

Der Patient ist zuverlässig und motiviert, offenbart eine gute Introspektionsfähigkeit. Er verfügt über viele Ressourcen, sodass ich von einer günstigen Prognose ausgehe.

## 4.11 Beispiel 11 – Emotional instabil

### Bericht zum Umwandlungsantrag für Verhaltenstherapie

**Datum:**                      **Chiffre:**

#### 1. Relevante soziodemografische Daten

31-jährige Kunsttherapeutin (Bachelorabschluss nach Fachabitur), derzeit arbeitslos, seit ca. 2 Jahren in Partnerschaft mit einem Soldaten, in Fernbeziehung.

#### 2. Symptomatik und psychischer Befund

Die Patientin leide schon seit ca. 10 Jahren unter wiederkehrenden psychischen Problemen und sei mehrfach stationär behandelt worden (siehe 3.). Die Symptomatik bestehe vor allem in Stimmungsschwankungen und intensiven Gefühlszuständen von Einsamkeit, Minderwertigkeit und auch von Reizbarkeit. Darüber hinaus seien Ängste vor Erbrechen in der Öffentlichkeit sowie davor, vor anderen Menschen Vorträge halten zu müssen, sehr belastend. Letzteres vermeide die Patientin. Aktuell aber komme es seit 2013, nachdem die Patienten miterlebt habe, wie ein Freund von ihr brutal zusammengeschlagen worden und seitdem körperlich behindert sei, auch zu wiederkehrenden Erinnerungen an diesen Vorfall sowie zu übermäßiger Schreckhaftigkeit, Herzrasen, Einschlafproblemen, Übelkeit, Anspannung und sehr belastenden Albträumen. Darüber hinaus bestünden Schwierigkeiten, den Alltag zu strukturieren. Seit Ende des Studiums hänge die Patientin „in der Luft“. Auch habe sie in der Partnerschaft unter Verlustängsten zu leiden.

Die Patientin wirkt auf mich belastet, versteckt ihre Bedürftigkeit zunächst hinter einer „taffen“ Fassade, im Kontakt sehr ambivalent, schwankend zwischen Anlehnungswünschen, dann auch schnell in kindlicher Opferrolle verharrend und deutlicher Abwertung und Ablehnung mir gegenüber. Immer wieder auch unterschwellig deutlich aggressiv wirkend, irgendwann dann „entladend“ in Form der Abwertungen. Gleichzeitig aber krankheitseinsichtig und deutlich behandlungsmotiviert, auch sehr zuverlässig und gewissenhaft.

Im Affekt dysphorisch, dahinter niedergeschlagen und ängstlich. Schwingungsfähigkeit erhalten. Antrieb wirkt ungestört. Suizidalität wird glaubhaft verneint. Patientin absprachefähig. Keine Ich-Störungen, keine weiteren psychopathologischen Auffälligkeiten.

#### 3. Somatischer Befund/Konsiliarbericht

Keine psychopharmakologische Medikation, aber in fachärztlicher Behandlung bei Bedarf. Diagnostizierte Migräne mit Aura. Psychiatrisch-stationäre und teilstationäre Behandlungen 2004, 2007, 2008, 2010, 2013 nach Suizidversuchen (insg. 5), Depressivität und SVV, Anorexia nervosa mit teils guten, teils mäßigen oder schwachen Erfolgen. Ambulante TP 2004–2008 mit sehr gutem Erfolg. Essstörung und SVV seien komplett abgebaut. Ebenso abgebaut sei ein multipler Substanzkonsum (Ecstasy, Speed, Kokain, Marihuana seien in großen Mengen regelmäßig bis 2016 konsumiert worden). Siehe auch Konsiliarbericht.

#### 4. Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte, zur Krankheitsanamnese, zum funktionalen Bedingungsmodell

Ätiologisch relevant sind die von der Patientin als sehr ambivalent geschilderten Beziehungen zu primären Bezugspersonen: Mutter (+25), Sekretärin) sei labil, abhängig, großzügig, aber wenig fürsorglich und auch vernachlässigend gewesen, habe erst bei Ablösung der Patientin in der Pubertät kontrolliert und geklammert, Vater (+26), Taxifahrer) habe die Patientin wie eine „Prinzessin“ behandelt, sie

gleichzeitig aber unter Leistungsdruck gesetzt, sei ein beliebter, ehrgeiziger Mann, habe ihr vermittelt, nach „Großem zu streben“, er „hasst weinerliche Frauen“. Bis heute sei die Beziehung zu ihm sehr „instabil“, Patientin häufig enttäuscht von ihm. Nach Trennung der Eltern (Mutter habe Vater nicht länger „zwingen können“, bei ihr zu bleiben) sei Patientin beim Vater und Stiefmutter aufgewachsen, hier habe sie Demütigung, Hass und Abwertung seitens dieser erlebt, sich gleichzeitig vom Vater fallengelassen gefühlt. Die Patientin wurde insgesamt von den Eltern v. a. nicht als sie selbst gesehen, die Aufmerksamkeit des narzisstisch bedürftigen Vaters wirkte einerseits kompensatorisch zur emotionalen Vernachlässigung der Mutter, jedoch um den Preis, den Vater vergöttern und Besonderes leisten zu müssen. Die Erfahrungen mit der Stiefmutter und das Fallenlassen des Vaters verfestigten schließlich das Gefühl, wertlos zu sein und intensivierten Gefühlszustände von Wut, Verzweiflung und Traurigkeit. Im Alter von 16 Jahren flüchtet die Patientin von zu Hause, kompensatorisch wirkten bis heute stets viele Freund- und Bekanntschaften sowie in Teilen schulisch-berufliche Erfolge. In Partnerschaften bislang aber immer „unglücklich verliebt“, Erleben von Eifersucht, gegenseitiger Abhängigkeit, Nähe-Distanz-Regulierungsproblemen, auch Gewalt und „unangenehme sexuelle Erfahrungen“.

Die Grund- und Hauptproblematik bestand und besteht bei der Patientin im Erleben von intensiven Gefühlszuständen und einer emotionalen Instabilität, die immer wieder Krisen hervorrief und die mittels Substanzkonsum und SVV zu regulieren versucht wurden. Aktuelle Auslösefaktoren sind sowohl das Erleben des Übergriffs auf den Freund als auch eine erneute Nähe-Distanz-Regulationsproblematik in der Partnerschaft (mit einem „ordnungs- und regelbewussten“ Soldaten), der zwar bodenständig und stabil, aber auch emotional „kühl, egoistisch und langweilig“ (auch im sexuellen Bereich) sei. Hinzu kommt nicht zuletzt die Arbeitslosigkeit, die im Kontrast steht zu den verinnerlichten Erfolgsidealen des Vaters,

sodass v. a. das Selbstwerterleben der Patientin derzeit massiv bedroht ist. Insgesamt besteht erneut ein Zustand emotionaler Überforderung, wobei die Patientin derzeit noch im Stande ist, auf gegenregulierende Maßnahmen im Sinne von kurzfristiger Verstärkung zu verzichten. Wutausbrüche dienen kurzfristig der emotionalen Entlastung.

### 5. Diagnose zum Zeitpunkt der Antragsstellung

ICD-10 F60.31 G Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typ, F33.1 G Rezidivierende depressive Störung, ggf. mittelgradige Episode, F40.1 G Soziale Phobie, F43.1 V Posttraumatische Belastungsstörung

### 6. Behandlungsplan und Prognose

Es wird eine Einzeltherapie mit weiteren 36 Sitzungen, die wöchentlich stattfinden sollen, beantragt. Es soll schwerpunktmäßig darum gehen, erneute Rückfälle in noch ausgeprägtere Symptomatik inkl. Suizidalität zu verhindern und die Erfolge bzgl. der Abstinenz des Konsums, des Abbaus selbstschädigender Verhaltensweisen generell aufrechtzuerhalten und zu stabilisieren. Die Patientin soll daher weiter emotional stabilisiert werden. Hierzu sollen insbesondere Techniken der Emotionswahrnehmung und -regulierung sowie Problemlösestrategien angewandt werden, basierend auf der DBT-Behandlung nach Linehan, wie auch nach dem TEK nach Berking. Zum Einsatz kommen sollen zu Beginn auch die klassische Spalten-technik und gemeinsame Erstellung von Verhaltensanalysen, um konkrete Auslösesituationen identifizieren und angehen zu können. Einzelne Elemente der Traumabehandlung, die stabilisierenden Charakter haben (Übungen: Tresor, sicherer Ort), sollen ebenfalls angewandt werden. Aufgrund der zugrunde liegenden Störung in der Persönlichkeit und den verinnerlichten, chronisch belastend wirkenden Erfahrungen mit den primären Bezugspersonen ist es auch notwendig, Elemente der Schematherapie nach Young und



Klosko (Nachbeelterung, Arbeit mit innerem Kind) anzuwenden und Ambivalenzen am Modell der therapeutischen Beziehung zu bearbeiten, wobei hier gut an die therapeutischen Vorerfahrungen der tiefenpsychologisch fundierten Therapie angeknüpft werden kann. In der Beziehungsgestaltung dialektisches Vorgehen in Bezug auf Akzeptanz und Veränderung. Die Arbeit an einem gefestigteren Selbstwertgefühl ist Bestandteil des Behandlungsplans und wird auch mit klassisch verhaltenstherapeutischen Methoden der kognitiven Umstrukturierung und Erarbeitung von Selbstverbalisierungen umzusetzen sein. Die Behandlung der sozialen Phobie wird als nachrangig angesehen und nur bei Erreichung der anderen Teilziele anzugehen sein. Am Ende der Therapie soll eine ausführliche Rückfallprophylaxe erstellt werden.

Prognose: Trotz der Schwere und Chronifizierung der Symptomatik sind prognostisch günstige Faktoren v. a. darin zu sehen, dass die Patientin in der Vergangenheit von therapeutischen Maßnahmen deutlich hat profitieren können und dass eine wichtige Ressource im Bereich sozialer Kontakte besteht. Es ist daher von einer ausreichend günstigen Prognose auszugehen.

### 7. Zusätzlich erforderliche Angaben bei einem Umwandlungsantrag

Die Patientin erschien zuverlässig und arbeitete motiviert mit. Der Beziehungsaufbau jedoch ist nach wie vor ein wichtiges Thema, da die Patientin nach wie vor häufig abwertet und Tendenzen zeigt, sich aus der Beziehung verabschieden zu wollen. Sie hat Einsicht in diese Wiederholungsproblematik gewonnen und hat sich klar für die therapeutische Behandlung entschieden, was bereits einen Fortschritt darstellt. Der bisherige Verlauf lässt sich als positiv beschreiben: Die Patientin konnte emotional ein Stück weit stabilisiert werden, ist ruhiger als zu Beginn. Es gelang eine bessere Emotions- und Bedürfniswahrnehmung. So war sie konkret in der Lage, sich eine neue Arbeitsstelle unter Berücksichtigung ihrer Grenzen und Wün-

sche zu suchen und eine vorherige Tätigkeit, die als wenig zufriedenstellend erlebt wurde, zu kündigen. Die Patientin erkannte ebenfalls zunehmend ihre Unzufriedenheit und die Entbehrungen in der abgekühlten Partnerschaft und trennte sich wohlüberlegt und mit „gutem“ Gefühl: „Das war ein großer Schritt für mich, da Trennungen vorher undenkbar und mit Krisen verbunden waren.“ Das Selbstwertgefühl ließ sich ebenfalls verbessern, was sich auch darin zeigt, dass die sozialen Ängste ebenfalls abgemildert sind und die Patientin klarer für ihren Standpunkt eintreten kann, nun auch in der Beziehung zur Mutter. Es besteht jedoch dringend weiterer Behandlungsbedarf, um den Behandlungsplan umzusetzen und die Patientin noch weiter zu stabilisieren. Sie leidet nach wie vor unter der Eingangssymptomatik, die sich jedoch schon in der Intensität reduzieren ließ.

## 4.12 Beispiel 12 – Entfremdung

### Bericht zum Erstantrag für Verhaltenstherapie

Datum:

Chiffre:

#### 1. Relevante soziodemografische Daten

19-jährige Studentin (Maschinenbau), ledig.

#### 2. Symptomatik und psychischer Befund

Die Patientin komme auf Anraten ihrer Krankenversicherung und ihrer Mutter anlässlich dessen, dass die Patientin die Kostenübernahme für eine weitere Operation im Bereich plastischer Chirurgie beantragt habe. Die erste OP sei ihrer Ansicht nach misslungen, ihre Beine und Arme seien nach wie vor „zu dick“, so wie ihr gesamter Körper („stark übergewichtig“), weshalb sie häufig Diät und sehr viel Sport betreibe. Die Patientin sei seit langer Zeit unzufrieden mit