

Facharbeit zu einer Fallstudie

im Rahmen des Zertifizierungsverfahrens zum

Psychologischen Berater

beim

Verband Freier Psychotherapeuten,
Heilpraktiker für Psychotherapie und
Psychologischer Berater e.V.

Name: Waldemar Jercher
Wohnhaft: Kastanienweg 4, 78194 Immendingen
Geburtstag: 26.07.1961
Tel.: 07462 / 92 30 12
Mobil.: 0176 / 97 92 04 37
Email: w.jercher@t-online.de

Ausbildung: Psychologischer Berater und Heilpraktiker für Psychotherapie
Paracelsus Schule, Villingen

Matrikelnummer: 212810

Zertifizierungs-ID: 4609

Themenbereich: Angst- und Zwangsstörungen
Fall: Nummer 2

Inhalt

1. Fallbeschreibung	1
2. Kontaktaufnahme und Aufbau einer therapeutischen Beziehung	2
Vorbereitung	2
Begrüßung & Warming up	2
Inspektion	2
3. Offenes Interview	3
Aspekte einer klientenzentrierten Grundhaltung nach C. R. Rogers:	3
Aspekte des aktiven Zuhörens:	3
Dokumentation	3
4. Biopsychosoziale Anamnese	4
Lebenslauf	4
Krankheitsanamnese	4
Vegetative Anamnese	4
Drogen- und Medikamentenanamnese	5
Fremdanamnese	5
Familienanamnese der Ursprungsfamilie	5
5. Erhebung des Psychopathologischen Befundes	8
6. Verdachtsdiagnose und differentialdiagnostische Überlegungen	9
7. Exploration	12
Psychoanalytische Sicht	12
Lerntheoretische Sicht	12
Weitere Bereiche der Exploration	13
8. Aufklärung der Klientin	14
Befund, Verdachtsdiagnose, Pathogenese	14
Therapiemethoden	14
Gesprächstherapie	15
Verhaltenstherapie	15
Tiefenpsychologische Therapieverfahren	16
Soziotherapie	16
Entspannungsverfahren	17
Traumatherapie	17
9. Therapieziele, Therapieplan und Behandlungsvertrag	19
Ziele	19

Mitarbeit der Klientin	19
Behandlungsvertrag.....	19
Erfolgskontrolle.....	20
Therapiestrategie.....	20
Therapieablauf und -dauer	21
Stabilisierung	21
Hausaufgaben	21
Planung der Folgesitzungen	22
Trennungserlebnisse.....	22
Kognitive Umstrukturierung.....	23
10. Zusammenfassung und abschließende Bemerkungen	24
11. Verwendete Literatur	25
12. Versicherung	26

1. Fallbeschreibung

Gabriele Z. (48 Jahre, verheiratet, 1 Sohn) vereinbarte telefonisch einen Termin. Sie sagte, es sei dringend. Als sie zwei Tage später zum Gespräch in der Praxis erscheint, wirkt sie zunächst sehr hektisch und unkonzentriert. Sie habe Angst, krank zu sein, erzählt die Klientin. Ständig laufe sie von einem Arzt zum anderen, lasse ihr Blutbild checken, regelmäßig das Herz und die Lunge untersuchen, alle möglichen Krebsvorsorgen nehme sie penibel wahr. "Ich mache alles, habe zu Hause sogar Sticks, mit denen ich jeden Tag meinen Urin kontrolliere. Außerdem nehme ich alle möglichen Vitaminpillen und Mineralstoffe". Dennoch fühle sie sich niemals sicher.

Begonnen habe "das ganze Theater", als vor drei Jahren ihre Schwester mit 42 Jahren ganz plötzlich verstorben sei. Die Schwester sei wegen allgemeiner Abgeschlagenheit und Müdigkeit zu ihrem Arzt gegangen. Nach einigen Untersuchungen habe sich herausgestellt, dass sie Brustkrebs in fortgeschrittenem Stadium und Metastasen in mehreren Organen gehabt hatte. Nur drei Wochen später sei die Schwester gestorben. "Das ging alles so furchtbar schnell, man konnte zuschauen, wie sie immer mehr verfiel". Im ersten Jahr danach haben die Trauer und die Frage, was jetzt zu tun sei, sehr im Vordergrund gestanden. Die Klientin habe sich neben ihrer Arbeit (arbeitet in Teilzeit als Verkäuferin) und der eigenen Familie auch um die beiden Kinder der Schwester (8 und 7 Jahre alt) gekümmert, die regelmäßig nach der Schule zu ihr gekommen seien. Auf ihre Beziehung zu ihren Nichten ist sie sehr stolz: "Die beiden haben das wirklich sehr gut überstanden". Zu ihrem 15jährigen Sohn habe sie ein sehr enges Verhältnis, und auch ihr Mann sei ihr immer eine große Hilfe gewesen und habe sie in dieser schlimmen Zeit sehr unterstützt.

Seit Frau Z. jedoch so sehr mit ihrer Gesundheit beschäftigt sei, sei auch ihre Familie "in der Krise". Der Sohn habe neulich am Telefon sogar zu einem Kumpel gesagt, seine Mutter drehe langsam völlig durch. Ihr Mann wirft ihr vor, ein "richtiger Hypochonder" zu sein. "Ich bin aber nicht verrückt!"

Sie wolle nur "so sicher wie möglich" sein, dass sie nicht auch irgendwann einfach "wegfällt". Die Klientin habe auch schon die Ernährung der Familie umgestellt und versuche, zumindest ihren Mann regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen zu überreden. "Aber die sabotieren mich da total. Dabei will ich doch nur ihr Bestes!", rechtfertigt sie sich.

2. Kontaktaufnahme und Aufbau einer therapeutischen Beziehung

Vorbereitung

In der Vorbereitung für den Termin achte ich auf einen gut belüfteten und wohltemperierten Raum, auf eine für die "Inspektion" geeignete Sitzordnung, für gute Lichtverhältnisse, das Bereitstellen von Papiertaschentücher und Wasser mit entsprechenden Gläsern. Vor dem Empfang der Klientin nehme ich ein paar tiefe Atemzüge und versuche alles los zu lassen, was mich gedanklich und gefühlsmäßig von dem vorherigen Fall oder von meinem Alltag noch beschäftigt.

Begrüßung & Warming up

Nach der Begrüßung erlaube ich der Klientin mit ein paar "warming up"-Fragen "anzukommen" und den ersten Kontakt zu knüpfen.

"Warming up"-Fragen können sich auf die Anfahrt, den Verkehr, die Parkplatzsituation oder wie die Klientin auf mich als Therapeuten gekommen ist, beziehen

Inspektion

Ab der Begrüßung beginne ich bereits mit der Inspektion der Klientin. Die Inspektion ist eines der wichtigsten Werkzeuge meiner Arbeit. Neben der verbalen Kommunikation geht es bei der Inspektion um die genaue Beobachtung der nonverbalen Kommunikation und um den Gesamteindruck der Persönlichkeit der Klientin. Die Inspektion wende ich in allen Phasen der ersten Sitzung (Interview, Anamnese, Exploration, Aufklärung) bewusst an. Zusätzlich hilft sie mir bei der Erfassung des Befundes und bei meiner Entscheidung für oder wider einer therapeutischen Zusammenarbeit mit der Klientin.

Wichtige Punkte der Inspektion:

Blickkontakt, Händedruck, Mimik, Gestik, Körpersprache

Erscheinung der Klientin (älter oder jünger, gepflegt oder verwahrlost)

Ist sie offensichtlich krank? Wie ist ihr allgemeiner Gesundheitszustand?

Macht sie einen gepflegten oder verwahrlosten Eindruck?

Kleidung (sauber oder schmutzig, auffällig oder adäquat)

Körperhaltung (aufrecht, gebeugt, unterwürfig, bizarr)

Gesichtsausdruck (ausdruckslos, angespannt, entspannt, freundlich, abwesend)

Sprache und Redefluss (leise, gehemmt, langsam, ruhig oder redselig, geschwätzig, enthemmt)

Augenkontakt (möglich, wird gehalten)

Motorik (normal, pathologisch, nervös, unruhig, maniert, Tic, Tremor, überschießend, verlangsamt, erstarrt)

Psychomotorik (still, gehemmt, langsam, ruhig oder enthemmt, zudringlich, getrieben)

Auftreten (freundlich, herzlich, interessiert, abweisend, voreingenommen, unfreundlich, misstrauisch, forsch, aggressiv)

Verhalten bei spezifischen Themen (normal, inadäquat, gereizt, feindselig)

3. Offenes Interview

Über Fragen wie: "Was kann ich für sie tun?" oder "Was führt Sie zu mir?", leite ich das Gespräch gezielt auf das Anliegen der Klientin. Während der Schilderung des Falles (siehe Kapitel "Fallbeschreibung") praktiziere ich **aktives Zuhören** und **klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers**. Dieses Vorgehen ist für mich die Grundlage zur Herstellung einer tragfähigen Klienten-Therapeuten Beziehung, als Voraussetzung und Garant einer gelungenen Psychotherapie.

Aspekte einer klientenzentrierten Grundhaltung nach C. R. Rogers:

Positive Wertschätzung - (Bedingungslose Akzeptanz des Klienten und Achtung vor seinen Verhaltensweisen, Einstellungen und Wertvorstellungen)

Kongruenz/ Echtheit des Therapeuten - (Aufrichtigkeit, Authentizität in Emotionalität, Übereinstimmung in verbaler und nonverbaler Kommunikation, Transparenz und Offenheit)

Empathie / Einführendes Verstehen - (Verständnis, Mitgefühl, Bemühen, die Welt mit den Augen des Klienten zu sehen und den Klienten in seinem Erleben zu verstehen)

Aspekte des aktiven Zuhörens:

Zugewandte Körperhaltung

Blickkontakt

Paraverbale Bestätigung

Bestätigende Äußerungen

Kopfnicken

Ablenkung vermeiden

Über weitere Fragen im Anschluss an die Fallbeschreibung versuche ich das ganz aktuelle Befinden sowie die Hoffnungen und Erwartungen der Klientin zu eruieren. Als Abklärung eines eventuellen psychiatrischen Notfalls oder einer Suizidgefahr erkunde ich die Bewältigung ihres Alltags mit ihrer Familie, den Kindern, ihrer Schwester und ihrer Arbeit.

Dokumentation

Da ich einer Dokumentationspflicht (§630f BGB) unterliege, notiere ich bereits im Erstinterview alle wesentlichen Aspekte stichpunktartig. Im weiteren Verlauf verwende ich einen Anamnesebogen, den ich fall- und situationsspezifisch abfrage und diesen zusammen mit sämtlichen, aus fachlicher Sicht relevanten Untersuchungen, Ergebnissen und Maßnahmen in der Patientenakte ablege.

4. Biopsychosoziale Anamnese

Eine Anamnese enthält die subjektiven Angaben der Klientin zu allen wesentlichen Lebensbereichen. Ich erkläre der Klientin, dass ich eine sehr ausführliche Anamnese erheben werde, da diese extrem wichtig für die richtige Diagnosefindung und für den anschließenden Therapieplan ist. Damit die Klientin sich dabei sicher fühlt, weise ich nochmals ausdrücklich auf meine Schweigepflicht hin. Ich arbeite mit offenen Fragen und erlaube der Klientin möglichst lange mit eigenen Worten zu sprechen. Wenn ich etwas nicht verstehe, frage ich nach oder paraphasiere, um auch der Klientin das Gefühl zu vermitteln, dass sie gehört und verstanden wurde. Gleichzeitig inspiziere ich die Klientin und achte besonders auf zögerliche oder auffällige Antworten.

Bei Nennung spezifischer Probleme frage ich nach, woran das liegen oder gelegen haben könnte.

Relevante Symptome kläre ich grundsätzlich nach folgenden sieben Kriterien ab:

Zeitlicher Ablauf

Qualität

Intensität

Lokalisation und Ausstrahlung

Begleiterscheinungen

Intensivierende, lindernde Faktoren

Umstände

Lebenslauf

Zu der **äußeren Lebensgeschichte** erbitte ich einen handgeschriebenen Lebenslauf von der Klientin.

Krankheitsanamnese

Bei der Krankheitsanamnese werden folgende Punkte abgeklärt:

Körperliche Erkrankungen (akut, chronisch, Vorerkrankungen, operative Eingriffe, Unfälle, Befunde, aktuelle Beschwerden und Symptome, bisherige Therapie)

Neurologische oder psychische Erkrankungen (Vorerkrankungen, Befunde, aktuelle Beschwerden und Symptome, bisherige Therapie)

Allergien und Unverträglichkeiten (Befunde, aktuelle Beschwerden und Symptome, bisherige Therapie)

Hormonbehandlung (Befunde, aktuelle Beschwerden und Symptome, bisherige Therapie)

Kritische Lebensereignisse im Zusammenhang mit Vorerkrankungen

Vegetative Anamnese

Wichtige Punkte der vegetativen Anamnese, die abgeklärt werden, sind:

Appetit, Verdauung, Gewicht,

Atmung,
Herz-Kreislauf, Blutdruckschwankungen
Schweißproduktion
Schlafprobleme (Ein- und Durchschlafprobleme)

Drogen- und Medikamentenanamnese

Bei der Drogen- und Medikamentenanamnese ist besondere Sorgfalt auf die Inspektion zu legen, um den Wahrheitsgehalt der Aussagen und die Einstellung der Klientin zu diesem Thema zu ergründen. Konkrete Punkte, die ich erfrage, sind:

Medikamente (vor allem Benzodiazepine und Opiate, Dosis, Häufigkeit, Beginn der Einnahme, Regelmäßigkeit)

Alkohol (Art des Getränkes, Menge in g/Tag, Häufigkeit, Beginn der Einnahme, Regelmäßigkeit). Bei Verdacht auf Alkoholismus führe ich den **CAGE-Test** durch:

Can you quit? (aufhören)

Annoyed? (verärgert)

Guilt? (Schuldgefühle)

Eye-Opener? (Augenöffner)

Nikotin (Beginn, Anzahl der Zigaretten pro Tag, Päckchenjahre)

Drogen und Stimulanzien (Art der Substanz, Dosis, Häufigkeit, Beginn der Einnahme, Regelmäßigkeit)

Fremdanamnese

Bei der Fremdanamnese sind Befunde ärztlicher Art wichtig:

internistisch (Blutuntersuchung, vor allem TSH-Wert (Schilddrüsenhormon))

neurologisch

psychiatrisch

Zur **inneren Lebensgeschichte** und Sozialanamnese werden folgende Bereiche erkundet: Kindheit, Schulzeit, Ausbildung, Beruf, Familienanamnese, Partnerschaft und Sexualität, wirtschaftliche Situation, soziale Kontakte und Hobbys.

Familienanamnese der Ursprungsfamilie

Die Familienanamnese der Ursprungsfamilie ist bedeutend für differentialdiagnostische Überlegungen einer eventuellen endogenen Erkrankung und vor allem für den tiefenpsychologischen Aspekt. Wichtige Fragen beziehen sich auf folgende Punkte:

Eltern, Großeltern

Geschwister (Anzahl, Reihenfolge)

Todesfälle (Ursache, Alter, Suizide)

Erkrankungen in der Familie (Depression, Psychosen, Angsterkrankungen, Demenz, Herz-Kreislauf-Leiden, Krebserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Kriminalität)

Beziehung zu Geschwistern, Großeltern, Vater und zur Mutter, Verhältnis untereinander

Kindheit

Hier geht es um die Erkundung, wie die Klientin ihre Kindheit subjektiv erlebt hat und ob es bedeutsame Ereignisse in ihrer Kindheit oder Kindergartenzeit gab.

Schulzeit, Ausbildung, Beruf

Relevante Punkte in diesem Zusammenhang sind:

Schulzeit (subjektives Erleben, Schulleistung, besondere Ereignisse)

Jugend (subjektives Erleben, Freundschaften, Beziehungen, besondere Ereignisse)

Beruf (erlernt, aktuelle Ausübung, subjektives Empfinden, Karriere, Verhältnis zu Vorgesetzten und Arbeitskollegen, besondere Ereignisse)

Familienanamnese der aktuellen Familie

Folgende Punkte werden bezüglich der aktuellen Familie erfragt, falls diese nicht bei einem vorherigen Thema bereits geklärt wurden:

Familienmitglieder (Kinder, Partner, Eltern, Geschwister, Alter)

Familienklima (subjektives Erleben, Beziehung untereinander, besondere Ereignisse)

Schwangerschaften (Verlauf, Komplikationen, Abtreibungen, Abgänge, Totgeburten)

Partnerschaft und Sexualität

Bei den Fragen zur Partnerschaft muss sehr behutsam vorgegangen werden, da es einen intimen Bereich der Klientin betrifft. Erfragt werden folgende Punkte:

Frühere Partnerschaften (subjektives Erleben, aktueller Kontakt, Trennungserfahrungen, besondere Ereignisse)

Aktuelle Partnerschaft (subjektives Erleben, Verhältnis zueinander, empfundener Erfüllungsgrad, besondere Ereignisse)

Sexualität (Alter bei erstem sexuellen Kontakt, aktuelles Erleben, Häufigkeit, Empfinden und Meinungen des Partners, Misshandlungen, besondere Ereignisse)

Außereheliche Beziehungen (Klientin, Ehemann)

Wirtschaftliche Situation

Hier geht es um die Überprüfung, ob die Klientin in gesicherten **wirtschaftlichen Verhältnissen** lebt und ob sie mit ihrer **Wohnsituation** (Wohlfühlgehalt, Miete, Eigentum) zufrieden ist.

Soziale Kontakte

Soziale Kontakte sind in Lebenskrisen besonders wichtig. Zusätzlich zur aktuellen Familie erkunde ich den **Freundeskreis, Vereinstätigkeiten** und die Art und Häufigkeit der sozialen **Kontaktpflege**.

Hobbys

Dieser Punkt ist besonders wichtig für die spätere Ressourcenarbeit, deshalb kläre ich:

Hobbys (welche, Sport, Motivation, persönlicher Benefit)

Haustiere

Besondere Interessen

Zum Ende fasse ich die wichtigsten Punkte der Anamnese in eigenen Worten zusammen und frage die Klientin, ob dies ihrem Erleben entspricht. Ich bitte die Klientin um eventuelle Ergänzungen und Korrekturen und dokumentiere diese.

5. Erhebung des Psychopathologischen Befundes

Bei der Erhebung des psychopathologischen Befundes gehe ich die Checkliste folgender psychischen Symptome durch:

Bewusstsein - **quantitativ** (wach, benommen, somnolent)
- **qualitativ** (Einengung, Trübung, Erweiterung, Verschiebung)

Orientierung (zeitlich, örtlich, zur Situation, zur Person)

Aufmerksamkeit und Konzentration

Merkfähigkeit und Gedächtnis (Merkfähigkeit, Kurzzeit-, Langzeitgedächtnis)

Psychomotorik und Ausdruck (unruhig, nestelnd, traurig, euphorisch, theatralisch)

Kontaktverhalten (freundlich, abweisend, gereizt)

Denkstörungen - formal (geordnet, gehemmt, verlangsamt, umständlich, weitschweifig, eingeengt, perseverierend, grübelnd, Gedankendrängen, beschleunigt, ideenflüchtig, gesperrt-abreißend, inkohärent-zerfahren, Neologismen)
- **inhaltlich** (unmögliche oder unplausible Denkinhalte, überwertige Ideen, Wahnvorstellungen, -wahrnehmungen, -einfälle, systematisierter Wahn)

Wahrnehmungsstörungen und Halluzinationen (akustisch, optisch, gustatorisch, olfaktorisch, haptisch, taktil)

Ich-Störungen (Gedankenlautwerden, -ausbreitung, -entzug, -eingebung, Fremdbeeinflussung, Depersonalisation/Derealisation)

Affekt (ausgeglichen, gedrückt, euphorisch, niedergeschlagen, freudlos, traurig, impulsiv, schnell wütend, aufbrausend und gereizt, Schuld-, Minderwertigkeitsgefühle, Morgentief)

Schwingungsfähigkeit (normal, eingeschränkt, affektarm, starr, labil)

Antrieb (verarmt, apathisch, gehemmt, gesteigert, unternehmungslustig, initiativlos, unruhig, gehetzt, getrieben)

Ängste, Befürchtungen (situationsbezogen, objektbezogen, generalisiert, Panikattacken)

Zwänge (Zwangsgedanken, -ideen, -impulse, -handlungen)

Rituale (Waschen, Reinigen, Kontrollieren, Wiederholen, Zählen)

Eigengefährdung, Suizidalität - Selbstverletzung (Ritzen, Kopf gegen Wand, Zigaretten), passive Todeswünsche, Rückzug, Suizidgedanken, -phantasien, -pläne, vorbereitende Handlungen

6. Verdachtsdiagnose und differentialdiagnostische Überlegungen

Die Diagnose einer psychischen Störung oder Krankheit beruht auf den drei Säulen:
internistischer Befund,
neurologisch/psychiatrischer Befund und
psychologischer Befund.

Deshalb müssen all diese Bereiche sorgfältig abgeklärt werden, bevor eine endgültige Diagnose gestellt und eine sinnvolle und zielgerichtete Psychotherapie erfolgen kann. In dem vorliegenden Fall berichtet die Klientin, dass sie regelmäßig ihr Blutbild, die Herz- und Lungenfunktion untersuchen lässt und privat regelmäßig ihren Urin kontrolliert. Ich lasse mir den Laborbefund vorlegen oder nachreichen und überprüfe den TSH-Wert (Schilddrüse), da sowohl eine Überfunktion (Angst, Unruhe, Reizbarkeit, Schlaf) als auch eine Unterfunktion (Antriebslosigkeit, Müdigkeit, Gewichtszunahme) der Schilddrüse das Verhalten der Klientin beeinflussen kann.

Weitere exogene (körperliche) Ursachen, die Angstzustände hervorrufen können sind Intoxikationen oder Nebenwirkungen einer bestehenden Medikation. Diese Punkte wurden bereits in der Anamnese abgefragt.

Die anamnestische Frage bezüglich eines neurologischen Befundes hatte den Hintergrund, dass auch gewisse hirnorganische Krankheiten oder Tumore sich angstausslösend manifestieren können. Falls ein neurologischer Befund vorliegt, bitte ich um Einsicht oder um Nachreichung. Falls dem nicht so ist, bitte ich die Klientin das zeitnah nachzuholen. Aufgrund ihrer aktuellen Situation scheint die Klientin hoch motiviert alle möglichen Krankheitsursachen auszuschließen und entsprechende Untersuchungen durchzuführen.

Da Angststörungen oft mit einer Depression gekoppelt sind und in manchen Fällen eine Depression der Angst sogar zugrunde liegt, bitte ich auch um psychiatrische Abklärung einer eventuellen endogenen affektiven Ursache. Da gegebenenfalls eine pharmakogene Therapie indiziert sein könnte und mir das Rezeptieren von Psychopharmaka verboten ist, erbitte ich die Vorstellung der Klientin bei einem Psychiater. Das werde ich der Klientin sehr schonend nahelegen, da sie eine gewisse Angst aufweist, als "verrückt" abgestempelt zu werden.

Unter der Voraussetzung, dass keine exogene oder endogene Ursache für die beschriebene Störung vorliegt, kann aufgrund der durchgeführten Anamnese und des psychopathologischen Befundes eine Diagnose gestellt werden. Diese sollte entsprechend dem ICD-10 klassifiziert werden. Eine der Schwierigkeiten dieses Berufes sehe ich darin, die genaue Diagnose zu stellen.

Da ich nicht auf Anhieb eine explizite Diagnose stellen konnte, habe ich mehrere Diagnosen, bei denen die gleichen oder ähnliche Symptome auftreten, mittels Differenzialdiagnose geprüft. Nicht zutreffende Diagnosen wurden sukzessive ausgeschlossen. So kam ich zu meiner Verdachtsdiagnose, bei der das Risiko des "falschen Therapierens" am geringsten ist. Im weiteren Verlauf der Therapie wird diese Diagnose immer wieder überprüft und gegebenenfalls revidiert.

Beim Durchlesen der Fallbeschreibung fiel mir als erstes die Angst der Klientin vor einer möglichen Erkrankung sowie die häufigen Arztbesuche auf. Das lenkte meine Aufmerksamkeit auf eine eventuelle Nosophobie, eine Angst vor Krankheit, die im ICD-10 als **hypochondrische Störung (F45.2)** im Kapitel der somatoformen Störungen kodiert ist. Darin heißt es:

"Vorherrschendes Kennzeichen ist die beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren und fortschreitenden körperlichen Krankheiten zu leiden. [...] **Furcht vor dem Bestehen einer oder mehrerer Krankheiten (Nosophobie) sollte hier klassifiziert werden.** [...] es lassen sich im Unterschied zur Somatisierungsstörung keine besonderen Familienauffälligkeiten beschreiben."

und in den Diagnostischen Leitlinien:

"1. Eine anhaltende Überzeugung vom Vorhandensein wenigstens einer ernsthaften körperlichen Krankheit, als **Ursache für das vorhandene Symptom oder Symptome**, auch wenn wiederholte Untersuchungen keine ausreichende körperliche Erklärung erbracht haben.

2. Ständige Weigerung, den Rat und die Versicherung mehrerer Ärzte zu akzeptieren, dass **den Symptomen** keine körperliche Krankheit zugrunde liegt."

Die Angst vor einer Krankheit ist in dem vorliegenden Fall zwar vorhanden, um aber eine somatoforme Störung zu rechtfertigen, fehlen die körperlichen Symptome.

Aufgrund des Hinweises der Klientin, dass die Störung mit dem Tod der Schwester vor drei Jahren begann, habe ich auch eine verlängerte Trauer oder **Anpassungsstörung (F43.2)** in Betracht gezogen. Dagegen sprachen jedoch die Dauer und der Verlauf. Anpassungsstörungen beginnen meist innerhalb des ersten Monats nach dem Ereignis und enden nach ca. sechs Monaten. Zusätzlich war der depressive Faktor aus der Fallbeschreibung nicht ersichtlich.

Das Fehlen des depressiven Aspektes ließ mich auch eine **Neurasthenie (F48.0)** ausschließen.

Aufgrund des vorherrschenden Angst-Symptoms und der Tatsache, dass diese Angst nicht objekt- oder situationsgebunden ist, schien mir im nächsten Überlegungsschritt eine **generalisierte Angststörung (F41.1)** sehr wahrscheinlich. Dazu im ICD-10:

"Das wesentliche Symptom ist eine generalisierte und anhaltende Angst, die aber nicht auf bestimmte Situationen in der Umgebung beschränkt oder darin nur besonders betont ist, d.h. sie ist frei flottierend. Wie bei anderen Angststörungen sind die hauptsächlichen Symptome sehr unterschiedlich, aber Beschwerden wie ständige Nervosität, Zittern, Muskelspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen, Schwindelgefühle oder Oberbauchbeschwerden gehören zu diesem Bild. Häufig werden **Befürchtungen** geäußert, **der Patient selbst oder ein Angehöriger könnten demnächst erkranken** oder verunglücken, sowie eine große Anzahl anderer Sorgen und Vorahnungen. Diese Störung findet sich häufiger bei Frauen, oft im Zusammenhang mit langandauernder Belastung durch äußere Umstände. Der Verlauf ist unterschiedlich, tendiert aber zu Schwankungen und Chronifizierung." Dazu die **Diagnostischen Leitlinien:**

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

1. Befürchtungen
2. motorische Spannung
3. vegetative Übererregbarkeit"

Eine weitere Klassifizierung in der Gruppe der Angststörungen passt noch genauer auf die Fallbeschreibung und zwar: **F41.3 andere gemischte Angststörungen.**

Dazu im ICD-10: "Diese Kategorie soll für Störungen verwendet werden, welche die **Kriterien für eine generalisierte Angststörung (F41.1) erfüllen** und gleichzeitig deutliche (aber häufig nur kurzzeitig andauernde) Merkmale anderer Störungen aus dem Kapitel F40 - F48 zeigen, aber die Kriterien für diese Störungen nicht vollständig erfüllen. Die häufigsten Beispiele hierfür sind [...] und **hypochondrische Störung (F45.2).** "

Aus der Fallbeschreibung sprechen die Krankheitsangst, das hektische und unkonzentrierte Wirken, als Anzeichen einer motorischen Spannung und vegetativen Übererregtheit, für die **Verdachtsdiagnose:**

F41.3 andere gemischte Angststörungen.

Die Verdachtsdiagnose wird in der anschließenden dargestellten Exploration genauer erforscht und hinterfragt.

Abschließend kann zur Klassifizierung gesagt werden, dass der genaue ICD-Schlüssel für die Klientin und den Therapieplan nicht ausschlaggebend ist. Hingegen sind die ausführliche Anamnese und Befunderhebung für das weitere Vorgehen entscheidend.

7. Exploration

Psychoanalytische Sicht

Aus **psychoanalytischer** Sicht ist Angst ein Ausdruck bzw. die Folge eines innerpsychischen Konfliktes zwischen einem verbotenen triebhaften Impuls (des ES) und einem strengen Gewissen (Über-Ich). Angst resultiert hiernach durch die unvollständige Unterdrückung einer Wunschregung, z. B. eines sexuellen Verlangens und der Angst vor Bestrafung. Angst ist somit das Ergebnis eines Abwehrvorganges.

Da der ursächliche Konflikt sehr wahrscheinlich in der frühkindlichen Entwicklung liegt, ist er für die Klientin nicht leicht zugänglich oder sogar unbewusst. Bei einer generalisierten Angststörung ist oft ein drohender Verlust oder eine Trennung von einer nahe stehenden Bezugsperson (Trennungsangst) ausschlaggebend. Deshalb zielt meine Exploration dahingehend zu hinterfragen, welche Trennungsfälle es in der Kindheit der Klientin gab. Möglichkeiten hierfür wären: Tod eines Elternteils, Geschwisters oder Großeltern; Trennung oder Scheidung der Eltern, Großeltern; Klinik-, Krankenhaus- oder Kuraufenthalte in der Kindheit; Nichtverfügbarkeit einer nahen Bezugsperson aufgrund von Arbeit, Krankheit, oder Sucht.

Wichtig sind hier auch Informationen von Dritten, speziell für die Zeit des ersten Lebensjahres. Belastende Situationen in der symbiotischen Phase, als Teil der oralen Entwicklungsphase, sind dem Erwachsenen meist nicht bewusst zugänglich. In dieser Phase läuft die Wahrnehmung und Steuerung des kindlichen Verhaltens ausschließlich über Körperempfindungen und Emotionen. Eine kognitive Verarbeitung der Ereignisse ist in dieser Phase noch nicht möglich.

Lerntheoretische Sicht

Aus **lerntheoretischer** Sicht kann ein falsch erlerntes Muster oder eine erlernte inadäquate Bewältigungsstrategie die Störung verursachen. In der Kindheit werden viele Muster über das sogenannte **Modelllernen** erlernt. Dabei ist das vom Kind wahrgenommene Verhalten der Eltern wichtiger, als die verbal vermittelten Werte und Normen.

Diesbezüglich exploriere ich, wie die Eltern der Klientin mit dem Thema Angst umgegangen sind oder wie sie in belastenden Situationen reagiert haben. Ein Abgang oder eine Totgeburt, zum Beispiel, kann bei den Eltern, vor allem bei der Mutter, eine übertriebene Angst vor weiterem Verlust auslösen und zu einer Überbehütung der lebenden Kinder führen. In dem Überbehütetwerden fühlen sich die Kinder primär sicher und geborgen. Unbewusst schwingt aber die Angst der Eltern mit. Außerdem verzögert sich durch diese Überbehütung der Reifungsprozess des Kindes durch die mangelnde Konfrontation mit der Realität und durch fehlende Möglichkeiten an Herausforderungen zu wachsen.

Weitere Bereiche der Exploration

Ein weiterer wichtiger Punkt in diesem Zusammenhang ist die **Sexualität** und der **Umgang mit Emotionen**. Bei der bereits erhobenen Sexualanamnese beobachtete ich, ob die Klientin offen mit dem Thema Sexualität umgehen und frei darüber sprechen kann. Mindestens genauso wichtig ist der Umgang mit Emotionen und deren Kommunikation. Diese Punkte erfrage ich gezielt in der aktuellen Partnerschaft und mit den Kindern. Ein besonderer Stellenwert kommt der Frage zu, wie dies in der Ursprungsfamilie erlebt wurde. Dadurch erhoffe ich mir Klarheit über eine eventuelle Unterdrückung sexueller oder aggressiver Impulse.

Die neurobiologischen und neurochemischen Aspekte einer Angststörung wären bei einem begründeten Verdacht durch den Neurologen oder Psychiater abzuklären.

In dem vorliegenden Fall scheint der **Auslöser** der Tod der Schwester zu sein. Dieser muss aber nicht die tiefer liegende **Ursache** darstellen. Sollte sich durch die Exploration jedoch herausstellen, dass der Tod der Schwester ursächlich für diese Störung verantwortlich ist, würde dies eine kürzere, ziel- und lösungsorientierte Therapie mit guter Prognose bedeuten.

Die ausführliche Anamnese mit gleichzeitiger Inspektion ermöglicht mir zusätzlich, einen Eindruck von der Vulnerabilität und von besonderen Persönlichkeitsmerkmalen vor dem traumatischen Ereignis zu bekommen.

8. Aufklärung der Klientin

Im Rahmen meiner Aufklärungspflicht werde ich in einem informativen und psychoedukativen Gespräch folgende Punkte erörtern:

Befund, Verdachtsdiagnose und ggfs. die zurzeit angenommenen Pathogenese, Prognose bei Behandlung und Nicht-Behandlung, sowie mögliche Folgen einer Nicht-Behandlung

Vorstellung von Therapiemethoden und deren voraussichtlicher Verlauf, Dauer, Risiken und Nebenwirkungen

Befund, Verdachtsdiagnose, Pathogenese

Aufgrund meiner Anamnese, Befunderhebung, Beobachtungen und Erkenntnisse erkläre ich der Klientin in verständlichen Worten meinen Verdacht der Angststörung und begründe diesen mit den gesammelten, relevanten Punkten. Sollte mein Verdacht, dass eine Trennungsangst ursächlich für die Störung verantwortlich ist, durch die Exploration bestärkt werden, erkläre ich der Klientin, dass vermutlich ein "Trennungs-Thema" Ursache der Störung ist. Dies könnte der Tod der Schwester aber auch ein leidvolles Ereignis aus der Vergangenheit sein.

Ich erkläre der Klientin, dass Angststörungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen zählen und dass circa 15% der Menschen mindestens einmal in ihrem Leben an einer Angststörung erkranken. Damit versuche ich der Klientin das beruhigende Gefühl zu vermitteln, dass diese Störung nicht außergewöhnlich ist und dass es viele Menschen mit ähnlichen Störungen gibt.

Prognose bei Behandlung und Nicht-Behandlung und mögliche Folgen

Ich erkläre der Klientin, dass es durch eine gezielte Therapie möglich ist, die Symptomatik zu verbessern, dass ich ihr aber kein Heilversprechen geben kann.

Bei Nicht-Behandlung besteht vor allem die Gefahr der Verschlimmerung oder Chronifizierung der Störung. Als Folgen einer Nicht-Behandlung sind daneben tiefer gehende Spannungen in der Familie zu erwarten, eine vermutliche Verringerung der Leistungsfähigkeit und Alltagsbewältigung sowie eine Gefahr der Abhängigkeit (Alkohol- oder Medikamentenabusus). Die Störung kann sich unbehandelt langfristig auf die Persönlichkeit und auf das Verhalten auswirken und zu einer sozialen Isolation führen.

Therapiemethoden

Ich stelle der Klientin mögliche Therapiemethoden, deren voraussichtlicher Verlauf, Dauer, Risiken und Nebenwirkungen vor.

Prinzipiell kann zwischen einer pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Therapie bei Angststörungen unterschieden werden. Die Notwendigkeit einer **Pharmakotherapie** wird durch einen Neurologen/Psychiater festgestellt und ggf. durch diesen

durchgeführt. Als Heilpraktiker für Psychotherapie ist mir das Verordnen rezeptpflichtiger Medikation untersagt.

Je nach Schweregrad der Störung kommen **Antidepressiva** (hauptsächlich die neueren SSRI¹ und SNRI²), **Anxiolytika** (Angstlöser), **Benzodiazepine** (im Akutfall und nur kurzfristig wegen des Abhängigkeitsrisikos) oder **Betablocker** (bei starken vegetativen Symptomen) zum Einsatz. In Einzelfällen werden auch **niederpotente Neuroleptika** verschrieben.

Bei der Pharmakotherapie müssen die einzelnen kurz- und langfristigen Nebenwirkungen als auch eine mögliche Potenzierung der Nebenwirkungen beim Einsatz mehrerer Substanzen (inklusive Phytopharmaka³) berücksichtigt werden. Bei den Benzodiazepinen besteht bereits nach kurzer Anwendung die Gefahr der Entwicklung einer Abhängigkeit. Prinzipiell bringt eine medikamentöse Therapie eine Symptomlinderung, die Störung wird dadurch aber nicht ursächlich behandelt. Deshalb sollte bei einer Angststörung eine Pharmakotherapie immer in Kombination mit anderen **psychotherapeutischen Therapieformen** kombiniert werden, die ich im weiteren Verlauf kurz erläutern werde:

Stützende Gesprächstherapie

Verhaltenstherapie

Tiefenpsychologische und psychodynamische Verfahren

Entspannungsverfahren

Traumatherapie

Soziotherapie

Gesprächstherapie

Die stützende klientenzentrierte Gesprächstherapie ist die Grundlage zur Herstellung einer tragfähigen Klienten-Therapeuten-Beziehung, die eine unabdingbare Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie darstellt. Die Klientin muss das Gefühl bekommen, als Person und als Mensch, so wie sie ist und mit all ihren Beschwerden, verstanden, akzeptiert und ernst genommen zu werden. Die wichtigsten Aspekte der klientenzentrierten Gesprächstherapie wurden bereits in Kapitel 3 beschrieben. Diese therapeutische Grundhaltung zieht sich selbstverständlich durch die gesamte Therapiedauer und durch alle angewandten Therapietechniken.

Verhaltenstherapie

In der **Verhaltenstherapie** gibt es eine große Anzahl von Therapiemethoden und Techniken, die bei Angststörungen eingesetzt werden können. In diesem konkreten Fall wären aus meiner Sicht die **systematische Desensibilisierung** in Kombination mit Entspannungsverfahren und einem Habituationstraining angebracht.

1 Selektive Serotonin Wiederaufnahmehämmer

2 Serotonin Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer

3 pflanzliche Mittel

Desweiteren wäre eine **kognitive behaviorale Therapie** in Zusammenhang mit Psychoedukation und einer klientenzentrierten Gesprächstherapie zur Aufdeckung und Korrektur fehlerhafter oder belastender kognitiver Muster und Glaubenssätze zielführend.

Ebenfalls Teil der Verhaltenstherapie ist die sogenannte **Tagebuchtechnik**, die ich in diesem Fall als sehr angebracht empfinde. Durch das Beobachten und Aufschreiben des jeweiligen Angstprozesses durch die Klientin (als Hausaufgabe) findet einerseits eine Disidentifikation mit der Angst statt. Andererseits können durch die Beobachtung der Auslöser, die aufrechterhaltenden, verschlimmernden aber auch lindernden Faktoren erkannt werden. Wird der gesamte Prozessablauf wahrgenommen, können bewusste Interventionen und Regelmechanismen angewandt werden.

Als sinnvoll und hilfreich hat sich die Spaltentechnik als Tagebuchformat erwiesen. Darin werden folgende Spalten geführt: Datum, Uhrzeit, Ort, Situation (stichpunktartige Beschreibung), Intensität der Belastung (Skala von 0 -10), Auslöser, Anwesende, Gedanken, Gefühle, Faktoren (verstärkende oder lindernde), Dauer der Angstphase.

Das Tagebuch kann in der jeweils folgenden Sitzung durchgesprochen werden und dient zusätzlich als Maßnahme und Dokumentation der Erfolgskontrolle (Häufigkeit, Dauer und Intensität der Angstphasen).

Tiefenpsychologische Therapieverfahren

Die **tiefenpsychologisch orientierten Therapieverfahren** zielen auf die Ursachenfindung der Störung und auf die Aufdeckung der zugrunde liegenden frühkindlichen Konflikte. Dabei muss sehr sorgfältig vorgegangen werden, um sicherzustellen, dass eventuell tiefer liegende Traumata mithilfe therapeutischer Unterstützung von der Klientin getragen und verarbeitet werden können. Es gilt dabei auch den zeitlichen Rahmen von mehreren Monaten bis hin zu Jahren, sowie eine mögliche Veränderung der Persönlichkeit zu berücksichtigen. Die Erkennung und Bearbeitung verschiedener Persönlichkeitsanteile kann einen wesentlichen Einfluss auf die Partnerschaft oder andere soziale Beziehungen haben. Während der Therapie wird auch der primäre und eventuell sekundäre Krankheitsgewinn thematisiert.

Innerhalb der tiefenpsychologischen Therapie wird gezielt auf die Psychodynamik eingegangen, um die Zusammenhänge zwischen früheren Entwicklungsschwierigkeiten und aktuellen Störungen besser zu verstehen und um eventuell verdrängte Ereignisse bewusst zu machen. Dabei können im biografischen Gesamtzusammenhang defizitäre Ich-Funktionen gestärkt und nachreifen, das Selbstbewusstsein aufgebaut und die Angsttoleranz verbessert werden.

Soziotherapie

Im Bereich der **Soziotherapie** wäre in diesem Fall die Angehörigenarbeit, das Einbeziehen des Partners und eventuell des Sohnes angebracht. Dabei kann im Rahmen einer

Psychoedukation den Angehörigen verständlich gemacht werden, dass es sich um eine krankhafte Störung handelt, die relativ häufig vorkommt und durch eine professionelle Therapie verbessert werden kann. Dadurch kann der Hilflosigkeit der Angehörigen bei dem Umgang mit der Störung vorgebeugt werden und gleichzeitig auch die Beziehung innerhalb der Familie entlastet werden.

Entspannungsverfahren

Entspannungsverfahren sind bei Angststörungen immer indiziert und werden deshalb meistens unterstützend, unabhängig von den anderen gewählten Therapietechniken eingesetzt. Da Ängste oft mit körperlicher Anspannung und Verspannung einhergehen, die wiederum negativ auf die Angstsymptomatik zurückwirken und diese verstärken oder aufrechterhalten kann, ist dies ein wichtiger Ansatz.

Falls die Klientin bereits Erfahrungen mit **AT (Autogenem Training)** oder **PMR (Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen)** hat, würde auf diese Ressource zurückgegriffen werden. Zusätzlich kommen auch **Biofeedback** oder **Hypnose**-Methoden zur Anwendung.

Eine weitere Entspannungstechnik, die sich in den letzten Jahren etabliert hat, ist die sogenannte **Bodyscan**-Methode, die schnell zu erlernen und effektiv umzusetzen ist. Dabei handelt es sich um eine Kombination aus Atemtechnik und Achtsamkeitsübung. Ein wichtiger Gesichtspunkt des Bodyscans ist neben der Entspannung die Disidentifikation und Distanzierung. Dabei wird eine gesunde Distanz zwischen dem "Ich" und dem Körper, den Gedanken und den Gefühlen erlebt, was zu einer erheblichen Reduzierung des Leidensdruckes und des Gefühls der Hilflosigkeit führen kann.

Traumatherapie

Die in der **Traumatherapie** sehr effektive und erfolgreiche Technik des **EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)** kann in diesem Fall mit großer Wahrscheinlichkeit angewendet werden. Das EMDR wurde in den 90er Jahren von Francine Shapiro primär als PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung) - Therapie entwickelt. Durch eine bifokale Stimulierung findet ein beschleunigter Verarbeitungsprozess im Gehirn statt. Folgedessen werden emotional belastete Ereignisse nochmals durchlebt und integriert. Dadurch wird die Belastung durch das traumatische Ereignis beseitigt oder zumindest minimiert.

Man geht davon aus, dass bei einem Trauma dissoziiert wird; d.h. Wahrnehmungen und Erlebnisse werden abgespalten und dadurch nicht richtig verarbeitet. EMDR ermöglicht diese Nachbearbeitung. EMDR hat sich aufgrund der empirisch nachgewiesenen Effektivität und der zeitlichen und finanziellen Ökonomie fest etabliert. Erfahrungsgemäß kann eine deutliche Entlastung in 2 bis 3 Sitzungen erzielt werden

Zusätzlich kann EMDR bei der Ressourcenarbeit genutzt werden, um die Klientin zu stabilisieren, bevor mit tiefgreifenden Techniken gearbeitet wird. Voraussetzung für die Arbeit mit EMDR ist eine stabile Persönlichkeit und der Ausschluss von Herz- oder Augenerkrankungen, Drogenabhängigkeit und einer akuten Psychose.

Zur Aufklärung der Patientin gehört selbstverständlich auch die Information über Dauer und Kosten der Behandlung. Darauf wird detailliert im nächsten Kapitel nach dem Festlegen der Ziele und der Durchsprache der Therapieplanung und des Behandlungsvertrages eingegangen.

9. Therapieziele, Therapieplan und Behandlungsvertrag

Ziele

Bevor eine konkrete Therapieplanung besprochen werden kann, ist es unabdingbar, dass Ziele vereinbart werden. Dabei ist es wichtig, dass die Zielsetzung durch die Klientin erfolgt. Ziele müssen klar, konkret, realistisch (quantitativ, qualitativ und zeitlich), messbar und überprüfbar formuliert werden. Natürlich möchte die Klientin "die Angst einfach loswerden." Ein so allgemein formuliertes Ziel ist jedoch in einem überschaubaren Zeitrahmen unrealistisch. Deshalb werden "große" Ziele in kleinere überprüfbare Teilziele unterteilt.

Mitarbeit der Klientin

Wichtig ist es, ausdrücklich zu betonen, dass eine erfolgreiche Therapie nur möglich ist, wenn einerseits eine vertrauensvolle, tragfähige Klienten.-Therapeuten-Beziehung besteht bzw. zustande kommt und andererseits die aktive und motivierte Mitarbeit der Klientin gesichert ist. Im konkreten Fall wird lobend erwähnt, dass die Klientin von sich aus zum Erstgespräch gekommen ist. Die Tatsache, dass sie aus persönlichen und familiären Gründen ausreichend motiviert scheint, ist positiv für die Prognose des Therapieerfolges.

Ich verdeutliche der Klientin, dass ich sie ein Stück auf ihrem Weg unterstützen und begleiten kann, dass es aber letztendlich darum geht, dass sie persönlich wieder "in ihre Kraft" kommt. Außerdem muss sie zunehmend Verantwortung für ihr Leben übernehmen. Es wird desweiteren betont, dass die Möglichkeit, die Therapie zu unterbrechen oder zu beenden jederzeit besteht.

Behandlungsvertrag

Im Falle einer weiteren Zusammenarbeit wird ein Behandlungsvertrag geschlossen, den wir im Erstgespräch durchsprechen und aufsetzen. Bis zum nächsten Termin gewähren wir uns Bedenkzeit, im Hinblick auf die Frage, ob wir eine Zusammenarbeit tatsächlich wollen und als sinnvoll erachten.

Laut BGB (§630a und b) muss ein Behandlungsvertrag mit dem Patienten geschlossen werden.

"In [diesem] werden alle Rechte und Pflichten, die mit einer heilkundlichen Behandlung im Zusammenhang stehen, zusammengestellt. Konkret: Die Leistungen des Therapeuten und deren Zielsetzung sowie die finanzielle Gegenleistung des Patienten werden beschrieben. Leistung ist danach die versprochene Behandlung, Gegenleistung des Patienten die Vergütung. Die Behandlung soll nach anerkannten fachlichen Standards erfolgen."

Der Behandlungsvertrag enthält folgende Daten:

Vorläufige, Verdachts- oder Arbeitsdiagnose
Therapie-Methoden und Therapieplanung
Mitarbeit der Klientin

Kosten pro Stunde

Dauer der Sitzungen

Geschätzte Dauer der Therapie (bis (Teil-)Ziele erreicht sind)

Zahlungsweise und Ausfallregelung

Hinweise auf:

die Aufklärung des Patienten über mögliche Risiken und Folgewirkungen der Psychotherapie, einer Therapieverweigerung oder Nicht-Behandlung;

die Schweigepflicht

die Art des Vertrages (Dienstleistungsvertrag - keine Erfolgsgarantie)

Die Klientin bekommt den vorbereiteten Behandlungsvertrag mit und bringt diesen unterschrieben zur nächsten Sitzung mit. Damit ist gewährleistet, dass die Klientin genügend Zeit hat, ihre Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt zu treffen.

Erfolgskontrolle

Merkmale die eine Erfolgskontrolle der Therapie ermöglichen, sind:

Häufigkeit, Dauer, Qualität und Intensität der Angstphasen,
vegetative Symptomatik

vorherrschenden Gedanken und Emotionen

Bewertung der sozialen Beziehungen

Hierfür wird der aktuelle und fest zu haltende Ist-Zustand als Bewertungsbasis angesetzt.

Therapiestrategie

Da es prinzipiell zwei unterschiedliche Ausrichtungen in dem therapeutischen Vorgehen gibt (symptom- und ursachenbezogen), erkläre ich der Klientin meine geplante Therapie-strategie, die ich selbstverständlich individuell auf die Klientin abstimme.

Symptombezogen wirken vor allem die Psychopharmakotherapie, die Entspannungstherapie, teilweise die Soziotherapie, die Verhaltenstherapie in Form von Reizkonfrontation und das EMDR.

Ursachenorientiert sind vor allem die tiefenpsychologischen, psychodynamischen und kognitiven Techniken.

Therapieformen, die sich stark an der Symptomatik ausrichten, zeigen schnellere Linderungen und sichtbare Erfolge. Therapieformen, die auch die Ursachen erforschen und behandeln, sind langwieriger dafür aber nachhaltiger. Bevor ich jedoch mit der eigentlichen Therapie beginne, müssen eventuelle internistische, neurologische und psychiatrische Befunde nachgereicht werden.

Im Falle einer Behandlung wähle ich eine multimodale Therapiestrategie, wobei ich mich grob an den Phasen der Traumabehandlung orientiere: **Stabilisieren - Verarbeiten - Integrieren**

Therapieablauf und -dauer

Zeitlich schlage ich nach dem Erstgespräch und beidseitigem Entschluss der Zusammenarbeit erstmals 5 Sitzungen (1 Mal pro Woche) vor und danach eine Evaluation der Therapie (Erfolgskontrolle) und eine eventuelle Revidierung der Ziele und/oder der Therapiestrategie. Bei einer tiefenpsychologischen Therapie beläuft sich die geschätzte Therapiedauer auf 20 bis zu 50 Sitzungen, wobei nach jeder fünften Sitzung eine Evaluation und eventuelle Therapieanpassung vorgenommen wird.

Zum Ende der Therapie wird die Frequenz der Sitzungen reduziert und daraufhin gearbeitet, dass die Klientin selbstständig, ohne therapeutische Hilfe ihren Alltag bewältigt. Auch im Falle einer Therapieunterbrechung wird sorgfältig dahingehend gearbeitet, dass die Klientin stabil ist und offene Themen geschlossen bzw. abgerundet werden.

Stabilisierung

Zur Stabilisierung werde ich in der zweiten Sitzung vor allem Ressourcenarbeit mithilfe der klientenzentrierten Gesprächstherapie betreiben. Dabei geht es um das Erkennen und Bewusstmachen von Ressourcen und Stärken, die bei der Bewältigung der vorhandenen Störung eingesetzt werden können. Weiterhin werde ich mit der Klientin das Bodyscan einüben und ihr eine CD mit einer gesprochenen Anleitung zum Selbstüben geben.

Der nächste Schritt zur Stabilisierung wäre die Installation des "Sicheren Ortes", eine Technik aus dem EMDR. Bei dieser Technik stellt sich die Klientin einen Ort (real oder fiktiv) vor, an dem sie sich sicher und wohl fühlt. Das Bild, die Gefühle und Körperempfindungen werden genau beschrieben und durch beruhigende hypnotische Induktion von mir bestätigt und bekräftigt. Sobald die Klientin sich auf dieses Bild, Emotionen und Körperempfindungen ganz eingelassen hat, folgt die Verankerung des Bildes über die bifokale Stimulation. Anschließend wird noch ein Schlüsselwort bestimmt, das für die Klientin stellvertretend für den "Sicheren Ort" steht. Das Schlüsselwort wird ebenfalls über die bifokale Stimulation verankert und soll der Klientin im Alltag helfen, schnell in einen Zustand der Sicherheit und Geborgenheit zu kommen.

Hausaufgaben

Um die Zeit zwischen den einzelnen Therapiesitzungen gut zu überbrücken, bekommt die Klientin Hausaufgaben. Damit kann ich die Motivation, Ernsthaftigkeit und aktive Mitarbeit der Klientin anregen und überprüfen. Die Hausaufgaben beinhalten mindestens 1 Mal pro Tag ein Bodyscan (vorzugsweise morgens gleich nach dem Erwachen),

mehrere Male pro Tag ein kurzes "Aufsuchen" des "Sicheren Ortes" (falls Notwendig mit einem Wecker/Handyfunktion als Erinnerungshilfe) und dem Führen eines Tagebuches (in Kapitel 8 bereits beschrieben).

Sollte die Klientin Freude am Schreiben oder Malen haben, würde ich sie sehr dazu animieren, ihre Gedanken und Gefühle in der Zeit zwischen den Therapiesitzungen in dieser Form festzuhalten und in der nächsten Sitzung eventuell zu thematisieren. Eine Veränderung des Gemalten oder Geschriebenen kann außerdem sehr gut als Evaluierung des Therapiefortgangs verwendet werden.

Die Hausaufgaben dienen auch der Weiterverarbeitung und Integration der in den Sitzungen durchgearbeiteten Themen.

Planung der Folgesitzungen

Zu Beginn der jeweiligen Folgesitzung erfolgt das Durchsprechen der Tagesbucheinträge. Dabei werden Situationen und Umstände, sowie die auslösenden und aufrechterhaltenen Faktoren analysiert. Dies soll helfen, Zusammenhänge besser zu verstehen und Ansatzpunkte zu finden, um bewusst in den Angstprozess eingreifen und diesen steuern zu können.

In der dritten Sitzung wird nach Überprüfung, ob die Klientin ausreichend stabil ist, eine erste Reizkonfrontation durchgeführt. Dazu wird nochmals der "Sichere Ort" bewusst aktiviert und anschließend in sensu (in der Vorstellung) eine leichtere Angstphase aus der näheren Vergangenheit erinnert. Beim Auftreten oder Fühlen der Angst wird erstmals bifokal stimuliert, danach soll die Patientin selbst lernen an diesen inneren "Sicheren Ort" zu "gehen" und bewusst wahrzunehmen, wie die Angst nachlässt. Dadurch erlebt die Patientin, dass sie der Angst nicht hilflos ausgeliefert ist.

Zu diesem Zeitpunkt werde ich mit der Klientin auch das Einbeziehen des Partners und eventuell des Sohnes besprechen und je nach Bedarf oder Situation ein gemeinsames informatives und edukatives Gespräch planen und durchführen.

In der vierten Sitzung gehe ich dann bereits etwas "tiefer". Ich überprüfe den Belastungsgrad des Todes der Schwester oder ob andere bewusste Trennungserfahrungen im Moment schwerwiegender sind. Das Ereignis mit der aktuell größten subjektiven Belastung würde ich mit EMDR prozessieren.

In der fünften Sitzung wird diese subjektive Belastung nochmals überprüft und ggf. nochmals prozessiert.

Trennungserlebnisse

Zusätzlich und parallel zur EMDR-Therapie werde ich von aktuellen Situationen (z.B. Tagebuch) ausgehend, nach ähnlichen früheren oder frühkindlichen Erfahrungen bzw.

Trennungserlebnissen explorieren. Die Aufdeckung dieses Konfliktes und das „Durcharbeiten“ unter Reaktivierung der ursprünglichen Affekte können den Angsteffekt überflüssig machen und ihn entsprechend zum Verschwinden bringen.

Kognitive Umstrukturierung

Wichtig scheint mir dabei die Zusammenhänge und psychodynamischen Aspekte zu erklären (Psychoedukation), um der Klientin zu verdeutlichen, wie sich eventuell irrationale Überzeugungen und Glaubenssätze herausgebildet haben und diese ihr Erleben und Verhalten beeinflussen.

Bereits im 2. Jh. wusste Epiktet, dass nicht die Ereignisse an sich das Problem sind, sondern, wie wir sie wahrnehmen und wie wir damit umgehen und darauf reagieren. Es ist unbestritten, dass Menschen, die unter vermehrten Ängsten leiden, die Welt anders und teilweise verzerrt wahrnehmen. Auf Dauer gesehen wird aus dieser verzerrten Wahrnehmung eine falsche Bewertung der äußeren Welt. Man spricht in der kognitiven Therapie von der Entwicklung und Einnistung sogenannter "maladaptiver kognitiver Schemata".

Diese Kognitionen würde ich mithilfe des sokratischen Dialogs hinterfragen und auf ihre Aktualität und Gültigkeit hin von der Klientin überprüfen lassen (Disputation) und ggf. eine kognitive Umstrukturierung vornehmen (Rational-Emotive Verhaltenstherapie nach A. Ellis).

Vor dem Ende der fünften Sitzung wird der bisherige Therapieverlauf (Symptome, Prozessverarbeitung und Integration) von beiden Seiten bewertet und die weitere Vorgehensweise besprochen und geplant.

10. Zusammenfassung und abschließende Bemerkungen

Die Beschreibung der Symptomatik, der Verhaltensweisen und Lebensumstände von Gabriele Z. deuten auf eine psychogene Störung. Entsprechend der noch zu erbringenden internistischen, neurologischen und psychiatrischen Befunde werde ich meine Therapiestrategie ausrichten. Sollte für die Störung eine exogene oder endogene Ursache von den Fachärzten gefunden werden, kann ich Frau Z. unterstützend begleiten.

Sollte sich mein Verdacht einer neurotischen Angststörung bestätigen, kann ich meine ziel-, lösungsorientierte und zeitlich definierte Therapiestrategie individuell für die Klientin gestalten.

Die wichtigsten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie sind vor allem der Aufbau und Erhalt einer vertrauensvollen, tragfähigen Klienten-Therapeuten-Arbeitsbeziehung sowie die intrinsische Motivation und aktive Mitarbeit der Klientin.

Die Motivation der Patientin scheint aufgrund der Tatsachen, dass sie für die Familie nicht "wegfallen" will, dass sie die Belastung der Familie durch ihre Angststörung erkennt und beheben will, gegeben zu sein.

Die zum Einsatz kommenden Therapietechniken werden Frau Z. zusammen mit der therapeutischen Absicht erklärt. Im ersten Schritt werde ich verstärkt symptombezogen therapieren, um möglichst schnell eine Linderung der Beschwerden zu erzielen. Im zweiten Schritt werde ich, falls die Patientin stabil ist und eine tiefergehende Therapie wünscht, ursachenbezogene, tiefenpsychologische und kognitive Therapiemethoden anwenden, um eine langfristige Stabilisierung und möglicherweise Heilung zu erreichen.

Aufgrund der gezeigten Symptomatik einer Angststörung ist das Thema Sicherheit für die Klientin extrem wichtig. Diese Sicherheit kann für die Klientin durch konzentrierte und fokussierte Ressourcenarbeit sowie durch diverse Stabilisierungsverfahren erlebbar werden. In diesem Zusammenhang wird der Klientin auch vermittelt, dass die Therapie nur so tief und so schnell durchgeführt wird, wie sie es selbst zulassen und verkraften kann und dass sie jederzeit die Möglichkeit hat die Therapie zu unterbrechen oder ganz zu stoppen.

In die Therapie wird mit dem Einverständnis der Klientin auch die Familie im Sinne von einer Psychoedukation mit einbezogen, um das gegenseitige Verständnis und das allgemeine Klima in der Familie zu fördern.

Durch die regelmäßige Evaluierung und das kontinuierliche Reflektieren des Therapieprozesses und -fortgangs ist ein ziel- und lösungsorientiertes Vorgehen gewährleistet. Es ist davon auszugehen, dass eine Kurzzeittherapie mit deutlicher Linderung der Beschwerden mit 5 bis 10 Sitzungen zu erreichen ist, eine tiefenpsychologische ursachenbezogene Therapie mit 20 bis 50 Sitzungen anzusetzen ist.

Zum Ende der Therapie hin wird die Auflösung der Arbeitsbeziehung eingeleitet. Dazu wird die Klientin darauf vorbereitet, selbstständig, ohne therapeutische Hilfe, Schwierigkeiten und Probleme im Alltag mithilfe der in der Therapie erworbenen Copingstrategien, Skills und Kompetenzen zu bewältigen.

11. Verwendete Literatur

- Assagioli, *Handbuch der Psychosynthese, Grundlagen, Methoden und Techniken*, Nawo Verlag (2004)
- Donhauser, *Vorbereitungskurs auf die schriftliche und mündliche Prüfung im Bereich Psychologie - HP*, Skript (2014)
- Gey, *Kinder-, Jugend- und Entwicklungspsychologie, Lehrbrief 8*, Paracelsus Schulen (2004)
- Dilling, Mombour, Schmidt, *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*, Verlag Hans Huber, Bern (2013)
- ICD-10-GM Version 2014, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme / 10. Revision / German Modification / Version 2014, DIMDI, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Köln
- Janssen, Joraschky, Tress, *Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, Deutscher Ärzte-Verlag (2009)
- Klingelhöfer, Rentrop, *Klinikleitfaden: Neurologie / Psychiatrie*, Urban & Fischer (2003)
- Möller, Laux, Deister, *Psychiatrie und Psychotherapie, MLP, Duale Reihe*, Thieme-Verlag (2009)
- Payk, *Checkliste: Psychiatrie und Psychotherapie*, Thieme-Verlag (2007)
- Reddemann, Dehner-Rau, *Trauma heilen; Ein Übungsbuch für Körper und Seele*, Trias (2012)
- Saldow, *Psychosomatik, Lehrbrief 11*, Paracelsus Schulen (2004)
- Schnura, *Klinische Psychologie 1, Lehrbrief 6*, Paracelsus Schulen (2007)
- Schubbe, *Traumatherapie mit EMDR; Ein Handbuch für die Ausbildung*, Vandenhoeck & Ruprecht (2013)
- Scott, *Naturmedizin*, Bassermann-Verlag (1998)
- Shapiro, *Frei werden von der Vergangenheit: Trauma-Selbsthilfe nach der EMDR-Methode*, Kösel-Verlag (2013)
- Voos, *Psychoanalyse tut gut*, Psychosozial-Verlag (2011)
- Internet: <http://www.patienten-rechte-gesetz.de/bgb-sgbv>; [01.04.2014]
http://de.wikipedia.org/wiki/Generalisierte_Angststörung; [02.04.2014]

12. Versicherung

Unterzeichneter, Waldemar Jercher versichere hiermit, dass diese Prüfungsarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe und nur unter Hinzuziehen der angegebenen Quellen angefertigt wurde.

Immendingen, den 8. April 2014

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'W. Jercher', with a long horizontal flourish extending to the right.