

Deutsche Paracelsus Schulen

Abschlussarbeit zur Ausbildung

Psychologische Beraterin

Thema: **Praktikumsbericht aus einer Klinik für
Neurologie und Psychiatrie:**

Eine Fallstudie zur Sozialphobie

vorgelegt von: **Claudia Fichtner
Kyburgstr. 14
89407 Dillingen/Donau**

Matrikelnummer: **111789**

Zur Vorlage bei: **Herrn Dr. Werner Weishaupt**

Ausbildungsort: **Deutsche Paracelsus Schule Ulm**

Studienleitung: **Frau Petra Klenk**

Dillingen, den 08.04.2004

Claudia Fichtner

Inhaltsübersicht

1. Einleitung	S. 1
2. Allgemeines zur Klinik	S. 1
3. Meine Tätigkeit in der Klinik	S. 3
3.1 Das erste Gespräch mit Frau P.	S. 4
3.2 Resümee des ersten Gespräches	S. 5
3.3 Der restliche Verlauf des ersten Tages	S. 5
3.4 Das zweite Treffen mit Frau P.	S. 6
3.5 Das dritte und weitere Treffen mit Frau P.	S. 8
3.6 Zusammenfassung: Das Störungsbilde	S. 9
4. Exkurs über Theorie und Diagnose der sozialen Phobie	S. 9
4.1 Ein kurzer Blick in die Historie	S. 9
4.2 Definition nach ICD 10	S. 10
4.3 Definition nach DSM-IV	S. 10
4.4 Andere Phobien	S. 11
4.5 Weitere Gesichtspunkte der sozialen Angststörung	S. 11
4.6 Epidemiologie der sozialen Phobie	S. 12
4.7 Komorbidität	S. 13
4.8 Ätiologie und Pathogenese	S. 13
4.9 Differentialdiagnose	S. 14
5. Die Therapieformen	S. 16
5.1 Allgemeine Bemerkungen	S. 16
5.2 Gesprächstherapie nach Carl Rogers	S. 16
5.3 Kognitive-verhaltenstherapeutische Techniken	S. 17
5.4 Stressmanagementtraining	S. 17
5.5 Kombinationstherapie	S. 18
5.6 Soziale Kompetenztraining	S. 18
5.7 Systemische Desensibilisierung	S. 19
5.8 Konfrontationstherapie	S. 19
5.9 Psychokinesiologie	S. 20
5.10 Medikamentöse Therapie	S. 21
5.11 Ziel der Therapie	S. 21

6. Die weitere Praktikumsarbeit mit Frau P.	S. 22
7. Erfolgskontrolle	S. 25
8. Schlussbetrachtung	S. 26
9. Quellen	S. 28
9.1 Literatur	S. 28
9.2 Internetadressen	S. 29

*"Es ist nicht genug zu wissen,
man muss es auch anwenden;
es ist nicht genug zu wollen,
man muss es auch tun" (Goethe)*

1. Einleitung

Um diese Arbeit schreiben zu können, musste ich das Glück haben, einen Praktikumsplatz in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik zu bekommen. Ich hatte mich nicht darum bemüht, nicht einmal daran gedacht, als er mir sozusagen in den Schoß gefallen ist.

Mehrmals wöchentlich fahre ich am späten Nachmittag mit dem Zug zu meiner Ausbildungsstätte. Wenn man von den ärgerlichen Verspätungen absieht, ist dies eine wunderschöne Zeit, um zum Beispiel ein gutes Buch zu lesen, etwas zu lernen oder interessante Menschen kennen zu lernen.

Als mein Zug wieder einmal auf einen verspäteten ICE warten musste, gesellte sich ein Ehepaar zu mir in das Abteil. Wir kamen gleich nett ins Gespräch: Die Unterhaltung ging um alles Mögliche und auch Unmögliches. Zufällig kam das Thema auf meine Ausbildung und ihr interessierter Gesichtsausdruck wurde allmählich immer hintergründiger. Ich wunderte mich über ihre professionellen Kenntnisse in Psychologie. Auch die Fragen, die die beiden stellten waren sehr fachlich - ich kam mir fast wie vor einem Prüfungsausschuß.

Meine Neugier war geweckt und ich wollte nun auch wissen, was das sympathische Ehepaar beruflich macht. Es stellte sich heraus, dass beide Psychiater, und zugleich Chefarzte an eine Klinik mit 27 Betten sind.¹

Bevor sich unsere Wege wieder trennten, hatten wir unsere Adressen ausgetauscht und ich eine Stelle als Praktikantin in der Tasche. Zwei Wochen später trat ich freudig meinen Dienst an.

2. Allgemeines zur Klinik

Dort lernte ich die insgesamt 7 Fachärzte, 4 Therapeuten und das Pflegepersonal sowie andere Praktikanten kennen. Die Anzahl der Patienten schwankte aber nur maximal 27 Menschen eine Aufnahme finden.

¹ C. Fichtner, Zufälle beim Zugfahren, in: Werner Winkler's Psycho Praktia, Nr. 10, Fellbach, März 2004, S. 225.

Folgende Therapieformen werden in der Klinik angeboten:

- Kunsttherapie,
- Entspannungstherapie,
- Ergotherapie,
- Autogenes Training,
- Gedächtnistraining,
- Beschäftigungstherapie,
- Musiktherapie,
- Bewegungstherapie,
- Übung der sozialen Kompetenz.

Vom ersten Tag an beeindruckte mich die Atmosphäre in der Klinik. Sofort wurde ich als vollwertiges Mitglied in das Team aufgenommen. Ich konnte mich frei bewegen, d. h. mit den Patienten sprechen, wann immer sie das wollten und ich Zeit dazu hatte. Auch an verschiedenen Therapieformen konnte ich jederzeit teilnehmen und dort unterstützend mitarbeiten. Ich durfte jeder Teamsitzung beiwohnen. An diesen Sitzungen beteiligten sich die behandelnden Ärzten, die Therapeuten und Teile des Pflegepersonals. Jeder konnte hier seinen Eindruck über die Patienten, aber auch neue Ideen, Vorschläge, Änderungen und Anmerkungen einbringen. Meist folgte dann eine konstruktive Diskussion. Ich hatte sofort den Eindruck: Alle zogen an einem Strang zum Wohle der Patienten.

Die Ausstattung in den allgemein zugänglichen Räumen und in den Krankenzimmern war sehr freundlich, warm und ruhig. Man spürte schon beim Betreten des Hauses ein angenehmes Klima.

Mich hat die Professionalität, gepaart mit großer Menschlichkeit, sehr imponiert. Ungewöhnlich, jedoch sehr spannend fand ich, dass die Patienten eine Gemeinschaft mit Rechten und Pflichten bildeten. Sie wählten jede Woche einen neuen Sprecher, der für die Organisation von diversen abendlichen Veranstaltungen und das Benützen der gemeinsamen Küche zuständig war. Bei dem wöchentlichen Treffen mit allen Ärzten, Therapeuten, dem Pflegepersonal, den Praktikanten und mit den Patienten hatte der jeweilige Patientensprecher eine wichtige Rolle. Er war der Mittler zwischen den beiden Seiten. Jede Woche wurde demokratisch ein neuer Sprecher gewählt. Für einige Patienten war dies das erste Mal, auf diese Weise Verantwortung zu übernehmen. Eine Aufgabe, die oft nicht leicht war, aber umgekehrt viel Anerkennung und Mut machen konnte.

Gegen Ende des ersten Tages wurde mir der allgemeine Tagesablauf vorgestellt: Wann und wo es die Mahlzeiten gab, wo die verschiedenen Therapieeinheiten stattfanden und auch die verbindlichen Klinikregeln. Im Hause wurden die Patienten in zwei Gruppen eingeteilt, wegen der Übersicht und der besseren Möglichkeit, auf den Einzelnen einzugehen. Es waren bei den verschiedenen Gruppentherapien nie mehr als 10 bis 15 Personen anwesend.

Die Patienten hatte in diesen kleinen Gruppen besser die Möglichkeit, sich zu entfalten, etwas auszuprobieren und dadurch auch eine ganze Reihe positiver Feedbacks zu bekommen.

In der Kunsttherapie z. B. war es möglich eine Plastik zu formen oder ein Bild zu malen. Sie lernten dadurch ihre Emotionen in einer anderen Art und Weise auszudrücken. In den verschiedenen Ergebnissen konnte man am Ende deutlich Angst, Wut, Zorn, Freude, Enttäuschung oder Frust erkennen. Die Patienten konnten jederzeit mit dem Therapeuten Rücksprache halten, wenn sie technisch nicht weiterkamen oder durch ihre seelische Verfassung den Faden an der momentanen Arbeit verloren hatten. Am Ende der Therapiestunde wurden die Kunstwerke gemeinsam angeschaut und mit den Patienten besprochen.

Ein sehr wichtiger Aspekt dieser Therapie war, dass die Patienten nicht nur kognitiv angeregt werden sollten, sondern über ihre momentane Verfassung, über ihre Gefühle und die Gestaltung ihrer Werke mit dem Therapeuten reden konnten.

Für mich war es aufschlußreich zu sehen, wie die kranken Menschen z. B. mit Ton umgingen oder wie sich für manch einen Patienten tatsächlich eine neue Welt auftat, wenn er mit Ölfarben experimentieren konnte. Auch die Ungeduld und aufgestaute Energie wurde in dieser Form von Therapie gut sichtbar.

In der wöchentlichen Teamsitzung stellte der Kunsttherapeuten die Werke vor. Danach wurde mit dem gesamten anwesenden Kollegium über die einzelnen Patienten und die jeweiligen Arbeit gesprochen, über Veränderungen, über die individuelle Art sich auszudrücken und natürlich über die Fort- oder auch Rückschritte in der Therapie.

Innerhalb dieses Rahmens ist es mir ermöglicht worden, ein dreiwöchiges Praktikum zu absolvieren. Meine Erfahrungen daraus will ich in dieser Arbeit detailliert darstellen und reflektieren.

3. Meine Tätigkeit in der Klinik

Der erste Tag begann zunächst mit meiner Teilnahme an der Chefvistite, die den ganzen Vormittag in Anspruch nahm. Anschließend fand eine Besprechung statt, bei der jeder aus dem Team (Ärzte, Schwestern, Therapeuten und Praktikanten) seine Eindrücke über jeden einzelnen Patienten wiedergeben konnte. Auch über die weitere Behandlung, neue Therapien, Medikamente oder eine eventuelle Entlassung wurde beraten. Ich war überrascht, welcher großer Wert auf die Meinungen und die Vorschläge von allen Mitarbeiter gelegt wurde, also echte Teamarbeit!

Am Nachmittag des ersten Tages wurde mir Frau P. vorgestellt. Die für sie zuständig Ärztin fragte sie, ob sie bereit sei, mit mir zu arbeiten. Frau P. war einverstanden und wir vereinbarten einen Gesprächstermin.

Daraufhin klärte mich die Ärztin über das bei Frau P. diagnostizierte Krankheitsbild auf. Wir gingen die Krankenakte Schritt für Schritt durch. So hatte ich einen ersten theoretischen Eindruck gewonnen. Daraus ging hervor, dass Frau P. an einer **Sozialphobie** litt, begleitet von einer **depressiven Verstimmung**.

3.1 Das erstes Gespräch mit Frau P.

Ich traf mich mit Frau P. und wir zogen uns in ein ruhiges Zimmer zurück. Dort bot ich ihr an, einen für sie angenehmen Platz auszusuchen und sich ganz zwanglos zu setzen. Ich nahm ihr gegenüber Platz. Das Gespräch begann ich mit der Frage nach ihrem momentanen Befinden. Sie sagte, dass es ihr körperlich ganz gut gehe und sie sich in dem geschützten Raum, der Klinik, einigermaßen wohl fühle.

Diese Aussage signalisierte mir, dass sie bereit war, mehr von sich preiszugeben. Sie erzählte dann erstaunlich offen und fließend über ihre persönlichen Umstände: über die ältere Schwester und ihren jüngeren Bruder, auch über die Scheidung der Eltern. Mit etwas Stolz in der Stimme sprach sie von der abgeschlossenen Hauptschule und dann aber gleich wieder betrübt weiter, dass sie jetzt mit 20 Jahren noch keine Ausbildung beginnen konnte. Bis sie zwölf Jahre alt war lebte sie in den USA. Nach der Trennung der Eltern zog die Mutter mit ihren Kindern nach Deutschland.

Nach diesen eher allgemeinen Informationen wollte ich gerne von ihr erfahren, wie sie ihren momentanen Zustand selbst einschätzte. Mit Fragen wie: "Was ist im Moment so, dass Sie es gut finden?" Mit: "Was ist im Moment nicht gut für Sie?" versuchte ich von meiner Klientin mehr Details zu erfahren. Frau P. sagte darauf, dass es für sie sehr belastend ist, das Klinikgebäude nicht alleine verlassen zu können bzw. ihr vertrautes Umfeld zu Hause. Weiter erzählte sie mir, dass sie weder in ein Geschäft gehen könne, um etwas einzukaufen, noch sich mit jemand andern treffen könne, z. B. zum Kaffee trinken. Am wohlsten fühle sie sich in ihrem Zimmer. Der Gedanke an Partys, Tanzen und fremde Menschen sei für sie nur schwer vorstellbar. Etwas verlegen gestand sie mir auch, dass sie besonders große Hemmungen gegenüber Männern habe. Es falle ihr sehr schwer, ihre eigenen Gefühle zu äußern, sich locker zu geben oder einfach einmal aus sich herauszugehen.

In dieser ersten Sitzung versuchte ich weniger durch Fragen, sondern mehr durch aktives Zuhören Vertrauen und Zuversicht aufzubauen. Auch war es mir wichtig, bereits zu Anfang eine Zieldefinition zu finden. Durch diese sollte Frau P. Klarheit verschafft werden und es sollten bei ihr Gedankenprozesse aktiviert werden. Sie sollte sich Fragen stellen, wie z. B.: was will ich erreichen?, was bringt mir der Aufenthalt in dieser Klinik?, wie sieht meine Zukunft aus?, was kann ich aktiv verändern? Durch eine klare Zielsetzung wollte ich als Beraterin einen Auftrag von meiner Klientin haben. Das heißt ich wollte wissen, was sie von mir will, ihre Erwartungen und ihre Vorstellungen.

Als Wunschziel fiel Frau P. erst einmal gar nicht ein. Das hatte ich erwartet, denn es ist nicht einfach dieses zu artikulieren, wenn man ziel- und planlos ist. Durch weiteres Nachfragen, durch aktives Anregen, wie z. B. eine Gedankenreise oder "was wäre, wenn ... ?" - Vorstellungen, brachte ich sie dazu, ihre Wünsche als Antrieb zu verstehen. Nach und nach kam sie darauf, dass es "toll wäre ohne Angst ausgehen zu können, wie alle anderen sein und vielleicht sogar einmal einen Freund zu haben".

Diese Aussage war ein erster Erfolg für sie und auch für mich. Nun konnte ich davon ausgehen, dass sie durchaus eine innere Bereitschaft und auch eine Kraft besitzt ihr **negatives, erworbenes Verhaltensmuster** aufzugeben.

3.2 Resümee des ersten Gespräches

Die erste Sitzung verlief aus meiner Sicht erstaunlich gut. Ich war erfreut, wie selbstverständlich sich viele Verfahren, die ich bisher nur theoretisch gelernt hatte, sich nun in die Praxis umsetzen ließen. Natürlich durfte ich nicht übersehen, dass alles Gehörte zunächst nur ein subjektiver Eindruck war. In den nächsten Tagen wollte ich nun versuchen, in Gesprächen mehr herauszufinden, um ein immer genaueres Bild der vorliegenden psychischen Störung zu bekommen. Zusätzlich wollte ich beobachten, wie sich Frau P. bei den anderen Therapieeinheiten und im Umgang mit Mitmenschen verhielt.

3.3 Der restliche Verlauf des ersten Tages

Nach der Sitzung mit Frau P. hatte ich noch Herrn D. kennengelernt. Im Laufe meines Praktikums traf ich ihn in verschiedenen Therapiegruppen immer wieder. Durch seine aufgeschlossene und witzige Art kamen wir ins Gespräch und daraus entwickelte sich ein lockerer Kontakt ohne intensivere Betreuung meinerseits. Herr D. hatte mehrere Alkoholentzugsmaßnahmen hinter sich, er war entgiftet und hoffte nach dem Aufenthalt in der Klinik, ohne Alkohol sein weiteres Leben meistern zu können. Als trockener Alkoholiker wollte er den Umgang mit der Krankheit lernen und nicht wieder in den Teufelskreis zurückfallen.

An diesem ersten Tag und natürlich im Verlauf meiner Zeit an der Klinik sah ich noch weitere Störungen wie z. B.:

- Schizophrenie und wahnhaftige Störungsbilder.
- Affektive Störungen wie: Depression, bipolare Störungen, Manie.
- Neurotische Belastungsstörungen wie: Ängste und Zwänge.
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.
- Menschen, die von verschiedenen Substanzen abhängig waren.

Eine nähere Beschreibung aller dieser Krankheitsbilder würde den Rahmen meiner Arbeit sprengen. Daher belasse ich es bei dieser kurzen Ausführung.

3.4 Das zweite Treffen mit Frau P.

In dieser Sitzung wollte ich ihren Zustand anhand der Aussagen vom letzten Treffen und den Beobachtungen aus den verschiedenen Therapien weiter analysieren.

Wir begannen wie beim ersten mal. Frau P. suchte sich wieder einen ihr angenehmen Platz aus und schnaufte einmal tief durch. Ich fragte sie, wie es ihr gehe und ob sich etwas seit unserem letzten Treffen verändert hätte. Sie sagte mir darauf, dass sie über vieles nachgedacht habe, was ihr vorher nicht bewusst war. Dazu gehörte: sich über Dinge klar zu werden, die wichtig sind, oder den Versuch zu machen, bestimmte Ansichten auch einmal aus einer anderen Perspektive zu betrachten.

Ich freute mich über diese Aussage. Sie zeigte mir, dass unsere Zusammenarbeit von ihr angenommen worden war.

Auch bei dieser Zusammenkunft wollte ich die positive Stimmung gleich ausnützen und brachte die Unterhaltung nochmals auf ihre Vergangenheit. Dabei stellte sich heraus, dass die Familie vom Vater ohne Kommentar verlassen worden war. Es gab weder für sie noch für andere Mitglieder ihrer Familie eine Chance auf ein offenes, klärendes Gespräch. Dieses Ereignis, so gestand mir Frau P., tat bis zum jetzigen Tage sehr weh. Sie sprach stockend und mit Tränen in den Augen.

Die Mutter hatte die Trennung selbst noch nicht verarbeitet. Sie konnte oder wollte vor den Kindern ihre Traurigkeit, ihre Wut und ihren Zorn nicht äußern. Deshalb zog sie bald nach der Scheidung die Konsequenz und siedelte mit ihrer Familie nach Deutschland um. Die Verbindung zu ihrem Exmann bzw. Vater ihrer Kinder brach darauf total ab. Er hatte sich nie von seinen Kindern verabschiedet und suchte auch später keinen Kontakt mit ihnen.

Auf meine Frage, wie denn heute ihr Verhältnis zu Männern sei, gab sie geknickt die Antwort, dass sie am liebsten überhaupt keinen Kontakt zu einem Mann haben wolle - sie habe kein Vertrauen mehr. Dies gehe so weit, dass sie sich immer in ihr Zimmer zurückziehe, wenn Besuch zu ihnen nach Hause komme, auch dann, wenn es sich um nahe Freunde und Bekannte der Familie handele. Sie kam erst wieder aus ihrem "Schneckenhaus", wenn der Besuch sich verabschiedet hatte.

Für mich wurde immer klarer, dass in ihrem Lebensweg ein Übel zum anderen kam. Es gab massive Machtkämpfe zwischen den Frauen: der Schwester und ihr, der Mutter und ihr, bis das Zusammenleben total vergiftet war. Frau P. verlor immer mehr das Vertrauen in eine sichere Umgebung, in ein Nest, in dem es Wärme, Geborgenheit, Sicherheit und Verständnis gab. Dazu kamen Probleme in der Schule und mit den Freunden, die Eingliederung in das für sie neue Land. Die andere Mentalität und der soziale Abstieg taten das übrige dazu. Der persönliche Rückzug wurde immer stärker. Sie traute sich nichts mehr zu und bekam immer mehr Angst vor ihren eigenen Ängsten.

Mit jedem Satz von Frau P. zeichnete sich immer deutlicher das Bild von ihrer psychischen Störung ab. Durch meine Fragen und ihre Rückmeldungen fand ich bestätigt, was in der Krankenakte schon festgehalten war, jetzt allerdings nicht mehr als reine Fakten, sondern eingebunden in ihre persönliche Lebensgeschichte.

Bei diesem zweiten Treffen sprach Frau P. offen über einen besonders heftigen Streit zwischen ihr und ihrer Schwester. Diese Auseinandersetzung war wohl der bekannte Tropfen, der das Faß zum Überlaufen gebracht hatte. Frau P. versuchte daraufhin sich das Leben zu nehmen, indem sie eine Überdosis Schlaftabletten schluckte. Da ihre Mutter an diesem Tag früher als gewöhnlich nach Hause kam, wurde sie noch rechtzeitig gefunden, notfallmäßig in eine Klinik eingeliefert und behandelt. Nach diesem stationären Aufenthalt, so erzählte sie weiter, wurde sie an die psychiatrischen Klinik überwiesen.

Ich fand es nun notwendig Frau P. darüber im Detail aufzuklären, wie sich ihre Ängste äußerten und wie sie sich auf ihr Verhalten und ihre Selbsteinschätzung auswirken. Also, dass ihre Ängste sich zentrieren können, insbesondere auf Situationen, in denen sie sich der prüfenden Beobachtungen durch andere Menschen ausgesetzt sieht. Es sollte ihr auch bewusst werden, dass sich ihre phobischen Ängste entweder klar abgrenzen, also nur auf bestimmte Situationen beziehen, oder aber auch in fast allen Situationen in- und außerhalb des Familienkreises auftreten können.

Als ich sie fragte, ob ich ihre Störung richtig einschätzte, sprach sie ermutigt über ihre Befürchtungen, immer etwas zu tun, was demütigend oder peinlich sein könnte. Dadurch ziehe sie sich immer mehr zurück. Ich spürte, dass ihr sowieso schon niedriges Selbstwertgefühl mit der Furcht vor jeglicher Kritik gepaart war. Bei jeder Bemerkung über ihre Leistungen bewertete sie diese immer schlechter, als sie tatsächlich gemeint waren.

Weiter stellte ich fest, dass es ihr an sozialer Kompetenz mangelte. Will heißen, an konkreten Fertigkeiten und Strategien, um soziale Situationen erfolgreich meistern zu können. Dazu zählte ich auch ihre Problematik ein Gespräch zu beginnen, es aufrechterhalten und zu beenden. Sie könne das einfach nicht, so ihre Aussage. Eine ihrer weiteren Schwierigkeiten bestand darin, dass sie in den verschiedensten Situationen nicht wusste, wie sie sich verhalten sollte. Sie hatte nie die Erfahrung gemacht, wie man sich wann und auf welche Weise angemessen verhält.

Auch hatte sie nie Gelegenheit zu spüren, wie es ist, eine unangenehme Situation auszuhalten. Bisher hatten ihre Ängste sie immer vorzeitig zum Rückzug gezwungen. Daher kannte sie auch das Gefühl nicht, wie es ist, aus einer schwierigen Lage gestärkt herauszugehen. Den Erfolg zu erfahren, wenn man etwas bewältigt hat oder einen peinlichen Augenblick ausgehalten kann. Die Erfahrung, dass Verantwortung für sich selbst und auch für andere etwas Schönes ist, fehlte Frau P. fast vollkommen.

Ich versuchte emphatisch auf sie einzugehen und schlug ihr vor mit ganz kleinen Schritten zu beginnen. Meiner Meinung nach musste bei Frau P. der Appetit auf und die Lust am Ausprobieren geweckt werden. Daher entließ ich sie an diesem Tag mit einer "Hausaufgabe". Sie sollte versuchen, bis zum nächsten Treffen mit mindestens einem Mitpatienten einen Kontakt in Form eines Gespräches herzustellen und auch etwas auszubauen. Frau P. war zwar skeptisch! Aber nachdem ich ihr klar gemacht hatte, dass an der Klinik alle im gleichen Boot sitzen und sie sich nicht fürchten müsse, war sie bereit, es auf einen Versuch ankommen zu lassen.

3.5 Das dritte und weiteren Treffen mit Frau P.

Bei unseren nächsten Einzeltreffen sagte mir Frau P., dass sie bemüht war, bei verschiedenen Gelegenheiten mit den anderen Patienten Kontakt aufzunehmen. Es wäre ihr aber nur unter großen Anstrengungen und Überwindung gelungen. Sie gestand, dass ihre Hände gezittert haben und dass sie bemerkte rot zu werden. Ich lobte sie sehr für ihre ersten selbständigen Versuch.

Da wir damit aber schon beim Thema Symptomatik waren, wollte ich mit Frau P. eine Übung machen. Durch die Methode der **Reizüberflutung auch Flooding** genannt, sollte sie zu der Einsicht gelangte, dass ihre Ängste eigentlich ganz harmlos sind. Das heißt: Wir betrachteten in Gedanken, was denn in ihr vorgeht, wenn z. B. die Kunsttherapie anstand. Die Kunsttherapie schlug ich absichtlich vor, denn sie war immer gut besucht und der Therapeut war ein Mann. Daher war diese Therapieeinheit bisher - falls sie überhaupt hinging - für sie sehr belastend; sie hatte geradezu eine Abneigung dagegen. Ganz deutlich versuchte ich Frau P. zu erläutern wie sie alleine zu dieser Stunde gehen sollte. Meine Beschreibung war übertrieben: dadurch sollte meine Klientin eine starke emotionale Erregung erfahren. Im Geiste sollte sie nun vorstellen, was mit ihr und ihrem Körper passiert. Spontan sprudelte es aus ihr heraus: wenn sie dort hingehen würde, könne sie niemanden in die Augen schauen (Vermeidung von Blickkontakt). Bestimmt würde sie sofort rot werden und ihre Hände würden zu zittern beginnen. Ein Schweißausbruch jage den anderen bis hin zur absoluten Übelkeit, so ihre Erfahrung in ähnlichen Situationen. Das Gefühl, sofort weglaufen zu müssen oder sich unsichtbar machen zu wollen, so beschrieb sie mir ihre Empfindungen bei dieser Vorstellung.

Da Frau P. so heftig auf diese Technik reagierte, versuchte ich sie mit einer Entspannungsübung (**progressive Muskelrelaxation nach E. Jacobson**) wieder ein wenig zu beruhigen. Danach gingen wir ganz in Ruhe die verschiedenen Lösungsstrategien durch. Dazu gehörte herauszufinden, was denn im schlimmsten oder besten Falle passieren könnte. Durch manch überspitzte Darstellung von verschiedenen Szenarien verlief die Stunde doch noch ganz heiter. Frau P. war dadurch ermutigt und sogar mit einem Mal etwas neugierig geworden. Nun wollte sie selbst sehen, was mit ihr tatsächlich passiert, wenn sie den Versuch unternehmen würde, in die Kunsttherapie zu gehen, obwohl der Therapeut ein Mann ist.

Dies war dann sozusagen auch ihre Aufgabe. Ich bat sie ihre Gedanken und Gefühle vor, während und nach der Therapiestunde aufzuschreiben. Bei unserem nächsten Treffen wollten wir diese Notizen gemeinsam anschauen.

Da Frau P. immer wieder einmal über eine - wie man vielleicht sagen könnte "Kopfleere", Gedankenlähmung klagte, fand ich die Idee, ein Tagebuch zu führen, immer attraktiver. Ich bat sie aufzuschreiben wenn sie wieder unter Konzentrationsschwierigkeiten oder Schlafstörungen leiden sollte. Frau P. war einverstanden, auch damit, dass wir nach einiger Zeit mit der behandelnden Ärztin gemeinsam das Tagebuch durchgehen könnten. Somit war wieder ein neues Mosaiksteinchen in ihr Gesamtbild einzufügen.

3.6 Zusammenfassung: Das Störungsbild

- Die Furcht vor den prüfenden Beobachtungen andere Menschen in verhältnismäßig kleinen Gruppen.
- Diese führt dazu, dass soziale Situationen vermieden werden.
- Menschen mit einer sozialen Phobie haben Angst zu versagen, sich lächerlich zu machen oder durch ungeschicktes Verhalten unangenehm aufzufallen.
- Sie befürchten in sozialen Situationen verspottet oder feindselig behandelt zu werden.
- Auch meinen sie die Kontrolle zu verlieren, eventuell nicht mehr wissen was sie sagen sollen, dumm auszusehen und dadurch erst recht aufzufallen.
- Die Furcht vor kritischer Beurteilung bewirkt eine Hemmung und - oder eine Leistungshemmung.
- Ein gewisses Ausmaß an sozialer Angst ist völlig normal!! Schüchternheit ist ebenfalls keine Störung, wenn sie nicht als Belastung erlebt wird.
- Als Krankheit kann man die soziale Phobie erst kennzeichnen, wenn hierfür die angstvolle Vermeidung der gewünschten Sozialkontakte und dadurch eine Beeinträchtigung des Lebens eintreten.

4. Exkurs über Theorie und Diagnose der sozialen Phobie

4.1 Ein kurzer Blick in die Historie

Das Wort Phobie kommt aus dem griechischen und bedeutet: **Furcht**

Soziale Phobien waren schon in der Antike bekannt. So beschrieb der griechische Arzt *Hippokrates* (um 450 v. Chr.) einen Mann, den man „wegen seiner Schüchternheit, wegen seines Argwohns und seiner Furchtsamkeit kaum zu sehen bekam. Der die Dunkelheit wie sein Leben liebte und weder Helligkeit ertragen noch an beleuchteten Plätzen sitzen konnte, der - den Hut über die Augen gezogen - weder andere sehen noch von ihnen angeschaut werden wollte.

Er mied jeden Kontakt aus Angst, schlecht behandelt zu werden, sich zu blamieren oder in seinen Gebärden oder durch sein Reden aus dem Rahmen zu fallen oder sich übergeben zu müssen. Er glaubte sich von jedermann beobachten...“²

Der Begriff: „soziale Phobie“ wurde 1903 vom französischen Psychiater *Janet* geprägt. In ihrer modernen Form wurde die soziale Phobie 1966 erstmals genau vom den englischen Psychiatern und Verhaltensforschern *Marks* und *Gelder* definiert, später weiter ausgearbeitet und 1980 in das offizielle amerikanische Diagnoseschema aufgenommen. Schließlich wurde sie 1990 auch im ICD-10, dem neuen internationalen Diagnoseschema, verankert.

Die soziale Phobie steht seit einigen Jahren verstärkt im Mittelpunkt des Forschungsinteresses.

4.2 Definition nach ICD 10 **(International Classification of Diseases)**

F40.1 - soziale Phobien

Diese Störung zentriert sich um die Furcht vor prüfender Beobachtung durch andere Menschen in verhältnismäßig kleinen Gruppen (nicht dagegen in Menschenmengen). Die Phobien können klar abgegrenzt sein und beispielsweise auf Essen oder Sprechen in der Öffentlichkeit oder Treffen mit dem anderen Geschlecht beschränkt sein. Sie können aber auch unbestimmt sein und in fast allen sozialen Situationen außerhalb des Familienkreises auftreten. Soziale Phobien können sich in Beschwerden äußern wie: Erröten, Vermeidung von Blickkontakt, Hände zittern, Übelkeit oder Drang zum Wasserlassen. Soziale Phobien sind in der Regel mit einem niedrigen Selbstwertgefühl und Furcht vor Kritik verbunden.³

4.3 Definition nach DSM-IV **(Diagnoseschema der American Psychiatric Association)**

A: Eine ausgeprägte und anhaltende Angst vor einer oder mehreren sozialen oder Leistungssituationen, in denen die Person mit unbekanntem Personen konfrontiert ist oder von anderen Personen beurteilt werden könnte. Der Betroffene befürchtet, ein Verhalten zu zeigen, das demütigend oder peinlich sein könnte.

B: Die Konfrontation mit der befürchteten sozialen Situation ruft fast immer eine unmittelbare Angstreaktion hervor, die das Erscheinungsbild einer situationsgebundenen oder einer situationsbegünstigten Panikattacke annehmen kann.

² Zitiert nach: H. Morschitzky, Historische Aspekte der sozialen Phobie, <http://www.panikattacken.at>

³ Hans-Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister - Duale Reihe Psychiatrie, Vergleich von ICD 10 und DSM-III-R, Stuttgart, 1996, S. 105.

C: Die Person erkennt, dass die Angst übertrieben oder unbegründet ist.

D: Die gefürchteten sozialen oder Leistungssituationen werden vermieden oder nur unter intensiver Angst ertragen.

E: Das Vermeidungsverhalten, die ängstliche Erwartungshaltung oder das starke Unbehagen in den gefürchteten sozialen Kontakten oder Leistungssituationen beeinträchtigt deutlich die normale Lebensführung der Person, sowie ihre beruflich oder schulische Leistung. Soziale Aktivitäten, Beziehungen leiden darunter. Die Phobie verursacht erhebliches Leiden.

F: Wenn die Phobie über mindestens 6 Monate anhält.

4.4 Andere Phobien

Es gibt viele verschiedene Formen von Phobien. Um die soziale Phobie richtig zu diagnostizieren, sollte man ihr nahe stehende andere Ängste nicht außer Acht lassen:

- Agoraphobie = Platzangst
- Schulphobie = Schulangst
- Akrophobie = Höhenangst
- Thanatophobie = Angst vor dem Tod
- Androphobie = Angst vor Männern
- Gynophobie = Angst vor Frauen
- Klaustrophobie = Furcht vor geschlossenen Räumen

4.5 Weitere Gesichtspunkte der sozialen Angststörung

Bei Kindern zeigen sich soziale Ängste am häufigsten in Form von Schulphobie und Prüfungsangst. Aber auch in der Sorge, von anderen Kindern ausgelacht zu werden. Vor allen Dingen aber dann, wenn diese als Gruppe und damit als bestimmte Mehrheit erlebt wird. Schüler mit sozialer Phobie schneiden wegen ihrer Prüfungsängste und der nicht selten gänzlichen Verweigerung an der Teilnahme am Unterricht bei Prüfungen häufig schlechter ab als andere Kinder. Dies verstärkt dann die Angst vor Leistungsbeurteilungen noch mehr. Angstbedingte Blockaden beim Sprechen vor der Klasse und den Autoritätspersonen (Lehrern, ...) lassen gute Leistungen trotz großen Lerneinsatzes nicht zu. Die gefürchtete Leistungsbeurteilung führt zu einer verstärkten Beobachtung des eigenen Verhaltens, bzw. bestimmter sozial auffällig machender Symptome (Zittern, Rotwerden, Schwitzen, Stottern, Versagen der Stimme, ...) und infolgedessen zu einer Konzentrationsstörung, so dass oft vorhandenes Wissen nicht adäquat dokumentiert werden kann.

Menschen mit sozialen Phobien haben meist ein sehr niedriges Selbstwertgefühl. Sie sind selbst ihre schärfsten Kritiker und fürchten, dass andere Menschen ihre eingebildeten oder tatsächlichen Schwächen erkennen könnten.

Sie sind nicht in der Lage sich selbst anzunehmen und fürchten die soziale Ablehnung als Bestätigung ihrer Ineffizienz.

Die übermäßige Beschäftigung mit der eigenen Person und der Wirkung auf andere äußert sich in sozialen Situationen in der Form, dass Sozialphobiker glauben, die andern Menschen würden ebenfalls ständig ihre vermeintlichen Defizite sehen. Sozialer Rückzug oder das verkrampfte Bemühen, möglichst unauffällig zu wirken, verhindert die Erfahrung, dass die Mitmenschen die Betroffenen gar nicht im gefürchteten Ausmaß beobachten bzw. kritisieren, sondern meist als liebenswerte Persönlichkeiten ansehen....

4.6 Epidemiologie der sozialen Phobie

Das Verhältnis Frauen zu Männern, die an sozialer Phobie leiden, ist nach S. Brunnhuber und K. Lieb⁴ 2:1. Der Beginn dieser Angststörung liegt bei 10 - 20 Jahren und damit etwas früher als Panikstörungen und Agoraphobien. Eine soziale Phobie kann über viele Jahre hinweg bestehen. Ihre Intensität schwankt meist über die Jahre.

8% - 13% der Bevölkerung leiden im Laufe ihres Lebens einmal unter einer sozialen Phobie. Von einer krankhaften Angst sind 2 Millionen Deutsche betroffen. Die Prävalenz bei nahen Verwandten ist deutlich erhöht.

Nach der Depression und dem Alkoholismus ist sie die dritthäufigste psychische Störung.⁵ Die fehlende oder inadäquate Bewältigung dieser sozialen Beeinträchtigung führt zu weiteren Störungen und Behinderungen. Wird eine soziale Phobie nicht behandelt, gilt sie als "**Einstiegsstörung**" für schwere psychische Störungen (Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, Depressionen, schwere Angststörungen).

Erste Anzeichen der sozialen Phobie sind oft eine ausgeprägte Schüchternheit oder Zurückhaltung. Später können daraus verschiedene berufliche oder private Probleme resultieren.

Menschen mit sozialer Phobie sind häufig unverheiratet bzw. haben keine festen Partner. Oft fehlen sexuelle Erfahrungen oder bestehen sexuelle Probleme.

In klinischen Behandlungseinrichtungen ist die soziale Phobie nach der Agoraphobie die zweithäufigste Angststörung. Die Betroffenen melden sich oft mit anderen Problemen zur Therapie an (z.B. Alkoholmissbrauch, depressive Symptomatik, psychovegetative Störungen).

⁴ S. Brunnhuber und K. Lieb, Kurzlehrbuch Psychiatrie, München, Jena, 2000, S. 190.

⁵ H. Morschitzky, Epidemiologie, Verlauf und Folgen der sozialen Phobie, <http://www.panikattacken.at>

4.7 Komorbidität

Die häufigste Begleit- und Folgesymptomatik der sozialen Phobie ist die **Depression**. Die Sozialphobie ist keine harmlose Angstkrankheit, was sich auch in relativ häufigen Selbstmordgedanken und Suizidversuchen äußert.

Bei rund 15% der Betroffenen kommen Suizidversuche vor. Die depressive Verstimmung entwickelt sich oft als Folge der sozialen Hemmung. Die Depression ist bedingt durch die Unzufriedenheit mit der jeweiligen Lebenssituation (geringe Durchsetzungsfähigkeit im beruflichen und privaten Bereich, Vereinsamung, wenig Verhaltensalternativen).

Viele Sozialphobiker benutzen **Alkohol**, um ihre Ängste zu dämpfen. Nach einer Studie entwickeln rund 20% der Sozialphobiker einen ausgeprägten Alkoholkonsum. Zahlreiche angstausslösende soziale Interaktionen und Situationen erfolgen nur, wenn Alkohol zur Verfügung steht (z.B. bei Verabredungen, Feiern, Essen im Restaurant). Umgekehrt finden sich unter Alkoholikern viele sozial ängstliche Menschen, die wegen ihrer Ängste zu trinken begonnen haben.

Rund 20% der Sozialphobiker weisen **Zwangssymptome** auf, die mit gefürchteten negativen sozialen Konsequenzen (Angst vor Kritik) zusammenhängen:

- Ordnung- und Putzzwänge aus Angst, bestimmte Sauberkeitsnormen nicht zu erfüllen.
- Kontrollzwänge aus Angst, den geforderten Perfektionsansprüche nicht gerecht zu werden.
- Gedankenzwänge im Sinne der Vorwegnahme der negativen Reaktionen anderer, wodurch Handlungsunfähigkeit gegeben ist.

Zwänge stellen oft einen Bewältigungsversuch von sozialer Unsicherheit und mangelnder sozialer Kompetenz dar. Je mehr dies der Fall ist, um so geringer ist die Bereitschaft, die Zwänge als Mittel der Durchsetzung und Beziehungssteuerung aufzugeben, weil damit die zugrunde liegenden sozialen Defizite offenbar würden. Bei derartigen Zwängen reicht die Durchbrechung der Zwänge als einzige Therapietechnik nicht aus, vielmehr ist vorher oder gleichzeitig auf den Aufbau von mehr Selbstsicherheit und Durchsetzungsfähigkeit zu achten.

4.8 Ätiologie und Pathogenese: Wie entstehen Phobien?

Manche Menschen haben eine gewisse Anfälligkeit („**Vulnerabilität**“), eine soziale Phobie zu bekommen. Die Wahrscheinlichkeit, eine soziale Phobie zu entwickeln, ist aber nicht für alle gleich. Es gibt eine vererbte (**genetische**) Anfälligkeit dafür, also eine angeborene Störungen im „Nervenkostüm“.

Diese drückt sich auch in einer „Entgleisung“ des Hirnstoffwechsels aus, die zu einer andauernden Belastung und Beeinträchtigung führen kann.

Die Anfälligkeit allein führt aber nicht zwingend zu der Störung. Dazu kommt es erst dann, wenn sich der zweite Faktor, ein Auslöser, hinzugesellt. Ein solcher ist im Allgemeinen Stress. Psychische, soziale oder körperliche Belastungen können zum Auftreten einer Sozialen Phobie führen. Besonders häufig sind solche Belastungen in der Pubertät und im frühen Erwachsenenalter. Das erklärt, warum die Soziale Phobie in der Regel in diesem Lebensabschnitt bemerkt wird.

Ein weiterer Faktor sind die aufrechterhaltenden Bedingungen. Das können anhaltende Belastungen (Dauerstress) oder falsche Reaktionen auf belastende Situationen sein. Auch fehlgerichtetes Denken kann als ein weiterer wichtiger Punkt in Betracht kommen. Die falsche Interpretation bzw. Bewertung von Vorgängen, Situationen und Symptomen führt zur Aufschaukelung der Angst, und die Angst erzeugt noch mehr Angst. Hierzu gehört das eigene Verhalten, insbesondere das Vermeidungsverhalten. Wer angstbesetzte Situationen zu sehr meidet, verhindert, dass er neue und positive Erfahrungen sammeln kann. Deshalb wird ein rasches Abklingen der Ängste, und die dadurch entstehenden Probleme verhindert. Es ist möglich, dass sie dadurch chronisch werden. Ein Teufelskreis mit weiteren schweren Erkrankungen droht.

Verhaltenstherapeuten glauben, dass Menschen mit Phobien diese durch Konditionierung gelernt haben. Sie lernten, sich vor bestimmten Situationen, Objekten oder Ereignissen zu ängstigen. Phobien sind also von der Umwelt durch **klassisches Konditionieren** oder **Modell-Lernen** erworben und werden durch Vermeidung aufrechterhalten.

Sozialphobiker habe angstverstärkende Denkmuster:

- Ungünstige Überzeugung zur eigenen Person ("Ich bin langweilig").
- Falsche Überzeugung zur sozialen Bewertung ("Wenn sie mich näher kennen würden, dann würden sie mich ablehnen").
- Überhöhte Maßstäbe für das Sozialverhalten ("Ich darf niemals meine Angst zeigen").

4.9 Differentialdiagnose

Um eine Störung einzuschätzen, muss eine hohe **Reliabilität** (Zuverlässigkeit, Verlässlichkeit) der Diagnose vorliegen. Bei dem Verdacht auf soziale Phobie zeigen sich manchmal Symptome, die bei anderen Störungen ähnlich auftreten können. Deshalb muß für eine eindeutige Identifikation eine Differentialdiagnose durchgeführt werden.

Mit der Differentialdiagnose werden andere möglichen Diagnosen ausgeschlossen. Sie hat zum Ziel, dass die Symptome nicht durch andere Krankheiten besser erklärt werden können.

Bei Frau P. konnte ich davon ausgehen, dass die Ärzte somatische Ursachen sowie eine Depression bereits ausgeschlossen hatten. Darum beschränke ich mich auf die eventuell weiter möglichen psychischen Gründe:

- Der Unterschied zwischen einer normale Angst und einer pathologischen Angst beispielsweise während einer offiziellen Rede, liegt in der Physiologie begründet. Normale Angst erreicht ihren Höhepunkt in den ersten Minuten der Präsentation und flaut anschließend stark ab, während das anhaltend hohe Niveau intensiver Angst bei der sozialen Phobie die Präsentation nahezu unmöglich macht.
- Der Unterschied zwischen sozialer Phobie F40.1 und Agoraphobie F40.0: Bevor man die Problematik der sozialen Phobie und ihre Häufigkeit erkannt hatte, kam es oft vor, dass diese beiden Krankheitsbilder miteinander verwechselt wurden oder eine soziale Phobie nicht als solche erkannt wurde. Tatsächlich sind die Symptome sehr ähnlich und die Angst auslösenden Situationen können sich ebenfalls gleichen. Es ist aber zu beachten, dass der Sozialphobiker Angst vor der Beurteilung durch andere Menschen hat, der Agoraphobiker dagegen hat Angst vor unvertrauten Orten, prall gefüllten Bussen oder Einkaufszentren, nicht aber vor den Menschen selbst.
- Bei einem Betroffenen mit sozialer Phobie, steht also die Angst vor der Bewertung durch die anderen Menschen in z. B. in einem Einkaufszentrum im Vordergrund, der Agoraphobiker meidet wenn möglich diesen Ort ganz.
- Der Unterschied zwischen sozialer Phobie F40.1 und Panikstörung F41.0: Patienten mit Panikstörung gehen sehr häufig mit Freunden einkaufen, Menschen mit einer sozialen Phobie lieber alleine, um sich nicht einer beschämenden Situation aussetzen zu müssen. Patienten mit einer Panikstörung suchen kleine überschaubare Geschäfte aus, bei denen eine Flucht möglich ist, Patienten mit einer sozialen Phobie verstecken sich lieber in größeren Geschäften wie Supermärkten. Der Sitzplatz im Restaurant wird von Menschen mit einer Panikstörung nahe am Ausgang gewählt. Der Sozialphobiker dagegen versteckt sich, falls er überhaupt ein Restaurant betritt, in der hintersten Ecke.
- Spezifischen Phobie F40.2: Bezeichnend für Patienten mit einer spezifischen Phobie ist das Auftreten von übertriebener, unbegründeter Angst in bestimmten Situationen bzw. vor bestimmten Objekten, z. B. Tiere, Umwelt, Blut, Spritzen, Verletzungen, Situationen, ... Daraus resultiert dann ein Vermeidungsverhalten, das eine deutliche Beeinträchtigung des normalen Funktionsniveaus bewirken kann.

Durch Ausschluß der oben genannten Störungen und nach Rücksprache mit der behandelnden Ärztin, konnte bei Frau P. von der Diagnose soziale Phobie ausgegangen werden. Diese allerdings ist nur eine Leitidee,

sie erfaßt nie die gesamte Wirklichkeit eines Menschen. Daher ist höchste Vorsicht mit dem Erstellen von voreiligen Diagnosen geboten.

Sehr schnell hat man einem Menschen ein Etikett verpaßt, das er dann ein Leben lang nicht mehr los wird.

5. Die Therapieformen

5.1 Allgemeine Bemerkungen

Bei der Behandlung der Sozialangst sind drei Ebenen der Angst zu beachten, denn davon hängt im hohen Maße die Wahl der Therapieform ab. Wichtig ist auch zu bedenken, dass es Patienten gibt, die Probleme in zwei oder gar drei Ebenen haben.

- Sozialphobie im Zusammenhang mit sozialen Defiziten. Hier zielt die Therapie vorwiegend auf das Training sozialer Fertigkeiten, was in Rollenspielen und Situationsübungen gut möglich ist.
- Sozialphobie mit verzerrter Selbstwahrnehmung; eine problematische Einstellung zu sich selbst, die Abwertung eigener Leistungen und automatisierte Gedankenprozesse. Hier sind besonders gedankliche (kognitive) Umformungen wichtig.
- Soziale Phobie als Angst und Hemmung; im Vordergrund steht das Erleben oder die Vorwegnahme unangenehmer Gefühle und die Vermeidung entsprechender Situationen. In diesem Fall sollte das Lernen sozial angemessenen Verhaltens in Konfrontation mit den gefürchteten Situationen geübt werden.

5.2 Gesprächstherapie nach Carl Rogers

(1902 - 1987) Diese Methode nannte er klientenzentrierte Psychotherapie oder auch Gesprächstherapie. *Carl Rogers* glaubte, dass manche Menschen eine abwehrende Lebenseinstellung entwickeln, wenn sie als Kind von wichtigen Bezugspersonen keine positive Wertschätzung erhielten und daher übermäßig selbstkritisch wurden. Durch die selbst auferlegten strengen Wertmaßstäbe, die sie unbedingt erfüllen wollen, verzerren sich die wahren Empfindungen.

Nach Rogers ist es wichtig dem Klienten **unbedingte positive Wertschätzung** entgegenzubringen. Der Klient braucht eine Atmosphäre der Geborgenheit um die wahren inneren Bedürfnisse, Gedanken und Gefühle zu erkennen. Das Ziel hierbei ist, dass sich der Patient "selbst erfahren" kann, dass er lernt ehrlich zu sich selbst und zufrieden zu sein. Der behandelnde Therapeut sollte bei dieser Methode besonders warm, echt und verständnisvoll sein.

5.3 Kognitive-verhaltenstherapeutische Techniken **Angstbewältigungstraining**

Man geht davon aus, dass der Mensch dank seiner Vernunft seine Emotionen beherrschen kann und unerwünschte Gefühle durch erwünschte ersetzen kann. Sozialangst - Sozialphobie - Situationsangst - ist eine neurotische Belastung und somatoforme Störung.

Eine Neurose ist eine Fehlkonditionierung. Der Therapeut versucht durch Neukonditionierung akzeptable und befriedigende Verhaltensweisen zu erreichen. Der Patient lernt bei dieser Therapieform den angstausslösenden Reiz zu tolerieren. Dies kann durch Flooding - Reizüberflutung passieren oder durch operantes Konditionieren, das heißt durch Belohnung wird die gewünschte Verhaltensweise honoriert.

Aaron T. Beck (+1921) war einer der führenden Vertreter der kognitiven Verhaltenstherapie. Er setzte weniger auf Konfrontation, sondern auf partnerschaftliche Kooperation, Sensibilität und Geduld bei der Überwindung verzerrter Wahrnehmung und dem Aufheben willkürlicher Schlussfolgerungen.

Die Klienten können die zunehmende körperliche Anspannung die mit den Angstzuständen einher geht nicht wahrnehmen und auch nicht bekämpfen. Nervosität und Muskelverspannungen, Magenbeschwerden und weitere diffuse somatische Beschwerden sind die Folge. Bei dem Angstbewältigungstraining lernt nun der Klient seine Wahrnehmung für einen beginnenden Angstzustand zu schärfen und eine Bewältigungsstrategie dafür zu haben.

Die progressive Muskelentspannung nach *Jacobsen* ist dazu gut geeignet. Der Klient lernt einzelne Muskelgruppen anzuspannen und wieder locker zu lassen und so schließlich den gesamten Körper zu entspannen. Nach fortgesetztem Üben kann der Klient willentlich einen Zustand tiefer muskulärer und vegetativer Entspannung herbeizuführen.

Die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie ist wissenschaftlich nachgewiesen.

5.4 Stressmanagementtraining

Viele Menschen sagen sich in Belastungssituationen bestimmte negative Dinge (Selbstaussagen). Dadurch wird ihre Angst gesteigert und sie behindern sich selbst. Der Therapeut kann hier mit einem Selbstinstruktionstraining beginnen. Die belastenden Aussagen z. B. ich traue mich nicht in ein Restaurant zu gehen, zu ersetzen durch eine Aussage wie z. B. einen Schritt nach dem anderen, ich habe die Situation im Griff, ich lasse es auf einen Versuch ankommen und schaue was tatsächlich geschieht.

Angstgedanken müssen mit dem Klienten zusammen gesucht und definiert werden, anschließend werden alternative, positive und bewältigende Gedanken erarbeitet.

Wenn der Klient genügend Übung mit den Selbstaussagen hat, kann der Therapeut in Rollenspielen das Gelernte umsetzen. Nun werden unangenehme, peinliche und belastende Situationen mit dem Klienten gespielt. Dann steht einem Versuch die neu erlernten Fertigkeiten im Alltagsleben auszuprobieren nichts mehr im Wege.

5.5 Kombinationstherapie

Kombinationstherapie bedeutet eine Mischform aus: Systemischer- und Verhaltenstherapie. Diese Methode ist eine sehr intensive Form der Therapie. Bei dieser Art wird nicht nur auf reine Verhaltensänderung Wert gelegt, sondern auch nach den Ursachen der Problematik geforscht. Es werden die persönlichen Ressourcen in der eigenen Geschichte bis hin zur aktuellen Lebenssituation genutzt. Weitere Methoden der systemischen Therapie sind die Stärkung des Selbstwertgefühles und der Selbstsicherheit. Diese kombinierte Methode ermöglicht somit eine verhältnismäßig rasche Symptomentlastung und Erleichterung im Alltag. Bei Einhaltung der vereinbarten Therapiedauer, Training der "Inputs" aus den Therapiestunden im Alltag, ... eine im Vergleich nicht nur rasche, sondern auch langfristige Symptomfreiheit sicherstellen.

5.6 Soziales Kompetenztraining

Bei dieser Methode werden Übungen zu den Angstsituation und zu den sozialen Fertigkeiten in Rollenspielen, im Modell-Lernen (Lernen durch Beobachtung anderer), mit Videotraining, durch Feedback und Hausaufgaben eingesetzt. Selbstsicherheitstraining! Mit dem Begriff Selbstsicherheit ist die Fähigkeit eines Individuums gemeint, in Relation zu seiner Umgebung eigene Ansprüche zu stellen und sie auch verwirklichen zu können. Sich zu trauen, sie zu äußern und die Fähigkeit zu lernen, sie auch durchzusetzen.

In der Praxis heißt das dann, durch Übungen zu lernen: berechnete Forderungen zu stellen, Auskünfte erfragen, sich beschweren, auf etwas bestehen, jemanden um einen Gefallen bitten, "nein" sagen lernen, sich nicht ausnutzen lassen, es nicht allen recht machen wollen.

Auch auf die eigenen Bedürfnisse zu achten und es aushalten, dass andere verärgert sein könnten, muss gelernt werden, ebenso: Auseinandersetzungen nicht scheuen, einen Vorschlag oder eine Bitte auch einmal zurückweisen.

Das Verhalten soll nicht aggressiv, sondern freundlich aber bestimmt sein. Dazu gehört auch, dass man ohne Angst ruhig mal offen und in akzeptabler Form Kritik äußern kann und umgekehrt berechnete Kritik ertragen lernt.

Bei dem Training der sozialen Kompetenz ist es wichtig, dass der Klient erfährt wie es ist, wenn man der öffentliche Betrachtung ausgesetzt ist und wenn man einmal im Mittelpunkt steht. Aufgaben bestehen hier z. B. aus:

laut reden oder rufen, einen Vortrag halten, Kontakte herstellen und pflegen lernen. Weiter gehört dazu: eigene Gefühle mitteilen, auf andere eingehen, körperliche Nähe zulassen, Verabredungen treffen.

Die Verbesserung der nonverbale Kontaktfähigkeit wie z. B. einen Blickkontakt halten, Lächeln, Stimme, Körperhaltung, ist ein wichtiger Pfeiler für soziale Kompetenz. Deshalb muss diese Kontaktfähigkeit gemeinsam mit den anderen genannten Fähigkeiten trainiert werden.

5.7 Systemische Desensibilisierung

bedeutet die stufenweise Annäherung an die Angstauslöser in der Phantasie und in der Realität. Die Patienten, die mit dieser von *Joseph Wolpe* (1997, 1987, 1969) entwickelten Technik behandelt werden, lernen sich zu entspannen, während sie mit den gefürchteten Objekten oder Situationen konfrontiert sind. Da aber Entspannung und Angst unvereinbar sind, soll die neue Entspannungsreaktion die Angstreaktion ersetzen. Man geht dabei in drei Phasen vor:

1. Die erste Phase beschäftigt sich noch nicht mit den Symptomen, sondern es wird ein **Entspannungstraining** eingeübt. Dies kann in Form von progressiver Muskelentspannung, Meditation oder Aktivhypnose geschehen.
2. Erstellen einer **Angsthierarchie**, das heißt es wird eine Liste erstellt mit Situationen, in der die Phobie auftritt, und in eine hierarchische Reihenfolge gebracht. Extreme Angstsituationen stehen ganz oben, weniger schlimme Situationen werden entsprechend nach unten eingeordnet.
3. In der **Desensibilisierungsphase** wird der Patient mit der angstausslösenden Situation oder dem angstausslösenden Objekt direkt konfrontiert. Da er nun aber die gelernten Entspannungstechniken anwenden kann, wird die Angstreaktion anders als bisher ausfallen.

Es gibt zwei Formen von Desensibilisierung:

- Die **in-vivo-Desensibilisierung**, die den Patienten mit einem Ereignis, aus dem unteren Ende der Angsthierarchie physisch konfrontiert.
- Die **in-sensu-Desensibilisierung**: Hier erfolgt die Konfrontation nur in der Vorstellung. Der Therapeut beschreibt die Situation, vor der sich der Patient fürchtet und dieser läßt nur einen inneren Film ablaufen.

5.8 Konfrontationstherapie

Diese Therapie besteht aus einem relativ neuen Ansatz, den *Jürgen Margraf* vertritt. Sie wird auch Expositionstherapie genannt. Er meint, dass phobische Patienten nicht wirklich mangelnde soziale Fertigkeiten haben, sondern denken immer besonders gut sein zu müssen. Sie beherrschen also die sozialen Spielregeln, wie z. B. kommunizieren, auf andere eingehen, Kontakte pflegen, usw.

Bei diesem neuen Therapieprogramm wird daher mehr und mehr mit Konfrontation und kognitiver Umstrukturierung gearbeitet. Das heißt: in angstbesetzte Situationen bewußt hineingehen, sie üben, sich an sie gewöhnen und dann die Erfahrung machen, dass die negative Befürchtung unbegründet war.

Weiter heißt es die übertriebenen, unvernünftigen, also irrationalen Gedanken überprüfen, diskutieren und abändern. Diese Therapieform ist in einer Gruppe wesentlich besser anzuwenden als in einer Einzeltherapie. In der klinischen Behandlung sind meist 6 bis 7 Patienten beiderlei Geschlechts in einer Gruppe. So entstehen sehr leicht die typischen phobischen Situationen wie z. B.: mit anderen reden, vielleicht mit ihnen essen, sich ihren "Bewertungen" aussetzen. Die Gruppe kann dem Betroffenen klarmachen, dass seine negativen Gedanken unrealistisch sind und man ihn nicht so kritisch sieht, wie er meint. Er lernt, diese Erfahrungen auch auf sein Leben außerhalb der Gruppe zu übertragen.

5.9 Psychokinesiologie

Kinesiologie heißt übersetzt: Lehre von der Bewegung. Das Muskeltesten wurde schon vor 2000 Jahren von *Hippokrates* verwendet, um neurologische Verletzungen an Soldaten zu diagnostizieren.

Dietrich Klinghardt hat in seinem Lehrbuch der Psycho-Kinesiologie einen neuen Weg in der psychosomatischen Medizin beschrieben. Mit der Psychokinesiologie lassen sich Konflikte, Zwänge, Ängste, Abhängigkeiten sowie psychisch bedingte organische Krankheiten gleichermaßen beseitigen. Dies erfolgt durch einen Muskeltest.

Mit diesem einfachen Test der willkürlichen Muskelreaktion lässt sich nachweisen, was sich auf den Organismus des Menschen als Stress auswirkt, was ihm schadet. Die willkürliche Muskulatur antwortet auf einen Stressreiz mit Schwächung.

Dieser Test bietet die Möglichkeit, einen unbewussten Konflikt bewusst zu machen. Wenn ein unerlöster seelische Konflikt vorliegt, lässt er sich vom autonomen Nervensystem entkoppeln und zwar durch Beklopfen von vier Akupunkturpunkte am Kopf.

Weiterhin ist wichtig, dass einschränkende Glaubenssätze wie z. B. "Ich bin nicht liebenswert" oder "ich bin ein Versager" ausgelöscht werden. Sie sollen durch freimachende, befreiende Glaubenssätze wie z. B. "Ich bin es wert geliebt zu werden" oder "Ich kann Erfolg haben" ersetzt werden.

5.10 Medikamentöse Therapie der Sozialen Phobie

Die soziale Phobie kann erfolgreich mit Medikamenten behandelt werden, deren Wirksamkeit in Studien nachgewiesen wurden.

Bei der sozialen Phobie, wie bei den meisten anderen psychischen Erkrankungen, sind bestimmte Stoffwechselfvorgänge im Gehirn verändert. Die Veränderungen können durch viele Faktoren ausgelöst werden, die im einzelnen noch nicht bekannt sind. Meist liegt eine erhöhte Empfindlichkeit einzelner Hirnsysteme zugrunde, die dafür sorgen, dass bestimmte soziale Situationen oder auch Gedanken erheblich gesteigerte und angstvolle Reaktionen auslösen, die sich auch körperlich zeigen. Diese Fehlsteuerungen in den biochemischen Vorgängen können durch bestimmte Medikamente verändert werden, indem die fehlregulierten Stoffwechselfvorgänge normalisiert werden.

Es handelt sich zum einen um Beruhigungsmittel, die sogenannten Benzodiazepine, häufig auch als Tranquilizer bezeichnet. Benzodiazepine sind relativ sichere Arzneimittel und wirken praktisch sofort. Bei längerfristigem Gebrauch können sie jedoch zur Gewöhnung und Abhängigkeit führen. Deshalb sollten sie, so kurz wie möglich, so lange wie nötig, eingesetzt werden.

Zum anderen können sogenannte Antidepressiva verordnet werden. Diese haben sich zunächst in der Behandlung von Depressionen bewährt. Inzwischen haben sie aber auch ihren Stellenwert in der Angstbehandlung erreicht. Antidepressiva wirken etwa nach zwei Wochen und haben den großen Vorteil, dass sie nicht abhängig machen.

Medikamente dürfen nur von einem Arzt verordnet werden und auf keinen Fall von mir als psychologische Beraterin.

5.11 Ziele der Therapie

Die Ziele aller oben ausgeführten Therapiemethoden sind:

- Ein von irrationalen und unbegründeten Ängsten freier Mensch zu werden.
- Sich also unabhängig und ohne Einschränkungen bewegen zu können.
- Die Gestaltung des privaten und beruflichen Lebens ungehindert zu meistern.
- Der Ausbau einer befriedigenden Kommunikation mit den Mitmenschen.

- Eine aktive Gestaltung seines Lebens.
- Die Kraft finden, um wieder auf andere zugehen zu können.
- Die ganz persönlichen Ziele, Leidenschaften, Träume und Wünsche zu verfolgen, sie nicht länger in seiner selbst gezimmerten "Rumpelkammer" zu horten.
- Verantwortung für sich und andere übernehmen zu können.

Nach diesem systematischen, theoretischen Exkurs komme ich zu meinem konkreten Fall zurück.

6. Die weitere Praktikumsarbeit mit Frau P.

Die Therapiestrategien, die ich in Teil 5 beschrieben habe, waren Grundlage meiner Arbeit mit Frau P. Meiner Funktion als Beraterin entsprechend wollte ich mich dabei aber nicht auf eine einzige Therapieform beschränken. Sowohl die **klientenzentrierte Gesprächstherapie nach Rogers** schlug gut an als auch die **Verhaltenstherapie**. Meine Klientin musste den **sozialen Umgang** wieder erlernen. Dazu musste sie mit unterschiedlichen, konkreten Situationen **direkt konfrontiert** werden. Daher wählte ich für meine Berater-tätigkeit bei Frau P. eine Mischform.

Selbstverständlich war es, Frau P. mit ihren Sorgen und Ängsten ernst zu nehmen und ihr ein vertrauensvolles Klima bei all unseren gemeinsamen Aktivitäten zu verschaffen. Dies war der grundlegende Rahmen, in dem sich unsere Gespräche so entwickeln konnten, dass sie schließlich Frau P. **zu dem Entschluss brachten, Hilfe zur Selbsthilfe anzunehmen**. Entscheidend hierfür war einfühlsames, sorgsam geplantes Vorgehen.

Die Vorbereitung bis hierher sind im Kapitel 3 dargestellt. Ab jetzt begann mein systematisches Programm zur **Wiedergewinnung ihrer Selbständigkeit**:

- Als ersten Punkt schlug ich vor, den Klinikgarten zu erkunden - erst gemeinsam und nach ein paar Tagen auch einmal alleine. Frau P. sollte erfahren, dass solche kleinen Ausflüge **nicht angstbesetzt** sein müssen, sondern auch Spaß und Freude machen können.
- Das nächste Ziel war, ihren kommunikativen Umgang durch Konfrontation mit anderen Patienten in Gang zu setzen. Sie sollte die Mahlzeiten z. B. nicht mehr alleine in ihrem Zimmer einnehmen, sondern im Gemeinschaftsraum mit den anderen sowie sich an den Gesprächen beteiligen und mir später davon erzählen.
- Ich verlangte von ihr, dass sie ab sofort keine der angebotenen Therapien mehr schwänzte. Daher ging ich vor jeder anstehenden Stunde in ihr Zimmer und holte sie dazu ab. Am Anfang gingen wir dann noch zusam-

men hin, dies reduzierte ich aber nach und nach. Sie wurde von mir aufmerksam gemacht, wenn z. B. die Beschäftigungstherapie auf dem Plan stand, hingehen sollte sie aber alleine. Frau P. sollte hierbei eine **Kontinuität** von Pflichten und Abläufen im Alltag kennen lernen sowie auch eine **strukturierte Selbstbestimmung** lernen.

- Es gab in dem Klinikgebäude ein Zimmer, in dem Spiele zu Verfügung standen. Um Frau P. aus ihrer anfänglichen Lethargie zu holen, spielten wir beide erst mal nur Spiele für zwei Personen. Als sie merkte, dass es schön ist eine gemeinsame Aktivität zu haben, war der nächste Schritt nicht mehr all zu schwer. Der bestand darin, Frau P. dazu zu bewegen, auch einmal mit den anderen Patienten ein Gesellschaftsspiel zu wagen. Diese Idee gingen wir zuerst einmal in Gedanken durch uns schauten, was den im schlimmsten Falle passieren könnte. Frau P. meinte, dass die anderen sie auslachen könnten oder sie aus lauter Verlegenheit bestimmt etwas falsch machen werde. Darauf verwies ich auf die Spiele die wir erfolgreich zu zweit gespielt hatten. Das sie hierbei ohne rot oder verlegen zu werden, mich locker über den Tisch ziehen konnte. Schmunzelnd gab sie mir recht und ließ sich auf den Versuch eines Gemeinschaftsspiels ein. Sie gewann nicht nur manches Spiel, sondern auch **sichtlich Freude am lockern Umgang mit anderen**.
- Nachdem mir klar war, wie gut ihr das tat, versuchte ich sie zu animieren ihre neu gesammelten Erfahrungen in Worte zu fassen. Der Austausch mit anderen, die Reflexion, von schön, gut und positiv erlebten Situationen verfestigen sich dadurch im Bewußtsein. Durch diese **positiven Verstärker** wird das allgemeine Empfinden erheblich verbessert.
- Immer wieder suchte ich Gelegenheiten, um ihre Fähigkeit weiterreichende Außenkontakte herzustellen zu stärken. Deshalb schlug ich vor einen ersten gemeinsamen Trip in ein nahe gelegenes Café zu unternehmen. Dieser Vorschlag löste zu nächst einmal einen "totalen Stress" für Frau P. aus. Als ich ihr daraufhin versicherte, dass wir zusammen hingehen wollten, willigte sie ein. Schon auf dem Weg dahin merkte sie, dass ihre Ängste wieder einmal unbegründet waren. Diese Erfahrung setzte sich fort. **Somit wurde dieser Nachmittag fast ein Schlüsselerlebnis für sie: Sie hatte konkret erfahren, dass sie vor nichts und niemanden Angst zu haben brauchte.**
- Jeden Tag war eine neue Chance, Frau P. durch Anregungen mehr Selbstbewußtsein zu geben. Jedes auch noch so kleine Erfolgserlebnis trug zusehends dazu bei.
- Als nächstes wollte ich eine intimere Bezugsperson mit einbeziehen. Ich ging davon aus das dadurch **Außenkontakte gefördert** werden könnten. Die einzige Freundin von Frau P. hatte ich schon vorher bei anderer Gelegenheit kurz kennengelernt. Sie schien mir geeignet, diesen beginnenden Prozeß in Richtung Selbständigkeit zu unterstützen. Am Anfang kam sie nur zu Besuch. Diese taten Frau P. sehr gut und so fragte ich die beiden, ob sie nicht einmal alleine einen Stadtbummel machen wollten. Erstaun-

licherweise ging meine Klientin spontan darauf ein und die zwei zogen fröhlich ab. Intuitiv hatte ich den Eindruck, dass diese Art von Aktivität ihr besonders guttut, nicht nur in Bezug auf ihre Ängste, sondern auch auf ihre Stimmungslage. In unserer nächsten Sitzung wurde dieser Eindruck von Frau P. bestätigt. Wieder war ein großer Schritt erreicht.

- In diesem Stadium zog ich wieder die verantwortliche Ärztin hinzu. Ich wollte mit ihr die sichtbaren Fortschritte kritisch reflektieren. Dieses Gespräch hatte auch zum Ziel, meine Idee abzusichern, Frau P. über ein Wochenende nach Hause zu schicken. Die Ärztin war einverstanden.
- Nun ging es darum Frau P. diesen Vorschlag zu unterbreiten: Nachdem sie ihre Überraschung und erste Freude verdaut hatte, zeigte sich prompt wieder die alte Phobie. Es waren ganz nebulöse Ängste und am liebsten hätte sie das Wochenende sausen lassen. Deshalb griff ich zu einer Art "List". Frau P. hatte mir nämlich in einem unserer vielen Gespräche einmal verraten, dass hellblau ihre Lieblingsfarbe sei. Das hatte ich mir gut gemerkt und von zu Haus einen hellblau beklebten Schuhkarton mitgebracht. An diesem Freitag vor dem ersten "Freigänger-Wochenende" gab ich in ihr, mit einer Aufgabe verbunden. Ich bat Frau P. sowohl ihre schönen Gedanken als auch ihre positiven Erlebnisse aufzuschreiben, diesen Zettel dann in den hellblauen Karton zu legen und dort aufzubewahren. Immer dann wenn Ängste, Sorgen oder dunkle Gedanken im Anmarsch sind, sollte sie in ihren Karton schauen und ihre Zettel lesen. Also sich an gute Zeiten erinnern und fühlen, dass es viele schöne Momente ohne Angst in ihrem Leben gibt. Dieser einfache Schuhkarton sollte eine Art "**Notfallköfferchen**" für sie werden. Sie freute sich sehr über mein Geschenk, insbesondere, dass ich mir ihre Lieblingsfarbe gemerkt hatte. Die Bedenken vor dem anstehenden Wochenende waren nun fast vergessen.
- Weiter schauten wir, was sie bisher schon alles geschafft hatte, also was sich konkret verändert und verbessert hatte. Frau P. sollte mir verbal Situationen beschreiben, bei denen sie früher der Mut verließ, die sie heute aber ohne Probleme schaffte. Darauf war es dann nicht mehr schwer, einen ersten "**Gute-Gedanken-Zettel**" zu formulieren und in den hellblauen Schuhkarton zu legen. Stolz und mutig marschierte Frau P. mit ihrem Schuhkarton in das Wochenende. Am darauffolgenden Montag kam sie mir zufrieden und entspannt dreinschauend entgegen. Trotz aller Befürchtungen waren die zwei Tage sehr schön und harmonisch verlaufen. Es waren auch weiter neue Zettel in den hellblauen Kasten dazugekommen.
- Mit der behandelnden Ärztin hatte ich abgesprochen, dass ich bei Frau P. die Psychokinesiologie mit einbeziehen durfte. Frau P. war auch einverstanden, da sie seit einiger Zeit unter diffusen Kopfschmerzen litt. Ich klärte sie in einem ungestörten, ruhigen Raum über diese Art von Unterstützung auf, dass man hierbei ungelöste, belastende, seelische Konflikte aufspüren kann. Auch das ungelöste seelische Konflikte, oft für körperlichen Beschwerden zuständig sein könnten. Bei der ersten Behandlung

stellte sich heraus, dass tatsächlich ein ungelöster seelischer Konflikt vorlag, dass die Schmerzen nicht somatische Ursachen hatten, sondern psychischer Natur waren. Ich konnte in dieser Sitzung den Grund dafür herausfinden und den Stressor entkoppeln. Frau P. war verblüfft, dass ihre Kopfschmerzen wie "weggeblasen" waren und sich auch nicht mehr einstellen.

- In einer anderen Sitzung bat ich Frau P., ein **Tagebuch** zu führen, ein sogenanntes **Angst-Tagebuch**. Wie in einem richtigen Tagebuch sollte sie aufschreiben, wie sich Angstprobleme äußerten. Auch ob und wie sich ihre Problematik körperlich bemerkbar machte, welche Gedanken und Gefühle ihr dabei erinnerlich waren, wie sie sich in bestimmten Situationen verhalten hat und ob es Veränderungen gab. Auch bat ich sie aufzuschreiben, was sie aktiv den Tag über gemacht und was sie vermieden hatte.
- Frau P. hat sowohl den "Gute-Gedanken-Schukarton" als auch das Angst-Tagebuch sehr gut angenommen und es hat ihr eine erhebliche Entlastung gebracht.
- Gemeinsam versuchten wir eine **Projektion für die Zukunft** zu entwickeln. Wir überlegten uns Aktivitäten sowohl in beruflicher Hinsicht als auch in privater. Wir sprachen über Neigungen, Interessen und Visionen. Nach einigem Überlegen und Abwägen kam Frau P. aber von ganz alleine auf Dinge, die sie ausprobieren wollte (Radtour, eine Handarbeit beginnen, Städte erkunden, ...). Frau P. vereinbarte daraufhin noch am selben Tag einen Termin mit der im Hause tätigen Sozialarbeiterin, um mit ihr die Möglichkeiten und Chancen auf einen Ausbildungsplatz zu besprechen.
- Immer wieder machte ich ihr **Mut zur Selbständigkeit**. Ich sagte ihr, dass sie gegen ihre eigenen Widerstände ankämpfen muss. Ein Kampf der sich lohnt, das hatte sie ja in der Arbeit mit mir erfahren. Wie eine Art Konditionierung hämmerte ich ihr immer wieder ein:

Veränderungen sind wichtig, sie bestimmen unser Leben ohne sie geht nichts vorwärts.

Diese Worte musste sich Frau P. sehr oft von mir anhören. Immer öfter vollendete sie selbst meinen angefangenen Satz mit einem schelmischen Grinsen im Gesicht.

7. Erfolgskontrolle

Sie ist zum einen für den Patienten von Bedeutung, um zu sehen, wo er gerade steht: ob er sich im Kreise dreht oder ob die Richtung noch stimmt. Zum anderen aber auch aus den selben Gründen für den Therapeut oder Berater. Hier sollte kritisch geschaut werden, ob die erarbeiteten Lösungen lebbar, d.h. praktikabel und im täglichen Leben umgesetzt werden können.

Wenn nicht, was ist dann mit den alternativ erarbeiteten Lösungsstrategien oder anderen Lösungsansätzen?

Der Therapeut bzw. Berater sollte immer sehr kritisch in der Beurteilung seines Klienten sein. Sowohl in der Betrachtung der Person als auch in der von Erfolgen und - oder Rückschritten. Das gründliche Abwägen und der Austausch mit Kollegen war sehr fördernd.

Frau P. und ich schauten uns gemeinsam an, was sie Positives erreicht hatte. Diese Veränderungen sowohl in der Kognition, im Antrieb, in der Körperwahrnehmung als auch im Affekt bewirkten bei ihr einen Schub nach oben. Immer wieder versuchte ich, diese Konsequenz nicht nur zu vertiefen, sondern richtig zu verankern.

Bei all unseren Treffen machte ich eine "kleine" Erfolgskontrolle. Selbstverständlich sprach ich die Ergebnisse zwischendurch immer wieder einmal mit der behandelnden Ärztin durch. Hier wurde geschaut wie z. B. Hausaufgaben angenommen werden und was sie bewirken. Ich animierte Frau P. immer wieder einmal zu einem Feedback. Grundlegende Fragen waren hierbei oft: Was hat sich in ihrem Leben gebessert? Wo möchten Sie hinkommen? Was hat sich verändert? Was haben sie verwirklicht, wenn wir uns in einem Jahr wieder treffen? Aber auch: Was für Barrieren sind da? Was gibt es für Lösungsstrategien?

Eine Kontrolle des Erfolges war bei Frau P. unter anderem auch eindeutig an ihrem gesamten Erscheinungsbild messbar. In der ersten Zeit legte sie kaum Wert auf ihr Äußeres. Sie lief, wenn überhaupt, den ganzen Tag in einer Jogginghose umher, ohne Make up und mit ungewaschenen Haaren. Dies änderte sich aber nach und nach mit fortschreitender Besserung ihrer Symptomatik. Auch konnte ich an ihrem Ausdruck, an ihren Augen sehen wie sie gegen Ende meiner Praktikumszeit wesentlich gelassener, offener in ihre Zukunft blickte.

8. Schlussbetrachtung

Angst an sich ist etwas Notwendiges und Sinnvolles. Sie ist uns Menschen angeboren und war auch in der Evolution für das Überleben wichtig. Auch heute könnten wir ohne eine gesunde Portion Angst nicht existieren, sie macht uns vorsichtig, zwingt uns zum Nachdenken oder zum genauer Hinzuschauen.

Die Angsterkrankung **>Soziale Phobie<** ist allerdings etwas Anderes. Hier kommt es zu einer Entgleisung der normalen und biologisch festgelegten Angstläufe.

Unter der Obhut der Stationsärztin, die meine direkte Ansprechpartnerin im Hause war, konnte ich Erfahrungen machen, die sonst nicht so einfach möglich gewesen wären. Durch die konkrete Tätigkeit konnte ich meine Grenzen kennenlernen und ausloten.

Frau P. war meine erste reale Klientin. Daher freue ich mich besonders, dass sie es geschafft hat, einen Weg aus der Angstspirale zu finden und somit ein neues Lebensgefühl entwickelt hat.

Nachdem mein 3-wöchiges Praktikum zu Ende ging, wagte Frau P. langsam einen Neuanfang. Sie hatte sich in der Zeit erheblich stabilisiert und konnte viele Dinge, die vorher unmöglich waren jetzt ohne Probleme in Angriff nehmen. Sie durfte zwar am Ende meiner Zeit an der Klinik noch nicht nach Hause entlassen werden, daher besuchte ich sie mindestens zweimal wöchentlich, um den Kontakt nicht ganz abbrechen zu lassen. Trotz der Veränderung ging für Frau P. der restliche Klinikaufenthalt noch erfolgreich zu Ende.

Ich konnte vieles von dem in der Ausbildung theoretisch Gelernten in der Praxis wiedererkennen und auch umsetzen. Störungsbilder, die in der darauffolgenden Zeit an meiner Schule vorgestellt wurden, konnte ich wesentlich besser begreifen. Es ist ein großer Vorteil, wenn man nicht nur die Theorie kennt, sondern nebenbei auch praktische Erfahrungen sammeln kann.

Für das Vertrauen und die Freiheit bei meiner Tätigkeit bin ich Herrn Dr. Schwarz und Frau Dr. Gröger sehr dankbar. Sie ermöglichten mir Erfahrungen, die über eine reine Beratertätigkeit hinausgingen. Unter ihrer Aufsicht konnte ich meinen Standort und mein Selbstverständnis bezüglich meiner künftigen Beratertätigkeit präzisieren. Mein Dank gilt auch dem gesamten Team für die Freundlichkeit und Kollegialität. Es war für mich eine Freude und ein Gewinn, für eine gewisse Zeit ein Teil von ihnen gewesen zu sein.

Die schönste Erfahrung aber war: zu sehen, wie es einem Menschen durch professionelle Betreuung wieder gut gehen kann.

9. Quellen

9.1 Literatur

Josef Schöpf, Psychiatrie für die Praxis, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 2003.

Stefan Brunnhuber und Klaus Lieb, Kurzlehrbuch Psychiatrie, Urban und Fischer Verlag, München, Jena, 2000.

Volker Arolt, Horst Dilling, Christian Reimer, Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Hongkong, London, Mailand, Paris, Tokio, 2003.

Hans-Jürgen Möller, Gerd Laux, Arno Deister, MLP - Duale Reihe Psychiatrie, Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1996.

Philip G. Zimbardo, Psychologie, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Hongkong, London, Mailand, Paris, Tokio, 1999.

Ronald J. Comer, Klinische Psychologie, Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg, Berlin, 2001.

Rudolf Klußmann, Psychosomatische Medizin, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Hongkong, London, Mailand, Paris, Tokio, 1998.

Dr. med. Dietrich Klinghardt, Lehrbuch der Psycho-Kinesiologie, Hermann Bauer Verlag, Freiburg im Breisgau, 1999.

Dr. med. Christa Keding-Pütz, Gesund durch psychologische Kinesiologie, die Kraft der Psyche als Tür zur Heilung, Oesch Verlag, Zürich, 2002.

Dr. med. Christa Keding-Pütz, Gesund durch psychologische Kinesiologie, der Muskeltest als Brücke zu ganzheitlichen Heilung, Oesch Verlag, Zürich, 2003.

Sabine Bachmair, Jan Faber, Claudius Hennig, Rüdiger Kolb, Wolfgang Willig, Beraten will gelernt sein, Beltz Verlag, Weinheim, 1999.

Günter G. Bamberger, Lösungsorientierte Beratung, Beltz Verlag, Weinheim, 2001.

Christophe André, Patrick Lègeron, Bammel, Panik, Gänsehaut. Die Angst vor den anderen, Gustav Kiepenheuer Verlag, Leipzig, 1999.

Hans Morschitzky, Angststörungen, Springer Verlag, Wien, New York, 2002.

Hans Morschitzky, Sigrid Sator, Die zehn Gesichter der Angst: Ein Selbsthilfeprogramm in 7 Schritten - Walter Verlag, Düsseldorf, Zürich, 2002.

Rainer Tölle, Psychiatrie, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Hongkong, London, Mailand, Paris, Tokio, 1999.

Christoph Thomann und Friedemann Schulz von Thun, Klärungshilfe 1, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbeck bei Hamburg, 2003.

Jürg Willi, Die Zweierbeziehung, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbeck bei Hamburg, 2002.

Aristoteles, Von der Seele, Deutscher Taschenbuch Verlag, München, 1996.

Werner Winkler, 99 Lösungswerkzeuge, Werner Winkler Verlag, Fellbach, 2003.

Lothar Hanisch und Peter M. Hermanns, Kampf um die Seele, Von Profis und Scharlatanen, Ein Handbuch zu Diagnose und Therapie, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbeck bei Hamburg, 1990.

Pschyrembel, Therapeutisches Wörterbuch, Walter de Gruyter GmbH, Berlin, New York, 1999/2000.

Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, Walter de Gruyter GmbH, Berlin, New York, 1999.

Johannes Lindenmeyer, Lieber schlau als blau, Beltz Verlag, Weinheim, 1998.

Friedrich-Wilhelm Wilker, Claus Bischoff, Peter Novak, Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie, Urban & Schwarzenberg Verlag, München, Wien, Baltimore, 1994.

Dr. Hildegard Hogen, Projektleitung, Der Brock Haus, Psychologie, Herausgegeben von der Lexikonredaktion des Verlags F.A. Brockhaus, Mannheim, Leipzig, ohne Jahresangabe.

Steffen Grüner, Psychiatrie fast, Börm Bruckmeier Verlag, Grünwald, 2000.

Eigene Mitschriften aus dem Unterricht an der Paracelsus Schule in Ulm

9.2 Internetadressen

<http://www.panikattacken.at/sozialphobie/sozial.htm>

<http://www.neuro24.de/a4.htm>

<http://homepage.swissonline.ch/redfox/Sozphob.htm>

<http://www.verhaltenstherapie.at/Ratgeber/SozialeAngstBeschreibung.htm>