

zur kritischen Selbstreflexion („Die Zwänge halten mich davon ab, mich weiterzuentwickeln“) sowie ihres jungen Alters besteht Aussicht auf eine ausreichend günstige Prognose für eine Verbesserung der Symptomatik.

## **Patientenchiffre: R xx xx 77**

### **1. Relevante soziodemographische Daten**

Die 39-jährige ungelernete Arbeiterin lebt zusammen mit ihrem Partner in einer Mietwohnung und hat zwei erwachsene Töchter, die nicht im Haushalt leben. Sie kommt aus eigener Initiative zur Psychotherapie.

### **2. Symptomatik und psychischer Befund**

Die Patientin klagt über Panikanfälle mit Herzrasen, Zittern, Schwindel, Schweißausbrüchen. Insbesondere in engen Räumen, Warteschlangen und Aufzügen habe sie Probleme, „und dann denke ich: Jetzt verlierst du den Boden unter den Füßen, du stirbst“. Die Angst sei teilweise so stark, dass sie lange an einem Ort aufgehalten werde, z. B. könne sie oft U-Bahn-Stationen nicht verlassen, vermeide mittlerweile auch Stationen mit besonders langen Treppen. Erstmals seien die Ängste vor circa zehn Jahren aufgetreten, als sie zum ersten Mal von ihrem Partner geschlagen worden sei, hätten aber in den letzten Monaten an Intensität zugenommen, wodurch nun auch ihre Tätigkeit als Gebäudereinigerin beeinträchtigt werde.

### **Psychischer Befund**

Im Kontakt ist die Patientin von Beginn an offen und freundlich. Sie ist zu allen Qualitäten orientiert, bewusstseinsklar und erscheint intellektuell und emotional differenziert. Die Patientin beschreibt Gewaltszenen mit einem als inadäquat erscheinenden Lachen. Es ergaben sich keine Hinweise auf suizidale Tendenzen. Testpsychologische Ergebnisse sprechen für das Vorliegen einer Angsterkrankung mit einer mittelschweren Depression (BDI, FPI, SCL 90-R).

### **3. Somatischer Befund**

S. Konsiliarbericht; nach eigenen Angaben geringe Mengen an Alkohol bei Feierlichkeiten, kein Tabak, keine Drogen, keine medikamentöse Behandlung.

### **4. Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte**

Die Patientin beschreibt ein prekäres häusliches Milieu, gekennzeichnet durch den Alkoholkonsum beider Eltern (arbeitslos), ständigem lauten Streit, bis hin zu Schlägereien zwischen den Eltern. Nach Trennung der Eltern sei ein Stiefvater eingezogen, der sie, die Patientin, im Alter von 16 Jahren „rausgeworfen“ habe, woraufhin sie wieder bei ihrem Vater eingezogen sei und dort gelebt habe, bis sie mit 17 Jahren gewollt schwanger geworden sei. Sowohl ihr Vater als auch ihr Stiefvater habe nicht nur sie, sondern auch die Mutter geschlagen, „meine Mutter hatte aber nie etwas Entscheidendes dagegen unternommen“. Den Vater ihres Kindes habe sie geheiratet und

habe mit 19 Jahren ein zweites Kind von ihm bekommen. Nach der Trennung vor 12 Jahren war die Patientin in einer weiteren Beziehung, in der sie ebenfalls unter Gewalt leiden musste, „die Schläge wurden immer schlimmer, je länger die Beziehung ging“. Gleichzeitig seien erstmalig agoraphobische Ängste aufgetreten, die jedoch nach der Trennung „von alleine“ abgenommen hätten. Seit 5 Jahren ist die Patientin in einer neuen Beziehung, in der sie ebenfalls mehrmals im Monat geschlagen werde. Die Patientin äußert den Wunsch, ihren Partner zu verlassen, habe aber die Befürchtung, dass er „mich dann verfolgt und weiter bedroht“. Panikanfälle, so ergibt die vertiefte Exploration, seien erstmals im Zusammenhang mit derartigen Bedrohungen aufgetreten und hätten im Laufe der letzten Jahre an Intensität zugenommen, „so dass ich immer größere Schwierigkeiten habe, meine Putzstellen aufzusuchen, Straßenbahnen und Aufzüge zu betreten und kaum noch Kontakt zu irgendwelchen anderen Freunden und Bekannten habe“. Ihr Partner, der momentan ebenfalls arbeitslos sei, habe sie anfangs begleitet, „jedoch reagiert er mehr und mehr wütend auf meine Ängste, so dass ich mich nicht traue, ihn darauf anzusprechen“. Ihre Töchter lebten weiter entfernt „und die will ich nicht damit belasten, die sehe ich auch nur selten“. Die Höhenangst trete seit circa zehn Jahren auf, damals sei es auch das erste Mal zu Gewalttätigkeiten gekommen. Mit wachsender Unzufriedenheit in der Partnerschaft hätten auch ihre akrophobischen Ängste an Intensität zugenommen. Die Ängste verärgerten den Partner, er habe wenig Verständnis für ihre Situation.

### **Störungsmodell**

Lebensgeschichtlich bedeutsam erscheinen insbesondere die Sozialisationsbedingungen im Elternhaus. Vor allem die Grundbedürfnisse nach Bindung und Kontrolle (nach Grawe, 2004) wurden offenbar durch die emotionale Distanz, Abwertung und Gewalt des Vaters und später des Stiefvaters massiv verletzt. Durch das devote Verhalten der Mutter fehlte ihr offenbar ein Rollenmodell zur adäquaten Befriedigung von Emotionen und Bedürfnissen. Die Patientin ist stark angstkonditioniert, überträgt dies jedoch nicht auf ihren Partner. Stattdessen manifestieren sich die Ängste als phobische Ängste mit Herzrasen, Zittern, Schwindel, Schweißausbrüchen. Durch die Ängste wird zudem eine Abhängigkeit vom Partner erlebt (im Sinne von „begleite mich“, „rette mich“), was jedoch entgegengesetzte Effekte hat. Die Symptomatik wird teufelskreisartig verstärkt.

## **5. Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung**

ICD-10: F40.01: Agoraphobie mit Panikstörung G.

ICD-10: F60.7: abhängige Persönlichkeitsstörung V.

## **6. Behandlungsplan und Prognose**

Übergeordnete Therapieziele sind eine Reduktion der ängstlichen Symptomatik, die Klärung des Zusammenhangs der möglicherweise vordergründigen phobischen Ängste mit den Gewalterfahrungen sowie die Förderung adäquater Bewältigungsmechanismen zur Durchsetzung eigener Bedürfnisse, insbesondere Klärung der partnerschaftlichen Situation mit eventueller Trennung.

### **Therapieplan**

Zur Erreichung der formulierten umfassenderen Therapieziele sollen vordergründig folgende Teilziele angestrebt werden bzw. Techniken zur Anwendung kommen:

- Festigung des bereits aufgebauten, vertrauensvollen Arbeitsbündnisses durch sachkundige Exploration der Symptomatik und einfühlsame, ressourcenorientierte Anamneseerhebung.
- Aufbau einer differenzierten Selbstwahrnehmung zur Identifikation von Bedingungsbeziehungen mittels Self-Monitoring (Wochenplan) der Angstanfälle sowie auslösender Momente durch die partnerschaftliche Konfrontation.
- Erarbeitung und Fortschreibung der Verhaltensanalyse mit dem Ziel, den Zusammenhang zwischen auslösenden Bedingungen (z. B. Streit mit dem Partner), Angst und Erregungszuständen sowie eventueller Übertragung der Angst auf äußere Situationen, die dann phobisch besetzt werden, aufzuzeigen.
- Vermittlung eines plausiblen Erklärungsmodells unter Einbeziehung der Ergebnisse aus der Self-Monitoring-Phase sowie anamnestic bedeutsamer Faktoren, hier insbesondere die in der Kindheit erlittene Gewalt sowie die emotionale Vernachlässigung als Einübung in die Hilflosigkeit (sensu Seligman).
- Psychoedukative Methoden bezüglich der evolutionär-adaptiven Funktion der Angst, individuellen Disposition sowie von Selbstbeobachtung (Teufelskreismodell sensu Margraf und Schneider, Zwei-Faktoren-Modell der Angst sensu Mowrer) sowie kognitiver Umstrukturierung dysfunktionaler Annahmen bezüglich körperlicher Missempfindungen.
- Erstellung einer Angsthierarchie und Ausarbeitung von Plänen zur graduierten Reizkonfrontation in Aufzügen, Supermärkten etc. Als Grundlage für Expositionen in vivo (zuerst in therapeutischer Begleitung) mit entsprechenden Übungsprogrammen über die Woche verteilt.
- Strukturierung der ehelichen Situation – eventuell unter Einbeziehung des Partners bzw. Erarbeitung von Strategien für eine Trennung ohne Gefährdung der Patientin.
- Methoden zur Verbesserung der allgemeinen Stressbewältigungskompetenz zur Absenkung des Erregungsniveaus sowie zur Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartung. Hierbei sollen Elemente aus Entspannungstechniken (z. B. PMR sensu Jacobson) vermittelt werden.
- Die letzte Phase der Therapie soll bei gedehnter Behandlungsfrequenz der Stabilisierung und der Rückfallprophylaxe dienen. Der Schwerpunkt soll hier auf Selbstmanagement-Techniken (sensu Kanfer) liegen.

Geplant sind 60 Sitzungen Verhaltenstherapie, teilweise mit Mehrfachsitzungen wegen der Exposition, die gegen Ende in ausschleichender Frequenz durchgeführt werden. Der genaue Umfang der Rezidivprophylaxe ist noch nicht absehbar. Sollte eine abhängige Persönlichkeitsstörung vorliegen, ist von einem erhöhten Umfang auszugehen.

### **Prognose**

Prognostisch ungünstig ist die starke Chronifizierung der Ängste sowie kaum geübte Konfliktbewältigungskapazität der Patientin und die missliche häusliche Situation. Begünstigt wird die Prognose durch die deutliche Therapiemotivation der Patientin sowie ihren Willen zur Veränderung. Insgesamt kann von einer ausreichend günstigen Prognose für eine Linderung des Beschwerdebilds ausgegangen werden.