beobachten. Ihre Blicke würde er dahingehend interpretieren, dass sie denken würden, er sei ein schlechter Vater, weil er seine Kinder nicht so erziehen könne, dass sie keine Unruhe stiften und sich vorbildlich benehmen bzw. dass er sie nicht vor Gefahren schütze und überdies nicht beruhigen könne. Außerdem würde der Lärm die anderen Gäste stören, sie wären wütend und genervt, daran sei er dann schuld. Wenn er aber ein schlechter Vater sei, sei er weniger wert, erhalte folglich auch weniger Wertschätzung und Anerkennung. In letzter Konsequenz sei damit die Liebe durch seine Kinder und seine Frau in Gefahr, möglicherweise könnte seine Frau ihn auch verlassen, weil er ein schlechter Vater und unfähiger Mann sei.

Verhalten:

Vm: Patient räumt die Gläser der Kinder außer Reichweite, ist mit der Aufmerksamkeit bei der Einjährigen und hält schützend die Hand zwischen ihren Kopf und die Tischkante.

Ve: Patient hat Angst und Sorge, dass ein Glas herunterfällt, das Kind sich den Kopf stößt und andere auf ihn aufmerksam werden und herschauen.

Vk: Ich muss aufpassen! Hoffentlich fallen keine Gläser um, hoffentlich stößt sich E. nicht den Kopf und weint! Bloß nicht auffallen! Hoffentlich beobachtet uns keiner! Ich muss ein guter Vater sein!

Vph: Patient ist schwindelig, er ist unruhig, angespannt, der Kopf schmerzt, er schwitzt.

Konsequenzen:

C-/ k, i: Angst weicht einer Erleichterung, wenn Gläser aus dem Weg geräumt und Kind gesichert durch Hand des Patienten.

C+/ k, i: Kann das Essen nicht genießen, wenn er dauerhaft mit seiner Aufmerksamkeit bei den Kindern und seiner Sorge ist.

C- l, i: Angst und Sorgen werden aufrechterhalten, verschlimmern sich auf lange Sicht.

C- k, l, i: Stressempfinden und Überforderung aufgrund der Sorge, dass etwas passieren könnte.

C+/ l, i: Das Selbstwertgefühl des Patienten sinkt, weil er spürt, dass die Angst immer häufiger, mehr und vor allem unkontrollierbar wird und er sich hilflos der Überforderung ausgesetzt fühlt.

C- l, e: Der Patient schränkt Kinder aufgrund seines Sicherheits- und Vermeidungsverhaltens ein.

C+/ l, e: Die Kinder können nicht aus eigenen Fehlern lernen. Der Patient nimmt ihnen wichtige Lernerfahrungen weg durch sein präventives Sicherheitsverhalten.

Ähnlich verhält es sich bei anderen sozialen Situationen, etwa beim Einkaufen, wo der Patient ebenfalls fürchtet, beobachtet zu werden; entweder, weil man denken könnte, er stehle etwas, oder, weil man ihm ansehe, dass ihm schwindlig sei und er dadurch auffalle. Auch hier greifen im Rahmen der Inneren Verarbeitungsprozesse die Muster, die in der Plananalyse ausführlich beschrieben sind. Der Patient fürchtet sich davor, negativ und als mangelhaft bewertet zu werden und keine Anerkennung, Wertschätzung oder Respekt zu erhalten. Also vermeidet er einkaufen, und wenn er doch geht, beeilt er sich sehr und versichert sich durch Blick rück, dass auch niemand schaut, wodurch sein Verhalten dann oft tatsächlich auffällig wirkt. Seine Angst hält er damit wiederum aufrecht, er erlebt auch nicht, wie sie von alleine absinkt, sondern erwartet, dass sie exponentiell steigt und er im Laden umkippt.

4.4. Health-Belief Modell

Der Patient nahm anfangs an, dass die Ursachen für seine Ängste und sein Problemverhalten eine Mischung aus Belastungen im beruflichen und familiären Bereich sowie aufgrund der Wohnsituation und von Problemen mit den Schwiegereltern, aber auch deutlich aufgrund von vermuteten und bisher unentdeckten körperlichen Erkrankungen seien. Ein psychosomatisches Verständnis war nur in Ansätzen vorhanden, am ehesten vermutete der Patient Auswirkungen der befürchteten körperlichen Erkrankungen auf seine Psyche. Daraus schlussfolgerte der Patient auch nur einen bedingten und begrenzten Einfluss auf seine Symptomatik. Ein Anteil in ihm fühlte sich hilflos, resigniert, misstrauisch und hatte wenig Hoffnung auf Besserung. Der Blick dieses Anteils ging eher auf die Bereiche, die aus Sicht des Patienten nicht so beeinflussbar seien, wie seine Schwiegereltern, seine Arbeitskollegen, seine Familie und sein Körper. Auch erlebte er seine Sorgen und Ängste als nicht kontrollierbar. Dennoch war er offen für die Therapie und erhoffte sich eine Verbesserung des körperlichen und psychischen Befindens. Ziel war es für ihn, möglichst schnell wirksame Techniken und Strategien von therapeutischer Seite zu erlernen, um seine Probleme in den Griff zu bekommen. Hier zeigte er sich von Anfang an aktiv im Versuch, Schwierigkeiten zu bewältigen.

4.5. Selbstkontrollversuche

Der Patient hatte bei Therapiebeginn bereits ein Jahr (27 Stunden) ambulante Therapie hinter sich, in der er zeitweise eine Besserung der Symptomatik erleben konnte, jedoch letztlich wieder zurückfiel. Er hatte aber schon wieder begonnen, Verhaltensexperimente durchzuführen, um sich mit seinen Ängsten und Befürchtungen zu konfrontieren. Seiner Überforderung im beruflichen Bereich verschaffte er Erleichterung durch Aufgeben der Schichtleiterposition. Die Probleme aufgrund der Wohnsituation möchte er nun durch Umzug in eine eigene Doppelhaushälfte beseitigen. Hinsichtlich seiner Bewertungs-, Mangelhaftigkeits- und Verlustängste fühlt er sich jedoch eher hilflos.

4.6. Ressourcenanalyse

Der Patient bringt viele Ressourcen mit, die sich günstig auf den Therapieverlauf ausgewirkt haben.

Stabiles berufliches Umfeld: Sein Arbeitsplatz ist laut eigener Aussage sicher und ungefährdet, der Arbeitgeber kennt seine Problematik und steht hinter ihm. Er erhält auch ein angemessenes Einkommen, von dem er seine Familie gut versorgen kann. Abgesehen von Ängsten und dem Schichtdienst macht ihm die Arbeit auch Spaß.

Intakte Partnerschaft / Familie: Die Eheleute lieben sich und seine Frau unterstützt ihn, so gut sie kann. Sie bemüht sich, ihn auf sein Vermeidungsverhalten aufmerksam zu machen und ermuntert ihn, sich Zeit für sich zu nehmen. Seine Kinder lieben ihn.

Hohe Selbstwahrnehmung: Durch seinen starken Fokus auf körperliche Missempfindungen sowie durch dahingehend in der schon absolvierten Therapie durchgeführte Achtsamkeitsübungen fällt es dem Patienten zum einen leicht, Selbstbeobachtungsprotokolle hinsichtlich seiner Angst und seines Vermeidungs- bzw. Rückversicherungsverhaltens auszufüllen. Zum anderen gibt ihm diese Achtsamkeit die Chance, in Angstsituationen sein Verhalten unmittelbar etwa über Selbstinstruktionen zu korrigieren, also seine Beschwerden als somatische Marker für typisches Angst- und Sorgenverhalten zu verstehen.

Gute Selbstreflexion und Introspektionsfähigkeit: Der Pat. verfügt über eine ausgeprägte Selbstreflexion und eine Introspektionsfähigkeit, die es ihm ermöglichen, eigenes Verhalten zu verstehen und zu deuten, Ziele zu formulieren, Veränderungen wahrzunehmen sowie ausprobierte Strategien zu evaluieren.

Intelligenz und Kreativität, schnelle Auffassungsgabe: Der Patient ist intelligent und kreativ, was ihm behilflich ist bei der Bewältigung von Problemsituationen und im Lernprozess. Er kann psychoedukative Inhalte schnell aufnehmen und verarbeiten, er versteht die Notwendigkeit einer veränderten Denk- und Verhaltensweise zur Erreichung seiner Ziele und ist in der Lage, selbstständig Lösungen zu generieren.

Offenheit und Eigeninitiative: Trotz seiner Tendenz, ungeduldig zu sein und vermeintlich zu resignieren, wenn sich nicht unmittelbar Therapieerfolge einstellen, ist der Patient dennoch für alle Veränderungen offen. Er zeigte auch von Beginn an eine hohe Selbstinitiative und führte eigens entwickelte Verhaltensexperimente durch, um sich mit Sorgen und alten Denkmustern zu konfrontieren und korrigierende Erfahrungen zu sammeln.

Ehrgeiz, Zuverlässigkeit, Ordnung, Gewissenhaftigkeit: Diese ambivalenten Eigenschaften und Einstellungen, die aus Bewertungs- und Mangelhaftigkeitsängsten entsprungen sind, haben sich bei der Therapie auch als hilfreich herausgestellt. Der Pat. hat seine Aufgaben stets ausführlich und gewissenhaft erledigt und sich viel abverlangt, um möglichst viele Ziele zu erreichen. Die Gefahren von Frustration und Selbstüberforderung durch Ungeduld, zu hohe Erwartungen etc. konnte er wiederum mit Hinweisen von außen gut reflektieren. Bemerkenswert war es, wie der Patient über eigene schriftliche Zusammenfassungen in seinem Therapiebuch Struktur in sein Denken und Lernverhalten bringen konnte.

Dies half ihm, mit Gedächtnisproblemen und der Überforderung durch eine Vielzahl an Informationen und Reflexionen umzugehen und die Essenz der Therapie festzuhalten für weitere Prozesse.

Empathie und Sensibilität, gute Bindungsfähigkeit: Beide Eigenschaften ermöglichen es ihm, Perspektivenwechsel durchzuführen zur Überprüfung seiner Bewertungsängste, ferner erleichtern sie ihm den Aufbau und die Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten und bringen ihm Sympathien in seinem Umfeld ein, die sich selbstwertstärkend auswirken. Sie sind auch hilfreich bei Konfliktlösungen und im kommunikativen Bereich. Im Kontakt ist der Patient trotz seiner Ängste und des Misstrauens zugänglich, offen, sympathisch und auch emotional präsent und resonanzfähig.

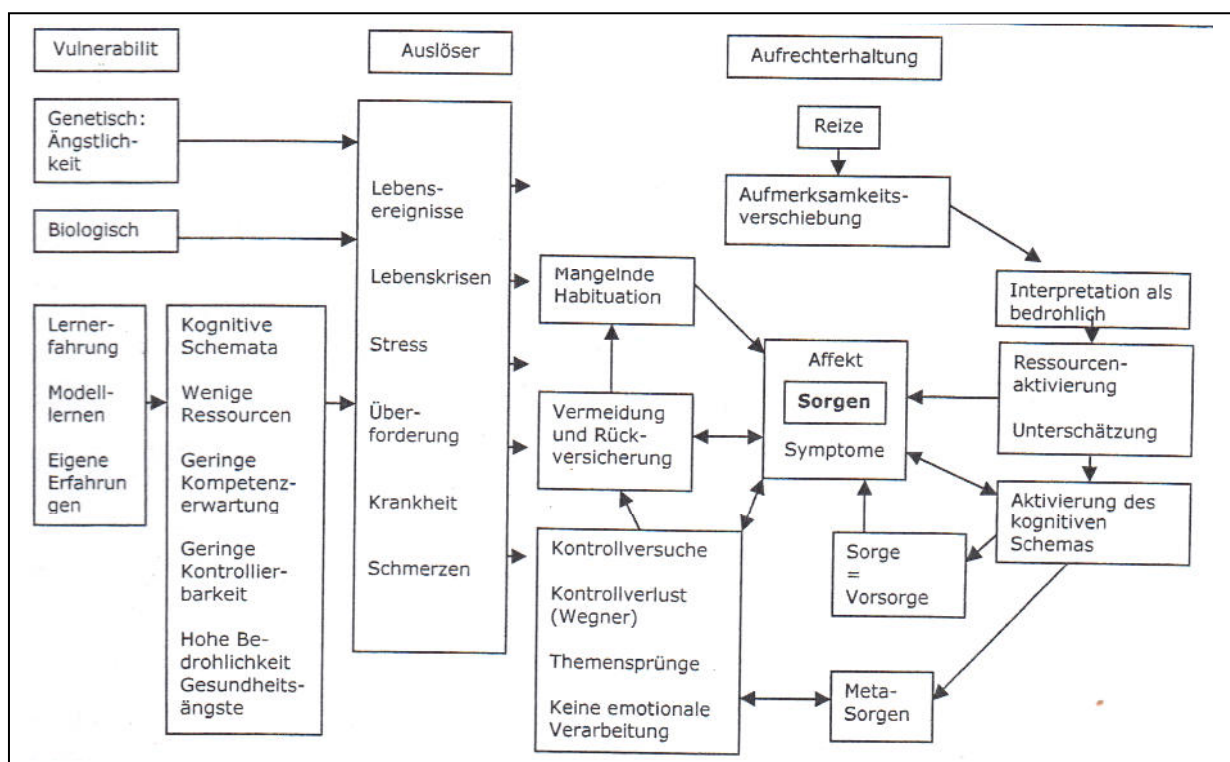
Therapeutische Vorerfahrung: Trotz anfänglich resignativer Einstellungstendenzen konnte der Patient Erfolge und die Wirksamkeit von Psychotherapie erleben, was dem Vertrauen und der Offenheit gegenüber dem therapeutischen Prozess und vorgeschlagenen Strategien sehr förderlich war. Es beeinflusste auch seine Motivation positiv.

Mut: Der Patient bewies in einer Vielzahl von Situationen sowie in seinen Verhaltensexperimenten Mut zur Konfrontation mit seinen Ängsten. Er ließ sich auch durch körperliche Missempfindungen nicht abbringen von Wiederholungen und neuen Versuchen.

Weitere von ihm selbst innerhalb einer Reflexionsübung notierte Stärken wie etwa Gerechtigkeit, Hilfsbereitschaft, Wertschätzung, Anstand, Familiensinn, Fingerfertigkeit, Mitgefühl, Zärtlichkeit, Freundlichkeit sowie eine liebevolle Art und zuvorkommendes Gastgebertum sind Eigenschaften, die ihm im sozialen Kontakt zugutekommen, langfristige Bindungen sichern und vor allem in der Bewusstwerdung seinen Selbstwert stärken konnten.

4.7. Hypothetisches Bedingungsmodell

Die soeben ausführlich dargestellten Ergebnisse der Problemanalyse sollen nun in einem hypothetischen Bedingungsmodell kurz zusammengefasst und anhand des Störungsmodells von Becker und Margraf (2002) zur generalisierten Angststörung abgebildet werden.



Das Modell verknüpft im Sinne eines typischen Drei-Faktoren- bzw. multifaktoriellen Modells die Vulnerabilität sowie auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen der Angststörung miteinander. Es wird auch „Teufelskreismodell der Generalisierten Angststörung“ genannt.

Danach weist Herr U. aufgrund der Ängstlichkeit seiner Eltern und eigener durch die Gewalt des Vaters an der Mutter ausgelöste Kindheitsängste in Kombination mit beschämenden Erfahrungen als Außenseiter aufgrund seiner Figur, seiner Herkunft und seines Dialektes eine erhöhte Vulnerabilität auf. Sie wird überdies verstärkt durch ein mangelhaftes Selbstwertgefühl, geringe Kompetenzerwartungen und dysfunktionale kognitive Schemata aufgrund rigider Familienwerte und mangelnder emotionaler Zuwendung in der Kindheit, die zu einem Perfektionsstreben und überhöhten Ansprüchen an sich selbst und Misstrauen anderen gegenüber geführt haben. Auslöser für die beginnenden Sorgen des Patienten vor 5 Jahren ist vermutlich eine Kombination aus Lebensereignissen, Stress und Überforderung. So berichtet der Patient über starke Verlustängste bezogen auf seine Frau bis zur Geburt der ersten Tochter vor mehr als 4 Jahren, die sich vermutlich durch das erstmalige Erleben von Liebe, Zärtlichkeit und Wertschätzung im Laufe der Zeit verstärkt haben. Seit der Geburt der beiden Töchter fühlt sich der Patient überfordert, zum einen aufgrund seiner geringen Frustrations- und Lärmtoleranz, zum anderen aufgrund der großen Verantwortung, die er wegen seiner perfektionistischen Ansprüche an sich verstärkt erlebt. Die eigenen enttäuschenden Erfahrungen mit seinen Eltern ermahnen ihn dazu, bei seinen eigenen Kindern keine Fehler zu machen und ihnen alles zu geben, was er nicht bekommen hatte. Weitere auslösende Stressfaktoren sind schließlich die Wohnsituation inklusive der Konflikte mit den Schwiegereltern sowie die mehrjährige berufliche Belastung aufgrund der Leitungsposition, der sich Herr U. nicht gewachsen fühlte. Hinzu kommen Verunsicherungen durch körperliche Beeinträchtigungen aufgrund des fehlenden 3D-Sehens und die Thorax-Sensationen wegen des Roemheld Syndroms. Nicht zu vernachlässigen ist auch die Sorge und stetige Betreuung des alkoholkranken und spielsüchtigen Bruders, für den sich der Patient verantwortlich fühlt.

Zur Vermeidung von Wiederholungen wird bezüglich der Aufrechterhaltung der Angstsymptomatik im Sinne des Modells von Becker und Margraf vollumfänglich auf die zusammengefassten Ausführungen unter 4.1.3. Problematische Verhaltensweisen verwiesen.

4.8. ICD-10-Diagnose

F 41.1 Generalisierte Angststörung

Der Patient muss primäre Symptome von Angst an den meisten Tagen, mindestens mehrere Wochen lang, meist mehrere Monate aufweisen. In der Regel sind folgende Einzelsymptome festzustellen:

1. Befürchtungen (Sorge über zukünftiges Unglück, Nervosität, Konzentrationsschwierigkeiten usw.);
2. Motorische Spannung (körperliche Unruhe, Spannungskopfschmerz, Zittern, Unfähigkeit, sich zu entspannen);
3. Vegetative Übererregbarkeit (Benommenheit, Schwitzen, Tachykardie oder Tachypnoe, Oberbauchbeschwerden, Schwindelgefühle, Mundtrockenheit etc.).

Herr U. hat seit mehreren Jahren täglich mehrfach Befürchtungen verschiedensten Inhaltes, etwa, dass seinen Kindern oder seiner Frau etwas zustoßen könnte, dass die Kinder in der Öffentlichkeit zu laut sind oder sich nicht benehmen, im Restaurant Gläser herunterwerfen, dass sie weinen und sich nicht beruhigen lassen von ihm, dass andere denken, er könnte ein schlechter Vater oder schlechter Ehemann sein, dass er Fehler machen könnte, sich lächerlich zu benehmen, dass jemand ihn nicht respektiert oder ihn negativ bewertet, dass er schwer krank sein, etwa eine Herzerkrankung haben könnte, dass seine Frau ihn verlassen könnte, dass er eine Situation nicht aushalten könnte, dass er stottern oder Unsinn reden könnte, dass er in Ohnmacht fallen könnte, dass er der Arbeit nicht mehr gewachsen

sein könnte, dass die Ängste nicht mehr aufhören usw. Dazu kommen deutliche Konzentrationschwierigkeiten im Alltag und der Arbeit. Er spürt dabei hohe körperliche und innere Unruhe, zittert und kann sich nicht entspannen. Vegetative Symptome sind Druck und Brennen in der Brust, Herzrasen, Hitzewallungen, Schwitzen an Händen und unter den Achseln, Schmerz- oder Druckgefühle im Abdomen, Unruhezustände, Taubheit oder Schmerzen in den Beinen, Schwindel und Benommenheit. Damit erfüllt Herr U. die Kriterien der generalisierten Angststörung. Gestützt wird diese Diagnose durch einen Wert von 30 beim durchgeführten BAI.

Differentialdiagnostische Ausschlussgründe könnten in Form einer **Depression** vorliegen. Der diesbezüglich durchgeführte BDI weist mit 19 Punkten auf eine leichte depressive Episode hin, jedoch sind die meisten Symptome vornehmlich als Folge der andauernden Ängste und des sinkenden Selbstwertes bzw. auf die mit den Ängsten verbundenen körperlichen Reaktionen (Schlafstörungen, Energieverlust, Konzentrationschwierigkeiten, Unruhe) zu sehen, was die depressive Symptomatik hinter die generalisierte Angst zurücktreten lässt.

F 32.0 Leichte depressive Episode

Der BDI von 19 weist auf eine leichte depressive Episode hin, es wird an dieser Stelle aber verwiesen auf die Begründung zu den differentialdiagnostischen Überlegungen bei der generalisierten Angststörung und letztlich keine depressive Episode diagnostiziert.

F 45.2 Hypochondrische Störung

1. Mindestens 6 Monate anhaltende Überzeugung vom Vorhandensein wenigstens einer ernsthaften, vom Patienten benennbaren körperlichen Krankheit als Ursache für vorhandene Symptome, auch wenn wiederholte Untersuchungen keine ausreichende körperliche Erklärung erbacht haben.
2. Ständige Weigerung, den Rat und die Versicherung mehrerer Ärzte zu akzeptieren, dass den Symptomen keine körperliche Krankheit zugrundeliegt.

Herr U. hat seit Beginn seiner körperlichen Beschwerden, vor allem wegen der Schwindelanfälle und der Herzstiche bzw. der Enge in der Brust, die Sorge, an einer schweren Erkrankung zu leiden. Die Diagnose des Roemheld Syndroms hinsichtlich der Sensationen am Herzen hat daran nichts geändert. Für die Schwindelgefühle gab es von ärztlicher Seite keine Erklärungen. Klar benennen konnte der Patient allerdings keine Krankheit, es war für ihn eher die Angst vor irgendeiner Erkrankung. Es liegen jedenfalls differentialdiagnostische Ausschlussgründe vor, da die generalisierte Angststörung hier die hypochondrische Störung verdrängt. Die Ängste des Patienten beziehen sich nicht nur auf das Vorhandensein körperlicher Erkrankungen, außerdem betreffen sie letztlich nur die körperlichen Folgesymptome der Angst.

F 40.1 Sozialphobie

1. Die psychischen, die Verhaltens- oder vegetativen Symptome müssen primäre Manifestationen der Angst sein und nicht auf anderen Symptomen wie Wahn und Zwangsgedanken beruhen.
2. Die Angst muss auf bestimmte soziale Situationen beschränkt sein oder darin überwiegen.
3. Wann immer möglich, Vermeidung der phobischen Situation.

Die Angstsymptome des Patienten beruhen zwar nicht auf Wahn und Zwangsgedanken, allerdings beschränken sie sich auch nicht auf soziale Situationen, sondern treten auch innerhalb der Familie auf. Überdies hat der Patient nicht nur Furcht vor Kritik oder Bewertung, sondern auch Angst vor Überforderung, vor Erkrankungen, davor, dass seiner Familie etwas zustoßen könnte, und davor, verlassen zu werden. Damit ist auch die Diagnose einer Sozialphobie ausgeschlossen.

5. Zielanalyse und Therapieplanung

5.1. Zielanalyse

Ziele des Patienten

- Reduktion der Sorgen, des Grübelns
- Reduktion der Nervosität und Unruhe
- Stärkung des Selbstbewusstseins, der Selbstsicherheit
- Stärkung des Vertrauens in den eigenen Körper
- Verbesserung der Abgrenzungsfähigkeit
- Verwirklichung eigener Bedürfnisse
- Sich alleine um die Kinder kümmern können
- Offenheit im sozialen Kontakt
- Spontaneität
- Hobbys finden und verwirklichen
- Strategien zur Selbsthilfe bekommen

Ziele des Therapeuten / Begründung

- Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung als Basis eines erfolgversprechenden Therapieverlaufs und zur Reduktion von Misstrauen
- Förderung eines psychosomatischen Verständnisses sowie Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells als Voraussetzung für konfrontative Strategien, zur Reduktion von Misstrauen und Verschiebung der Aufmerksamkeit von rein körperlichen Prozessen und Missempfindungen auf Stress auslösende innere Vorgänge
- Stärkung des Selbstwertes zur Verringerung von Selbstzweifeln, selbstentwertenden Kognitionen und Gefühlen der Mangelhaftigkeit sowie zur Stärkung von Selbstwirksamkeit, Konfliktbereitschaft und Selbstfürsorge
- Reduktion der Angst-/Sorgengedanken/des Grübelns und der körperlichen Angstsymptomatik, um den Leidensdruck sowie Vermeidungsverhalten zu verringern.
- Reduktion des Vermeidungs- und Rückversicherungsverhaltens, um Lebensqualität und Freiheit zurückzugewinnen sowie Stress zu reduzieren
- Offener Ausdruck von Gefühlen, insbes. Ärger, sowie Erhöhung der Konfliktbereitschaft zur Reduktion von Stress und zur Förderung von Selbstfürsorge und Bedürfnisverwirklichung
- Bewältigung von Schuldgefühlen zur Reduktion von Stress und Leidensdruck
- Förderung der Selbstfürsorge zur Stabilisierung und Förderung der Lebensqualität, zur Reduktion von Leidensdruck und Stress

Gemeinsame Zielbestimmung

Da sich die Ziele von Patient und Therapeut überwiegend deckten bzw. einige Ziele des Patienten wie Offenheit im sozialen Kontakt, Spontaneität oder das selbständige Kümmern um die Kinder als sekundäre Folge der Stärkung von Selbstwertgefühl und Reduktion von Ängsten und Vermeidungsverhalten erwartet wurden, stimmte der Patient vollumfänglich den vom Therapeuten vorgeschlagenen Zielen zu.

Erwartete Folgen der Zielerreichung

Die Erwartungshaltung war angesichts der lediglich sechswöchigen Aufenthaltsdauer trotz der Ansetzung vieler Doppelstunden vorsichtig. Sie umfasste die Erreichung eines psychosomatischen Verständnisses sowie Erfassung des individuellen Störungsbildes, eine leichte Verbesserung des Selbstwertgefühls und der leicht depressiven Symptomatik mit der Folge der Öffnung für soziale

Kontakte, den Zugang zu unterdrückten Gefühlen wie Wut und Traurigkeit, die Reduktion von Grübeln sowie die Entwicklung des Verständnisses seiner dysfunktionalen kognitiven Muster als Ursache des Vermeidungsverhaltens sowie erste Ansätze zur Veränderung dieser Denkmuster mit Folge einer erhofften minimalen Reduktion der Angstsymptomatik im Ganzen. Erwartet wurde auch, dass der Patient erlebt, wie Angst ohne Vermeidungsstrategien von allein sinkt. Als weitere Folge der Zielerreichung wurde erwartet, dass der Patient mehr Lebensqualität aus der Verfolgung eigener Bedürfnisse und Interessen schöpft.

Aus therapeutischer Sicht gab es schließlich die Hoffnung, die Motivation des Patienten für eine Fortführung des therapeutischen Prozesses im Anschluss an den Klinikaufenthalt im Wege des Selbstmanagements und der Unterstützung durch seine ambulante Therapie zu fördern.

5.2. Ableitung eines Therapieplans aus Problem- und Zielanalyse

5.2.1. Auswahl von Problembereichen

Der Fokus lag auf der Reduktion der Angstgedanken, dem Vermeidungsverhalten und den Schwindelgefühlen. Eingebettet und unterstützt werden sollte dies durch Maßnahmen zur Förderung des Selbstwertes und der Selbstfürsorge. Hindernisse in Form schwieriger Gefühle sollten beseitigt werden, um den Erfolg kognitiver Strategien zu gewährleisten. Voraussetzung für alle Interventionen war der Aufbau eines vertrauensvollen Arbeitsbündnisses und die Vermittlung aller nötigen Informationen zum Verständnis der Zusammenhänge und zur Auswahl und Wirkung der therapeutischen Methoden.

Hinsichtlich einer als sekundär bewerteten leicht depressiven Symptomatik wurde eine automatische Verringerung als Konsequenz obiger Maßnahmen erwartet. Die Konflikte mit den Schwiegereltern wurden ebenfalls als nachrangig gesehen, überdies wurde durch den geplanten Wegzug Anfang 2014 eine automatische Lösung dieses Problems vermutet.

5.2.2. Planung und Auswahl therapeutischer Interventionen mit Begründung

Aufbau eines vertrauensvollen, konstruktiven Arbeitsbündnisses:

- Komplementäre Beziehungsgestaltung, versorgend und konfrontativ anfordernd
- Aktive Empathie, Echtheit, Wertschätzung, Reparenting
- Konfrontierendes/informierendes Rückmelden
- Instruierendes Anleiten
- Differentielles Verstärken (vgl. zu den o.g. Punkten Grawe, Sachse und Young in Ubben 2010)
- Beruhigende Versicherungen (Hofmann & Hoffmann in Linden & Hautzinger 2008)
- Ressourcenaktivierung, Förderung von Selbstmanagement (Kanfer et al. 2006)

Aufgrund der ambivalenten therapeutischen Vorerfahrung (einerseits habe es kurzzeitig eine Verbesserung der Symptomatik gegeben, dann sei er aber doch wieder in ein Loch gefallen) und dem hartnäckigen Glauben, dass doch eine schwere körperliche Erkrankung hinter all seinen Beschwerden stecke, schien es umso mehr nötig, das Vertrauen des Patienten in die Psychotherapie zu stärken und seinem Misstrauen und Zweifeln beruhigende Versicherungen entgegenzusetzen. Entscheidend schien hier auch die Person des Therapeuten zu sein, da der Patient vor allem unter Bewertungsängsten leidet. Aus diesem Grunde waren Wertschätzung, aktive Empathie, differentielles Verstärken und Reparenting-Strategien sowie Ressourcenaktivierung wichtig, auch, um dem Patienten Selbstvertrauen zu geben sowie ihm die Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen vor Augen zu halten. Aufgrund seines starken Dranges nach Kontrolle, Orientierung und Struktur zur Bewältigung seiner Ängste wurde zur Ermöglichung von Orientierung und zur Vermittlung des Gefühls von autonomer Handlungsfähigkeit mit dem Ziel der Reduktion der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit Wert auf Transparenz und psychoedu-

kative Maßnahmen gelegt. Ergänzend sollten ihm instruierende Anleitungen Sicherheit und aktive Hilfe bieten sowie eine beruhigende Wirkung auf immer wieder auftretende Selbstzweifel ausüben.

Förderung des psychosomatischen Verständnisses / Erarbeitung des individuellen Störungsmodells

- Psychoedukation (Angstkurve; Teufelskreis der Angst; Stresskurve; Auswirkungen von Stress auf das hormonelle System sowie Konsequenzen im Bereich der physiologischen Reaktionen; Zusammenwirken/Wechselwirkung von/zwischen Körper, Geist, Verstand und Emotionen)
- Gemeinsames Erarbeiten eines hypothetischen Bedingungsmodells sowie Integration des spezifischen Störungsmodells der GAS von Becker und Margraf (2002).

Zum Verständnis insbesondere seiner Hauptbelastung, nämlich der Schwindelzustände, war es unabdingbar, ausführlich die Zusammenhänge zwischen der Wahrnehmung und der unbewussten Interpretation Stress auslösender Reize einerseits und darauf folgender vegetativ-hormoneller Reaktionen des Körpers andererseits zu erläutern.

Als Vorbereitung auf eine Sorgenkonfrontation und sonstige Angstexpositionen bot sich zur Erzeugung von Verständnis und Einsicht in die Notwendigkeit der Habituation die Vermittlung des Teufelskreismodells der generalisierten Angststörung von Becker und Margraf an.

Stärkung des Selbstwertes

- Ressourcensammlung mithilfe von Übungen aus Bergner (2010)
- Arbeit mit dem inneren Kind, dazu auch Übungen aus Chopich & Paul (1997)
- Positive Verstärkung, Wertschätzung, Reparenting
- Reflexion von Selbstwirksamkeit
- Selbstsicherheitstraining in der Gruppe (ausgelagert)
- Selbstverstärkungstechniken (Reinecker in Linden & Hautzinger 2008)

Die starken Insuffizienzgefühle des Patienten in Kombination mit seiner Planstruktur (Mangelhaftigkeitsschema, Perfektionismus, Verlustängste) erforderten Maßnahmen zur Stärkung seines Selbstwertes, um die Korrektur irrationaler Überzeugungen zu erleichtern bzw. zu ermöglichen. Dabei schienen vor allem emotionsbasierte Verfahren Erfolg zu versprechen, da der Patient zum Grübeln neigt und ohnehin bevorzugt kognitive Bewältigungsstrategien anwendet. Jedenfalls sollte eine Verankerung der kognitiven Veränderungen im emotional-physiologischen Bereich erwirkt werden. Strategien zur Verbesserung seiner kommunikativen und sozialen Kompetenzen wurden ausgelagert in das Selbstsicherheitstraining, das in der Gruppe stattfand. Innere-Kind-Arbeit wurde darüber hinaus auch in der Einzelkörpertherapie fortgeführt.

Reduktion der Angst- / Sorgengedanken / des Grübelns und der körperlichen Angstsymptomatik

- Psychoedukation (s.o.)
- Sorgentagebuch, Angstprotokolle, Selbstbeobachtung
- Achtsamkeitsübungen (z. T. abgewandelt von Heidenreich & Michalak in Stavemann 2008)
- Entspannungstraining (ausgelagert)
- Stressbewältigung
- Kognitives Umstrukturieren dysfunktionaler Denkmuster (Entkatastrophisieren, Realitätsüberprüfung) -> sokratische Gesprächsführung zur Infragestellung der Denkmuster (Beck et al. 1996; Hautzinger 2003; Fliegel et al. 1998)
- Selbstverbalisation und Selbstinstruktionstraining/Stressimpfungstraining nach Meichenbaum (Fliegel et al. 1998; Fliegel in Linden & Hautzinger 2008)
- Gedankenstopp (Tyron in Linden & Hautzinger 2008)
- Sorgenexposition (Zubrögel & Linden in Linden & Hautzinger 2008)

Achtsamkeitsübungen sollten die Grundlage für Selbstbeobachtung bilden, Sorgentagebuch und Angstprotokolle die Bestandteile einer näheren Exploration der Sorgen und Angstgedanken. Die Exploration wiederum war essentielle Voraussetzung für die Planung weiterer Schritte, die entweder den Fokus auf kognitive Strategien oder aber eine Sorgenexposition legen würden. Außerdem ist Achtsamkeit die Basis für die unmittelbare Veränderung von Verhalten in Situationen.

Entspannungstraining zur Reduktion der physiologischen Anspannung und Erleichterung von Expositionen sowie Bewältigung von Stress wurde aus praktischen und zeitlichen Gründen ausgelagert und vom Patienten in Form von PME sowie Meditation im gruppentherapeutischen Setting absolviert.

Reduktion des Vermeidungs- und Rückversicherungsverhaltens

- Psychoedukation (s.o.; verstärkende, aufrechterhaltende Funktion d. Vermeidungsverhaltens)
- Selbstbeobachtungsprotokolle bzgl. Vermeidungs-/Rückversicherungsverhalten
- Verhaltensexperimente: Angstkonfrontation und Exposition verschiedener vermiedener Situationen
- Kognitives Umstrukturieren (s. o.)
- Selbstverbalisation und Selbstinstruktionen (s. o.)
- Entspannungstraining (s. o.)

Die Reduktion des Vermeidungs- und Rückversicherungsverhaltens steht in engem Zusammenhang mit der Verminderung von Angst- und Sorgengedanken. Zunächst sollte der Pat. die aufrechterhaltende Funktion der Vermeidung über psychoedukative Maßnahmen begreifen. Die ausführliche Exploration mithilfe von Selbstbeobachtungsprotokollen diente wiederum der Vorbereitung der Bewältigungsstrategien und der Auswahl von Situationen. Kognitive Verfahren sowie konfrontative Verhaltensexperimente sollten schließlich eine Senkung der Angst u. a. über Habituation bewirken und Vermeidungsstrategien vermindern. Entspannungstraining schließlich sollte das Grundanspannungslevel senken.

Offener Ausdruck von Gefühlen

- Psychoedukation (Gefühle)
- Gefühle identifizieren, lokalisieren und benennen lernen (Sulz in Linden & Hautzinger 2008)
- Gefühle zuordnen und interpretieren lernen, Verknüpfung zu Bedürfnissen verstehen
- Kognitive Bewertung von Gefühlen korrigieren
- Gefühle kommunizieren gegenüber anderen / insbes. in der Partnerschaft
- Gefühlsausdruck (ausgelagert in Körpertherapie)
- Arbeit mit dem inneren Kind (z. T. ausgelagert in Körpertherapie)

Da der Patient zunächst wenig Zugang zu seinen Gefühlen hatte, war es nötig, grundlegende Kenntnisse über Gefühle zu vermitteln. In einem weiteren Schritt ging es um die Wahrnehmung und Zuordnung von Gefühlen. Aufgrund dysfunktionaler Bewertung von Gefühlen seitens des Patienten war eine kognitive Neubewertung notwendig. Schließlich ging es auch darum, Gefühle kommunizieren zu lernen, um für eigene Bedürfnisse sorgen zu können und dem Partner eine Orientierung zu bieten. Der durch unterdrückte Wut hervorgerufene Stresspegel sollte durch gezielte Techniken zum Ausdruck von Wut, was vornehmlich in die Körpertherapie ausgelagert wurde, gesenkt werden. Zugang zu Gefühlen von Freude, Leichtigkeit oder Zuneigung, aber auch Traurigkeit und Ärger sollte der Patient über die Arbeit mit seinem inneren Kind erhalten. Auch dies wurde teils ausgelagert in die Körpertherapie.

Bewältigung von Schuldgefühlen

- Psychoedukation (Konzepte von Schuld)
- Reflexion: Überprüfung von Schuld; ggfs. kognitive Veränderung irrationaler Überzeugungen
- Ggfs. Erarbeitung von Möglichkeiten zum Umgang mit echten Schuldgefühlen

- Paargespräch, Überprüfung von Schuld aus Sicht der Ehefrau

Da eine Vielzahl von Schuldgefühlen, etwa gegenüber der Ehefrau, dem Bruder und auch den Kindern, den Patienten daran hinderten, eigene Bedürfnisse zu verfolgen oder seine Erkrankung zu akzeptieren, und sie überdies seinen Selbstwert beeinträchtigten („bin für meine Frau eine Belastung“) und ihn ständig unter Druck setzten, erschien es hilfreich, dem Patienten diese Zusammenhänge zu verdeutlichen. Überdies sollte der Patient überprüfen, ob bei ihm echte Schuld vorliegt. Gegebenenfalls sollten gemeinsam Möglichkeiten für einen aktiven Umgang mit Schuldgefühlen erarbeitet werden. Sein Anliegen war es außerdem, im Paargespräch von der Ehefrau zu erfahren, ob er eine Belastung für sie sei.

Förderung der Selbstfürsorge

- Reflexion eigener Bedürfnisse
- Aktivitätsaufbau (Hautzinger 2003)
- Genusstraining (Kanfer et. al 2006)
- Arbeit mit dem inneren Kind (Chopich & Paul 1997)

Zur Förderung der Selbstfürsorge sollte der Patient zunächst eigene Bedürfnisse reflektieren, was ihm eher fremd war, da sein Bestreben immer dahin gegangen war, es anderen recht zu machen. So war es nicht verwunderlich, dass er keinerlei Hobbys nachgeht. Genusstraining schien geeignet, um seine Achtsamkeit zu fördern und seine Lebensqualität zu erhöhen, außerdem sollte es helfen, den Fokus weg von Sorgen hin zu eigenen Bedürfnissen und positiven Gefühlen zu lenken. Hilfreiches Konzept zur Selbstfürsorge schien die Arbeit mit dem inneren Kind zu sein, das der Patient versorgen lernen sollte.

5.2.3. Ablaufplan und Prioritäten des Vorgehens

Vom Ablauf her sollte mit dem Beziehungsaufbau und der Psychoedukation als Voraussetzungen für weitere Maßnahmen gestartet werden. Danach lag die Priorität bei den Angstreaktionen. Aufgrund der geplanten Doppelstunden sollten zur Vermeidung einer kognitiven Überflutung jeweils Übungen zur Förderung der Achtsamkeit, der Selbstfürsorge oder des Genusserlebens eingebaut werden. Über Hausaufgaben sollten ergänzende Explorationen in Form von Selbstbeobachtungs- oder Verhaltensprotokollen eingeholt werden. Auf dieselbe Weise sollten Reflexionen zum Selbstwert, Aktivitätsaufbau und Verhaltensexperimente begleitend zu den Gesprächen ausgeführt werden. Auf schwierige Gefühle sollte im Rahmen der Bewältigung von Vermeidungsverhalten eingegangen werden.

5.2.4. Geplante Maßnahmen zur Generalisierung und Aufrechterhaltung des Therapieerfolges

Hier sollte es mit Blick auf die Gedächtnisschwierigkeiten des Patienten vor allem darum gehen, Erinnerungshilfen zu schaffen. Dazu sollte dem Patienten die Möglichkeit gegeben werden, auch während der Sitzungen Erkenntnisse aufzuschreiben. Überdies sollten die Problemanalyse, sein individuelles Störungsmodell sowie psychoedukative Informationen, aber auch kognitive Strategien wie Selbstinstruktionen am Flipchart festgehalten und ihm ausgehändigt werden. Das Führen eines Therapietagebuchs mit den wichtigsten Erkenntnissen, Errungenschaften, dem Festhalten von Erfolgen und Freudenmomenten sowie weiterführenden Reflexionsfragen sollte demselben Zweck dienen. Überdies war geplant, die Ehefrau im Rahmen des Paargesprächs als Unterstützung für den Patienten zuhause zu gewinnen, besonders, um ihm Vermeidungsverhalten zu spiegeln. Dem Patienten sollte auch weiterführende Literatur mitgegeben bzw. genannt werden. Zum Abschluss der Therapie sollte der Patient aus den Bildern des Züricher Ressourcenmodells eines auswählen als Erinnerung an gesteckte Ziele oder erreichte Erfolge bzw. als Motivation, den eingeschlagenen Weg weiter zu beschreiten. Dieses Bild sollte ihm in Scheckkartenformat mitgegeben werden, um stets verfügbar zu sein. Um eine nahtlose Anknüpfung an den therapeutischen Prozess zu gewährleisten, sollte der Patient sich frühzeitig um weitere

Termine bei seinem ambulanten Psychotherapeuten bemühen. Ergänzend sollten ihm auch poststationäre Gespräche zur Überprüfung der Stabilisierung im häuslichen Umfeld angeboten werden.

5.2.5. Evaluation der Therapie

Zur Evaluation des Therapieerfolgs wurden dem Patienten zu Therapiebeginn und -abschluss folgende Instrumente ausgehändigt: BAI, ASQ, BSQ, BDI, VEV-k. Daneben fand eine Überprüfung der Therapieerfolge durch Befragung und subjektive Beobachtung statt.

6. Verlauf der Therapie

6.1. Formale Beschreibung des Therapieverlaufs

Die Therapie umfasste insgesamt 23 Therapieeinheiten im Einzelsetting (davon 7 zu je 50 Minuten und 8 zu je 100 Minuten) im Rahmen eines sechswöchigen stationären Klinikaufenthaltes. Bestandteil der Therapie waren auch ein Paargespräch sowie ein poststationäres Gespräch.

Die Dokumentation erfolgte im Rahmen der Orbis Aufzeichnungen der Klinik sowie anhand von Fotografien der erstellten Flipcharts und eigenen, ausführlicheren Aufzeichnungen des Therapeuten.

6.2. Zielbezogene inhaltliche Beschreibung des Therapieverlaufs inklusive verwendeter therapeutischer Interventionen

Bezüglich der verwendeten therapeutischen Interventionen wird, sofern sie nicht im laufenden Text ohnehin erwähnt werden, ausdrücklich auf die Aufzählungen in der Therapieplanung verwiesen, um unnötige Wiederholungen zu vermeiden.

Aufbau eines vertrauensvollen, konstruktiven Arbeitsbündnisses:

Über den gesamten Therapieverlauf hinweg wechselten sich versorgende und konfrontative sowie informative Elemente der Beziehungsgestaltung ab. Zu Beginn bemühte sich der Therapeut aus Gründen des Vertrauensaufbaus besonders darum, dem Patienten für seine Anliegen Raum zu geben, ohne das Gespräch zu stark zu lenken. Sein subjektives Erleben wurde verständnisvoll validiert und mit Empathie und echter Wertschätzung beantwortet. Darüber hinaus bemühte sich der Therapeut um Vermittlung von Rückhalt und Beistand, um der hohen Bewertungs- und Kritikangst Rechnung zu tragen. Jegliches therapeutisches Handeln wurde ausführlich und transparent erläutert. Zweifel und Rückfragen des Patienten wurden ernst genommen, umgehend aufgegriffen und durch psychoedukative und informative Erklärungen sowie beruhigende Versicherungen beseitigt. Auch wurde ihm von Beginn an die Entscheidungsgewalt über alle therapeutischen Schritte signalisiert. So konnte das Bedürfnis des Patienten nach Kontrolle und Orientierung erfüllt und sein Misstrauen gegenüber ärztlichen Einrichtungen reduziert werden. Dabei forderte der Patient den Therapeuten immer wieder dazu auf, sich persönlich mit eigenen Erfahrungen einzubringen. Ein solches dosiertes persönliches Einlassen des Therapeuten war auch durchaus aufgrund der ablehnenden Haltung des Patienten gegenüber seinen Eltern und fehlenden Vorbildern indiziert, um hier korrigierende Beziehungserfahrungen machen zu können. Hilfreich war dabei das ungefähr gleiche Alter von Patient und Therapeut sowie die beiderseits offene und auf Sympathie gestützte Haltung. So gelang erstaunlich schnell der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, innerhalb derer die Motivation des Patienten rasch anstieg und er neugierig den therapeutischen Interventionen folgte sowie häufig um Ratschläge und Hilfestellungen ansuchte. Die zunehmend bewusst werdende Handlungsfähigkeit unter Einbindung und Offenlegung seiner Ressourcen ließ seine anfangs deutliche Hilf- und Hoffnungslosigkeit verschwinden.

Problemlos ließ sich der Patient mit seinen Gefühlen und dysfunktionalen Denk- und Verhaltensmustern konfrontieren. Hierbei half vor allem die ausführliche gemeinsame Entwicklung der Problemanalyse

se sowie des hypothetischen Bedingungsmodells. Aufgaben und Verhaltenexperimente wurden genau erklärt und gemeinsam notiert, Probleme in der Durchführung besprochen und durch aktive Hilfe zu beseitigen versucht.

Das differenzierte Verstärken durch Lob, sachliche Erfolgsmeldungen und persönliche Zuwendung verhalf dem Patienten zu mehr Selbstwirksamkeitsgefühlen und einer Verbesserung seines Selbstwertgefühls. Überdies führte er mehr und mehr spontane Verhaltenexperimente durch, deren Erfolge ihn weiter bestärkten und von therapeutischer Seite wertgeschätzt wurden. Er verhielt sich auch zunehmend lockerer, scheute sich nicht mehr, das Bedürfnis zu äußern, die Sitzung für eine Toilettenpause zu unterbrechen oder das Fenster öffnen zu lassen, wenn ihm zu warm wurde.

Seine zwischenzeitliche Frustration aufgrund zu hoher und schneller Veränderungsansprüche an sich selbst konnte von Therapeutenseite mit Signalisierung von Geduld und wiederum persönlichen Erfahrungen aufgefangen werden. Es wurde dem Patienten eine akzeptierende Haltung vermittelt, die er gut annehmen und der er trotz seines Perfektionismus und der hohen Angst vor Mangelhaftigkeit in Ansätzen folgen konnte.

Der Umstand, dass sich der Therapeut noch in Ausbildung und unter Supervision befand, schien den Patienten nicht zu stören, die fachliche Kompetenz wurde zumindest nie offen angezweifelt.

Bei der Verabschiedung war der Patient sichtlich gerührt, bedankte sich und offenbarte, dass er von Anfang an ein sehr gutes Gefühl gehabt habe.

Förderung des psychosomatischen Verständnisses / Erarbeitung des individuellen Störungsmodells

Die psychoedukativen Maßnahmen erwiesen sich während des gesamten Therapieverlaufs als besonders hilfreich, so dass auch häufig wiederholend darauf Bezug genommen wurde. Der Patient konnte den Ausführungen dazu schnell folgen und sich zunehmend selbst seine Schwindelanfälle erklären bzw. den Zusammenhang zu Ängsten und irrationalen Denkweisen oder selbstüberfordernden Ansprüchen herstellen. Seine Befürchtung, somatisch schwer und unerkannt krank zu sein, löste sich im Laufe der Therapie vollends auf. Das Verständnis seiner Erkrankung aufgrund der Vermittlung des individuellen Störungsmodells verschaffte ihm Erleichterung, auch wenn er die Zusammenfassung aller Symptome und die damit in Zusammenhang stehenden Auslöser zunächst als sehr deprimierend erlebte. Der Wunsch, seine Selbstkontrolle und Handlungsfähigkeit schnell wiederzuerlangen, behielt jedoch die Oberhand, so dass er hoch motiviert und Anleitung suchend mit Verhaltenexperimenten und selbständiger Konfrontation mit seinen Mustern begann.

Er zeigte auch keinerlei Anzeichen von Widerstand im Rahmen der in der Folge gemeinsam beschlossenen Interventionen, sondern ließ sich neugierig und teils spielerisch auf alles ein.

Stärkung des Selbstwertes

Rein kognitiv-reflexive Übungen zur Auffindung eigener Stärken, wertvoller Eigenschaften usw. fielen dem Patienten anfangs noch schwer, verschafften aber einen ersten Zugang zur Thematik. Hilfreicher war dem Patienten die Arbeit mit seinem inneren Kind, zu dem er auffällig schnell mithilfe der Visualisierung eines Kinderfotos Kontakt aufnehmen und in innerem Austausch verbleiben konnte. An dieser Stelle setzte auch die Einzelkörpertherapie an und unterstützte fortan die Wahrnehmung von Bedürfnissen und Gefühlen. Der Patient erlebte dadurch auch im Denken einen stärker wertschätzenden Umgang mit sich selbst und weniger Selbstkritik. Eine Reihe von Übungen aus dem Buch von Chopich und Paul (1997) führten ihm dabei selbstentwertende Phrasen und Verhaltensweisen vor Augen.

Ergänzend verhalfen Rückmeldungen von MitpatientInnen in Gesprächen sowie der Gruppentherapie, Wertschätzung und positive Verstärkung von Therapeutenseite sowie vermittelte Selbstverstärkungstechniken zu einer verbesserten Selbstsicht. Die emotionale Verankerung gelang dem Patienten vor allem über die positiven Erfahrungen aus seinen Verhaltenexperimenten, auf die später bei der Reduk-

tion des Vermeidungsverhaltens noch näher eingegangen wird. Rollenspiele im Selbstsicherheitstraining in der Gruppe konnte der Patient schon vergleichsweise leicht bewältigen. Hier profitierte er zügig vom Achten auf Körperhaltung, Augenkontakt und Mimik. Ebenso empfand er kurze Selbstinstruktionen wie „ich habe ein Recht, hier zu sein“ oder „ich bin ein guter Vater“ als hilfreich in Momenten, wo Selbstzweifel oder Grübeln auftraten. Er ließ sich auch bei Rückschlägen nicht beirren und suchte dieselbe Situation erneut auf.

Aufgrund seines hohen Perfektionismusstrebens neigte der Patient allerdings dazu, das Negative und noch nicht Gelungene zu fokussieren, wodurch errungene Erfolge und auch sein Selbstwert wieder Opfer seiner Zweifel wurden. An dieser Stelle halfen ihm schriftliche Aufzeichnungen der täglichen Fortschritte in seinem Therapiebuch, das gute Gefühl zu konservieren. Gleichzeitig wurden von Therapeuten auch noch einmal Fremd- und Selbstverstärkungstechniken sowie positive Selbstverbalisierungen eingesetzt und angeregt. Im Rahmen einer schriftlichen Reflexionsaufgabe im Zusammenhang mit seiner Sorge, kein guter Mensch, Vater, Ehemann zu sein, konnte der Patient feststellen, dass er viele der für ihn hier wichtigen Eigenschaften, Fähigkeiten und Einstellungen selbst bereits erfüllt. Dies wirkte sich sowohl auf seinen Selbstwert als auch auf seine dysfunktionalen Kognitionen positiv aus.

Insgesamt fühlte sich der Patient am Ende deutlich selbstsicherer, was sich besonders im offeneren und erheblich kommunikationsfreudigeren Umgang mit Mitpatienten bemerkbar machte. Ebenso gab er mehr und mehr eigenen Bedürfnissen den Vorrang vor vermeintlichen Erwartungshaltungen anderer. Er war überdies in der Lage, sich unangenehmen Gesprächen zu stellen. So initiierte er selbst ein klärendes Gespräch mit seinen Schwiegereltern, das zu einer massiven Entspannung der häuslichen Situation beitrug. Auch in seinem Gefühlsausdruck war der Patient nun kongruenter erlebbar, er scheute sich nicht mehr vor der Äußerung von Unmut etwa über vermeintliche Benachteiligung in der Gruppentherapie und schämte sich auch nicht mehr für Tränen in den Einzelsitzungen.

Reduktion der Angst- / Sorgengedanken / des Grübelns und der körperlichen Angstsymptomatik

Achtsamkeitsübungen gelangen dem Patienten in Teilbereichen sehr gut. So fällt es ihm grundsätzlich leicht, seine Unruhe und beginnende Schwindelgefühle sowie andere körperliche Missempfindungen wahrzunehmen. Weniger einfach sind für ihn Wahrnehmung und Zuordnung von Gefühlen und Gedanken, die hinter Stress und Angst auslösenden Situationen stecken. Es bereitete ihm auch anfangs Schwierigkeiten, seine Denkmuster in den Stresssituationen zu identifizieren. Also etwa: „Ich traue mich nicht, im Kino aufzustehen und zur Toilette zu gehen, weil andere dann kurzzeitig nichts sehen können, sich dadurch gestört fühlen, deshalb auf mich wütend sind und schlecht über mich denken, was ich nicht aushalte, weil ich ein guter, wertgeschätzter Mensch ohne Fehler sein möchte.“ Bei der Protokollierung dieser Situation hatte der Patient nur formuliert: „Soll ich aufstehen oder nicht?“

So wurde zunächst der Fokus darauf gerichtet, dem Patienten anhand immer neuer Situationen seine sich wiederholenden Denkmuster zu verdeutlichen und anhand der Plananalyse abzugleichen. Am Ende fiel es ihm dann leichter, katastrophisierende oder irrationale Gedanken ins Bewusstsein zu holen. Erst danach wurde dazu übergegangen, diese Gedanken anhand der Realität zu überprüfen und durch hilfreiche Gedanken zu ersetzen, um sie in Form von Selbstverbalisationen und kurzen Selbstgesprächen zu nutzen (etwa: „Ich muss dringend auf die Toilette. Wenn ich nicht aufstehe und grüble, bleibt der Druck auf der Blase, ich kann den Film nicht genießen und werde zunehmend unruhiger. Ich habe das Recht aufzustehen und meinem völlig menschlichen und nachvollziehbaren Bedürfnis zu folgen, die anderen Kinobesucher werden nur so kurzzeitig in ihrem Blickfeld gestört, dass sie es kaum als erheblich oder störend empfinden werden. Sie werden sich nach dem Film vermutlich nicht einmal daran erinnern und schon gar nichts Schlechtes über mich denken, nur weil ich aufs Klo gegangen bin.“).

Auf diese Weise gelang es dem Patienten, eine Vielzahl von Situationen verändert zu bewältigen und aufzusuchen, dazu mehr im folgenden Abschnitt über Vermeidungsverhalten.

Aufgrund der näheren Exploration durch die zahlreichen Angst- und Sorgenprotokolle wurde im Übrigen deutlich, dass die Sorgen des Patienten, seiner Familie könne etwas zustoßen, hauptsächlich den Hintergrund haben, dass man ihn dann als schlechten Vater bezeichnen könnte und als unfähig, seine Familie zu schützen. Reale Ängste um Leib oder Leben der Familie fanden sich nur in adäquater und normaler Ausprägung. Mit diesem Wissen entschieden Patient und Therapeut gemeinsam, kognitive Strategien zur Reduktion irrationaler Mangelhaftigkeits- und Insuffizienzgefühle zu erlernen und in konfrontativen Verhaltensexperimenten gezielt anzuwenden.

Hiermit hatte der Patient ohnehin schon selbständig seit Beginn seines Klinikaufenthaltes begonnen, allerdings ohne Anleitung und hilfreiche Selbstinstruktionen. Eine klassische Sorgenexposition war nicht mehr angezeigt, sie hätte allenfalls mit dem Inhalt seiner Verlustängste verfolgt werden können, aus therapeutischer Sicht sprach jedoch zu diesem Zeitpunkt eine mögliche Destabilisierung des Patienten dagegen. Zielführender schien auch diesbezüglich eine Überprüfung der irrationalen Ängste hinsichtlich des befürchteten Verlassenwerdens durch die Frau, auf die auch im Rahmen des Paargesprächs eingegangen wurde. Eine Art Sorgenexposition in sensu fand letztlich dergestalt statt, dass der Patient sich fragen musste, was schlimmstenfalls in den für ihn bedrohlichen Situationen passieren könnte. Allerdings ging es dabei mehr um das Realisieren der Unbegründetheit und Irrationalität seiner Sorgen und nicht um das Aushalten der Sorge.

Die kognitiven Verfahren bestehend aus einer Mischung von kognitivem Umstrukturieren nach Beck durch Realitätsüberprüfung automatischer und irrationaler Gedanken sowie Selbstverbalisationstechniken und Selbstinstruktionstraining nach Meichenbaum halfen dem Patienten nach einiger Übung schon dabei, in verschiedenen konfrontativen Situationen sein Verhalten zu ändern. Dabei lernte der Patient ein Vorgehen nach folgenden Schritten:

1. Wahrnehmen der körperlichen Anspannung durch Achtsamkeit
2. Bewusstwerden der die Anspannung auslösenden primären und sekundären Gedanken und Gefühle anhand der kognitiven Schema aus der Plananalyse
3. Realitätsüberprüfung der Gedanken und Ängste
 - Gibt es irrationale Gedanken, Fehlinterpretationen, Übertreibungen etc.?
 - Was kann schlimmstenfalls passieren?
 - Kann ich die Situation bewältigen? (-> Ressourcen)
4. Positive Selbstverbalisationen/-instruktionen, alternative Interpretationen
 - Akzeptanz: Angst, Schwindelgefühle kommen halt, sind erlaubt.
 - Angst und Schwindel gehen auch von allein wieder weg.
 - Ich darf Fehler machen. Ich bin ok. Jeder ist anders.

(Hier griffen auch Innere-Kind-Arbeit, selbstwertstärkende Maßnahmen, Liste mit hilfreichen Sätzen und positiven Selbstaussagen, Psychoedukationen, Erfahrungen aus Verhaltensexperimenten und Angstkonfrontationen.)

Die Erfolge gaben ihm Selbstvertrauen und den Mut, weitere Vermeidungssituationen aufzusuchen. Verbesserungswürdig blieb aber sein Defizit bei der Wahrnehmung von hinter der Angst stehenden Gedanken (vgl. Punkt 2). Bestandteil der kognitiven Strategien war auch eine Reduktion von Stressoren in Form perfektionistischer Verhaltensweisen und überhöhter Ansprüche. Die vielen Verhaltensprotokolle halfen dem Patienten bei der Identifizierung seiner persönlichen Stressverstärker, denen er entlastende Gedanken entgegensetzen lernte. Diese Übungen waren eng verknüpft oder identisch mit den schon oben erwähnten Maßnahmen zur Selbstwertstärkung.

Kurz einführen ließen sich auch drei Techniken, um unkontrollierbar erlebtes Grübeln zu unterbrechen: der Grübelstopp, Fokussieren der Sinne auf aktuell Wahrnehmbares (Beschreiben von Farben eines Gemäldes, Zählen der Blätter einer Zimmerpflanze, Beschreiben von Geräuschen ...) und Rückwärtszäh-

len von 1.000 in 17er-Schritten. Die Grübelhäufigkeit und -dauer reduzierte sich in der Folge, am besten funktionierte für den Patienten das Richten der Wahrnehmung auf Reize.

Das ausgelagerte Entspannungstraining fiel leider häufig aus, überdies fand der Patient nicht den gewünschten Zugang zum PME, so dass er ermuntert wurde, mit seinem ambulanten Therapeuten und selbstständig Meditations- und Imaginationstechniken auszuprobieren, um sein Grundanspannungsniveau weiter zu senken.

Reduktion des Vermeidungs- und Rückversicherungsverhaltens

Im Rahmen verschiedener Situationsanalysen konnte der Patient ein Bewusstsein für sein Vermeidungs- und Rückversicherungsverhalten sowie die aufrechterhaltenden Konsequenzen desselben für seine Ängste entwickeln. Es fiel ihm jedoch zunächst weiterhin schwer, selbstständig im Alltag Vermeidungsverhalten zu identifizieren und über Selbstbeobachtungsprotokolle festzuhalten. Mithilfe von Beispielen typischen Vermeidungsverhaltens gelang es ihm dann leichter, Parallelen zu eigenem Verhalten zu ziehen. Er war dann erstaunt, wie ausgeprägt dieses Verhalten schon ist. Dies motivierte ihn allerdings zu einer Reihe von Verhaltensexperimenten (Frisörbesuch und das dortige Sich-Einlassen auf ein Gespräch, Cafébesuche alleine, wiederholte Kinobesuche zu zweit, Einkaufen, Restaurantbesuche mit der Familie, Leute nicht grüßen im Gang, in Gruppe Unmut äußern, beim Rauchen Leute ansprechen oder sich dazustellen und bewusst nichts sagen, Weihnachtsmarkt mit Familie, Gespräch mit Schwiegereltern ...), die alle eine Konfrontation mit Ängsten beinhalteten (darunter hauptsächlich Bewertungsängste, aber auch Verlustängste und die Angst umzukippen). Diese Verhaltensexperimente initiierte der Patient zunächst selbst ohne Anleitung, im weiteren Verlauf konnte er gemeinsam im Rahmen der kognitiven Therapie erarbeitete Selbstinstruktionen nutzen, um sich selbst zu beruhigen. Er erlebte auch einen Rückgang der Angst ohne auf vermeidende oder selbstberuhigende Strategien zurückzugreifen. Hilfreich seien ihm dabei die psychoedukativen Modelle der Angstkurve und des Teufelskreises der Angst gewesen. Schwierigkeiten hatte der Patient vor allem dabei, einen inneren Dialog zu führen. Das lag hauptsächlich daran, dass ihm diese Technik nicht vertraut war und erarbeitete Informationen und Schritte, die bei ihm ungeordnet für Verwirrung und Überforderung und damit auch weitere Schwindelgefühle sorgten. Dieses Problem ließ sich jedoch beheben über einen Gewöhnungseffekt im Rahmen weiterer konfrontativer Situationen sowie eine klare Strukturierung der Selbstinstruktionen und des inneren Dialogs (s.o. Punkte 1.-4. unter *Reduktion der Angst*). Insgesamt entpuppte sich der Patient als höchst motiviert und selbstständig in der Konfrontation mit seinen Ängsten und der bewussten Auseinandersetzung mit seinen dysfunktionalen Mustern. Weniger stark angstbesetzte Situationen ging er spielerisch und mit viel Neugierde an, bei stärkerer Erregung kämpfte er häufig noch mit seinen zu hoch gesteckten Erwartungen und musste zu Geduld und Akzeptanz angehalten werden, um seiner Frustration entgegenzuwirken. Es gelang dem Patienten jedoch erheblich besser, sich selbst zu beruhigen und insbesondere bei den Wochenendausflügen mit seiner Familie die Bewertungsängste zu regulieren. Sein Bewegungs- und Erlebnisradius dehnte sich aus auf Aktivitäten, die er seit Jahren vermieden hatte. Der Genuss derselben war noch etwas gebremst durch die stete Selbstbeobachtung, jedoch ist zu erwarten, dass er mit weiterer Gewöhnung auch wieder mehr Freude und Genuss entwickeln wird. Wichtig war für ihn der Rückgang der Schwindelsensationen und die Feststellung, dass sie untrennbar zusammenhängen mit dem Grad des meist durch angstbesetzte Gedanken ausgelösten Stresses. Diese Zuordnung führte zu einer Verminderung der hypochondrischen Ängste und einer Senkung des allgemeinen Erregungsniveaus.

Offener Ausdruck von Gefühlen

Über das Vermitteln eines Gefühls-Vokabulars gelang es, dem Patienten den Zugang zum Bewusstsein für verschiedene Emotionen zu ermöglichen, die er zuvor nicht wahrnehmen konnte. Mithilfe dieser

Wahrnehmung vermochte er es auch erstmals, Gefühlszustände Auslösern zuzuordnen. Dies wiederum verhalf ihm in einigen sozialen Situationen, Gefühle zu regulieren und ihnen ggfs. Ausdruck zu verleihen. So äußerte er beispielsweise in einer Gruppentherapiesitzung seinen Ärger darüber, dass seinen Bedürfnissen seinem subjektiven Empfinden nach weniger Aufmerksamkeit und Zeit gewidmet würde als denen der anderen Teilnehmer.

Im Paargespräch konnte der Patient erstmals direkt Schuldgefühle, Scham und Traurigkeit ansprechen. In den körpertherapeutischen Sitzungen verlieh er Wutgefühlen und verletzten Anteilen Ausdruck. Auch in den Einzelsitzungen flossen häufig Tränen aus Traurigkeit, Rührung oder Schuldgefühlen heraus. Diese waren dem Patienten zunächst sehr unangenehm aufgrund der Attribuierung als Schwäche. Im Verlauf der Therapie konnte er diese Abwertung jedoch korrigieren und zumindest zeitweise eine akzeptierende Haltung einnehmen. Dies verschaffte ihm Erleichterung. Außerdem wirkte er zum Ende des Aufenthaltes hin lebendiger und weniger kontrolliert und ernst. Vor allem Freudengefühlen konnte er schließlich freien Lauf lassen.

Im Rahmen der Inneres-Kind-Arbeit entwickelte er wohlwollend väterliche und umsorgend liebevolle Gefühle für seine kindlichen Anteile, was ihm im Umgang mit seinen eigenen Kindern Unbeschwertheit, Leichtigkeit, aber auch Sicherheit gab und Selbstzweifel verringerte.

Defizite sind weiterhin zu verzeichnen im Bereich der partnerschaftlichen Kommunikation von Gefühlen. Hier hat der Patient noch starke Verlustängste, die einer weiteren Behandlung im ambulanten Setting bedürfen. Deutlich wurde im Paargespräch aber auch, dass seine Frau dieselben Ängste hat und somit beide Partner sich näher mit Verlustängsten, offener Kommunikation und gewinnbringender Streitkultur auseinandersetzen müssen.

Bewältigung von Schuldgefühlen

Die Bearbeitung von Schuldgefühlen, die beim Patienten vor allem Stress, Zweifel und eine ständige gedankliche Beschäftigung mit eigenem Verhalten und Schwächen zur Folge haben und seinen Selbstwert entsprechend destabilisieren, konnte aus Zeitgründen immer nur am Rande und meist im Rahmen kognitiver Überprüfung von Bewertungen stattfinden. So lösten Verstöße gegen das Gebot, ein guter Mensch sein zu müssen, unweigerlich Schuldempfinden aus, das zumeist aus irrationalen Gedankenketten heraus in die Selbstbewertung einfluss. Hier verhalf dem Patienten eine Realitätsüberprüfung sowie die Erteilung der Erlaubnis, eigenen Bedürfnissen auch einmal den Vorrang einzuräumen, Erleichterung. Explizit wurden die Schuldgefühle des Patienten gegenüber seiner Frau im Paargespräch zur Sprache gebracht, da er von ihr wissen wollte, ob er für sie eine Belastung darstelle. Auch hier ging es um eine Umbewertung einerseits ihrer Sorge um ihn als Zeichen ihrer Liebe und andererseits von Gefühlen des Genervtseins über seine Selbstabwertungen und Grübeleien als Zeichen des nicht Verstehens der Hintergründe. Dem Patienten wurde an dieser Stelle deutlich, wie wichtig eine offene Kommunikation für gegenseitiges Verstehen ist und wie stark sich Defizite hier auf sein Grübeln, negative Selbstverbalisationen und die Nähe zwischen den Eheleuten auswirken.

Förderung der Selbstfürsorge

Die Reflexion eigener Bedürfnisse gestaltete sich anfangs zäh, weil sich der Patient sein Leben lang vornehmlich mit den Erwartungen anderer an ihn beschäftigt hatte. Im Rahmen der Plananalyse traten zwar seine Grundbedürfnisse recht deutlich zutage, alltägliche Bedürfnisse blieben jedoch auch hier eher verborgen. Erst durch die Auseinandersetzung mit konflikt- oder stressbehafteten Situationen kristallisierten sich Wünsche des Patienten nach Ruhe und Zeit für sich alleine, Leichtigkeit, Freiheit, dem Schließen neuer Bekanntschaften oder auch Zuwendung heraus. Nach und nach und mit Unterstützung durch eine Aktivitätenliste fielen dem Patienten auch wieder Beschäftigungen ein, die ihm Freude bereiten (etwa Gartenarbeit, ungestört Fußballschauen, Basteln, Walken, Kochen, Radfahren, in

den Zoo gehen, Kino). Einen Teil dieser Beschäftigungen nahm er selbstständig schon während des Aufenthaltes u. a. auch an den Wochenenden zuhause wieder auf. Dabei kämpfte er zu Beginn noch mit Schuldgefühlen, in dem Moment den Bedürfnissen anderer womöglich nicht gerecht zu werden, etwa nicht mit seinen Kindern pausenlos zu spielen oder sich eine Auszeit von seinen Eltern oder im Restaurant für eine Zigarettenpause zu gönnen. Es half, ihm die Erlaubnis zu erteilen und ihm das Recht vor Augen zu führen, sich selbst etwas Gutes zu tun. Außerdem leuchtete ihm ein, dass er für andere nur dann Energieressourcen hat, wenn es ihm selbst gut geht.

Aus dem Paargespräch ließ sich erkennen, dass beide Eheleute übertriebenen Versorgungsansprüchen gegenüber den beiden Kindern genügen möchten, die unweigerlich zu einer Überforderung führen. Hier war es nötig, im Wege einer kurzen Erziehungsberatung für Entlastung bei beiden zu sorgen.

Das Genusstraining, das sich auch zur Auflockerung der Doppelstunden hervorragend eignete, bewirkte beim Patient trotz anfänglich befremdlicher Gefühlszustände, dass er neben einer Steigerung seiner Achtsamkeit und Schärfung seiner Sinne auch mehr und mehr für Phasen der Ruhe sorgte. Dieses Bedürfnis ging auch einher mit einer Reduktion des Grübelns und ständigen Nachdenkens. Stattdessen konnte er den Fokus häufiger auf das Außen richten. Überdies erlebte er vor allem frische, kalte Luft und das Betrachten der Natur als Genuss und Wohltat.

Bei den Wochenendbesuchen bemerkte er einen Rückgang der inneren Unruhe und setzte den Kindern erstmals bewusst Grenzen, indem er sich dem Spielbedürfnis der Kinder entzog. Er registrierte auch erstaunt, dass dies für die Kinder überhaupt kein Problem war. Über die Arbeit mit seinem inneren Kind fiel es ihm auch leichter, ohne schlechtes Gewissen eigenen Bedürfnissen zu folgen, da er nun darauf Wert legte, dass es seinem inneren Kind gut geht. Er begann nun auch jeden Tag mit einem Sich-Zulächeln im Spiegel, was als Ausdruck einer neuen Achtsamkeit und einem wohlwollenden Umgang mit sich selbst gedeutet werden kann.

Damit er sich aufgrund seiner hohen Ansprüche nicht in negativen Gedanken und dem noch nicht Erreichten verliert, war es auch im Bereich der Selbstfürsorge wichtig, dass der Patient sich über seine Einträge ins Freudentagebuch die positive Wirkung der Bedürfniserfüllung schwarz auf weiß vor Augen hält und verinnerlicht. Zum Ende seines Aufenthaltes hin war entsprechend viel mehr Fröhlichkeit und Beschwingtheit spürbar, der Patient lächelte und lachte häufiger und wirkte auch körperlich und verbal lockerer und befreiter als zu Beginn.

6.3. Darstellung geplanter Maßnahmen zur Nachbetreuung und Beendigung der Therapie

Da der Patient nahtlos aus der Klinik in ambulante Therapie überführt wurde, beschränkten sich Maßnahmen der Nachbetreuung auf ein poststationäres Gespräch zur Überprüfung seiner Stabilität im alltäglichen häuslichen Umfeld sowie auf die ausführliche Wiederholung und Verschriftlichung der vom Patienten als hilfreich und wirksam empfundenen Strategien und Errungenschaften der Therapie. Zu diesen zählte er die Techniken zur Selbstberuhigung, zum Aussteigen aus dem Grübelkreis, zur Bewältigung angstbesetzter Situationen durch Selbstinstruktionen, zur Stabilisierung seines Selbstwertes durch Fortführung der Kommunikation mit seinem inneren Kind, Beibehaltung der Bewegung durch Walken und Radfahren, Sorge für Zeit, die er nur für sich einplant sowie Fortsetzung des Freudentagebuchs. Alle Flipcharts wurden dem Patienten ausgehändigt, er hatte bereits selbstständig begonnen, sie für sich im Kleinformat als Merkhilfen sauber zusammenzufassen. Als weitere Merkhilfe suchte sich der Patient aus dem Zürcher Ressourcenmodell das Bild eines Wolfes aus, in dessen Augen er sowohl einen ängstlich vorsichtigen als auch einen mutig starken Teil sah, mit dem er sich hervorragend identifizieren konnte. Näher widmen will sich der Patient den kommunikativen Problemen in der Ehe. Weiterführen will er auch die Verhaltensexperimente zur weiteren Habituation an angstbesetzte und vermiedene Situationen. Dem Patienten wurde Übungsliteratur zum Thema Inneres Kind sowie Meditationen und Achtsamkeit empfohlen und teils ausgehändigt. Die Ehefrau wurde im Rahmen des Paargesprächs gebeten,

den Patienten auf eventuell rückfälliges Vermeidungsverhalten aufmerksam zu machen. Außerdem wurde versucht, sie durch Verdeutlichung der Vorteile einer offeneren Kommunikation ohne Hemmungen zu motivieren, die nötigen Schritte hierfür einzuleiten.

Die Entlassung aus der Klinik erfolgte regulär im üblichen Zeitraum, der von den Krankenkassen mit einmaliger Verlängerung gewährt wird.

6.4. Darstellung aufgetretener Schwierigkeiten im therapeutischen Prozess

Obwohl zu Beginn der Therapie eine Sorgenkonfrontation als primäre therapeutische Intervention naheliegen schien, wurde nach eingehender Exploration der Sorgen und der Auswertung der Angstprotokolle und Selbstbeobachtungsbögen eine andere Vorgehensweise gewählt. Da der Inhalt der Sorgen nicht vorrangig ein Unglück im Sinne einer möglichen Bedrohung von Leib oder Leben seiner Kinder bzw. seiner Frau war, sondern die Angst, negativ bewertet zu werden bzw. nicht zu genügen und aufgrund dessen von der Familie verlassen zu werden, ging es hier letztlich weniger um Realängste, sondern eher um irrationale Denkmuster, die zunächst wirksamer mit kognitiven Strategien verändert werden sollten. Ergänzend wurde darauf vertraut, dass die Angst, verlassen zu werden, durch eine Stabilisierung des Selbstwertgefühls automatisch erträglicher wird.

Schwierigkeiten bereiteten die hohen Ansprüche des Patienten, der sich früh überforderte und ungeduldig eine rasche und vollständige Besserung vor allem der Schwindelsymptomatik erhoffte. Dadurch war er in der ersten Therapiehälfte zeitweise frustriert und gestresst, er zweifelte verstärkt an sich, gab jedoch nie auf. Er musste allerdings häufig zur Geduld und Akzeptanz, dass der Prozess Zeit und Entschleunigung benötigt, angehalten werden. Ebenso war es wichtig, ihn auf die vielen Fortschritte aufmerksam zu machen, die bei seiner Haltung in Vergessenheit gerieten.

Die Doppelstunden und das breite therapeutische Angebot an Interventionen förderten die Überforderung des Patienten und mussten, wie schon bei der Planung vorhergesehen, durch auflockernde Genuss- oder Achtsamkeitsübungen und Pausen minimiert werden. Gegen die Verwirrung durch die Vielzahl an Informationen und Erkenntnissen halfen dem Patienten die schriftlichen Zusammenfassungen und Grafiken am Flipchart, die er meist fein säuberlich selbst noch einmal auf DIN A4 Blätter übertrug. Außerdem wurde ihm vom Therapeuten während der Stunden Zeit gegeben, neue Erkenntnisse in sein Therapiebuch zu schreiben. Stetige Wiederholungen besonders seiner hartnäckigsten Denkmuster halfen ihm, sie irgendwann selbst in Angstsituationen zu erkennen und zu regulieren.

7. Evaluation/ Erfolgs- bzw. Misserfolgskontrolle

7.1. Darstellung der Zielerreichung, der (Nicht-)Veränderung der problematischen Verhaltensweisen sowie der Symptomatik des Klienten

Die Beziehung zwischen Klient und Therapeut erwies sich von Anfang an als tragfähig und konnte durch die entsprechend angewendeten Strategien weiter verbessert werden. Das Misstrauen gegenüber ärztlichen und therapeutischen Behandlungen sowie die hypochondrischen Ängste konnten deutlich reduziert werden mithilfe der psychoedukativen Maßnahmen zur Förderung eines psychosomatischen Verständnisses und der Erkenntnis der eigenen Störungsbedingungen. Dies wiederum förderte die Motivation des Patienten, sich aktiv seinen Ängsten und Sorgen zu stellen und durch erfolgreiche Verhaltensexperimente noch mehr Vertrauen in den therapeutischen Prozess, aber auch in sich selbst und seine eigenen Fähigkeiten und Ressourcen zu entwickeln. Dies wiederum wirkte sich in Verbindung mit den durchgeführten Übungen und der Inneren-Kind-Arbeit stabilisierend auf sein Selbstwertgefühl aus. Im sozialen Kontakt wirkte er selbstbewusster, lockerer, offener und zugänglicher. Die selbstentwertenden Gedanken nahmen ebenso ab wie Selbstzweifel und wichen der Überzeugung, alles mitzubringen, was es zur Bewältigung von Angst- und Konfliktsituationen braucht. Eine neugewonnene Konfliktbereit-

schaft zeigte sich in dem selbst initiierten klärenden Gespräch mit seinen Schwiegereltern, das zu einer Entspannung der häuslichen Situation führte. Der Patient vermochte es nun innerfamiliär, aber auch in anderen sozialen Situationen für eigene Bedürfnisse nach Ruhe oder Aufmerksamkeit zu sorgen. Er gönnte sich Auszeiten von seinen Kindern bei den Wochenendbesuchen.

Seine Angstsymptomatik, insbesondere die innere Unruhe und die Schwindelgefühle nahmen in Ausprägung und Häufigkeit ab und ließen sich zunehmend besser regulieren bzw. aushalten (vgl. hierzu auch die unten aufgeführten Messergebnisse). Diese Erfahrung ermöglichte auch eine weitere Reduktion des Vermeidungsverhaltens und eine Habituation an unangenehme Situationen.

Auch die Häufigkeit der Sorgen und des Gedankenkreisens verringerten sich, zudem konnte der Patient schneller aus dem Grübeln aussteigen. Die Verlustängste bezüglich seiner Frau können mangels konfliktbehafteter Situationen und der räumlichen Trennung im stationären Kliniksetting nicht evaluiert werden. Die Ein- und Durchschlafstörungen verschwanden völlig, die Stimmung war zum Ende hin deutlich angehoben und adäquat, der Patient lebendiger und etwas unbeschwerter. Die zu Beginn vorhandene leichte depressive Symptomatik hat sich aus Therapeutesicht insbesondere aufgrund der Stimmungsänderung klar verbessert, auch wenn sich dies aus dem BDI nicht so deutlich herauslesen lässt (Vergleich Beginn 19, Ende 16 Punkte).

Das Körperbewusstsein sowie die emotionale Selbstwahrnehmung verbesserten sich zufriedenstellend, auch das Vertrauen in den eigenen Körper wurde wiederhergestellt. Der Ausdruck von Gefühlen fällt dem Patienten weiter schwer, aber er hat aufgrund der verbesserten Wahrnehmung erste Erfahrungen in der verbalen Äußerung von Ärger machen können und in der Körpertherapie auch körperlich ein Ventil für Wut gefunden. Hier besteht jedoch weiterhin Entwicklungsbedarf, besonders in Konflikt- und Stresssituationen. Die Scham über unkontrolliertes Weinen ist geringer geworden, der Patient kann nun eher dazu stehen. Die Schuldgefühle kann der Patient zumindest besser über kognitive Strategien regulieren, veränderte rigide Denkmuster dürften auch die Anlässe für Schuldgefühle reduzieren. Gleiches gilt für die innere Erlaubnis, eigenen Bedürfnissen nachzugehen und dabei die vermeintlichen Erwartungen anderer zu enttäuschen. Die kognitiven Veränderungen hinsichtlich seines Mangelhaftigkeitsschemas und dem Gebot, ein guter Mensch, Vater und Ehemann zu sein, befinden sich ebenfalls noch im Entwicklungsstadium. Der Patient hat hier für sich hilfreiche Sätze gefunden und auch durch das gestärkte Selbstwertgefühl Fortschritte gemacht, jedoch ist es noch ein längerer Weg bis hin zu einer Automatisierung weniger rigider Überzeugungen, der weiteres Training und Achtsamkeit benötigt.

7.2. Überprüfung der ICD Diagnostik

Die generalisierte Angststörung (F 41.1) ist aufgrund anhaltender Befürchtungen in Form von Bewertungs- und Verlustängsten, motorischer Spannung durch innere Unruhe und vegetative Übererregbarkeit aufgrund der Schwindelgefühle, des Zitterns und weiterer Symptome weiterhin erfüllt, jedoch in ihrer Ausprägung weniger intensiv. Zu berücksichtigen ist dabei jedoch, dass dies zunächst für das intramurale Setting mit einigen Erfahrungen in den Wochenendurlaube gilt. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Symptomatik im alltäglichen Leben verändert.

7.3. Darstellung der zur Erfolgsmessung tatsächlich verwendeten Instrumente und der damit erfassten Ergebnisse

Instrument	Therapiebeginn	Therapieende
BAI	30	19
ASQ	2,2	1,8
BSQ	2,7	2,3
BDI	19	16

8. Kritische Reflexion

Bezogen auf das therapeutische Vorgehen bestand von Anfang an eine Hürde, die Schwierigkeiten, aber auch Chancen mit sich brachte. Da für eine Falleinreichung eine Mindestanzahl von 15 Stunden Therapie erforderlich ist, bei einem regelmäßigen Aufenthalt der Patienten von 5-6 Wochen und 2 Therapiegesprächen pro Woche aber in der Regel nicht mehr als 12 Stunden Therapie möglich sind, musste ich mehrere Doppelstunden ansetzen. Dies ermöglichte es auf der einen Seite erstmals, in einem kurzen Zeitraum sich mehreren Therapiezielen widmen und dem Patienten eine Vielzahl von Strategien anbieten zu können. Überdies war genug Zeit da, um ausführlich zu explorieren und wiederholt auf wichtige psychoedukative Informationen einzugehen. Auf der anderen Seite waren Momente der Überforderung beim Patienten vorprogrammiert, die aus der Länge der Therapiesitzungen, der Fülle an Informationen und Erkenntnissen sowie seiner anfangs reduzierten Konzentrationsfähigkeit erklärbar waren. Versuche, die Doppelseiten aufzulockern mit achtsamkeits- und genusstherapeutisch orientierten Übungen, glückten nicht immer, überdies entpuppte sich der Patient als äußerst wissbegierig, so dass wir manchmal nicht vom Thema wegkamen. Bewusst war mir auch, dass mein eigener Ehrgeiz bzw. eigene hohe Ansprüche sich möglicherweise auf den Patienten übertragen oder aber dessen eigene hohe Ansprüche verstärken würden. Insoweit musste ich den Patienten immer wieder zu Geduld aufrufen und bremsen, um Frustration bei Rückschlägen gering zu halten. Dieses Thema wurde sehr offen kommuniziert. Es half dem Patienten, in den Doppelstunden kurze Pausen an der frischen Luft einzulegen, außerdem profitierte er stark von einer sehr strukturierten Vorgehensweise und schriftlichen Aufzeichnungen.

Die spielerische Neugierde und der Ehrgeiz des Patienten ermöglichten es, selbstständige konfrontative Verhaltensexperimente anzulegen, die wir in den Sitzungen vor- und nachbereiten konnten. Viele Reflexionsübungen zu überhöhten Standards oder auch zum Thema Selbstwert und Ressourcen konnten als Hausaufgaben ausgelagert werden, da der Patient sie gewissenhaft und zuverlässig erledigte und laut eigenen Angaben auch davon profitierte. Das mit dem therapeutischen Vorgehen beabsichtigte Ziel, dem Patienten über die Vermittlung seines individuellen Störungsmodells und ergänzender Psychoedukationen die Notwendigkeit von Veränderungen auf allen Verhaltensebenen aufzuzeigen und wichtige Veränderungsprozesse beim Patienten in Gang zu bringen, die er dann begleitet durch die ambulante Therapie im Sinne des Selbstmanagements möglichst eigenständig weiterführen kann, erachte ich durchaus als erreicht. Die Evaluationen der Veränderungen aus Sicht des Patienten im VEV-k Fragebogen sowie in der persönlichen Befragung zeigen besonders im Bereich der Erkenntnisse über die individuelle Störung und ihre Bedingungen sowie das psychosomatische Verständnis deutliche Fortschritte, die Voraussetzung für alle Veränderungsprozesse darstellen. Auch die Symptomatik verbesserte sich leicht in Bezug auf die Intensität und Häufigkeit der Ausprägung.

Als weiteren Faktor für den Erfolg bei der Erreichung einiger Therapieziele betrachte ich die bemerkenswert gute Beziehung zwischen Patient und Therapeut, für die ich in der Hauptsache das etwa gleiche Alter und die allgemeine beidseitige Sympathie verantwortlich mache. Hilfreich war sicherlich auch eine gewisse Ähnlichkeit beider Personen in Bezug auf hohe Standards, das Bedürfnis nach Struktur und Orientierung sowie Merkhilfen. Es fiel dem Patienten leicht, etwas von mir anzunehmen, als entlastend empfand er gelegentliches persönliches Einlassen meinerseits, wenn es um selbst erlebte Schwierigkeiten bei der Veränderung oder dem Umgang mit Denkmustern bzw. Planstrukturen wie etwa Perfektionsstreben o.ä. ging. Ich erlebte mich dabei in einer Art Modellfunktion, die für beide Seiten stimmig war.

Da dies mein erster Patient mit generalisierter Angststörung war, ist hier natürlich ein inhaltlicher Wissenszuwachs aufgrund der intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema zu verzeichnen. Überdies war es aufgrund der vielen Selbstbeobachtungsprotokolle des Patienten bereichernd, den vielen irrationalen automatischen Gedanken folgen zu können. Dies wiederum verdeutlichte mir, wie wichtig es ist, sich mit Achtsamkeit dieser automatischen Gedanken bewusst zu werden und die dahinter stehenden unbewussten Gedankenketten aufzudecken.

Das Profitieren des Patienten von schriftlichen Aufzeichnungen auch während der Stunden bestärkt mich darin, dies ab sofort bei jedem Patienten anzuregen.

Die Supervision gab mir Sicherheit in Bezug auf die Problemanalyse, die Auswahl der therapeutischen Ziele und die entsprechende Vorgehensweise, außerdem erhielt ich wertvolle interventionsbasierte Anregungen, von denen ich besonders die Arbeit mit dem inneren Kind als hilfreich erachtet habe und für künftige Therapien weiter vertiefen möchte.

9. Literaturverzeichnis

- Bartling, G., Echelmeyer, L., Engberding, M., Krause, R. (2004). *Problemanalyse im therapeutischen Prozess*. 5. Auflage. Stuttgart: Weinheim.
- Beck A.T., Rush, A. J., Shaw, B.F., Emery, G.(1996). *Kognitive Therapie der Depression*. 5. Auflage. Weinheim: Beltz-PVU.
- Bergner, Thomas (2012) *Burnout-Prävention: Sich selbst helfen – das 12-Stufen-Programm*. 2. Auflage Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P. & Gallagher, R. (1984). *Assesment of fear and fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitive Questionnaire*. Journal of Consulting and Psychological, 52, 1990-1097.
- Chopich, E.J., Paul, M. (1997). *Das Arbeitsbuch zur Aussöhnung mit dem inneren Kind*. Freiburg: Bauer.
- Fliegel, S. (2008). *Selbstverbalisation und Selbstinstruktion*. In: Linden, M., Hautzinger, M. (2008). *Verhaltenstherapiemanual*. 6. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Fliegel, S., Groeger, W. M., Künzel, R., Schulte, D., Sorgatz, H. (1998). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Ein Übungsbuch*. 4. Auflage. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Hautzinger, M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. 6.Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Testhandbuch. 2. Auflage. Bern: Hans Huber.
- Heidenreich, T., Michalak, J. (2008). *Mindfulness – Achtsamkeitsbasiertes Vorgehen in der KVT*. In: Stavemann, H.H. (Hrsg.). *KVT Praxis. Strategien und Leitfäden für die Kognitive Verhaltenstherapie*. 2. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Hofmann, B., Hoffmann, N. (2008). *Beruhigende Versicherungen*. In: Linden, M., Hautzinger, M. (2008). *Verhaltenstherapiemanual*. 6. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Kanfer, F., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. 4. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Margraf J. & Ehlers A. (2007). *Beck-Angst- Inventar. Deutschsprachige Adaptation des Beck Anxiety Inventory von A. T. Beck und R. A. Stern*. Frankfurt: Harcourt.
- Reinecker, H. (2008). *Selbstverstärkung*. In: Linden, M., Hautzinger, M. (2008). *Verhaltenstherapiemanual*. 6. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Sulz, S.K.D. (2008). *Emotionsregulationstraining*. In: Linden, M., Hautzinger, M. (2008). *Verhaltenstherapiemanual*. 6. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Tritt, K., Heymann, F. von, Zaudig, M., Zacharias, I., Söllner, W., Loew, T. (2007). *Die Entwicklung des Fragebogens ICD-10-Symptom-Rating (ISR)– Kurzbeschreibung der Pilotversion 1.0 und der Version 2.0*. Institut für Qualitätsentwicklung in der Psychotherapie und Psychosomatik. München: Qualitas GmbH.
- Tyron, G.S. (2008). *Gedankenstopp*. In: Linden, M., Hautzinger, M. (2008). *Verhaltenstherapiemanual*. 6. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Ubben, B. (2010). *Planungsleitfaden Verhaltenstherapie*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens. Manual*. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft. Beltz Test GmbH, Göttingen.
- Zubrägel, D., Linden, M. (2008). *Generalisierte Angststörung*. In: Linden, M., Hautzinger, M. (2008). *Verhaltenstherapiemanual*. 6.Auflage. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

10. Anhang