Stimmungsaufhellung, Etablierung einer Tages- und Wochenstruktur, Reduktion des sozialen Rückzugs und gleichzeitige Etablierung von angenehmen und mit Angst inkompatiblen Aktivitäten und positiven Verstärkern durch Erstellen eines Wochenplans, Arbeit mit Verstärkerlisten.

Reduktion der dysfunktionalen Kognitionen und Sorgen in Bezug auf katastrophisierende Gedankenspiralen und Todesängste sowie die Selbstabwertungen durch Identifikation und Modifikation dysfunktionaler Kognitionen und Grundannahmen nach Beck inkl. sokratischem Dialog und in Anlehnung an das Programm zur Behandlung generalisierter Ängste nach Becker und Margraf sowie Arbeit mit Grübelstopp-Technik.

Erstellen einer Sorgen-Hierarchie und Konfrontation mit den Sorgen in sensu.

Reduktion der Einschlafstörung auch durch Etablierung von Schlafhygiene-Maßnahmen.

Erarbeitung einer beruflichen Zukunftsperspektive mittels sokratischen Dialogs, ISI (idealisiertem Selbstbild) und kognitivem Probehandeln.

Entwicklung von mehr Selbstfürsorge und verbesserter Wahrnehmung von Gefühlszuständen mittels einzelner Elemente aus dem TEK nach Berking.

Die Notwendigkeit der Durchführung einer Rückfallprophylaxe bei gedehnter Frequenz am Ende der Behandlung ist derzeit noch nicht absehbar.

Patient verfügt über einige Ressourcen (Interessen: Musik, Tennis, Billard, Kochen; stabile Ehe, gute Beziehung zum Sohn, Freundes- und Bekanntenkreis), sodass trotz der aktuellen Schwere der Symptomatik von einer günstigen Prognose ausgegangen werden kann.

7. Zusätzlich erforderliche Angaben bei einem Umwandlungsantrag

Der Patient erschien erwartungsgemäß zuverlässig. Es konnte eine tragfähige therapeutische Arbeitsbeziehung entwickelt werden. Der Patient arbeitet recht aktiv mit. Es konnte damit begonnen werden, ein Krankheitsmodell zu entwickeln, sodass der Patient mehr Verständnis für seine Problematik entwickelte, was entlastend wirkte. Der Schwerpunkt lag dann darauf, den Zusammenhang zwischen Rückzug, Vermeidung und Aufrechterhaltung bzw. Verschlechterung der Symptomatik zu erkennen und hier in Teufelskreise einzugreifen. Schrittweise konnte der Patient aktiver werden, eine geregeltere Tagesstruktur etablieren und den sozialen Rückzug reduzieren. Hierbei aber immer wieder deutlich werdende Antriebsprobleme. Des Weiteren offenbarten sich auch eheliche Schwierigkeiten, die im Wesentlichen auf die Symptomatik des Patienten zurückführbar sind. Vor wenigen Wochen erneute Diagnose einer Anomalie bei Untersuchung. Aktuell wieder Verschlechterung der Symptomatik mit ausgeprägten Todesängsten, Frustessen, Depressivität, Selbstabwertung. Die Weiterführung der Behandlung ist dringend indiziert.

4.8 Beispiel 8 – Ich halte durch

Bericht zum Umwandlungsantrag für Verhaltenstherapie

Datum: **Chiffre:**

1. Relevante soziodemografische Daten

38-jährige Sachbearbeiterin, seit 10 Jahren in Partnerschaft lebend (Partner: Beamter), 1 Tochter (6-jährig).

2. Symptomatik und psychischer Befund

Die Patientin berichtet zunächst vorwiegend von Ängsten, innerer Unruhe und somatischen Beschwerden. Sie erleide Panikattacken, die einhergingen mit Herzrasen, hohem Blutdruck, Diarrhoe, Schweißausbrüchen und Zittern. Danach sei sie jeweils „vollkommen erschöpft". Sie habe Durchschlafschwierigkeiten und wache morgens frühzeitig auf. Im Verlauf der Sitzungen wird zunehmend eine zusätzlich depressive Symptomatik deutlich. Die Patientin fühle sich zunehmend gleichgültig und lustlos, ziehe sich zurück und der Antrieb sei gemindert. Permanent müsse sie grübeln und steigere sich in eine gedankliche Ausweglosigkeit hinein, sehe alles negativ und definitiv. Ihre Libido sei deutlich reduziert.

Mir begegnet eine übergewichtige Frau (1,73 m, 99 kg, BMI = 33,1), die insgesamt schwerfällig und emotional wenig schwingungsfähig wirkt. Sie berichtet weitestgehend sachlich. Im Denken ausgeprägte Grübelneigung. Im Affekt niedergeschlagen wirkend. Antrieb reduziert. Suizidalität wird glaubhaft verneint. Krankheitseinsicht und Therapiemotivation gegeben. Keine weiteren psychopathologischen Auffälligkeiten.

BDI (Probatorik): 6, im Verlauf der Kurzzeittherapie: 25.

3. Somatischer Befund/Konsiliarbericht

Psychiatrische Mitbehandlung. Medikation: Citalopram. Keine bisherige Therapie. Keine Sucht, kein Alkoholkonsum. Keine bisherigen Therapien.

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

Die Patientin berichtet von einer belasteten Atmosphäre in der Herkunftsfamilie mit einem alkoholkranken, cholerischen Vater (+26J, Schlosser), der die Patientin leistungsmäßig unter Druck gesetzt und den Bruder (-5J) stark bevorzugt, die Patientin aufgrund des weiblichen Geschlechts abgewertet habe sowie einer auf sich selbst bezogenen, vorwurfsvollen und negativ eingestellten Mutter (+19J, Friseurin). Die Eltern hätten sich häufig und respektlos gestritten (Trennung, als Patientin 10 Jahre alt war, dann bei Mutter aufgewachsen, zum Vater nur noch selten Kontakt); beide Elternteile hätten die Patientin regelmäßig geohrfeigt, auch mit dem Bruder habe sie sich früher geprügelt und gestritten. Die Patientin habe als Kind bereits „stark" sein müssen, habe Angst gehabt, verlassen zu werden. Vor diesem Hintergrund war es der Patientin nicht möglich, ein stabiles Selbstwertgefühl zu entwickeln, sie erlebte sich vielmehr immer wieder als unzulänglich und hilflos. Aus Angst vor Bestrafungen und Verlust musste sie sich angepasst und gehorsam verhalten. Sie konnte zudem kaum in Kontakt zu eigenen Bedürfnissen und der eigenen Gefühlswelt gelangen. Des Weiteren scheint sie die negativistische Grundatmosphäre und Einstellung der Eltern verinnerlicht zu haben. Erschwerend hinzu kamen Mobbingerfahrungen durch Gleichaltrige in der Schulzeit.

Die Symptomatik entwickelte sich in den letzten Jahren auf dem Boden von Unzufriedenheit in der Partnerschaft (sei zwar haltgebend, aber eher platonischer Art seitens der Patientin, wenig Gemeinsamkeiten) sowie auf dem Boden von Überforderungserleben im Beruf (hier Schwierigkeiten mit Vorgesetztem und Angst vor Fehlern) und durch die Geburt der Tochter (zu dieser bestehe jedoch eine liebevolle Beziehung) (S). Die Patientin steht kaum in Kontakt zu ihrer Gefühlswelt und funktionierte über lange Zeit unter Vernachlässigung eigener Bedürfnisse. Sie gerät aktuell an die Grenzen ihrer Belastbarkeit, versucht aber, weiter zu funktionieren, wodurch sie kurzfristig Angst vor Kontrollverlust reduzieren kann (C-/), aber langfristig umso mehr erschöpft und mit Panikattacken reagiert (C-). Es kommt zu einem ausgeprägten Verstärkermangel und hierdurch zu Entwicklung von Depressivität (C-).

5. Diagnose zum Zeitpunkt der Antragsstellung

ICD-10 F32.1 G Mittelgradige depressive Episode, F41.0 G Panikstörung

6. Behandlungsplan und Prognose

Es wird eine Einzeltherapie mit weiteren 36 Sitzungen, die aufgrund eines längeren Anreisewegs der Patientin 14-tägig stattfinden sollen, beantragt. Folgender Behandlungsplan wurde entwickelt:

Zunächst Etablierung einer therapeutischen Beziehung kongruent zu den wichtigsten Beziehungsmotiven der Patientin (Halt/Kontrolle und Anerkennung) zur ersten emotionalen Stabilisierung durch komplementäre Beziehungsgestaltung.

Ein Verständnis für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik entwickeln als Basis zur Einleitung von Veränderungen durch Erstellen eines gemeinsamen Störungsmodells und Psychoedukation (Schwerpunktsetzung auf Überforderungsteufelskreis und Zusammenhang von nicht spürbaren Gefühlen und somatischen Symptomen).

Stimmungsaufhellung, Reduktion des sozialen Rückzugs und gleichzeitige Etablierung von angenehmen Aktivitäten und positiven Verstärkern ohne Leistungscharakter durch Erstellen eines Wochenplans, Arbeit mit Verstärkerlisten.

Reduktion der dysfunktionalen, depressogenen, negativistischen Kognitionen (wie „Ich bin nicht gut genug. Ich kann nicht mehr weiter. Alles geht zu Grunde.") durch Identifikation und Modifikation dysfunktionaler Kognitionen und Grundannahmen nach Beck inkl. sokratischem Dialog.

Entwicklung von mehr Selbstfürsorge und verbesserter Wahrnehmung von Gefühlszuständen mittels TEK nach Berking und Achtsamkeitsübungen nach Kabat-Zinn, um hierüber auch zu einer Klärung der partnerschaftlichen Situation zu gelangen und um die Patientin zu befähigen, ihr Leben ihren Bedürfnissen entsprechend zu gestalten.

Entwicklung von Konflikt- und Abgrenzungsfähigkeit durch Training sozialer Kompetenzen nach Hinsch und Pfingsten.

Die Notwendigkeit der Durchführung einer Rückfallprophylaxe bei gedehnter Frequenz am Ende der Behandlung ist derzeit noch nicht absehbar.

Die Patientin profitierte bereits von der Behandlung, verfügt über einige Ressourcen (Interessen: Fotografie, Pilates, Natur; Freundschaften, Durchhaltefähigkeit/Resilienz), sodass von einer günstigen Prognose ausgegangen werden kann.

7. Zusätzlich erforderliche Angaben bei einem Umwandlungsantrag

Die Patientin erschien erwartungsgemäß zuverlässig. Es konnte eine tragfähige therapeutische Arbeitsbeziehung entwickelt werden. Nach Entwicklung eines Krankheitsmodells und Anwendung von psychoedukativen Elementen konnte die Patientin zunehmend Zusammenhänge zwischen ihrem rigiden, „starken" Anpassungsverhalten und der Symptomatik herstellen. Es konnte dann damit begonnen werden, emotionale und soziale Kompetenzen zu trainieren, sodass sich die Patientin inzwischen in Beziehungen deutlicher positioniert, was ihr guttut, aber auch zu einer Zuspitzung der Partnerschaftsproblematik führt. Darüber hinaus ist die Patientin sozial wieder aktiver, ist selbstfürsorglicher. Depressogene Kognitionen und Gedankenspiralen konnten identifiziert und in Teilen modifiziert werden. Die Symptomatik ließ sich bereits reduzieren, besteht aber nach wie vor noch in krankheitswertigem Ausmaß. Die Weiterführung der Behandlung ist notwendig und Erfolg versprechend.