Muschalla, B. (2014). Fähigkeitsorientierte Verhaltenstherapie bei psychischen Erkrankungen. *Verhaltenstherapie*, 24, 48–55.

Titel: Fähigkeitsorientierte Verhaltenstherapie bei psychischen Erkrankungen

Kurztitel: Fähigkeitsorientierte Verhaltenstherapie

English Title: Capacity-oriented behavior therapy in mental disorders

Short Title: Capacity-oriented behavior therapy

24 Manuskriptseiten (inklusive Abstract, Literatur, Tabelle)

Beate Muschalla

Institut für Arbeits- und Organisationspsychologie an der Universität Potsdam und
Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité Universitätsmedizin
Berlin

Zur Publikation in: **Verhaltenstherapie**

Interessenkonflikte: Es bestehen keine Interessenkonflikte.

Korrespondenzadresse:

Dr. phil. Beate Muschalla, Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation und

Institut für Arbeits- und Organisationspsychologie der Universität Potsdam

Karl-Liebknecht-Str. 24-25, Haus 14, Rm 534, 14476 Potsdam,

beate.muschalla@gmx.de

Zusammenfassung:

Psychische Erkrankungen führen zu Beeinträchtigungen in alltäglichen Lebensvollzügen. In der Verhaltenstherapie spielten Fähigkeitstrainings und Aufbau kompensatorischer Verhaltensweisen schon immer eine wichtige Rolle. In diesem Artikel wird ein anwendungsorientierter Überblick gegeben, in welcher Weise verhaltenstherapeutische Methoden und Techniken zur Verbesserung der häufig bei psychischen Erkrankungen beeinträchtigten ICF-basierten Fähigkeitsdimensionen genutzt werden können.

Schlüsselwörter: Fähigkeiten, Fähigkeitsstörungen, psychische Erkrankungen, ICF, Verhaltenstherapie

Summary:

Mental disorders come along with impairment of daily live activities and capacities. Behavior therapy often uses capacity trainings for improving compensatory behavior, beside symptom reduction as such. This article gives an overview how behavior therapy techniques can be used to improve compensatory behavior in different capacity domains which were conceptually derived from the ICF.

Keywords: capacities, capacity disorders, mental disorders, ICF, behavior therapy

Beeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen

Nach den Bundesgesundheits surveys [Wittchen et al., 1999; Wittchen und Jacobi, 2001] ist bekannt, dass ca. 25-30% der Menschen zwischen 18 und 65 Jahren innerhalb von 12 Monaten an einer psychischen Erkrankung leiden. Psychische Erkrankungen verlaufen in 40% der Fälle chronisch [Linden et al., 2012; Wittchen et al., 1999; Wittchen und Jacobi, 2001]. Sie gehen mit überdauernden Problemen in der alltäglichen Lebensführung einher (z.B. ein Patient mit Sozialer Phobie kann keinen Vortrag vor einer Gruppe halten) [Muschalla et al., 2012; Linden et al., 2012] und können sogar biografische Entwicklungsmöglichkeiten verbauen (z.B. der Patient kann keine Führungsposition übernehmen, da diese regelmäßige Vortragsaktivitäten erfordern würde). In den diagnostischen Algorithmen des DSM-IV und ICD-10 [APA, 1994; WHO, 1991] ist ein ausgeprägtes Leiden und / oder Beeinträchtigungen in den Lebensvollzügen ein wesentliches Kriterium für die Krankheitswertigkeit einer psychischen Symptomatik.

In der Behandlung von psychischen Erkrankungen ist es daher das Ziel, nicht nur Krankheitssymptome zu reduzieren, sondern ggf. auch unabhängig von der Psychopathologie Fähigkeiten zum Umgang mit der krankheitsbedingten Beeinträchtigung aufzubauen [Linden und Hautzinger, 2011]. Psychotherapie ist sowohl inhaltlich [Linden, 2009] als auch formal [§ 26 SGB IX, § 27, 92, SGB V] eine Maßnahme zur kurativen und kompensatorischen Behandlung von überdauernden Teilhabebeeinträchtigungen und Behinderungen. Es geht letztlich darum, dass der Patient in die Lage versetzt werden soll, zum Beispiel ggf. trotz momentanem Anspannungsgefühl mit anderen Essen gehen, oder auch einmal vor einer Menschengruppe reden zu können.

Verhaltenstherapie: Fähigkeiten optimieren und Beeinträchtigungen kompensieren

Verhaltenstherapeuten interessiert Verhalten. Daher geht es in der Behandlung darum, bestimmte Verhaltensweisen bzw. Fähigkeiten zu optimieren, oder überdauernde Verhaltens- und Fähigkeitsdefizite zu kompensieren. In der Verhaltenstherapie spielten Fähigkeitstrainings schon immer eine wichtige Rolle [Linden und Hautzinger, 2011]. Dem Prinzip des Fähigkeitstrainings und auch der Kompensation von dauerhaften

Fähigkeitsdefiziten wie etwa bei Teilleistungsstörungen [Linden und Wilms, 1989; Warnke, 2012] liegt das Modell der Selektiven Optimierung und Kompensation (SOC) zugrunde. Dieses Modell wurde im Rahmen der Altersforschung entwickelt und beschreibt die Merkmale erfolgreicher Anpassung an Lebensveränderungen und Belastungen [Baltes und Carstensen, 1996]. Selektion bedeutet, dass eine Auswahl bzw. Anpassung von Zielen und Verhaltensbereichen vorgenommen wird. Optimierung bedeutet die Nutzung und Stärkung vorhandener, zielrelevanter Fähigkeiten und Ressourcen. Kompensation hat die Schaffung, das Training und die Nutzung neuer Handlungsmittel zum Ziel.

Welche Fähigkeiten sind relevant bei psychischen Erkrankungen?

Um zu entscheiden welche Fähigkeiten in einer verhaltenstherapeutischen Behandlung zu trainieren oder welche Fähigkeitsbeeinträchtigungen zu kompensieren sind, ist es zunächst nützlich zu wissen welche Fähigkeiten denn relevant sein können.

„Fähigkeiten“ können dabei verstanden werden als die gegenwärtig verfügbaren Potentiale eines Menschen etwas zu leisten [Sundberg, 1977].

Die psychologische Forschung hat über viele Jahre hinweg Konzepte menschlicher Fähigkeiten auf unterschiedlichen Abstraktionsebenen entwickelt und messbar gemacht, wie etwa Wahrnehmungsfähigkeiten [Bischof-Köhler, 1988], Intelligenz [Binet, 1911; Spearman, 1927, Sternberg, 1982], Kreativität [Guilford, 1950], soziale Kompetenz und Assertiveness [Hinsch und Pfingsten, 2007], Eigeninitiative [Fay und Frese, 2001], aktives Coping [Lazarus, 1966], Selbstkontrollfähigkeit [Kanfer, 1970; Kanfer et al., 2006; Meichenbaum, 1979; Thoresen und Mahoney, 1974], oder Weisheit [Baltes und Smith, 1990; Staudinger et al., 1994]. Auch manche Persönlichkeitsdimensionen können im Sinne von Fähigkeiten verstanden werden, bspw. Hardiness im Sinne von Widerstandsfähigkeit [Kobasa, 1979], Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit als Aspekte von Anpassungsfähigkeit an Regeln und Normen, oder Extraversion oder Offenheit im Sinne von Kontaktfähigkeit [Goldberg, 1990], oder Optimismus im Sinne eines Bias im Urteilsvermögen. In der *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* ICF der WHO (2001) schließlich wurde ein Glossar von menschlichen Aktivitäten erstellt. Aus diesem Glossar sind die für psychologische Aktivitäten relevanten Items zu dreizehn übergeordneten Fähigkeitsdimensionen systematisch zusammengefasst (Tabelle 1), umfassend definiert

und bezüglich ihrer inhaltlichen und klinischen Validität evaluiert worden [Linden et al., 2009]. Das in diesem Zusammenhang entstandene Mini-ICF-APP ist ein nun bereits international evaluiertes Fremdratinginstrument, mit dem diese Fähigkeitsdimensionen veränderungssensitiv abgebildet werden können [Linden et al., 2009; 2013; Molodynski et al., 2013]

[Tabelle 1 etwa hier einfügen]

Analog zur Intelligenz, die immer im Vergleich zu einer definierten Bezugsgruppe beschrieben wird [Bulheller et al., 2002], kann man auch die krankheitsbedingte Beeinträchtigungsschwere der hier beschriebenen psychischen Fähigkeiten immer nur in Bezug auf einen konkreten Kontext beurteilen. Dies bedeutet, dass man die genauen (Kontext-)Anforderungen kennen muss, um zu wissen welche Fähigkeiten dazu erforderlich sind bzw. was an Fähigkeitsniveau normalerweise zu erwarten wäre. Im Fall der Rolle eines „Familienvaters“ etwa könnte der Kontext folgendermaßen aussehen: Der Mann muss eine Vollzeitberufstätigkeit als Projektleiter in einem mittelständischen Unternehmen ausfüllen, was fachliche Kompetenzen, Flexibilität, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, und Gruppenfähigkeit erfordert. Am Abend geht er gelegentlich mit seiner Frau oder Firmenkunden aus (Fähigkeit zu Spontanaktivitäten, Kontaktfähigkeit). Im Alltag muss er die Kinder bzgl. der Schul- und Freizeitaktivitäten mitbeaufsichtigen (Anpassung an Regeln und Routinen), und er ist für die Instandhaltung von technischen Geräten im Haushalt und des Autos zuständig (Planungs- und Strukturierungsfähigkeit). Um diese Anforderungen zu erfüllen, benötigt er außerdem ein solides Maß an Durchhaltefähigkeit. Wenn der Mann, der diese Anforderungen in normalgesundem Zustand stets bewältigt hat, nun an einer depressiven Episode erkrankt, kann es sein, dass er einigen der Anforderungen in seiner Rolle nicht mehr genügen kann. Es könnte sein, dass er nach der Arbeit so erschöpft ist, dass er sich nicht mehr zu Aktivitäten mit seiner Frau oder Gästen aufrufen kann (Beeinträchtigung der Spontanaktivitäten und Durchhaltefähigkeit). Es könnte auch sein, dass er bei der Arbeit zu langsam ist und Fehlentscheidungen trifft, so dass es bei Kollegen oder Vorgesetzten negativ auffällt und es zu Problemen im Arbeitsprozess

kommt (Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, sowie der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit) und u.U. sogar zur Arbeitsunfähigkeit führt.

Führen solche krankheitsbedingten Beeinträchtigungen der alltagsrelevanten Fähigkeiten zu Problemen im alltäglichen Lebensvollzug, dann gilt es, die beeinträchtigten Fähigkeiten wiederherzustellen oder zu kompensieren. Im Folgenden soll speziell auf das Training von Fähigkeiten mittels etablierter verhaltenstherapeutischer Ansätze [Linden und Hautzinger, 2011] eingegangen werden.

Fähigkeitstrainings in der Verhaltenstherapie

In jeder verhaltenstherapeutischen Behandlung geht es neben der Symptomreduktion um den Aufbau von Fähigkeiten eines Patienten, damit er im Alltag wieder handlungsfähig wird und seinen Rollen gerecht werden kann. Viele der gängigen evaluierten Therapiemethoden und -programme zielen daher auf die Ebene der Aktivitäten und Bewältigungsfähigkeiten ab. Sie tragen Namen wie Stressbewältigungstraining, Aktivitätsaufbau, Emotionsregulationstraining, Problemlösetraining, Selbstbeobachtungs- und Selbstinstruktionstraining, Genusstraining, Selbstkontrolltraining, Kommunikations- und Selbstsicherheitstraining, Skills-Training oder Weisheitstraining [Linden und Hautzinger, 2011]. Tabelle 1 gibt eine Übersicht über evaluierte verhaltenstherapeutische Methoden und Techniken, die zum Training verschiedener Fähigkeitsdimensionen einsetzbar sind. Im Folgenden sollen für die verschiedenen Fähigkeitsbereiche potentiell einsetzbare verhaltenstherapeutische Methoden und Techniken beispielhaft skizziert werden.

Training von Kontakt-, Selbstbehauptungs- und Gruppenfähigkeit

Soziale Kompetenzen sind in fast allen Lebensbereichen gefordert [Hinsch und Pfingsten, 2007]. Dies umfasst Kompetenzen zur Interaktion mit Kindern, mit dem Partner, mit Nachbarn, Arbeitskollegen, Vorgesetzten, Freunden, bei Familienfesten, mit der Verkäuferin, d.h. Kontakt-, Selbstbehauptungs- und Gruppenfähigkeit [Linden et al., 2009].

Patienten mit sozialen Ängsten oder auch mit Persönlichkeitsstörungen haben in diesen Fähigkeitsbereichen gewöhnlich größere Einschränkungen [Linden et al., 2009]. Hier bieten sich (parallel zur systematischen Desensibilisierung bei einer Blickphobie [Moukheiber et al., 2012] Trainings der sozialen Kompetenzen an, mit Rollenspielen zu bestimmten Situationstypen wie Verhandlungen, sich durchsetzen oder um Sympathie werben, in denen es auch v.a. um das Erkennen der Situationsadäquatheit eines Verhaltens geht. Weiterhin können konkrete Gesprächstechniken eingeübt werden, wie etwa freundliche Beharrlichkeit beim Äußern einer Meinung, Einräumen von Fehlern, sich entschuldigen, Fragen stellen, u.ä. [Smith, 2003; Hinsch und Pfingsten, 2007; Löffler et al., 2012]. In der therapeutischen Situation können kontextbezogen situative Verhaltensweisen geübt werden, z.B. Verhalten auf öffentlichen oder familiären Veranstaltungen, wie einen Vortrag oder eine Rede halten, auf der Straße oder in Geschäften Fremde ansprechen, Wünsche äußern oder Reklamationen. Diese übungsorientierten Techniken können sowohl in der Einzeltherapie als auch in der Gruppentherapie umgesetzt werden.

Wichtig kann auch die Reflexion der eigenen Außenwirkung und des ersten Eindruck und persönlicher Konfliktanteile sein, insbesondere bei Patienten mit Persönlichkeits- und Affektausdrucksstörungen [Linden und Vilain, 2011]. Generell erscheint es wichtig, bei sozialen Kompetenztrainings die in verschiedenen Kontexten geltenden sozialen Spielregeln zu vermitteln und damit auch die Fähigkeit der Auswahl situationsangemessener Verhaltensweisen zu schulen – etwa ob es angezeigt ist sich in einer Situation eher selbstbewusst zu verhalten, oder um Sympathie werbend, oder durchaus auch einmal drohend [Hinsch und Pfingsten, 2007]. Eine therapeutische Intervention hierbei wäre bspw. die Frage „Was ist Ihr Ziel in dieser Situation?“, und „Was glauben Sie was Ihr Verhalten beim Gegenüber (Ehefrau, Vorgesetzter, Vereinskamerad) auslösen kann?“. Wirkung und potentieller Nutzen eines Verhaltens im Hinblick auf ein Ziel hin kann insbesondere in einer Therapiegruppe gut mit einem Feedback der Mitpatienten erarbeitet werden [Fiedler, 2005].

Assertiveness und Social Skills-Trainings sind empirisch gut untersucht, es gibt Evidenz für ihre Wirksamkeit und Praxisliteratur [Alsleben und Hand, 2013; Benton und Schröder, 1990; Hinsch und Pfingsten, 2007; Taylor, 1996].

Training der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen

Eine weitere wichtige Fähigkeit ist die Anpassungsfähigkeit, d.h. die Fähigkeit, eine Aktivität, die im Rahmen einer Rolle erwartet wird, entsprechend der üblichen Regeln auszuführen [Linden et al., 2009]. Dazu gehört zu akzeptieren, dass es normal ist, dass nicht alles im Leben Spaß macht und den eigenen Wünschen entspricht, sondern dass notwendige Alltagsroutinen auch ausführbar sind, ohne darüber zu debattieren oder sie zu boykottieren. Diesen Verhaltensweisen zugrundeliegende psychologische Fähigkeiten sind auch in den Konzepten von akzeptanz- und anpassungsorientierten Weisheitskompetenzen [Baltes et al., 1996; Baumann und Linden, 2008], und den Akzeptanz- und Commitment-Ansätzen [Luoma et al., 2009] beschrieben worden. Auf der Technikebene sind mögliche Interventionen neben kognitiven Techniken zur Einstellungs- und Bewertungsänderung auch Verhaltensverträge, Veröffentlichung von eigenen Vorhaben gegenüber Dritten im Sinne einer unterstützten Selbstverpflichtung, sowie Stimuluskontrolle, Selbstbeobachtung und Anleitung zur Selbstinstruktion [Linden und Hautzinger, 2011]. Einer narzisstisch akzentuierten wissenschaftlichen Mitarbeiterin beispielsweise, die Schwierigkeiten hat, entsprechend der gültigen Regeln nur eine begrenzte Anzahl an Studierenden in ihren Seminaren zuzulassen, kann auf der Handlungsplanungsebene beigebracht werden, sich vor dem ersten Seminartermin im Semester einen Handlungsplan anzufertigen mit konkreten Schritten was zu tun ist, wenn zu viele Studierende teilnehmen wollen. Auf kognitiver Ebene kann mittels Selbstbeobachtungsübungen exploriert werden, welche unbewussten Schemata und automatische Gedanken in der Seminarsituation aktiviert werden („Weil ich so gut bin, kann ich auch mehr Studierende betreuen als andere Dozenten“), die zum regelwidrigen Verhalten führen. Es können dann kognitive Alternativbewertungen („Ist die Anzahl der Studierenden in meinem Seminar tatsächlich ein Qualitätskriterium für meine Arbeit?“), sowie auch handlungsbezogene Selbstkontrolltechniken (z.B. Hinweisreiz setzen zur Reaktionsverzögerung mittels sich kneifen) oder kognitive Akzeptanz- und Selbstinstruktionsstrategien [Meichenbaum, 1979; Fliegel, 2011] („Stop! Ich weiß, dass ich nur 18 Studierende zulassen darf. Ich werde jetzt nach meinem Plan eine Auslosung durchführen.“ Oder „... Ich werde jetzt keine Entscheidung treffen, sondern beim Prof. nachfragen.“) erarbeitet und ggf. auch in verschiedenen ähnlichen Alltagssituationen eingeübt werden.

Metaanalytische Wirksamkeitsnachweise zu Acceptance- und Commitment- und Selbstkontrollansätzen liegt vor, ebenso wie Praxisbücher [z.B. Kanfer et al., 2006; Luoma et al., 2009; Powers et al., 2009; van den Hout et al., 1987].

Training von Durchhaltefähigkeit

Hier geht es darum, die Fähigkeit zu trainieren, Aktivitäten hinreichend ausdauernd auszuführen, d.h. während der üblicherweise erwarteten Zeit bei einer Aktivität zu bleiben [Linden et al., 2009]. Hier ist therapeutisch geboten Resilienz aufzubauen, d.h. Fähigkeit zur Belastungstoleranz bzw. „hardiness“ [Kobasa, 1979]. Es kann oft direkt an alltäglichen handwerklichen oder Haushaltstätigkeiten geübt werden, sich nicht zu sehr von Befindlichkeiten in seiner Verhaltenssteuerung behindern zu lassen, sondern Vorhaben so wie vorgenommen durchzuhalten und „bei der Sache zu bleiben“. Dazu kann im Sinne einer Aktivitätenplanung [Lewinsohn und Libet, 1972] geübt werden, sich für eine Aufräumaktion des Kleiderschranks einen Zeitraum von 90 Minuten vorzunehmen, und dann die Aufräumarbeit durchzuhalten und im Zimmer zu bleiben ohne alle 15 Minuten durch die Wohnung zu gehen und sich mit essen, trinken, telefonieren o.ä. Dingen abzulenken. Am Ende einer gelungenen Arbeitssequenz kann dann eine zuvor festgelegte positive Verstärkung im Sinne einer Selbstbelohnung [Timberlake, 1995] erfolgen. Der Übende kann auch einen Kalender führen, in dem er die vorgenommenen Aufgaben und angemessene Pausenzeiten zuvor plant und dann nach Ausführung abhaken kann. Dabei kann die Planung von Arbeiten zunächst häufigere oder längere Pausen beinhalten, die dann im Zuge verbesserter Durchhaltefähigkeit schrittweise im Sinne eines Verhaltens-Shaping bis auf ein Normalmaß reduziert werden, bis der Übende das Ziel erreicht, bspw. bei einer Aufräumaktion einen Vormittag lang verschiedene Zimmer nacheinander abzuarbeiten, mit einer 20-minütigen Pause bei einem Kaffee in einem nicht-aufzuräumenden Zimmer (z.B. Küche).

Auch die Einübung von Selbstinstruktionen [Fliegel, 2011] im Sinne von „Ich schließe diesen Vorgang jetzt ab“ kann für die Verbesserung der Durchhaltefähigkeit genutzt werden. Diese kann im Sinne des Premack-Prinzips [Premack, 1959] auch mit einer Verstärkung kombiniert werden: Dabei kann ein häufiger auftretendes Verhalten (z.B. Cappuccino trinken) bewusst als Verstärker für ein weniger häufig auftretendes

Verhalten (sich hinsetzen und die Büroarbeit beginnen) eingesetzt werden und „darf“ erst nach bestimmten erledigten Büroarbeiten getan werden. Somit kann die Auftretenswahrscheinlichkeit des erwünschten Verhaltens (Büroarbeiten erledigen) erhöht werden. Selbstkontrolle kann auch unterstützt werden durch Stimuluskontroll-Techniken [Mahoney und Thoresen, 1974]: Wem es schwerfällt sich per internen Dialogen Selbstinstruktionen zu geben, der kann sich Hilfsmittel zu Nutze machen, wie beispielsweise einen Kurzzeitwecker stellen der den Hinweis zur Beendigung einer Arbeitsetappe gibt, oder einen motivierenden Spruch zum Weiterarbeiten auf dem Bildschirmschoner installieren o.ä. Hilfreich kann es auch sein eine Arbeitsumgebung möglichst frei von ablenkenden Reizen zu halten. Wem es schwer fällt sich nicht ablenken zu lassen, kann spezielle Ablehnungsverhaltensweisen gegenüber „Versuchungsreizen“ einüben, z.B. Selbstinstruktionen mit Zeitperspektive („Ich mache diese Arbeit jetzt fertig. In 30 Minuten gönne ich mir eine Belohnung“). Nutzbar sind bspw. die Praxisbücher zu den Selbstkontrollansätzen, sowie auch Stressbewältigungstrainings [Kaluza, 2011; Ruotsalainen, 2008].

Training fachlicher Kompetenzen

Eine dritte Fähigkeit ist die Fähigkeit zur Anwendung von Fachkompetenzen, d.h. sein Fach- und Lebenswissen oder seine Kompetenzen gemäß den situativen Rollenerwartungen einzusetzen und den gestellten und, unter Berücksichtigung des eigenen Lebens- und Ausbildungshintergrunds, zumutbaren inhaltlichen und fachlichen Anforderungen nachzukommen [Linden et al., 2009]. Menschen die sich nicht sicher sind, ob sie bspw. den beruflichen Anforderungen gerecht werden können, können verstärkt Angst entwickeln [Muschalla und Linden, 2013]. Gleichzeitig führt Angst dazu, dass man Anforderungen als bedrohlich erlebt und sich nicht wagt zu tun, was man eigentlich aufgrund der eigenen Kompetenzen tun könnte. Therapeutisch muss zunächst verhaltensanalytisch [Kanfer und Saslow, 1965] und anamnestisch z.B. mit der Berufsanamnese geklärt werden, ob Angst vor einem Kompetenzdefizit oder ein reales Kompetenzdefizit vorliegt. Entsprechend werden dann entweder unmittelbare fachliche Kompetenzen erlernt oder ihre Anwendung entgegen der Vermeidungstendenz trainiert. So können z.B. PC-Ängste bei älteren Arbeitnehmern die mit neuen Technologien konfrontiert werden [Hand, 1993], abgebaut werden mittels systematischer Einübung

von Computerbedienungsfertigkeiten [Beutel et al., 2004]. Hier erfolgt parallel zu Angstreduktion durch Gewöhnung bei wiederholter Stimulusexposition auch eine Kompensation der Fähigkeitsdefizite, in dem Sinne, dass der Betroffene Erfolgserlebnisse bei der praktischen Erprobung von Fachkompetenzen erfährt. Die praktischen Erprobungen müssen geplant und in bewältigbare aufeinander aufbauende Schritte zerlegt werden, um zu Erfolgserlebnissen zu führen. Möglichkeiten zur beruflichen Belastungserprobung an einem Probearbeitsplatz, die ggf. als Sprungbrett zur Rückkehr an den bestehenden eigenen Arbeitsplatz, oder aber auch vor Antritt einer neuen Stelle genutzt werden kann, gibt es in vielen psychosomatischen Rehabilitationskliniken [Hillert et al., 2002; Linden et al., 2011].

Training von Planungs- und Strukturierungsfähigkeit

Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben beschreibt wie jemand in der Lage ist, kurz- oder längerfristig anstehende Aufgaben zu planen und zu strukturieren, d.h. angemessene Zeit für verschiedene Arbeitsaktivitäten aufzuwenden, die Reihenfolge der Arbeitsabläufe sinnvoll zu strukturieren, diese wie geplant durchzuführen und zu beenden. Beim Training dieser Fähigkeit können Problemhierarchisierung und Problemlöseansätze [D’Zurilla und Goldfried, 1971; Linden und Hautzinger, 2011] ebenso zum Einsatz kommen wie Methoden der konkreten Aktivitätenplanung über einen Tag oder eine Woche hinweg, sowie Zeitmanagementstrategien [Kaluza, 2011].

Training von Flexibilität und Umstellungsfähigkeit

Flexibilität bedeutet sich im Verhalten, Denken und Erleben wechselnden Situationen anpassen zu können, d.h. je nach Situation unterschiedliche Verhaltensweisen zeigen zu können. Dies kann Veränderungen in den Alltagsaufgaben, zeitliche oder räumliche Veränderungen durch Arbeit oder Umzug, Umgang mit verschiedenen Kollegen oder Vorgesetzten, oder neue Nachbarn, oder auch die Übertragung neuer Aufgaben betreffen. Will man die Umstellungsfähigkeit trainieren, ist zunächst zu präzisieren, welche genauen Flexibilitätsanforderungen bestehen. Übungen im Sinne eines Stresstoleranztrainings [Kaluza, 2011] können auf verschiedenste Alltagsanforderungen

hin durchgeführt werden, z.B. wie man sich in komplexen Situationen mit mehreren Anforderungen gleichzeitig, die im Arbeitsleben häufig vorkommen [BAUA, 2012] selbst kurz beruhigt, eine vorschnelle Reaktion verzögert, um dann besonnen und zielführend handeln zu können [Fliegel, 2011]. Manche Menschen haben Schwierigkeiten sich empathisch in andere hineinzuversetzen, oder andere Denkweisen und Perspektiven nachzuvollziehen. Hier kann mittels der evaluierten Weisheitstherapie anhand von Beispielen lebensüblicher Problemlagen geübt werden, verschiedene Perspektiven und emotionale Distanz einzunehmen. Ziel ist zu lernen sich auf neue Inhalte, Situationen oder Anforderungen besser einstellen zu können [Baumann und Linden, 2008; Linden et al., 2011].

Training von Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit

Bei der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit geht es darum, wie jemand in der Lage ist kontextbezogen und nachvollziehbar Entscheidungen zu fällen oder Urteile abzugeben, d.h. zu welchem Grad er Sachverhalte differenziert und kontextbezogen auffasst, inwieweit er in der Lage ist, daraus die angemessenen Schlussfolgerungen und Konsequenzen zu ziehen und dies in erforderliche Entscheidungen umzusetzen [Linden et al., 2009]. Von jedem Menschen werden ständig Situationsbeurteilungen verlangt. Beispiel sind Urteile darüber, ob mit den Kindern in der Schule alles gut läuft, ob die Vorbereitung einer Familienfeier im Zeitrahmen machbar ist, ob die Qualität einer Reparatur im Haushalt stimmt, eine Unterschrift geleistet werden darf, oder wann die Cousine angerufen werden muss. Verschiedene Psychopathologien (z.B. formale Denkstörung mit Negativbias, antizipatorische Sorgenneigung, Überwertigkeit bestimmter Ideen) können zu verzerrenden Urteilen führen. Von daher sind bei derartigen Problemen Entscheidungs- und Strukturierungskompetenzen zu trainieren. Dazu gehört im Sinne der Erarbeitung von Problemlösekompetenzen [D’Zurilla und Goldfried, 1971] analysieren zu lernen, wer für was verantwortlich ist oder wann welche Entscheidungen anstehen. Es müssen Kriterien erarbeitet werden, wie man zu einer Auswahl aus verschiedenen Optionen kommt. Bei Ungewissheitsangst muss der Umgang mit Ambivalenz geübt werden [Roemer und Borkovec, 1993; Zubrägel und Linden, 2011]. Bei formalen Denkstörungen muss der eigene Bias zu Aggravierung oder Pseudologien oder Bagatellisierung erkannt werden. Die Bedeutung dieses Bias für

Urteils- und Entscheidungsprozesse muss herausgearbeitet werden, um dann einzuüben wie man dem gegensteuert. Zu lernen ist Prioritäten zu setzen, wie man auf konkurrierende Anforderungen reagiert, Arbeitsabläufe plant oder sich erforderliche Freiräume schafft [Kaluza, 2011]. Dazu gehört in manchen Fällen auch die Fähigkeit zur Weisheit, d.h. wie man mit ungerechten, belastenden aber unveränderlichen Lebenssituationen oder –ereignissen wie ausgebliebener Beförderung, Fremdgehen des Ehemannes mit der besten Freundin o.ä. so umgeht, dass man „das Beste aus der Sache macht“, d.h. sich emotional vom Ereignis distanziert oder mit kognitiven Einsichten, Perspektivenerweiterungen oder ereignisunabhängigen neuen Plänen zu innerer Ausgeglichenheit zurückfindet [Baumann und Linden, 2008].

Training von Spontan-Aktivitäten und Fähigkeit zu familiären und intimen Beziehungen

Eine weitere Gruppe von Fähigkeiten betrifft die eher privaten, ausgleichenden, regenerativen und außerberuflichen Fähigkeiten [Sonnentag und Fritz, 2007]. Beeinträchtigungen in diesen Fähigkeiten betreffen die Lebensbereiche mit höheren Freiheitsgraden, d.h. den Freizeitbereich (z.B. Hobbies die zunehmend verloren gehen, oder Freundschaften die sich reduzieren). Sie sind oft nicht unmittelbar erkennbar, da sie – anders als bei einer Teamarbeit am Arbeitsplatz - weniger stark zu unmittelbaren unangenehmen Konsequenzen für die Umwelt und den Betroffenen selbst führen [Muschalla et al., 2012].

Das Salutogenesekonzept [Antonovsky, 1993] und der Ansatz der Well-being-Therapie [Fava und Ruini, 2003] beschreiben die Idee, dass Menschen in der Lage sind sich aktiv gesundes Verhalten aufzubauen, d.h. „es sich gut gehen zu lassen“, wenn es einem krankheits- oder belastungsbedingt schlecht geht. Dieser Ansatz ist auch übertragbar auf den Aufbau regenerativer Komplementäraktivitäten im Alltag. Regenerative ausgleichende und Spontanaktivitäten, sowie familiäre Aktivitäten und Aktivitäten zu zweit mit dem Partner können mit Hilfe von Aktivitäts- und Wochenplänen strukturiert geplant und erprobt werden. Dabei können mit Hilfe von – ggf. auch mit dem Patienten selbst erarbeiteter - „Listen angenehmer Aktivitäten“ unterschiedlichste bekannte oder auch neue Aktivitäten erprobt und hinsichtlich ihrer Verstärkerwirkung untersucht werden [Levinsohn und Libet, 1972; Lutz, 2000]. Auch aus dem Bereich der euthymen Therapie, die sich explizit der Aufmerksamkeitsfokussierung auf angenehme

Wahrnehmungen im Alltag, Ressourcen und hedonistischer Lebenseinstellungen widmet, sind bspw. genussorientierte Sinneswahrnehmungsübungen möglich [Lutz, 2000], oder auch Achtsamkeitsübungen [Linehan, 1996]. Auch der Bereich der Entspannungsverfahren kann hier genutzt werden [Bernstein und Borkovec, 1997].

Überwertige Ideen bzgl. der Bedeutsamkeit des Lebensbereichs Arbeit (z.B. „Wenn ich nicht arbeite und ständig viel Geld verdiene und Großes erreiche habe ich als Familienvater versagt.“), die zu einem Ungleichgewicht der Lebensbereiche zu Lasten der außerberuflichen Aktivitäten beitragen, können mittels Techniken kognitiver Umstrukturierung behutsam in dosierte Dissonanzen gebracht werden [Hoffmann 1979; Fishbein und Ajzen, 1975]. In den nächsten Schritten kann dann eine Intentionsbildung für eine Verhaltensänderung erarbeitet werden. Dann sollten Planungen zur Erprobung neuer alternativer Verhaltensweisen in den komplementären regenerativen Lebensbereichen unternommen werden (z.B. mit einem alten Schulfreund in den Schach-Club gehen). Dies entspricht den Ansätzen der Work-Life-Balance der arbeitspsychologischen Forschung [Byron, 2005].

Geht es um konkrete Probleme in der partnerschaftlichen Kommunikation, können in der Praxis evaluierte paartherapeutische Ansätze helfen, in denen beide Interaktionspartner gemeinsam behandelt werden [Hahlweg und Baucom, 2008; Kaiser et al., 1998].

Selbstpflege

Die Fähigkeit zur Selbstpflege kann bei solchen psychischen Erkrankungen beeinträchtigt sein, die mit einer übermäßigen Fokussierung auf normalerweise autonom funktionierende physiologische Prozesse einhergehen, oder mit einer dysfunktionalen Aufmerksamkeitslenkung auf Handlungen denen man normalerweise nicht explizit oder ritualisiert Aufmerksamkeit schenkt. Dies sind zum einen hypochondrische Ängste, körperdysmorphe Störungen, Essstörungen, aber auch Zwangsstörungen. Auch bei Patienten mit reduziertem Antrieb, bspw. bei depressiven Syndromen oder bei Schizophrenien [Wobrock et al., 2006], können Beeinträchtigungen in der Selbstpflege auftreten, oder aber bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, die z.B. mit situationsinadäquater (Körper)sprache und

Kleidung auffallen [Linden und Vilain, 2011]. In manchen Fällen wird bei derartigen Problemen zunächst eine Problemeinsicht zu erarbeiten sein, was mittels Selbstwahrnehmungstrainings, Selbstbeobachtung bestimmter verbaler oder nonverbaler Verhaltensweisen [Hautzinger, 2011], oder Einholen von Feedback anderer zu gezielten Fragen der eigenen Außenwirkung („Was in meinem Gesichtsausdruck / an meinem Sprachstil / an meiner Körperhaltung / an meiner Kleidung ist es, was mich zickig aussehen lässt, obwohl ich es gar nicht sein will? Was davon kann ich wie kaschieren?“) realisiert werden kann. Mittels Modelllernen durch Beobachtung anderer [Rosenthal und Bandura, 1978] können Verhaltensalternativen erkundet werden, und mittels kleiner, ggf. schrittweiser experimenteller Veränderungen in Kleidung, Frisur, Schminkstil oder in Mikroverhaltensweisen (Lächeln, Blickkontakt) können neue Erfahrungen mit der eigenen Außenwirkung unternommen werden. Bei übermäßiger Beschäftigung mit dem eigenen Körper kann nach edukativer Vermittlung krankheitsangemessener Gesundheitsverhaltensweisen [Muschalla et al., 2011] geübt werden, die Aufmerksamkeit wieder auf die normalen Alltagsaktivitäten zu lenken statt auf unangenehme innere Befindlichkeiten oder körperliche Symptome.

Verkehrsfähigkeit

Insbesondere bei phobischen Ängsten oder bei Orientierungsstörungen kann die Verkehrsfähigkeit derartig beeinträchtigt sein, dass die Betroffenen nicht mehr aus dem Haus oder ihrem bekannten „sicheren Bereich“ herauskommen. Parallel zur Einübung von Symptomtoleranz auf der Funktionsebene [Linden, 2011] sind hier Wegetrainings, ggf. im Sinne einer gestuften Exposition in vivo [Mathews et al., 1988] vonnöten. Dabei sind Mutproben wie „heute drei S-Bahnstationen fahren und morgen vier“ unbedingt zu vermeiden. Stattdessen wird der Patient mit Betonung der Normalität des Auftretens von Unwohlsein und mit der Zielsetzung zur Normalisierung seines Bewegungsradius mehr spielerisch an kleine Experimente herangeführt, wie z.B. eine andere Straße als gewohnt entlangzugehen, oder an einem unliebsamen Gebäude vorbeizufahren. Bei Verkehrsfähigkeitsstörungen aufgrund von Orientierungsschwierigkeiten oder Angst vor neuen Situationen sind u.U. auch andere Fähigkeiten wie z.B. die Planungsfähigkeit, oder die Selbstkontrollfähigkeit, oder die Kontaktfähigkeit zu trainieren. Dies kann beinhalten, dass der Patient lernt vorher die Strecke aus dem

Fahrplan auszudrucken und mitzunehmen, oder Selbstinstruktionen einzuüben wie „Wenn ich mich aufrege, weil ich mich verlaufe, dann bleibe ich stehen und sage mir: bleib ruhig“, oder zu üben Passanten nach dem Weg zu fragen. Für den häufigen Anwendungsbereich für Verkehrsfähigkeitstraining im Rahmen von Agoraphobie-Behandlung gibt es Praxisliteratur auf Grundlage evaluierter Therapiekonzepte [Lang et al., 2012; Linden, 2011].

Grundsätzliches zur Anwendung fähigkeitsorientierter Verhaltenstherapie-Interventionen

Grundsätzlich gilt, dass vor der Auswahl der Fähigkeitstrainings-Methoden und Techniken immer eine individuelle Verhaltensanalyse [Kanfer und Saslow, 1965] durchgeführt werden muss, um festzustellen, auf welchem psychologischen bzw. psychopathologischen Mechanismus die Beeinträchtigung basiert [Linden, 2003]. Nur dann können gezielt die passenden psychopathologiebezogenen und fähigkeitsbezogenen Interventionen ausgewählt werden. Verhaltenstherapeutische Techniken können immer sowohl auf die Psychopathologieebene als auch auf die Fähigkeitsenebene abzielen, da es in der Behandlung immer auch neben Symptomreduktion um kompensatorisches Verhalten geht.

Eine Beeinträchtigung der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit bspw. kann auf Grundlage einer formalen Denkstörung mit übermäßiger Sorgenproduktion (generalisierte Angsterkrankung GAD) zustande kommen, oder auf Basis einer narzisstischen Persönlichkeit mit Überlegenheitsaffekt und überwertigen Ideen bzgl. der eigenen Leistungsfähigkeit. Psychopathologiebezogen würde man bei der GAD Techniken des Sorgenmanagements anwenden zur Förderung der Fluency neutraler oder positiver Ideen. Bei der narzisstischen Persönlichkeit würde man zum Aufbau alternativer Schemata Techniken der kognitiven Umstrukturierung und Realitätsprüfung anwenden. Bei beiden Erkrankungen kann man jedoch auch ergänzend und kompensatorisch bezüglich weiterer Fähigkeiten intervenieren: Hier kämen im Sinne der rekreativen Fähigkeiten bei der generalisierten Angsterkrankung z. B. Entspannungsverfahren zur Anwendung, während man bei der Persönlichkeitsstörung eher in Anlehnung an soziales Fertigkeitentraining an Mikroverhaltensweisen wie Gesichtsausdruck, Kleidung, Stimme o.ä. arbeiten würde.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
- Antonovsky A: Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit. Dt. erw. Ausgabe von A. Franke. Tübingen, Dgvt-Verlag, 1993.
- Alsleben H, Hand I: Soziales Kompetenztraining. Leitfaden für die Einzel- und Gruppenbehandlung bei sozialer Phobie (Hrsg.). Berlin, Springer, 2013.
- Baltes MM, Carstensen LL: Gutes Leben im Alter: Überlegungen zu einem prozessorientierten Metamodell erfolgreichen Alterns. Psychol Rundschau 1996;7:199-215.
- BAUA Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Berlin, BAUA, 2012.
- Baumann K, Linden M: Weisheitskompetenzen und Weisheitstherapie. Die Bewältigung von Lebensbelastungen und Anpassungsstörungen. Lengerich, Pabst Science Publishers, 2008.
- Baltes P, Smith J: Weisheit und Weisheitsentwicklung: Prolegomena zu einer psychologischen Weisheitstheorie. ZEPP 1990;22:95-135.
- Benton MK, Schroeder HE: Social skills trainings with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. J Consult Clin Psychol 1990;58:741-747.
- Bernstein DA, Borkovec TD: Entspannungstraining. Handbuch der Progressiven Muskelentspannung nach Jacobsen. München, Pfeiffer, 1997.
- Beutel ME, Gerhard C, Wagner S, Bittner HR, Bleicher F, Schattenburg L, Knickenberg R, Freiling T, Kreher S, Martin H: Reduction of technology fears in psychosomatic rehabilitation – concepts and results based on a computer training for older employees. Z Gerontol Geriatr 2004;37:221-230.
- Binet A: Les idées modernes sur les enfants. Paris, Flammarion, 1911.
- Bischof-Köhler D: Über den Zusammenhang von Empathie und der Fähigkeit, sich im Spiegel zu erkennen. Schweizerische Zeitschrift für Psychologie 1988;47:147-159.
- Bulheller S, Ibrahimovic N, Häckler H: Intelligenz Struktur Analyse (ISA-L). Neu-Normierung. Frankfurt am Main, Swets Test Services, 2002.
- Byron K: A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents. J Vocat Behav 2005;67:169-198.

- D' Zurilla TJ, Goldfried MR: Problem solving and behavior modification. *J Abnor Psychol* 1971;78:107-126.
- Fava GA, Ruini C: Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: Well-being therapy. *J Behav Ther Exp Psy* 2003;34:45-63.
- Fay D, Frese M: The Concept of Personal Initiative. An overview of validity studies. *Hum Perform* 2001;14:97-124.
- Fiedler P: Verhaltenstherapie in Gruppen. *Psychologische Psychotherapie in der Praxis*. Weinheim, Beltz, 2005.
- Fishbein M, Ajzen I: Belief, attitude, intention and behavior. Reading/MA, Wesley, 1975.
- Fliegel S: Selbstverbalisation und Selbstinstruktion; in Linden M, Hautzinger M (eds): *Verhaltenstherapiemanual*. Berlin, Springer, 2011, pp 269-273.
- Goldberg LR: An alternative „Description of Personality“: The Big Five factor structure. *J Pers Soc Psychol* 1990;59:1216-1229.
- Guilford JP: Creativity. *Am Psychol* 1950;5:444-454.
- Hahlweg K, Baucom DH: Partnerschaft und psychische Störung. *Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen, Hogrefe, 2008.
- Hand I: Expositions-Reaktionsmanagement (ERM) n der strategisch-systemischen Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie* 1993;3:61-65.
- Hautzinger M: Selbstbeobachtung; in Linden M, Hautzinger M (eds): *Verhaltenstherapiemanual*. Berlin, Springer, 2011, pp 257-260.
- Hillert A, Staedtke D, Cuntz U: Berufliche Belastungserprobung als integrierter Bestandteil der verhaltenstherapeutisch-psychosomatischen Rehabilitation. *Theoretische Konzepte, real existierende Patienten und multiple Schnittstellen*. *Prax Klin Verhaltensmed Rehabil* 2004;15:94-100.
- Hinsch R, Pfingsten U: Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). *Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele*. 5. Auflage. Weinheim, Beltz, 2007.
- Hoffmann N: *Grundlagen kognitiver Therapie*. Bern, Huber, 1979.
- Hout van den JH, Arntz A, Kunkels FH: Efficacy of s self-control therapy program in a psychiatric day-treatment center. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92:25-29.
- Kaiser A, Hahlweg K, Fehm-Wolfsdorf G, Groth T: The efficacy of a compact psychoeducational group training program for married couples. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:753-760.

- Kanfer FH: Self-regulation. Research, issues and speculations. In: Neuringer C, Michael J.I. (Eds): Behavior modification in clinical psychology. Appleton, New York, 1970.
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D: Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Heidelberg, Springer, 2006.
- Kanfer FH, Saslow GH: Behavioral Analysis. An Alternative to diagnostic classification. Arch Gen Psychiatry 1965;12:529-538.
- Kaluza G: Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. Berlin, Springer, 2011.
- Kobasa SC: Stressful live events and health An inquiry into hardiness. J Pers Soc Psychol 1979;37:1-11.
- Lang T, Helbig-Lang S, Westphal D, Gloster AT, Wittchen HU: Expositionsbasierte Therapie der Panikstörung mit Agoraphobie. Ein Behandlungsmanual. Göttingen, Hogrefe, 2012.
- Lazarus RS: Psychological stress and the coping process. New York, McGraw Hill, 1966.
- Levinsohn PM, Libet J: Pleasant events, activity schedules, and depressions. J Abnorm Psychol 1972;79:291-295.
- Linehan MM: Dialektisch-behaviorale Therapie der BPS. CIP, München, 1996.
- Linden M: Psychopathologie, Deskription und Diagnostik psychischer Erkrankungen; in Gastpar MT, Caspar S, Linden M (eds): Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin, Springer, 2003, pp 1-17.
- Linden M: Rehabilitationspsychotherapie. Definition, Aufgaben und Organisationsformen nach ICF und SGB IX. Prax Klin Verhaltensmed Rehabil 2009;84:137-142.
- Linden M: Agoraphobie und Panikerkrankung; in Linden M, Hautzinger M (eds): Verhaltenstherapiemanual. Berlin, Springer, 2011, pp 499-503.
- Linden M, Baumann K, Lieberei B, Lorenz C, Rotter M: Treatment of posttraumatic embitterment disorder with cognitive behavior therapy based on wisdom psychology and hedonia strategies. Psychother Psychosom 2011;80:199-205.
- Linden M, Baron S, Muschalla B: Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-APP). Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeits- bzw. Kapazitätsstörungen bei psychischen Störungen. Göttingen, Hans Huber, 2009.

Linden M, Baron S, Muschalla B, Ostholt-Corsten M: Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Störungen. Konzept und Durchführungsanleitung für das Mini-ICF-APP. Göttingen, Hogrefe, 2013 in Vorbereitung.

Linden M, Hautzinger M (eds): Verhaltenstherapiemanual. Berlin, Springer, 2011.

Linden M, Muschalla B, Keßler U, Haverkamp L, Rath K: Reha in der Hausarztpraxis. Rehabedarfsfeststellung, -zugang, -steuerung, -koordinierung, -optimierung und – verstetigung bei psychischen Erkrankungen unter Mitwirkung niedergelassener Ärzte. Eine Untersuchung zum Stand und zu den Optimierungsmöglichkeiten durch ein Rehakonsil. Abschlussbericht zum Modellprojekt. Berlin, Deutsche Rentenversicherung Bund, 2012.

Linden M, Vilain M: Emotionale Teilleistungsstörungen und „first impression formation“ bei Persönlichkeitsstörungen. Nervenarzt 2011;82:25-36.

Linden M, Wilms HU: Pathopsychologie neurotischer Erkrankungen bei minimaler cerebraler Dysfunktion (MCD); in Wahl R, Hautzinger M (eds): Verhaltensmedizin. Konzepte, Anwendungsgebiete, Perspektiven. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 1989, pp. 71-80.

Linden M, Müller M, Oberle-Thiemann C, Komets S, Streibelt M: Die „externe berufliche Belastungserprobung“ in der medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation. Zielsetzung und Durchführungsmodalitäten. Prävention Rehabilitation 2011;23:156-167.

Löffler S, Gerlich C, Lukaszczik M, Wolf HD, Neuderth S: Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation. Praxishandbuch. 3. Auflage. Universität Würzburg, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, 2012.

Luoma J, Hayes SC, Walser RD: ACT-Training. Handbuch der Acceptance-&-Commitment-Therapie: ein Lernprogramm in 10 Schritten. Paderborn, Junfermann Verlag, 2009.

Lutz R: Gesundheit und Genuss: Euthyme Grundlagen der Verhaltenstherapie; in Margraf J (ed): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd 1. Springer, Berlin, 2000, pp 167-182.

Mahoney MJ, Thoresen CE: Self-control: Power to the Person. Brooks & Cole, Monterey, 1974.

Mathews A, Gelder M, Johnston D: Agoraphobie. Eine Anleitung zur Durchführung einer Exposition in vivo unter Einsatz eines Selbsthilfemanuals. Berlin, Springer, 1988.

- Meichenbaum DW: Kognitive Verhaltensmodifikation. München, Urban & Schwarzenberg, 1979.
- Meyer A: Psychobiology: A Science of Man. Charles C Thomas, Springfield, IL, 1957.
- Molodynski A, Linden M, Juckel G, Yeeles K, Anderson C, Vazquez-Montes M, Burns T: The reliability, validity, and applicability of an English language version of the Mini-ICF-APP. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2013;48:1347-1354.
- Moukheiber A, Rautureau G, Perez-Diaz F, Jouvent R, Pelissolo A: Gaze behavior in social blushers. *Psychiatry Res* 2012;200:614-619.
- Muschalla B, Vilain M, Lawall C, Lewerenz M, Linden M: Participation restrictions at work indicate participation restrictions in other domains of life. *Psychol Health med* 2012;17:95-104.
- Muschalla B, Glatz J, Karger G: Kardiologische Rehabilitation mit strukturierter Schulung bei Herzinsuffizienz – Akzeptanz bei Patienten und Veränderungen in Krankheitswissen und Wohlbefinden. *Rehabilitation* 2011;50:103-110.
- Muschalla B, Linden M: Arbeitsplatzbezogene Ängste und Arbeitsplatzphobie. Phänomenologie, Differentialdiagnostik, Therapie, Sozialmedizin. Stuttgart, Kohlhammer-Verlag, 2013.
- Premack D: Toward empirical behavior laws: I. Positive reinforcement. *Psych Rev* 1959;66:219-233.
- Roemer L, Borkovec TD: Worry: unwanted cognitive activity that controls unwanted somatic experience; in Wegner DM, Pennebaker JW (eds): *Handbook of mental control*. Prentice Hall, Englewood Cliffs/NJ, 1993, pp 220-238.
- Rosenthal TL, Bandura A: Psychological modeling: Theory and practice. In Garfield S, Bergin AE (Eds): *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd edn). New York, Wiley, 1978.
- Ruotsalainen J, Serra C, Marine A, Verbeek J: Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. *Scand J Work Environ Health* 2008;34:169-178.
- Smith M: *Sag Nein ohne Skrupel. Die neue Methode zur Steigerung von Selbstsicherheit und Selbstbehauptung*. Ulm, Mvg Verlag, 2003.
- Sonnentag S, Fritz C: The Recovery Experience Questionnaire: Development and

validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. *J Occup Health Psychol* 2007;12:204-221.

Sozialgesetzbuch. Das Neunte Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – (Artikel 1 des Gesetzes vom 19. Juni 2001, BGBl. I S. 1046, 1047), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 14. Dezember 2012 (BGBl. I S. 2598) geändert worden ist. Online-Zugriff am 13.05.2013. http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_9/gesamt.pdf

Spearman C: The abilities of man. London, Macmillan, 1927.

Staudinger UM, Smith J, Baltes P: Handbuch zur Erfassung von weisheitsbezogenem Wissen (Materialien aus der Bildungsforschung Nr 46). Berlin, Max Planck Institut für Bildungsforschung, 1994.

Sternberg R (ed.): Handbook of human intelligence. Cambridge: MA, Cambridge University Press, 1982.

Sundberg ND: Assessment of persons. Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall, 1977.

Taylor S: Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1996;27:1-9.

Timberlake W: Reconceptualising reinforcement: A causal-system approach to reinforcement and behaviour change; in O'Donohue W, Krasner, L (eds): Theories of behaviour therapy. American Psychological Association, Washington, DC, 1995.

Thoresen CF, Mahoney MJ: Behavioral-self-control. Holt: New York, 1974.

Warnke M: Klinische Korrelate von Indikatoren komplexer Teilleistungsstörungen bzw. Minimaler Cerebraler Dysfunktion (MCD). Dissertation, Charité Berlin, 2012.

WHO World Health Organization: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Bern, Huber, 1991.

WHO World Health Organization: International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva, World Health Organization, 2001.

Wobrock T, Weinman S, Falkai P, Gaebel W: Evidenzbasierte Psychiatrie – Die S3-Therapieleitlinie Schizophrenie der DGPPN. *Psychiatrie* 2006;3:1614-4864.

Wittchen HU, Jacobi F: Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundesgesundheits surveys 1998. *Bundesgesundheitsbl., Gesundheitsforsch., Gesundheitsschutz* 2001;44:993-1000.

Wittchen HU, Müller N, Pfister H, Winter S, Schmidtkunz B: Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys

„Psychische Störungen“. Gesundheitswesen 1999;61:216-222.

Zubrägel D, Linden M: Generalisierte Angststörung; in Linden M, Hautzinger M (eds): Verhaltenstherapiemanual. Berlin, Springer, 2011, pp 589-593.

Tabelle 1. Fähigkeitsdimensionen nach Mini-ICF-APP [Linden et al., 2009] und
fähigkeitsorientierte verhaltenstherapeutische Methoden und Techniken [Linden und
Hautzinger, 2011]

Fähigkeit	Fähigkeitsorientierte verhaltenstherapeutische Methoden	Nutzbare verhaltenstherapeutische Techniken
Kontaktfähigkeit zu Dritten	Soziales Kompetenztraining, Training zur Ausstrahlung und Wirkung, Kommunikationstraining	Reflexion der eigenen Außenwirkung, Modelllernen, Rollenspiele, gestufte in vivo Übungen, Einüben von Gesprächstechniken
Selbstbehauptungs- fähigkeit	Soziales Kompetenztraining, Assertiveness-Training	Situations-Diskriminationsübungen, Einüben neuer Kognitionen zum Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes, Modelllernen, Rollenspiele, gestufte in vivo Übungen, Einüben von Gesprächstechniken
Gruppenfähigkeit	Soziales Kompetenztraining in der Gruppe, Skills-Training	Verhaltensübungen und Rollenspiele, Modelllernen, Gruppenfeedback
Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen	Selbstkontrolltraining, Acceptance-und-Commitment- Ansätze	Selbstinstruktionen, Stimuluskontrolle, Shaping, Verhaltensverträge
Durchhaltefähigkeit	Resilienz-Training (Hardiness), Stressbewältigungstraining, Konzentrations- und Aufmerksamkeitstraining	Aktivitätenplanung, Tages- und Wochenprotokoll, Stimuluskontrolle, Selbstverstärkung, Premack-Prinzip, Einüben von Ablehnungsverhalten gegenüber ablenkenden Reizen
Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen	Berufstraining, Computerkurs, Ergotherapie	Berufliche Belastungserprobung
Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben	Problemlösetraining, Zeitmanagementtraining	Aktivitätenplanung (Tages- und Wochenplan), Problemhierarchisierung
Flexibilität und Umstellungsfähigkeit	Stresstoleranztraining, kognitive Umstrukturierung, Weisheitstraining	Sokratischer Dialog, Analyse automatischer Gedanken und Schemata, Perspektivwechsel, Zwei-Stühle-Technik
Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit	Realitätstraining, Problemlösetraining	Realitätsprüfung, kognitive Probe, Problemhierarchisierung, Diskriminationstraining
Fähigkeit zu regenerativen und Spontan-Aktivitäten	Freizeitkompetenztraining, Aktivitätsaufbau, Entspannungsverfahren, Genuss-	Liste angenehmer Aktivitäten, Repertoire eigener früherer (angenehmer) Aktivitäten

	und Well-being-Therapie	
Fähigkeit zu familiären und intimen Beziehungen	Work-Life-Balance Training, Paartherapie	Analyse automatischer Gedanken und Schemata, Identifikation überwertiger Ideen (z.B. bzgl. Arbeit) und Korrektur, Realitätsprüfung, Wochenaktivitätsprotokolle
Fähigkeit zur Selbstpflege	Gesundheitstraining, Training zur Ausstrahlung und Wirkung, Ernährungs- und Esstherapie, Bewegungstherapie	Selbstbeobachtung, Einüben neuer Kognitionen zum Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes, Modifikation von nichtverhaltensbezogenen Äußerlichkeiten, Einüben umschriebener Mikroverhaltensweisen, körperbezogene Interventionen
Verkehrsfähigkeit	Wegetraining, Orientierungstraining	Gestufte in vivo Exposition (parallel zu Symptomtoleranzübungen), Erlernen von Selbstberuhigung und Selbstinstruktion