

*westermann*



Ulrich Bunk

Herausgeber: Heinrich Greving, Dieter Niehoff

# **Psychiatrie**

Heilerziehungspflege und Heilpädagogik

1. Auflage

Bestellnummer 04845

Die in diesem Produkt gemachten Angaben zu Unternehmen (Namen, Internet- und E-Mail-Adressen, Handelsregistereintragungen, Bankverbindungen, Steuer-, Telefon- und Faxnummern und alle weiteren Angaben) sind i. d. R. fiktiv, d. h., sie stehen in keinem Zusammenhang mit einem real existierenden Unternehmen in der dargestellten oder einer ähnlichen Form. Dies gilt auch für alle Kunden, Lieferanten und sonstigen Geschäftspartner der Unternehmen wie z. B. Kreditinstitute, Versicherungsunternehmen und andere Dienstleistungsunternehmen. Ausschließlich zum Zwecke der Authentizität werden die Namen real existierender Unternehmen und z. B. im Fall von Kreditinstituten auch deren IBANs und BICs verwendet.

Die in diesem Werk aufgeführten Internetadressen sind auf dem Stand zum Zeitpunkt der Drucklegung. Die ständige Aktualität der Adressen kann vonseiten des Verlages nicht gewährleistet werden. Darüber hinaus übernimmt der Verlag keine Verantwortung für die Inhalte dieser Seiten.

**service@westermann.de**  
**www.westermann.de**

Bildungsverlag EINS GmbH  
Ettore-Bugatti-Straße 6-14, 51149 Köln

ISBN 978-3-427-**04845-9**

**westermann** GRUPPE

© Copyright 2019: Bildungsverlag EINS GmbH, Köln

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

# Vorwort der Herausgeber

Die Schulbuchreihe „Heilerziehungspflege und Heilpädagogik“ stellt eine theoriegeleitete und gleichzeitig praxisbezogene Einführung in die grundlegenden Fächer und Themenfelder beider Bereiche dar. Die einzelnen Bände wenden sich sowohl an Studierende<sup>1</sup> als auch an Lehrer und können als Arbeitsbücher für das eigenständige Handeln und (Weiter-)Lernen der Studierenden, aber auch als Handbücher für die Planung und Gestaltung des Unterrichts genutzt werden.

Die grundlegende Struktur der einzelnen Bände stellt die spezifischen Inhalte von zumeist zwei Themenbereichen und/oder Handlungsfeldern zusammen und bezieht diese aufeinander (wie z. B. „Pädagogik und Psychologie“, „Didaktik und Praxis“ u. Ä.). Schon hierdurch erfolgt in einem ersten Schritt eine interdisziplinäre Verortung und Ausrichtung der einzelnen Fächerinhalte. Darüber hinaus gibt es in dieser Reihe auch Bände, welche ein einzelnes Fach bzw. eine einzelne Methodik vorstellen (wie z. B. „Recht“ oder „Psychomotorik“).

In allen Bänden sind die theoretischen und praxisbezogenen Inhalte der Fächer stark miteinander verknüpft, so dass die Leserinnen bereits vom ersten Unterrichtstag an die Bedeutungen einer nachhaltigen Vernetzung von Theorie und Praxis erfahren, lernen und einüben können. In der Zusammenschau bieten die Bände dieser Schulbuchreihe einen sachlogisch gegliederten Überblick.

In jedem Band werden die Leser von „Anna“ und „Jan“ begleitet, zwei „Profis“ der Heilerziehungspflege und Heilpädagogik, entworfen von dem Karikaturisten Phil Hubbe. Als Leitfiguren begegnen sie den Lehrinhalten in den exklusiv für diese Reihe entwickelten Karikaturen ernsthaft-konzentriert, stehen aber auch für die humorvollen Aspekte beider Berufe.



Anna

Phil Hubbe, 1966 in der Nähe von Magdeburg geboren, arbeitet seit 1992 als professioneller Zeichner u. a. für Tageszeitungen, Werbeagenturen und Online-Plattformen. 1985 erkrankte er an Multipler Sklerose und befasst sich in seinen Karikaturen seitdem mit dem Thema Behinderung. Seit 2004 veröffentlicht er „Behinderte Cartoons“.



Jan

Wir wünschen Ihnen mit den Bänden unserer Reihe viel Freude und Erfolg.

Heinrich Greving, Dieter Niehoff

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden die männliche und die weibliche Form in unregelmäßigem Wechsel verwendet. Selbstverständlich sind immer beide Geschlechter gleichzeitig angesprochen.

## Vorwort des Autors

„Wenn wir bedenken, dass wir alle verrückt sind, ist das Leben erklärt.“ (Mark Twain)

Eine psychische Störung im Laufe eines Lebens zu bekommen, ist bei *allen* Menschen in *allen* Altersgruppen relativ häufig. Dies gilt auch für sogenannte „Menschen mit geistiger Behinderung“, mit „intellektuellen Beeinträchtigungen“ (vgl. DSM-5) oder „Intelligenzminderung“ (vgl. ICD-10). Psychische Störungen sind in der Regel nur vorübergehend und gut behandelbar. Chronisch verlaufende Störungen hingegen sind prozesshaft zu betrachten, aber mit medizinisch-therapeutischen Interventionen, pädagogischen Haltungen und pflegerischen Maßnahmen gut beeinflussbar.

Die Begriffe „Psychiatrie“ und „psychische Störung“ lösen für Menschen mit Intelligenzminderung und ihre Bezugspersonen noch immer eine starke Verunsicherung aus. Dies ist nicht unbegründet, noch bis in die 1970er-Jahre hinein waren viele Menschen mit Intelligenzminderung, die nicht mehr bei ihren Eltern leben konnten, in einer sogenannten „Verwahrpsychiatrie“ untergebracht. Die „Psychiatrie Enquete“ des deutschen Bundestages (1975) mahnte schließlich deren schwerwiegende Mangelversorgung an. In der Folge wurden durch Maßnahmen der „Enthospitalisierung“ eine bedarfsgerechte Versorgung sowie neue Betreuungsformen und Wohnmöglichkeiten für diesen Personenkreis aufgebaut, Langzeitmedikationen infrage gestellt und bei normalisierten Lebensbedingungen mitunter sogar eingestellt. Dieser Umbruch und Perspektivwechsel hat über die Jahre jedoch dazu geführt, dass psychische Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung als solche oftmals nicht gesehen, sondern als Verhaltensauffälligkeit oder einer geistigen Behinderung zugehörig interpretiert wurden. Die rein pädagogisch-pflegerische Problemlösung stand im Vordergrund, psychiatrisches und psychotherapeutisches „Know-how“ wurde nicht in Anspruch genommen. Daher hat Deutschland bis heute keine ausreichend gute psychiatrische und psychotherapeutische Versorgungsstruktur. Nur langsam nehmen sich die zuständigen Stellen der bestehenden Problematik an.

Das vorliegende Buch dient dazu, das aktuelle Wissen aus dem medizinischen Fachbereich „Psychiatrie“ den in der Ausbildung befindlichen Heilerziehungspflegern und Heilpädagoginnen zur Verfügung zu stellen. Das Buch orientiert sich an den curricularen Vorgaben der Berufskollegs und anderer Ausbildungsstellen. Zugleich ist es auch an den „Praktiker“ gerichtet, da es neben psychiatrischem Grundlagenwissen zur Entstehung von psychischen Störungen, deren allgemeinen Ausprägungen und der Symptomatik bei Menschen mit Intelligenzminderung vor allem praktische Hinweise für den Umgang mit Menschen mit Intelligenzminderung und einer psychischer Störung geben kann.

Grundlage dieses Buches ist das Klassifikations- und Diagnosesystem des „ICD-10“ und ergänzend des „ICF-WHO“. Beide Systeme werden im Buch vorgestellt. Die Darstellung der einzelnen psychiatrischen Störungsbilder erfolgt nach dem derzeit aktuellsten Klassifikationssystem „DSM-5“, da der „ICD-11“ in der deutschen Fassung bei Drucklegung noch nicht vorlag.

Ulrich Bunk

# Inhaltsverzeichnis

<b>Die Entstehung psychischer Störungen</b> .....	<b>11</b>
<b>1</b> <b>Gesundheit vs. Krankheit</b> .....	<b>11</b>
<b>1.1</b> Psychisch gesund? .....	16
<b>1.2</b> Psychisch krank – wenn die Seele leidet .....	17
<b>1.3</b> „Psychische Störung“ – Definition und Begriffsklärung .....	18
<b>2</b> <b>Wie entstehen psychische Störungen?</b> .....	<b>22</b>
<b>2.1</b> Protektive Faktoren und Resilienz .....	23
<b>2.1.1</b> Temperament .....	24
<b>2.1.2</b> Kohärenzsinn („Salutogenese“) .....	24
<b>2.1.3</b> Bindungstheorie .....	26
<b>2.2</b> Risikofaktoren .....	26
<b>2.2.1</b> Vulnerabilitätskonzept .....	27
<b>2.2.2</b> Diathese-Stress-Modell .....	28
<b>2.3</b> Weitere Erklärungsmodelle zur Entstehung psychischer Erkrankungen .....	31
<b>2.3.1</b> Das biologische Modell .....	31
<b>2.3.2</b> Das psychodynamische Modell .....	32
<b>2.3.3</b> Das lernpsychologische und kognitive Modell .....	32
<b>2.3.4</b> Das soziologische Modell .....	33
<b>2.3.5</b> Das Modell der humanistischen Psychologie .....	34
<b>2.3.6</b> Das systemische Modell .....	34

<b>Grundlagen der Psychiatrie</b> .....	36
<b>1 Das psychiatrische Fachgebiet</b> .....	36
1.1 Das psychiatrische Versorgungssystem .....	38
1.2 Die psychiatrische Versorgungsstruktur für Menschen mit Intelligenzminderung .....	40
1.3 Anforderungen an Heilerziehungspfleger in der Arbeit mit Menschen mit psychischen Störungen .....	41
<b>2 Diagnostik und Klassifikation</b> .....	46
2.1 Diagnostik .....	47
2.2 Einteilungsmodelle psychischer Störungen: ICD-10 und DSM-5 .....	47
2.3 Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) .....	50
<b>Psychiatrische Störungsbilder</b> .....	54
<b>1 Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung</b> ...	54
1.1 Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen .....	55
1.2 Ursachen einer intellektuellen Beeinträchtigung .....	60
1.3 Intelligenzminderung und psychische Störungen .....	60
1.2 Autismus-Spektrum-Störung .....	62
1.2.1 Diagnosestellung .....	67
1.2.2 Ätiologie – Ursachen einer autistischen Störung .....	68
1.2.3 Pädagogisch-therapeutischer Umgang mit Menschen mit Autismus- Spektrum-Störung .....	69
1.3 Stereotype Bewegungsstörungen .....	76
1.3.1 Ätiologie – Ursachen stereotyper Bewegungsstörungen .....	77
1.3.2 Bewegungstereotypien bei Menschen mit Intelligenzminderung .....	78
1.3.3 Heilerziehungspflegerischer Umgang mit Bewegungstereotypien .....	78

<b>1.4.</b>	Tic-Störungen .....	79
<b>1.4.1</b>	Ätiologie – Ursachen einer Tic-Störung .....	80
<b>1.4.2</b>	Tic-Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung .....	81
<b>1.4.3</b>	Heilerziehungspflegerischer Umgang mit Tic-Störungen .....	81
<b>2</b>	<b>Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen</b> .....	<b>83</b>
<b>2.1</b>	Schizophrenie .....	85
<b>2.2</b>	Verlauf – Wann beginnt die schizophrene Störung? .....	88
<b>2.3</b>	Ätiologie – Ursachen einer Schizophrenie .....	89
<b>2.4</b>	Schizophrenie bei Menschen mit geistiger Behinderung .....	90
<b>2.5</b>	Schizoaffektive Störung .....	91
<b>2.6</b>	Heilerziehungspflegerischer Umgang mit einer schizophrenen Störung .....	92
<b>3</b>	<b>Bipolare Störungen und verwandte Störungen</b> .....	<b>99</b>
<b>3.1</b>	Formen bipolarer Störungen .....	102
<b>3.2</b>	Ätiologie – Ursachen einer bipolaren Störung .....	104
<b>3.3</b>	Bipolare Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung .....	106
<b>3.4</b>	Heilerziehungspflegerischer Umgang mit bipolaren Störungen .....	106
<b>4</b>	<b>Depressive Störungen</b> .....	<b>110</b>
<b>4.1</b>	Disruptive Affektregulationsstörung .....	111
<b>4.2</b>	Major Depression .....	112
<b>4.3</b>	Persistierende depressive Störung (Dysthymie) .....	115
<b>4.4</b>	Ätiologie – Ursachen einer depressiven Störung .....	116
<b>4.5</b>	Suizidalität .....	118
<b>4.6</b>	Depressive Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderung .....	121
<b>4.7</b>	Heilerziehungspflegerischer Umgang mit depressiven Störungen .....	123
<b>4.8</b>	Diagnose „Burnout“ – eine Form der Depression? .....	130

<b>5</b>	<b>Angststörungen</b>	<b>133</b>
<b>5.1</b>	Angst und Furcht	134
<b>5.2</b>	Störungen mit Trennungsangst	138
<b>5.2.1</b>	Ätiologie – Ursachen von Trennungsangststörungen	139
<b>5.2.2</b>	Trennungsangststörungen bei Menschen mit Intelligenzminderung	140
<b>5.2.3</b>	Heilerziehungspflegerischer Umgang mit Trennungsängsten	141
<b>5.3</b>	Spezifische Phobie	142
<b>5.3.1</b>	Ätiologie – Ursachen einer spezifischen Phobie	144
<b>5.3.2</b>	Spezifische Phobien bei Menschen mit Intelligenzminderung	145
<b>5.3.3</b>	Heilerziehungspflegerischer Umgang mit spezifischen Phobien	146
<b>5.4</b>	Soziale Angststörungen	149
<b>5.4.1</b>	Ätiologie – Ursachen einer sozialen Phobie	149
<b>5.4.2</b>	Soziale Angststörungen bei Menschen mit Intelligenzminderung	150
<b>5.4.3</b>	Heilerziehungspflegerischer Umgang mit einer sozialen Angststörung	151
<b>5.5</b>	Panikstörung	151
<b>5.5.1</b>	Ätiologie – Ursachen einer Panikstörung	153
<b>5.5.2</b>	Panikstörung bei Menschen mit Intelligenzminderung	155
<b>5.5.3</b>	Heilerziehungspflegerischer Umgang mit einer Panikstörung	155
<b>5.6</b>	Agoraphobie	156
<b>5.6.1</b>	Ätiologie – Ursachen einer Agoraphobie	157
<b>5.6.2</b>	Agoraphobie bei Menschen mit Intelligenzminderung	158
<b>5.6.3</b>	Heilerziehungspflegerischer Umgang mit einer Agoraphobie	159
<b>5.7</b>	Generalisierte Angststörung	160
<b>5.7.1</b>	Ätiologie – Ursachen einer generalisierten Angststörung	161
<b>5.7.2</b>	Generalisierte Angststörung bei Menschen mit Intelligenzminderung	162
<b>5.7.3</b>	Heilerziehungspflegerischer Umgang mit generalisierten Angststörungen	163



<b>6</b>	<b>Zwangsstörungen und verwandte Störungen</b> .....	<b>168</b>
<b>6.1</b>	Zwangsstörungen: Zwangsgedanken und Zwangshandlungen .....	169
<b>6.2</b>	Ätiologie – Ursachen einer Zwangsstörung .....	172
<b>6.3</b>	Zwangsstörungen bei Menschen mit Intelligenzminderung .....	175
<b>6.4</b>	Heilerziehungspflegerischer Umgang mit Zwangsstörungen .....	177
<b>7</b>	<b>Traumafolgestörungen und belastungsbezogene Störungen</b> .....	<b>182</b>
<b>7.1</b>	Traumafolgestörungen .....	185
<b>7.1.1</b>	Akute Belastungsstörung .....	185
<b>7.1.2</b>	Anpassungsstörungen .....	187
<b>7.1.3</b>	Posttraumatische Belastungsstörung .....	188
<b>7.2</b>	Ätiologie – Ursachen von Traumafolgestörungen .....	190
<b>7.3</b>	Traumafolgestörungen bei Menschen mit Intelligenzminderung .....	194
<b>7.4</b>	Heilerziehungspflegerischer Umgang mit Traumafolgestörungen .....	196
<b>8</b>	<b>Substanzkonsumstörungen und Störungen ohne Substanzbezug</b> .....	<b>201</b>
<b>8.1</b>	Ätiologie – Ursachen für Substanzkonsumstörungen .....	205
<b>8.2</b>	Störungen der Selbstkontrolle .....	208
<b>8.3</b>	Substanzkonsumstörungen bei Menschen mit Intelligenzminderung .....	210
<b>8.4</b>	Heilerziehungspflegerischer Umgang mit Substanzkonsumstörungen .....	212
<b>9</b>	<b>Persönlichkeitsstörungen</b> .....	<b>218</b>
<b>9.1</b>	Was ist eine Persönlichkeit? .....	219
<b>9.2</b>	Was ist eine Persönlichkeitsstörung? .....	221
<b>9.3</b>	Formen der Persönlichkeitsstörung .....	222
<b>9.4</b>	Ätiologie – Ursachen einer Persönlichkeitsstörung .....	227

<b>9.5</b>	Persönlichkeitsstörungen bei Menschen mit Intelligenzminderung .....	229
<b>9.6</b>	Heilerziehungspflegerischer Umgang mit Persönlichkeitsstörungen .....	231
<b>10</b>	<b>Psychische Störungen im Alter (Gerontopsychiatrie) .....</b>	<b>237</b>
<b>10.1</b>	Neurokognitive Störungen: Alzheimer und andere Demenzerkrankungen ..	239
<b>10.1.1</b>	Symptome der Alzheimer-Erkrankung .....	240
<b>10.1.2</b>	Heilerziehungspflegerischer Umgang mit demenziell erkrankten Menschen .....	241
<b>10.2</b>	Depressive Störungen im Alter .....	244
<b>10.3</b>	Schizophrenie im Alter .....	245
<b>10.4</b>	Weitere Störungen im Alter: Angst- und Schlafstörungen .....	245
	Literaturverzeichnis .....	247
	Bildquellenverzeichnis .....	252
	Sachwortverzeichnis .....	253

# 5 Angststörungen



*Gefangen in der Angst*

## Richtig oder falsch?

- Angst ist eine normale Reaktion des Menschen.
- Angst beeinträchtigt immer das Lebensgefühl des Menschen.
- Angst ist uns angeboren.
- Angst gehört wie auch die Freude zum Leben dazu.
- Angst und Furcht sind bedeutungsgleiche Begriffe.
- Männer erkranken häufiger an Angststörungen.
- Eine Agoraphobie ist die Angst vor großen Plätzen.
- Unter Trennungsangst leiden ausschließlich kleine Kinder.

**BEISPIEL**

Herr Karlsen, 40 Jahre, hat eine leichte geistige Behinderung und traut sich häufig selbst einfache Dinge nicht zu. Wenn im Winter leichter Schnee auf den Straßen liegt, mag Herr Karlsen aus Angst vor dem möglichen Glatteis nicht mehr vor die Tür treten und zur Arbeit in die nahegelegene Werkstatt gehen. Weil er sich auch vor Höhe fürchtet, verweigert er die Benutzung der Treppe zum Freizeitbereich. In diesen Momenten kommt Herr Karlsen in höchste körperliche Anspannung und größte Erregung. Er ist so sehr gereizt, dass er mitunter sogar die Betreuer beschimpft und angreift. Herr Karlsen zieht sich zunehmend auf seine Zimmer zurück.

**AUFGABE**

Lesen Sie das oben stehende Beispiel und tauschen Sie sich aus: Haben Sie in Ihrer beruflichen Praxis bereits ein ähnliches Erlebnis gehabt? Oder kennen Sie aus Ihrem Umfeld Menschen mit Angststörungen?

## 5.1 Angst und Furcht

Furcht und Angst sind normale und gesunde Reaktionen des Menschen zum Schutz und zur Bewältigung belastender Situationen. **Furcht** ist eine wichtige Basisemotion des Menschen und hilft dabei, das Leben zu erhalten, sie versetzt in Alarmbereitschaft und schützt vor vielfältigen Gefahren in der Umwelt. Auch Tiere erleben Furcht, so vermeiden es z. B. Pferde, durch Wasser oder kleine Pfützen zu gehen. Die **Angst** (aus dem Lateinischen = „Enge“) ist gegenüber der Furcht etwas diffuser und weniger direkt, da hierbei auch Gedanken und Gefühle zur Vorbereitung auf eine mögliche zukünftige Gefahr eine Rolle spielen.

**BEISPIEL**

Wenn ein Kind unachtsam über die Straße läuft und ein Fahrzeug nur mit starker Bremsung zum Stehen kommt, wird es ziemlich direkt Angstreaktionen seines Körpers zu spüren bekommen. Die Muskulatur, die Lunge und das Herz werden auf Trab gebracht. Das Kind wird aber auch spüren, dass sich die Schreckreaktionen ziemlich rasch wieder legen. Es wird künftig, so ist jedenfalls zu hoffen, wohl etwas aufmerksamer über die Straße gehen.

**DEFINITION****Furcht**

Furcht ist eine überlebenswichtige Funktion, die jedem Menschen angeboren ist und bei unmittelbarer Bedrohung sofort aktiviert wird.

Über die **Sympathikusstimulation** im Gehirn sorgen vor allem die Hormone Adrenalin und Noradrenalin dafür, dass der Körper in einen kurzfristigen automatisierten Zustand höchster Leistungsbereitschaft versetzt wird – bereit, sich der Bedrohung entweder zu stellen („Kampf“) oder sein Leben zu schützen („Flucht“). Das unwillkürliche Steuerungssystem des Nervensystems (Parasympathicus) sorgt im Anschluss dafür, dass der Mensch sich wieder beruhigen kann, er nicht kopflos reagiert, somit die Kontrolle

über die Angst bekommt und im besten Fall eine angemessene Reaktion auf die Bedrohung zeigen kann. Besteht die Bedrohung und die Angst jedoch weiterhin, kommt es schließlich zu lähmenden und passiven Reaktionen. Dieses Furchtsystem ist evolutionär sehr alt und stark auf Reize ausgerichtet und vorbereitet („prepared“, s. Seite 137), die bereits unsere Vorfahren als lebensbedrohlich erlebten (z. B. Höhe, gefährliche Tiere, Wasser). Aber auch durch im Lebensverlauf gelernte Gefahrensignale kann das Furchtsystem ausgelöst werden.



#### DEFINITION

##### Angst

Angst ist die affektive und sinnvolle Reaktion auf Bedrohung. Sie wird ausgelöst durch die An- oder Abwesenheit innerer oder äußerer Reize.

Angst ist wichtig für den Menschen, damit dieser sich besser auf Situationen, wie beispielsweise eine Prüfung, adäquat einstellen kann. Angst kann bei entsprechenden Gedanken und Erwartungen auch zu Übererregung und Anspannung führen. Bei negativen Gedanken, wie z. B. „Das geht schief, ich kann nichts!“, ist die Wahrscheinlichkeit recht hoch, dass die Angstspannung steigt. Eine gut regulierte Angst hingegen lässt uns gut auf Anforderungen vorbereitet sein. „Angst verleiht Flügel“, hat schon der Schriftsteller Gustave Flaubert formuliert – eine leichte bis mittlere Angst kann Motivation und Leistungsfähigkeit des Menschen steigern. Entscheidend für eine **adäquate Angstreaktion** sind dabei die **persönlichen Kontrollüberzeugungen**, die ein Mensch im Laufe seines Lebens aufgrund vielfältiger Lernerfahrungen hat machen können („Ich kann die Prüfungssituation gut bewältigen, ich weiß, was ich gut kann.“).

#### MERKEN

Typische **akute Angstsymptome** sind u. a.

- schnelle und flache Atmung, hohe Herz-/Pulsschlagfrequenz und hoher Blutdruck,
- Engegefühl und Brustschmerzen,
- verstärkte Durchblutung der Extremitäten und/oder des Kopfes,
- verminderte Durchblutung der inneren Organe,
- Schwindel, weiche Knie, Erbleichen, Erröten, Kopfschmerzen,
- Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, trockener Mund, fehlender Appetit,
- Harndrang, Stuhldrang, Einnässen und Einkoten,
- Schweißausbrüche, Kälteschauer,
- angespannte Muskeln, Gänsehaut, Zittern, Krämpfe, allgemeine hohe Erregung,
- erhöhte Reaktionsbereitschaft und -geschwindigkeit,
- angespannte Mimik und weit aufgerissene Augen mit erweiterten Pupillen,
- allgemeine Reizempfindsamkeit, aber auch Wahrnehmungseinschränkungen.

→ AUFGABE

Können Sie sich an eine Situation erinnern, in der Sie große Angst hatten? Versuchen Sie, diese Angst genau zu beschreiben. Welche Gedanken gingen Ihnen durch den Kopf, wie reagierte Ihr Körper, wie haben Sie sich verhalten?

Da Angst prinzipiell unvermeidbar ist und zum menschlichen Leben gehört, ist es die Entwicklungsaufgabe eines jeden Menschen, mit Angst situationsangemessen umzugehen und die Angstreaktion entsprechend angepasst zu regulieren. Die Angst des Menschen muss für die Bewältigung seiner Lebensvollzüge hinsichtlich ihrer Intensität, Dauer und Häufigkeit in einem angepassten Rahmen und kontrollierbar bleiben.

Kinder haben in der Regel zunächst häufiger Angst, weil sie ihre Umwelt nur entsprechend der von ihnen entwickelten Fähigkeiten verstehen können und erst Kontrollerfahrungen machen müssen („Entwicklungs- oder Reifungsangst“). Manche Ereignisse, wie z. B. Donner oder Blitz, sind für ein kleines Kind noch unverständlich und damit zunächst angstauslösend. Nahe Bezugspersonen greifen in der Regel feinfühlig die Angst des Kindes auf und geben dem Kind den notwendigen Rahmen, sich zu beruhigen und seine Angst mehr und mehr selbstwirksam zu bewältigen.

In jedem Entwicklungsalter gibt es „normale“ Anlässe für Furcht und alters- und entwicklungsgemäße typische Angstquellen, die hinlänglich reguliert werden müssen. Einen Überblick hierüber bietet die folgende Tabelle.

Alter	Anlass/Quelle der Angst
0 bis 6 Monate	intensive sensorische Reize (z. B. starke Berührung), Verlust von Zuwendung, laute Geräusche
6 bis 12 Monate	fremde Menschen, Trennung von Bezugspersonen
2 bis 4 Jahre	Dunkelheit, Fantasiegestalten (z. B. Monster, Drachen, Riesen), potenzielle Einbrecher, Alleinsein
5 bis 7 Jahre	medienbasierte Ängste, Angst vor Tieren, Naturkatastrophen (Feuer, Überschwemmung), Gewitter, Verletzungen
8 bis 11 Jahre	schlechte schulische und sportliche Leistungen, Angst zu versagen, Angst vor Krankheiten
12 bis 18 Jahre	Ablehnung durch Gleichaltrige

*Entwicklungsphasentypische Angstquellen (vgl. Schneider, 2004, S. 10)*

Angst ist also *keine* Krankheit. Gelingt es dem Menschen jedoch nicht, seine Angst zu regulieren und zeigt sie sich auch in vermeintlich harmlosen Situationen unangemessen, dann gehen damit in der Regel Leiden, Vermeidungsverhalten und Beeinträchtigungen der Teilhabe einher. Die Angstreaktionen sind dann nicht mehr funktional und sinnvoll, es entwickelt sich vielmehr eine **Angststörung**.

**MERKEN**

Angststörungen unterscheiden sich von der altersangemessenen Furcht und der vorübergehenden angepassten Angst hinsichtlich ihrer Ausprägung, ihrer Dauer und Häufigkeit.

**BEISPIEL**

Wer länger als ungefähr sechs Monate ausgeprägte Ängste empfindet und deshalb bestimmte Situationen, z. B. enge Räume, öffentliche Verkehrsmittel oder Höhen, dauerhaft vermeidet oder intensive Furcht vor dem Alleinsein hat, leidet voraussichtlich unter einer Angststörung.

**Wichtige Modelle zur Entstehung von Angst**

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen. Frauen erkranken zwei- bis dreimal häufiger daran als Männer. Angsterkrankungen beginnen häufig in der Kindheit, der Jugend und im jungen Erwachsenenalter und erhöhen erheblich das Risiko, weitere psychische Erkrankungen, wie z. B. Depressionen oder Substanzkonsumstörungen, zu entwickeln. Im DSM-5 und ICD-10 werden – nahezu identisch – verschiedene Angststörungen differenziert. Einige ausgewählte Störungen und ihre Symptome werden im Folgenden dargestellt:

- Störung mit Trennungsangst
- selektiver Mutismus (fortdauernde Unfähigkeit, in bestimmten Situationen zu sprechen)
- spezifische Phobie
- soziale Angststörung (soziale Phobie)
- Panikstörung (und Panikattacke)
- Agoraphobie
- generalisierte Angststörung

## 5.2 Störungen mit Trennungsangst

### BEISPIEL

Tom ist elf Jahre alt, hat eine mittelgradige Intelligenzminderung und lebt als einziges Kind bei seinen Eltern. Die Eltern berichten, dass Tom schon immer große Schwierigkeiten hatte, sich von ihnen zu lösen. Als er mit drei Jahren in den heilpädagogischen Kindergarten gegeben wurde, weinte er anfangs viel, schlug um sich und war von den engagierten Erzieherinnen kaum zu trösten. Auch der Übergang zur Förderschule war für ihn schwer. Er zog sich aus dem schulischen Geschehen zurück und zeigte stereotypes und autoaggressives Verhalten. Dieses Verhalten besserte sich mit der Zeit und er konnte sich zunehmend fröhlicher, auch mit seinen Klassenkameraden, zeigen. Vermutlich ausgelöst durch die akute und schwere Erkrankung des Vaters zeigt der Elfjährige derzeit wiederum ein starkes Rückzugsverhalten und deutliche Ängste. Er wirkt angespannt, traut sich kaum allein auf die Straße und sucht fortan verstärkt den Kontakt zu seiner Mutter. Im alltäglichen Miteinander kommt es aber immer wieder zu Wut- und Trotzanfällen, die Toms Mutter verzweifeln lassen.

Bei der Störung mit Trennungsangst (vgl. ICD-10, F 93.0) reagieren die Betroffenen in altersunangemessener Weise auf eine Trennung von engen Bezugspersonen, die tatsächlich bevorsteht oder aber von ihnen erwartet wird, und zwar mit typischen Symptomen der Furchtsamkeit und irrationaler Ängstlichkeit. Auf eine auch nur befürchtete Trennung von den Bezugspersonen oder dem Zuhause reagieren die Betroffenen bereits übermäßig emotional gestresst, indem sie weinen, wütend werden, um sich schlagen, untröstlich wirken oder in panische Angst geraten („Panikattacken“). Selbst auf kurze Trennungen von Zuhause erfolgt heftiger Widerstand und anklammerndes Verhalten, sodass die Bezugspersonen ihrerseits Trennungen zunehmend vermeiden (vgl. Brisch, 2017, S. 105 ff.). Jegliche Aktivitäten im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter, die mit einer häuslichen Trennung und Veränderung einhergehen



(z. B. Kindergarten- oder Schulbesuch, Ferienlager, Auszug aus dem Elternhaus, erste Liebesbeziehungen oder Reisen), werden schließlich vermieden oder führen zu Lebenskrisen. Im Erwachsenenalter zeigen sich Trennungsängste u. a. auch durch sehr enge Beziehungsgestaltungen, die übermäßige Besorgnis über das Fernbleiben des Partners, die Sorge um die Kinder, die Vermeidung außerhäusiger Aktivitäten etc.

### MERKEN

Trennungsangst muss von dem nicht pathologischen und nur vorübergehenden Phänomen „Fremdeln“ im Alter von acht bis neun Monaten unterschieden werden.

#### **Merkmale von Störungen mit Trennungsangst** (vgl. DSM-5, 2015, S. 258f.)

Charakteristisch für Störungen mit Trennungsangst ist eine dem Entwicklungsstand unangemessene und übermäßige Angst und Sorge vor der Trennung von Bezugspersonen. Dabei müssen mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sein:

- Andauernde Besorgnis, dass etwas passieren könnte, z. B. ein Unglück, ein Unfall o. Ä., was zur Trennung von Bezugspersonen führen könnte,
- übermäßige Furcht zu Hause allein ohne wichtige Bezugspersonen zu sein,
- übermäßiges Leiden der Betroffenen bei erwarteter Trennung,
- andauernde Besorgnis über den möglichen Verlust von Bezugspersonen oder Befürchtungen, dass ihnen etwas zustoßen könnte,
- Widerwillen, von zu Hause wegzugehen, zur Arbeit zu gehen usw.,
- Furcht, ohne eine nahe Bezugsperson in einem anderen Umfeld zu sein oder woanders zu übernachten,
- Alpträume von möglichen Trennungen,
- Klagen über körperliche Beschwerden (z. B. Kopf- und Bauchschmerzen, Übelkeit) bei möglichen Trennungen.

Trennungsangst tritt sowohl bei Kindern, Jugendlichen als auch Erwachsenen auf und kann zu erheblichen Beeinträchtigungen – auch im Umfeld des Betroffenen – führen (z. B. Schulverweigerung). Die Symptome müssen bei Kindern mindestens über vier Wochen, bei Erwachsenen über sechs Monate bestehen. Betroffene werden von ihren Bezugspersonen als extrem fordernd, aufdringlich, abhängig und aufmerksamkeitsbedürftig beschrieben. Nicht selten kommt es infolge des unflexibel erscheinenden Verhaltens in Familie, Partnerschaft oder auch der Wohngruppe zu Aggressionen, Frustrationen, Querelen und starken Konflikten im Miteinander.

## 5.2.1 Ätiologie – Ursachen von Trennungsangststörungen

Die Angst vor der Trennung von Bezugspersonen ist eine entwicklungsgemäße und überlebenssichernde Erscheinung in der frühen Entwicklung. Durch die Erfahrung einer **sicheren Bindung** in den ersten Lebensjahren bildet sich diese Angst immer weiter zurück.

Bereits in den frühen Jahren kann es jedoch zu psychosozialen Belastungen kommen, die diesen Entwicklungsschritt erschweren. Die Krankheit oder Behinderung des Kindes, Klinikaufenthalte, die Geburt eines Geschwisterkindes, der Tod naher Bezugspersonen oder Verwandter, häufige Umzüge, die psychische Erkrankung eines Elternteils, Trennung und Scheidung u. a. („Life events“) können als so belastend und bedrohlich erlebt werden, dass keine ausreichend sichere Bindung aufgebaut werden kann. Kommen noch weitere Risikofaktoren hinzu, wie z. B. ein angeborenes, angespanntes oder hochreaktives Temperament („Verhaltenshemmung“), chronische Erkrankungen, Hirnschädigungen sowie wenig feinfühlig, vernachlässigende oder überbehütende Eltern, dann wird im weiteren Lebensverlauf die **Entwicklung von Autonomie und sozialer Kompetenz** zunehmend eingeschränkt (s. Grafik auf Seite 137). Die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer ängstlichen Persönlichkeit wird dadurch verstärkt. Unsicher erlebte Bindungen können schließlich zu einem „übersteigerten Bindungsverhalten“ (vgl. Brisch, 2017, S. 191 f.) führen. Beim Kind bildet sich aufgrund der als unsicher erlebten Bindung „kein inneres Bild“ einer beruhigenden Bezugsperson ab, auf welches es z. B. in der Nacht oder in Stresssituationen zurückgreifen kann („Alles wird gut! Du bist gut geschützt!“). Infolgedessen können Angstfantasien das Kind überfluten und jede tatsächliche oder erwartete Trennung ist mit Bedrohung und der Furcht, den Menschen ganz zu verlieren, verbunden. Die Eltern und Bezugspersonen haben weiteren Einfluss auf die Entwicklung der Störung. Da die Trennungsangst beim Betroffenen zu einem sozialen Rückzug und bindungssichernden Symptomen (z. B. Bauchschmerzen oder Schwindel) führt, erhöht sich dadurch meist zugleich die Zuwendung der Bezugspersonen. Die starke Hinwendung der Bezugspersonen aufgrund der Symptome, Überfürsorglichkeit oder/und eine mangelnde Feinfühligkeit im Umgang mit Trennungssituationen verstärkt die Trennungsangst weiter, weil der Betroffene lernt, durch die **körperliche Angstsymptomatik** Nähe und vermeintliche Bindungssicherheit zu erlangen.

Jugendliche und erwachsene Patienten mit Trennungsangststörungen haben meist in der Kindheit bereits chronisch Trennungsängste und unsichere Bindungen erlebt. Die unbehandelte Trennungsangst setzt sich dann von der Kindheit in das Erwachsenenalter fort. Aktuell und als schwerwiegend erlebte Trennungen oder Todesfälle, aber auch Traumata, können eine Trennungsangststörung akut auslösen.

## 5.2.2 Trennungsangststörungen bei Menschen mit Intelligenzminderung

Das Störungsbild wird bei Menschen mit Intelligenzminderung scheinbar noch wenig beachtet (vgl. Dosen, 2010, S. 195). Dabei lassen sich die genannten Verhaltensweisen, sowohl bei den Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen im Elternhaus, in Kindergarten, Schule, im ambulanten Wohnen oder in der Wohngruppe häufig beobachten und die Ursachen gut rekonstruieren. Aufgrund der Behinderung eines Menschen, wie z. B. einer frühen Hirnschädigung, sowie darauffolgende notwendige Krankenhausauf-

enthalte etc. kann bereits eine Bindungsunsicherheit entstehen. Diese wird durch die Intelligenzminderung und die mangelnde kognitive Einschätzbarkeit der Situation („Was ist das für ein Geräusch? Hört das wieder auf? Kommt Mama jetzt gleich wieder?“) verstärkt.

#### BEISPIEL

Die 30-jährige Vera lebt in einer Wohngruppe für Menschen mit geistiger Behinderung. Die junge Frau äußert immer wieder die Sorge, dass ihren Eltern etwas zustoßen könne. Sie fordert immer wieder, bei den Eltern anrufen zu dürfen. Eltern und Betreuerinnen erleben Vera als aufdringlich und stark aufmerksamkeitsbedürftig, da sie stets über verschiedene, organisch nicht begründete Beschwerden (z. B. Schwindel) klagt. Nachts geht sie oft zur Nachtbereitschaft und berichtet ängstlich über dunkle Gestalten, die sie im Bett anstarren würden. Da sie kaum geschlafen habe, könne sie am nächsten Tag oft nicht zur Werkstatt (WfbM) gehen. In der Fallbesprechung des Teams wird bei der Betrachtung der biografischen Hintergründe festgestellt, dass Vera in der frühen Entwicklung viele Krankenhausbesuche hatte und von ihren Eltern getrennt war. Daraus habe sich schon früh eine Angst vor der Trennung von der Mutter herausgebildet. Vera habe schon immer starke Angstreaktionen gezeigt und sich oft mit diffusen Krankheitssymptomen zurückgezogen.

#### → AUFGABE

Welche heilerzieherischen Hilfen benötigt die Bewohnerin Vera? Wie könnten Sie mit den genannten Symptomen umgehen, um Vera zu unterstützen?

### 5.2.3 Heilerziehungspflegerischer Umgang mit Trennungsängsten

Vieles ist bereits damit getan, als Bezugsperson zu erkennen, dass der betreute Mensch mit Trennungsängsten nicht provozieren oder nur manipulieren will. Vielmehr drückt sich im „anklammernden“, machtvollen und aufmerksamkeitsuchenden Verhalten eine innere Not aus, der professionell begegnet werden kann. Es geht darum, dem Menschen mit Trennungsangst eine fürsorgliche, wohlwollende, warme und unterstützende Haltung entgegenzubringen. Aufbauend auf eine verlässliche Beziehung können dann Schritt für Schritt längere Zeiten des Alleinseins und der Abwesenheit eingeübt werden. Der Lebensradius und die Eigenverantwortlichkeit des ängstlichen Menschen müssen konsequent und kleinschrittig erweitert werden. Dazu ist eine gute Hilfeplanung und Zielformulierung unter Einbeziehung des Betroffenen notwendig. Jeder „mutige“ und kompetente Schritt aus der Angst heraus muss konsequent unterstützt und beachtet werden. Manchmal helfen sogenannte „Übergangsobjekte“, wie z. B. Kuschtiere und andere Gegenstände, dem Menschen einen nächsten Schritt zu mehr Selbstregulation und Autonomie zu ermöglichen. Dabei wird es voraussichtlich aber immer wieder Rückschläge und Frustrationen geben, die wiederum feinfühlig begleitet werden müssen (s. Hilfen auf Seite 166).

## Die Angst besiegen – Erste Hilfe gegen zu starke Angst

- ein Lied singen
- der Angst entgegentreten
- entspannen
- Zähne aufeinanderbeißen
- weinen
- an etwas Schönes denken
- überlegen, warum man Angst hat
- miteinander reden
- Hilfe holen
- schreien
- Musik hören
- einen Luftballon aufblasen
- weglaufen

(vgl. Schneider/Borer, 2007, S. 15)

## 5.3 Spezifische Phobie

### BEISPIEL

Peter, 45 Jahre alt, ist Bewohner einer Wohngruppe für Menschen mit geistiger Behinderung. Er sagt, dass er Angst vor Schlangen habe. Als bei einem Film im Fernsehen eine Giftschlange gezeigt wird, verlässt er den gemeinsamen Wohnraum, kehrt jedoch nach einer Weile wieder zurück. Ganz anders ist dies bei Rita, 47 Jahre, die auch Angst vor Schlangen äußert, aber schon bei alltäglichen Zischgeräuschen eine sehr starke Unruhe empfindet und Herzrasen bekommt. Sie beginnt bei der entsprechenden Filmszene heftig zu weinen, flüchtet schreiend in ihr Zimmer und mag es dann nicht mehr verlassen.

**Hauptmerkmal** einer phobischen Störung (griech. „Phobie“ = „Furcht, Flucht“) ist, dass die unangemessene und intensive Furcht oder Angst auf eine **bestimmte (spezifische) Situation** oder ein **umschriebenes Objekt** gerichtet ist. So wird von Betroffenen z. B. Angst vor Höhe oder Tiefe, vor Gewitter, einem Arztbesuch, einer Spritze oder Blutentnahme (Trypanophobie) gezeigt. Typisch sind auch Ängste, die sich auf das Fliegen mit dem Flugzeug oder die Fahrt mit einem Schiff, einer Bahn oder dem Fahrstuhl beziehen. Spezifische Phobien zeigen sich auch bezogen auf Gegenstände (z. B. Messer) oder bestimmte Tiere (z. B. Spinnen = Arachnophobie, Wespen, Hunde =



Canophobie oder Mäuse). Die Inhalte einer Phobie sind jedoch so zahlreich, wie es Dinge oder Situationen im menschlichen Umfeld gibt, z. B. Trypanophobie: Angst vor Spritzen oder Dentophobie: Angst vor dem Zahnarzt.

## Merkmale der spezifischen Phobie

Folgende Merkmale kennzeichnen nach DSM-5 eine spezifische Phobie:

- Ausgeprägte und gleichbleibende Furcht oder unangemessene Angst vor einem spezifischen Objekt oder einer spezifischen Situation (wie z. B. Fliegen, Höhen, Tiere, Wasser, Spritze, Anblick von Blut). Zeigt sich bei Kindern auch durch Weinen, Wutanfälle, Erstarren oder Anklammern.
- Stete aktive Vermeidung der angstaustösenden Situation oder des Objekts über das notwendige Maß hinaus.
- Die Furcht oder Angst hält über sechs Monate an und erzeugt Leiden und Beeinträchtigungen im Lebensalltag und in den sozialen Beziehungen (z. B. Arbeitsraum verlassen müssen, Reisen nicht antreten, nicht zum Arzt gehen können, große Umwege gehen müssen).

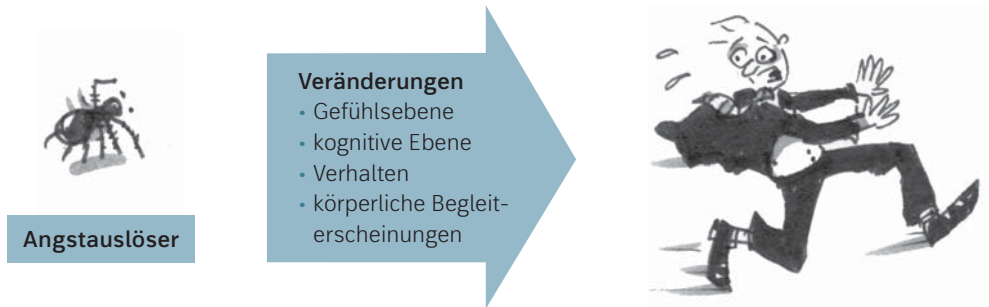
(vgl. DSM-5, 2015, S. 267ff.)

Die Symptome einer spezifischen Phobie sind vergleichbar mit den Furchtreaktionen bei einer **Panikattacke**, die fast immer bei Kontakt mit dem gefürchteten Objekt oder der gefürchteten Situation auftritt. Sobald sich Menschen mit einer Phobie einen Angstanfall oder eine Angstsituation vorstellen oder in eine Angstsituation hineingewöhnen, äußert sich die Angst auf **vier Erlebensebenen**:

1. **Körperliche und physiologische Ebene:** körperliche Mobilmachung und Erhöhung der Aufmerksamkeit durch das autonom gesteuerte Nervensystem
2. **Gefühlsebene:** Gefühle des Bedroht- oder Ausgeliefertseins
3. **Kognitive Ebene:** Gedanken, Vorstellungen, Fantasien, Bewertungen, Grundannahmen
4. **Motorische oder Verhaltensebenen:** motorische Erregung (z. B. Herumlaufen), Fluchtverhalten, Vermeidung

Durch ein umschriebenes Objekt oder eine bestimmte Situation wird nach einer Schrecksekunde automatisch und ohne willentliche Einflussnahme das körperliche Alarmsystem aktiviert. Hormone („Adrenalinstoß“) sorgen dafür, dass der Körper auf Hochleistung gesteuert wird. Das Herz schlägt nun schnell, Gefäße verengen sich usw. Phobische Patienten glauben dann, in Ohnmacht zu fallen, was aber genau nicht der Fall ist. Vielmehr ist der Mensch in dieser Situation viel aufmerksamer und trifft meist auch richtige Entscheidungen, erst später bekommt er „weiche Knie“. Ängstliche und sehr sensitive Menschen reagieren mit diesem körperlich sehr anstrengenden Alarmsystem auch auf nicht wirklich gefährliche Situationen oder Dinge. Auf der kognitiven Ebene malen sich ängstliche Menschen alles aus, was geschehen könnte oder geschehen wird. Sie interpretieren und bewerten körperliche Signale und Situationen in angst-

verstärkender Weise („Das hört nie auf!“, „Ich falle gleich um!“). Auf der **Gefühlsebene** entsteht schließlich das Gefühl der Hilflosigkeit („Ich habe Angst!“). Auf der **Verhaltens Ebene** kommt es schließlich zur Vermeidung und zu einem Fluchtverhalten. Diese Furchtreaktionen können bereits in Erwartung des Auftretens ausgelöst werden, wenn man z. B. in den Keller gehen soll, in dem man voraussichtlich auf Spinnen trifft. Auch das Bild einer Spinne kann bei einem Spinnenphobiker derartig automatisierte phobische Reaktionen hervorrufen.



#### BEISPIEL

##### Julius Caesar und die Ailurophobie

Der berühmte Feldherr und Herrscher über Rom (100–44 v. Chr.) gewann zahlreiche Schlachten und eroberte Frankreich. Weniger bekannt: Er hatte eine ausgeprägte Katzenphobie – wie auch Napoleon Bonaparte oder Alexander der Große. Es ist davon auszugehen, dass Julius Caesar selbstverständlich wusste, dass Katzen keine wirkliche Gefahr darstellen und doch änderte dies nichts an seiner Furcht vor ihnen.

### 5.3.1 Ätiologie – Ursachen einer spezifischen Phobie

Phobien sind das Ergebnis einer Übererregung des evolutionär geprägten Furchtsystems. Das Furchtsystem wird schon bei geringer Intensität eines Reizes aktiviert. Außerdem scheint die Wahrnehmung des Betroffenen empfindlicher, sodass die Umwelt permanent nach möglichen Gefahrenquellen abgesucht wird.

Eine Phobie entsteht durch ein Zusammenspiel aus Genetik, Biologie, Lern- und Umwelterfahrungen:

- **Genetische Faktoren:** Es gibt aufgrund von Familienuntersuchungen eindeutige Hinweise auf eine genetische Disposition für Phobien („Angstsensibilität“). So reagieren manche Menschen auf möglicherweise bedrohliche Reize mit einer rascheren und stärkeren Aktivierung des Furchtsystems als andere. Angeborene Temperamentsfaktoren scheinen dabei eine Rolle zu spielen (s. auch „Verhaltenshemmung“, S. 137).
- **Umweltfaktoren/frühkindliche Lernerfahrungen:** Positive Lern- und Kontrollerfahrungen sowie das Selbstwirksamkeitserleben auch in vermeintlich gefährlichen

Situationen stärken die kindliche Neugierde auf neue Umweltreize und reduzieren nachweisbar Furcht- und Stressreaktionen bis ins Erwachsenenalter. Wer z. B. bereits als Kind regelmäßig ohne große Probleme einen Zahnarztbesuch bewältigt hat, wird trotz einer als unangenehm erlebten Behandlung sehr viel seltener eine Zahnarztphobie entwickeln als Kinder, die bis dahin kaum beim Zahnarzt waren. Frühe Erfahrungen von Kontrollverlust oder Ohnmacht hingegen führen nachhaltig zu einer Übererregbarkeit des Furchtsystems („Stress“). Diese stete und andauernde Aktivierung des Furchtsystems führt zu einer ständigen Suche nach möglichen bedrohlichen Außenreizen und Gefahren. So nehmen Flugängstliche z. B. jedes geringste Geräusch im Flugzeug augenblicklich wahr, was wiederum das Furchtsystem aktiviert und letztlich zu einer ausgeprägten Flugangst und Vermeidung führen kann.

Angstbesetzte Situationen oder Dinge werden vermieden, um Angst zu vermeiden. Vermeidung stoppt umgehend das Angsterleben (s. vier „Erlebnisebenen“, S. 143), jedoch nur für den Moment. Durch stetes Ausweichen und Vermeiden verstärkt sich auf lange Sicht die Angstbereitschaft. Vermeidung ist folglich kein Rettungsmanöver, sondern vielmehr ein Angstverstärker.

- Biologisch und evolutionär vorbereitete („prepared“) Reiz-Reaktions-Verbindungen (z. B. beim Anblick von Spinnen) führen bei manchen Menschen zu einer stabilen, nicht überwundenen automatischen Aktivierung des Furchtsystems in der spezifischen Hirnregion („Amygdala“).
- Direkte oder auch nur beobachtete **starke aversive Lernerfahrungen** (s. auch „Traumata“, S. 184f.) oder wiederholte Negativerfahrungen mit dem gefürchteten Objekt führen zu einer Zunahme der Symptome des Furchtsystems (Bewegungsstarre, Aktivierung, Panik, Flucht und Ohnmacht).

Die **psychodynamische Sichtweise** sieht spezifische Phobien als nach außen gerichtete, vordergründige Symptome für eigentlich dahinterliegende andere angstmachende verborgene Vorgänge. Mit der vermeintlich belanglosen, aber doch stark erlebten Angst vor Spinnen kann ein Angstpatient die eigentlich noch größere Angst vor einem nächsten Entwicklungsschritt, z. B. dem Auszug aus dem Elternhaus, dem Wechsel des Ausbildungsberufs oder der Trennung vom Partner, unbewusst abwehren und in die Vermeidung gehen.

### 5.3.2 Spezifische Phobien bei Menschen mit Intelligenzminderung

Phobische Störungen treten bei Menschen mit einer geistigen Behinderung wahrscheinlich häufiger auf, werden aber oft nicht als solche wahrgenommen und von den Betroffenen selbst nur selten benannt. Bei schweren Intelligenzminderungen mit verbalen Einschränkungen sind Angstsymptome schwer einschätzbar. Phobische Reaktionen zeigen sich in der Regel in Panikattacken und entsprechenden körperlichen

Symptomen (Herzrasen, Schweißausbrüche etc.), Einfrieren, klammerndem Verhalten, Vermeidungsverhalten und Isolierungstendenzen, im steten Reden über mögliche angstausslösende Situationen sowie in Weinen und Wutanfällen. Bei intellektuell beeinträchtigten Menschen machen sich die phobischen Reaktionen meist an ganz realen Situationen, Vorerfahrungen und Objekten fest. Phobische Vermeidungsreaktionen werden entsprechend dem Entwicklungsalter z. B. in schwierigen oder unbekanntem Situationen gezeigt, bei Dunkelheit, vor allem bei der Begegnung mit großen Tieren, beim Befahren von Rolltreppen, beim Hören von Geräuschen, die durch laute Maschinen oder Geräte (Staubsauger) oder Verkehrsmittel (Züge oder Lastwagen) verursacht werden.

Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen sind verletzlicher und rasch überfordert. Sie haben im Entwicklungsverlauf mitunter weitaus weniger positive Lern- und Kontrollerfahrungen machen können. Sie zeigen sich daher von Anfang an weniger neugierig und deutlich furchtsamer gegenüber neuen oder ungewöhnlichen Umweltreizen und Situationen. Die Wahrscheinlichkeit, dass sie in ihrem Leben eine oder wiederholte überfordernde, aversive und traumatisierende Lernerfahrungen gemacht haben, ist bei Menschen mit einem niedrigen kognitiven Entwicklungsstand weitaus höher als in der Normalbevölkerung (s. auch „Traumafolgestörungen“, Seite 193 ff.). Wenn ein Mensch mit Intelligenzminderung die Umwelt tendenziell als bedrohlich erlebt, wird er seine ganze Aufmerksamkeit auf mögliche Gefahren ausrichten. Von den Bezugspersonen wird der ängstliche Mensch daher oft als verschlossen und isoliert wahrgenommen, obwohl er eigentlich ängstlich ist. Man kann davon ausgehen, dass ein dem Entwicklungsniveau nicht angepasster, überbehütender oder wenig feinfühligem Erziehungsstil (s. Grafik auf Seite 137), aber auch problematische Interaktionen zwischen dem Menschen mit geistiger Behinderung und seinen Bezugspersonen die Entwicklung von Phobien begünstigen.

### 5.3.3 Heilerziehungspflegerischer Umgang mit spezifischen Phobien

Aus den vorausgegangenen Aussagen sollte deutlich geworden sein, dass eine frühe und durch feinfühligem Bezugspersonen gut begleitete Heranführung („Erziehungsstil“) an entwicklungsbedingte, gefürchtete Situationen und Objekte zunächst der beste Weg ist, erst gar keine spezifische Phobie oder Angst zu entwickeln. Der Schutz des Menschen mit Intelligenzminderung vor unkontrollierten, überfordernden und traumatisierenden Erfahrungen, aber auch die angeleitete positive Lernerfahrung, mit einem vermeintlich angstausslösendem Objekt doch umgehen zu können, sind daher die besten Möglichkeiten, um die dauerhafte Übererregung des Furchtsystems zu vermeiden und die Symptomatik einer Phobie zu verringern. Dies geschieht systematisch im Rahmen einer Verhaltenstherapie (s. Seite 147 f.) durch speziell ausgebildete Psychotherapeuten, die auch Menschen mit einer leichteren Intelligenzminderung behandeln können.



Im Alltag sollten Heilerziehungspflegerinnen mit einer wohlmeinenden Haltung in erster Linie Ruhe bewahren und keinesfalls ängstlich agieren. Beschämende und vereinfachende Aussagen, wie z. B. „Stell dich nicht so an!“ oder „Das ist doch gar nichts!“ sind zu vermeiden. Bei beobachteten Panikattacken muss dem betroffenen Menschen das Gefühl gegeben werden, dass man selbst nicht in Panik gerät. Man kann ihm in diesem Fall anbieten, sich einem normalen Atemrhythmus anzupassen und gemeinsam ruhig zu atmen (s. erste Hilfe gegen zu starke Angst, Seite 142). Nach Einschätzung der Situation und nach Absprache muss ggf. ein Arzt hinzugezogen werden.

#### → AUFGABE

Üben Sie in einem Rollenspiel zu zweit förderliche Haltungen bei einer Panikattacke. Der „Patient“ zeigt Symptome der Panik und der „Heilerziehungspfleger“ reagiert angemessen. Tauschen Sie sich im Anschluss darüber aus, was in der von Ihnen dargestellten Situation hilfreich sein könnte.

Atem- und Schwereübungen aus der „basalen Kommunikation“ nach Winfried Mall (s. [www.basale-kommunikation.ch](http://www.basale-kommunikation.ch)), aber auch „Snoezelen“ sowie ausgewählte einfache Ruheübungen und Entspannungstechniken wie das „autogene Training“ oder die „progressive Muskelentspannung“ (s. Seite 148) können helfen, ängstlichen Stress abzubauen und zur Ruhe zu kommen.

Ob die Unterstützung durch eine medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva bei einer spezifischen Phobie hilfreich ist, erscheint noch nicht ausreichend belegt (vgl. Bandelow u. a., 2014, S. 27f.).

### Systematische Desensibilisierung und Konfrontationstherapie im Rahmen einer Verhaltenstherapie durch ausgebildete Psychotherapeuten

Verhaltenstherapie ist sehr erfolgreich gegen Angststörungen einzusetzen. Folgendes methodisches Herangehen wird dafür gewählt:

Bei der **systematischen Desensibilisierung** werden furchtauslösende Situationen analysiert und hinsichtlich ihrer Intensität in eine Hierarchie gebracht. So ist die gedankliche Vorstellung von einer Schlange weniger angstaussend als das Bild einer Schlange. In Vorstellungsübungen werden zunächst furchtauslösende Situationen mit niedriger Intensität ausgelöst und bei Anzeichen geringster ängstlicher Erregung und Furcht wird ihnen dann eine Entspannungsreaktion und -übung entgegengesetzt. Der Patient gewöhnt sich somit Stufe für Stufe an den furchtauslösenden Reiz und kann am Ende damit kontrollierter und entspannter umgehen.

Bei einer **Konfrontationstherapie oder auch Exposition** konfrontiert der Psychotherapeut den Angstpatienten mit dem spezifischen Angstreiz. Hierzu wird der Patient nach einer umfassenden Diagnostik und im Rahmen einer guten therapeutischen Beziehung umfassend vorbereitet, damit auch nichts Unvorhergesehenes passieren kann. Der Patient wird schließlich im Einvernehmen ermutigt, sich der gefürchteten Situation zu stellen und diese so lange auszuhalten, bis die Angst nachlässt. Der Patient macht die geleitete und kontrollierte Erfahrung, dass bestimmte Erwartungen („Ich falle gleich um, mein Herz setzt aus ...“) nicht eintreten und die Angst, körperlich bedingt, nachlässt.

**DEFINITION****Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen**

Die progressive (fortschreitende) Muskelentspannung nach Jacobsen ist eine Entspannungsmethode, die bei Ängsten das erhöhte Erregungsniveau senken, aber auch bei anderen Störungen, wie z. B. depressiven Störungen oder Burnout hilfreich eingesetzt werden kann. Diese Methode ist für die meisten Menschen, also auch für Menschen mit leichter geistiger Behinderung, leicht zu erlernen. Indem bestimmte Muskeln in einem selbst gewählten Rhythmus für mehrere Sekunden angespannt und wieder gelöst werden, entsteht eine angenehme ganzheitliche Entspannung. Psychische Erregung und motorische Anspannung gehen zurück, wenn die halbstündigen Übungen regelmäßig durchgeführt werden. Es gibt einfache Anleitungen, die auch für Kinder geeignet sind, als Buch oder CD.

**BEISPIEL**

Jürgen ist 45 Jahre alt und lebt seit dem Tod seiner Mutter in einer Wohngruppe für Menschen mit geistiger Behinderung. Jürgen zeigt sich in der Einrichtung noch immer recht unselbstständig. Er war es schon immer gewohnt, dass die Mutter stets alles geplant und ihm jede Entscheidung abgenommen hat. Jürgen hat große Angst vor Hunden und traut sich oft nicht mehr aus dem Haus. Keiner weiß so recht, woher diese Angst kommt. Die Teammitglieder der Wohngruppe vermuten, dass Jürgen früher von einem Hund gebissen wurde und seitdem einen großen Bogen um Hunde macht.

→ **AUFGABEN**

1. Welche Annahme zur Entstehung der Angst vor Hunden könnte es noch geben?
2. Was könnten Sie als Teammitglied tun, um Jürgen zu helfen?

**BEISPIEL**

Die Bewohnerin Maria, leicht geistig behindert, äußert: „Bloß nicht die Fenster öffnen, sonst kommen Mücken oder Wespen ins Zimmer, die ärgern mich und stechen.“ Maria klagt dann über die Enge in ihrem Zimmer, sie fühlt sich beengt. Sie zittert am Körper, klagt über einen Schweißausbruch, darüber hinaus redet sie plötzlich ganz aufgeregt und schnell. Wenn sie in den Sommermonaten ein geöffnetes Fenster sieht, schließt sie dieses sofort ungefragt. Die Rollläden ihrer Zimmerfenster müssen stets geschlossen sein. Sobald sie ein Insekt sieht, schreit sie laut auf und rennt zu ihren Betreuern, um ihnen aufgeregt Bescheid zu geben. Die jeweilige Betreuerin soll dann das Tier entfernen oder töten. Im Anschluss fragt sie genau nach, in welchem Mülleimer das Tier entsorgt worden ist und verlangt, dass der Mülleimer umgehend geschlossen und zum Müllcontainer gebracht wird.

→ **AUFGABE**

Was könnten Sie tun, um Maria zu helfen? Nehmen Sie dazu Anregungen auf Seite 166 ff. zu Hilfe.

## Angststörungen: Mögliche Heilerziehungspflegerische Hilfen im Überblick

Angststörungen (spezifische Phobien, soziale Ängste, Agoraphobie, generalisierte Angststörung, Trennungsangst)		
<b>Mögliche heilerzieherische Maßnahmen und Handlungsansätze</b>		
<p><b>Mögliche Auffälligkeiten im heilerziehungspflegerischen Handlungsfeld (Wohngruppe, ambulantes Wohnen, WfbM u. a.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• starke motorische Anspannung, Zittern</li> <li>• sozialer Rückzug</li> <li>• Furcht vor und Vermeidung von spezifischen Objekten</li> <li>• Vermeidung von Trennungssituationen</li> <li>• Vermeidungsverhalten, Angst vor dem Verlassen vertrauter Situationen</li> <li>• Verweigerung des Werkstattbesuchs</li> <li>• Überforderung im Gruppengeschehen</li> <li>• körperliche Symptome wie Durchfall, Übelkeit, Erbrechen, Schmerzen, Schlafstörungen, Kopfschmerzen</li> <li>• andauernde übermäßige Besorgnis, dass Bezugspersonen etwas passieren könnte</li> <li>• Grübeleien, allgemeines Besorgtsein</li> <li>• Alpträume</li> <li>• fremd-/selbstverletzendes Verhalten</li> <li>• Konzentrationsmängel</li> <li>• mangelnde Eigenaktivität und Beteiligung im Gruppengeschehen</li> <li>• Unsicherheit und Versagensängste</li> </ul>	<p><b>Hilfen im Arbeitsfeld</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorbereiten und Begleiten von angstlösenden Situationen</li> <li>• Veränderungen stets ankündigen, neue Situationen behutsam anbahnen, Betroffene nicht überfordern</li> <li>• Angstbefürchtungen ernst nehmen, Situationen realistisch bewerten und benennen („Was könnte schlimmstenfalls passieren?“)</li> <li>• Gefühle thematisieren, Stimmungstagebuch, -barometer, Stimmungssampel</li> <li>• allgemeine Stressquellen erkennen und abbauen</li> <li>• Entspannungsverfahren (z. B. Snoezelen, Massagen, Musik usw.) anbieten</li> <li>• verlässliche soziale Beziehungen anbieten, feste Bezugsperson, Begleitung, Assistenz</li> <li>• Förderung sozialer Kompetenzen, Partner- und Gruppenarbeit, Üben sozialer Fertigkeiten, spielerische Interaktionen</li> <li>• Förderung des Selbstbewusstseins, (Gruppen-)Aufgaben geben</li> <li>• Strukturierungshilfen und Visualisierungen anbieten (TEACCH), Rituale und Routinen einführen</li> <li>• Zeit geben</li> <li>• Rückzug ermöglichen, soziale Pausen anbieten</li> </ul>	<p><b>Mögliche externe Hilfen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Klärung der Diagnose, Beratung und Unterstützung durch spezialisierte regionale Beratungsstellen, Therapeuten, Ärzte oder Kompetenzzentren</li> <li>• Erstellung von Verhaltensanalysen durch Therapeuten, Vermeidungsverhalten abbauen</li> <li>• psychotherapeutische Anleitung und enge Begleitung bei Angst-Konfrontationsübungen</li> <li>• besondere Trainings der sozialen Kompetenz</li> <li>• zusätzliche medikamentöse Unterstützung nach ärztlicher Empfehlung: Benzodiazepine, Antidepressiva, Beta-Blocker</li> <li>• gezielte Entspannungsverfahren und Stressbewältigung (z. B. progressive Muskelentspannung, autogenes Training)</li> <li>• Kunsttherapie, Musiktherapie, tiergestützte Therapie u. a.</li> </ul>

Angststörungen (spezifische Phobien, soziale Ängste, Agoraphobie, generalisierte Angststörung, Trennungsangst)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angst vor Tieren, vor Dunkelheit, Gegenständen etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ressourcenorientierte Aktivierung</li> <li>• nonverbale Zugänge ermöglichen, durch Spiel, Bewegung, Musik, hauswirtschaftliche Tätigkeiten</li> <li>• Lob und emotionale Unterstützung</li> <li>• Angstkontrolle (z. B. bei Panikanfall) erlangen durch Fertigkeiten wie: Beobachten der Außenwelt, Riechen an Parfüm, Schmecken von sauren Bonbons, vorwärts oder rückwärts zählen, singen, in der Zeitung blättern, laufen etc.</li> <li>• Sport und Bewegung, wie z. B. Laufen, sind nachweislich kurz-, aber auch langfristig angstlösend.</li> <li>• Zur Angstprävention und -bewältigung sind alle Aktivitäten, die „mutig machen“, hilfreich, wie z. B. Kanutouren als erlebnispädagogisches Angebot.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Logopädie, Hilfen durch UK-Beauftragte (Unterstützte Kommunikation)</li> <li>• Supervision und Fallberatung nutzen</li> <li>• Zusammenarbeit mit weiteren Bezugspersonen wie Eltern</li> <li>• Hilfen zur Kommunikation mit Gebärdensprache anbieten</li> <li>• geschützte Angebote mit Gleichaltrigen finden (Anregungen für Erzieher angestricher Kinder gibt das Programm „Mutig werden mit Tili Tiger“ von Sabine Ahrens-Eipper, erschienen bei Hogrefe 2008)</li> <li>• Absprachen mit Psychiatern, Ärzten bezüglich der möglichen Medikation</li> </ul>

# Bildquellenverzeichnis

**Coverbild: iStockphoto.com, Calgary:** nevarpp

## **Fotos:**

**Deutsches Ärzteblatt GmbH, Berlin:** S. 20.1

**Hogrefe AG, Bern, CH:** S. 67.1

**Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen:** S. 46.1, 46.2, 67.2

**iStockphoto.com, Calgary:** S. 11.1 (swissmediavision), 118.1 (SanderStock), 197.1 (frackreporter)

**REPRODUKT Verlag, Berlin:** S. 69.1

**stock.adobe.com, Dublin:** S. 17.1 (Photographee.eu), 22.1 (Jürgen Fälchle), 26.1 (kristall), 36.1 (Yannis Ntousiopoulos), 54.1 (ralwel), 83.1 (vchalup), 99.1 (Štěpán Kápl), 110.1 (Kwest), 133.1 (BortN66), 156.1 (joshya), 182.1 (ginae014), 189.1 (photophonie), 201.1 (Photographee.eu), 210.1 (Vera Kuttelvaserova), 218.1 (Photographee.eu), 225.1 (Petro), 226.1 (olly), 237.1 (bilderstoeckchen), 240.1 (Edler von Rabenstein), 244.1 (Photographee.eu)

**Ulrich Bunk, Münster/Jakob Kamender, Münster:** S. 38.1

**Verlagsgruppe Beltz, Weinheim:** S. 124.1

## **Grafiken und Zeichnungen:**

**Bildungsverlag EINS GmbH, Köln/Phil Hubbe, Magdeburg:** S. 3.1, 3.2, 14.1, 135.1, 142.1, 150.1, 190.1, 223.1

**Bildungsverlag EINS GmbH, Köln/Cornelia Kurtz, Boppard am Rhein:** S. 144.1

**Ulrich Bunk, Münster:** S. 168.1

**ZEIT ONLINE GmbH, Hamburg:** S. 204.1, 204.2