

F 32.1 Mittelgradige depressive Episode auf dem Hintergrund traumatischer Entwicklungsbedingungen.

{Praxis}
{Straße}
{PLZ} {Ort}

{Logo}

Bericht zum Antrag auf Umwandlung in analytische LZT

1. Spontanangaben, Symptomatik

Die labile 21-jährige Patientin berichtet, unter anhaltenden Gefühlen der Wertlosigkeit und Niedergeschlagenheit zu leiden. Jetzt sei alles „kaum mehr auszuhalten“. Kleinigkeiten brächten sie zum Weinen, dies könne sie dann kaum stoppen. Daneben gebe es Situationen, in denen sie ihre „Wut fast nicht bändigen“ könne. Vor Jahren während ihres ersten Unisemesters sei „der Stein durch ein Selbsterfahrungsseminar an der Uni ins Rollen gekommen“. Der dortigen Dozentin sei zum damaligen Zeitpunkt aufgefallen, dass die Pat. „extrem schusselig und psychisch auffällig“ sei. Die Pat. sei daraufhin so verunsichert gewesen, dass sie in eine psychologische Beratungsstelle der Universität gegangen sei. Die Pat. komme häufig zu spät, u. a. weil sie auch auf dem Uniweg „in die falsche Richtung laufe, ohne es zu merken“. Es fiele ihr sehr schwer, sich zu konzentrieren: „Es ist, als wäre ich in meiner eigenen Welt und würde träumen.“ Ihre Leistungen seien derart abgefallen, dass sie angesichts der strengeren Hochschulanforderungen durch die Bologna-Reformen um die Fortsetzung ihres Studiums fürchte. Sie leide an Migräne, bekomme manchmal kaum Luft und sei schon deshalb und wegen starker Herzschmerzen notfallmäßig ins Krankenhaus gekommen. Im Januar 200x sei die Pat. zweimal beim Klauen erwischt worden (seither stehle sie nicht mehr). Einmal habe sie sich dort selbst gemeldet.

2. Lebensgeschichtliche Entwicklung

Die Pat. sei als „ungewolltes Kind“ von ihrer Mutter (+20) in Slowenien geboren worden. Der Vater (+24, mit afrikanischen Wurzeln) habe dort studiert. Die Pat. kenne ihn nicht. Die Mutter der Pat. sei selbst ein „musterhaftes“ Kind gewesen (sehr gute Schülerin). Als die Pat. 1 J. alt war, sei die Mutter mit ihr nach Deutschland gegangen, wo sie zunächst illegal von Schwarzarbeit („Strippen in einer Nachtbar“) gelebt habe. In der Folge habe die Mutter fünfmal geheiratet. Sie lebe jetzt ohne Mann mit der strengen Großmutter zusammen, die vor 7 Jahren nach dem Tod ihres Mannes auch nach Deutschland gekommen sei. Der 4. Mann der Mutter habe die Pat., als diese 4 J. alt war, sexuell missbraucht. Der Täter wurde inhaftiert, aber die Pat. habe an diesen Missbrauch keine bewusste Erinnerung. Die Pat. habe sich in der Kita stets lieber mit den Erwachsenen als mit Gleichaltrigen beschäftigt. Kurz nach ihrer Einschulung (sehr gute Schülerin) sei ihre Mutter für 9 Monate nach Slowenien gegangen. Die Pat. habe während dieser Zeit bei der Leiterin der Kita gelebt und dort „eine wirkliche Familie“ kennengelernt. Sie sei nur ungern zur Mutter zurückgekehrt. Bei der Mutter sei sie immer mit Schule und Klavierunterricht gedrillt worden, habe keine Kontakte zu Gleichaltrigen pflegen dürfen und sei sehr oft alleine gewesen. Sie habe sich geängstigt, wenn ihre Mutter betrunken gewesen sei und nachts häufig fremde Männer nach Hause gebracht habe. Obwohl bisweilen das Geld sehr knapp gewesen sei, habe die Mutter ihr meist sehr viel Geld gegeben. Dies sei bis heute so und mache „kein gutes Gefühl“, da immer Bedingungen daran geknüpft seien. Nach der 4. Kl. sei die Pat. auf das Gymnasium gekommen. Dort habe sie sich gemobbt gefühlt und sei seit der 6. Klasse auf einem Elite-Gymnasium. Der Zugang zu den Klassenkameraden sei schwierig, da sie sich den Älteren zugehöriger fühle. Sie habe – nach gescheiterten eigenen Wohnversuchen – wiederholt bei Freundinnen gelebt und immer wieder auch bei dem 4. Mann der Mutter. Die Mutter der Pat. habe sehr wenig Zeit, sie arbeite viel. Nach dem Abitur nahm die Pat. das Studium der Psychologie auf.

3. Krankheitsanamnese

Häufige Migräne und Herzschmerzen (ohne medizinischen Befund) sowie häufige Erkältungskrankheiten. Ferner die üblichen Kinderkrankheiten. Keine ambulante therapeutische Vorerfahrung.

4. Psychischer Befund

Die Pat. ist eine hübsche, zierliche, kreativ gekleidete, nervös, gehetzt, ängstlich und verletzbar wirkende junge Frau. Sie schildert differenziert ihre Symptomatik: fehlende Konzentration „wie in Trance“ mit Auswirkungen auf Leistungen, „immerwährende Traurigkeit“, was sich in der letzten Zeit gesteigert habe. Dabei wirkt sie verzweifelt und hilflos. Wiederholt kommen ihr die Tränen. In der Gegenübertragung löst sie mütterliche Gefühle aus und es wird deutlich, dass sie die Fähigkeit hat, Menschen für sich zu gewinnen. Ohne spürbaren Affekt beschreibt sie schwer Nachvollziehbares aus ihrer Genese. In der Darstellung ihrer Freundschaften werden neben großen Erwartungen Misstrauen und Enttäuschung deutlich. Zu den folgenden beiden Std. kommt sie verspätet, bittet um einen anderen Termin und ist seither pünktlich. Die dissoziativen Symptome sind rückläufig, Verbalisations- und Introspektionsfähigkeiten wurden im Verlauf immer besser, sodass die Pat. für die beantragte Psychotherapie geeignet ist. Es lassen sich ferner keine ernsthaft einschränkende psychopathologische Auffälligkeiten eruieren.

Bevorzugte Abwehrmechanismen: Dissoziationen, Affektisolierung, Verdrängung, Somatisierung.

5. Somatischer Befund

S. Konsiliarbericht.

6. Psychodynamik

Bei der Pat. vermengen sich konflikt- und strukturbezogene ätiologische Momente mit einer zusätzlich traumatisch bedingten Genese.

Konfliktbezogen imponieren neben Scham- bzw. einem ödipalen Konflikt (fehlender Vater) außerdem Unterwerfungs-, Kontroll- bzw. Aggressions-Konflikte. Letztere aufgrund des inneren Verbots, nicht gegen die dominante, strenge, verhasste Mutter aufbegehren zu dürfen, wodurch davon auszugehen ist, dass das anale Antriebsmoment stark beeinträchtigt ist. Insbesondere hier erscheinen die träumerischen, unkonzentrierten Symptome als Dissoziationen im Sinne eines kompromisshaften Versuchs, zwischen ihrer immensen Wut und der Abwehr dieses Impulses zu vermitteln, genährt durch die verinnerlichte unbewusste Beziehungsfantasie, sonst durch die Mutter verstoßen zu werden. Ferner sind aus konfliktbezogener Sicht narzisstische Selbstwertkonflikte (immer nur leisten zu müssen, nie wirklich gesehen worden zu sein) sowie orale Konflikte virulent (unempathische junge Mutter) zu konstatieren. Das chaotische und verwahrlosende Elternhaus hat zudem aus strukturbezogener Sicht zu Entwicklungsstörungen geführt: Das Maß an struktureller Beeinträchtigung im Struktur-OPD-Bereich Affekt- und Selbstwahrnehmung ist enorm: Die Pat. lernte früh, in einem feindseligen Klima ihre Gefühle zur Objektsicherung runterzuschlucken. Zudem liegen strukturelle Defizite im Bereich Kommunikation bzw. Bindung vor, denn die Pat. hat nur die Erfahrung unechter Kommunikation, Zugewandtheit und Bindung machen können (Geld als Ersatz von Beziehung). Abschließend können sowohl der sexuelle Missbrauch als auch die generell hoch sexualisierte häusliche Atmosphäre (s. Strippen, wechselnde Partner der Mutter) als schwere Traumata und Erschütterung ihres Ichs gewertet werden, wobei die Dissoziationen

(Träumen, Unkonzentriertheit) auch als Trauma-übliche Abwehr zu verstehen sind. Vermutlich war die Mutter auch als Prostituierte tätig, was aus tiefen Schamgefühlen verleugnet oder verdrängt werden muss. Möglicherweise fungierte die Attestierung der Unkonzentriertheit / Schusseligkeit (Dissoziationen) durch die Lehrerin als eine Art Trigger, der die Dissoziationen aufweichte und die Pat. mit den hinter der Abwehr liegenden traumatischen bzw. konflikthaften Inhalten in Kontakt brachte. Das Klauen kann als hilfloser Versuch angesehen werden, sich irgendein Objekt ersatzweise einzuverleiben, wodurch nochmal die orale Konfliktebene unterstrichen wird. In der Herzneurose wird das Herz zu einer Art von Person (Mutter), von der man zwar tyrannisiert wird, ohne dessen Schutz man jedoch vollkommen wehrlos wäre. (Die Pat. benimmt sich demütig, um die strafende Mutter wieder zu versöhnen!) Die Sorge um die körperliche Integrität wird zudem verschoben: Die Angst vor einer Herzkrankheit ist besser zu ertragen als die Angst vor der vollständigen Auflösung des Selbst.

Auch wenn durch das alarmierende Dozentenverhalten tendenziell ein Auslöser vorliegt, überwiegt doch durch die multiple konflikt-, struktur- sowie traumabezogene Ätiologie die chronifizierte Schwere der Störung, wodurch eine längerfristige analytische Behandlung erforderlich wird.

7. Diagnose

F 32.1 Mittelgradige depressive Episode auf dem Hintergrund traumatischer Entwicklungsbedingungen. Die Konzentrations-, Orientierungsschwierigkeiten und Dissoziationen deuten ferner auf Züge einer posttraumatischen Belastungsstörung hin. Ferner: Herzneurose.

8. Bisheriger Verlauf und weiterer Behandlungsplan

Die Ausführungen verdeutlichen, wie sehr bei der Pat. die gesamte biografische Entwicklung – neben erheblichen strukturellen Defiziten – durch sehr ungünstige und starre repetitive Beziehungsmuster und gleichartige Konflikt-Dynamiken geprägt ist, woraus im Besonderen die Indikation für eine analytische Psychotherapie erwächst. Ferner überwiegt hinsichtlich der Dekompensation die Struktur gegenüber den auslösenden Faktoren als maßgeblicher krankmachender Faktor. Für die Pat. werden somit 135 Std. für die Umwandlung der KZT in eine analytische LZT bei 2 Wochenstd. beantragt. Durch die bisherige KZT konnte die Pat. gut stabilisiert und für ein weitergehendes therapeutisches Verfahren sensibilisiert werden. Auch die dissoziative Symptomatik ist rückläufig. Geplant ist zunächst eine modifizierte analytische Therapie, die angesichts der sensiblen Störung vorerst regressive Prozesse zu meiden sucht. Ein modifiziertes analytisches Vorgehen mit einer zunächst 2-wöchigen Frequenz scheint gegenüber einer geringeren tiefenpsychologischen Frequenz insbesondere aufgrund der komplexen Symptomatik (Depression, Dissoziationen, Herzneurose, Stehlen) besser geeignet, die erforderlichen dichten und strukturstärkenden Behandlungs-Prozesse einzuleiten. Im Mittelpunkt des ersten Therapieziels steht die Integration auseinanderfallender Selbst- und Objektvorstellungen. Zunächst wird es in der Behandlung um das Angebot von Containment und die Etablierung einer verlässlichen, haltenden therapeutischen Beziehung gehen, die so viel Sicherheit bietet, dass bedrohlich erlebte Affekte wahrgenommen, ausdifferenziert und ambivalente Gefühlsregungen in der Übertragung empfunden werden können. Dies bedeutet eine Auseinandersetzung mit den unvertrauten und bedrohlichen Affekten, was zu einem anderen Umgang mit ihrer Störung führen sollte, sodass diese als Eigenes akzeptiert, schwieriges Eigenes verantwortet und durch veränderte Einstellungen bewältigt werden kann. In der Arbeit gegenüber der Herkunftsfamilie, die ich als wichtig für einen mgl. Therapieerfolg ansehe, geht es um die Unterstützung bei der schwierigen Balance zwischen Grenzsetzung und dem Aushandeln des notwendigen Raums, den die Pat. benötigt, um Eigenes ausprobieren zu können, sowie den Umgang mit Vertrauen und Lüge. Es ist davon auszugehen, dass noch einiges bislang schwer Verdrängtes durch die

neue Situation ans Tageslicht kommen wird (s. mögliche Prostitution der Mutter, mögliche weitere Missbräuche, Schamgefühle usw.). Übergeordnetes analytisches Ziel ist eine umfangreiche strukturstärkende therapeutische Intervention.

9. Prognose

Die Patientin erschien zuverlässig zu den bisher stattgefundenen Sitzungen. Dabei zeigte sich in der Zusammenarbeit, dass sie inzwischen über alle für die (modifizierte) analytische Arbeit notwendigen Voraussetzungen verfügt. Sie steht unter einem hohen Leidensdruck und der emotionale Kontakt entwickelte sich gut. Sie ist sehr daran interessiert, die Therapie als analytische LZT weiterzuführen, und stellt sich bereitwillig der nicht ganz leichten Aufgabe, die bisherige Arbeit rückblickend zu reflektieren. Prognostisch günstig dürften auch die ebenso vorhandenen gesunden Ich-Anteile der Patientin gewertet werden, an die angeknüpft werden kann. Die Prognose für die Umsetzung der Behandlungsziele erscheint daher ausreichend günstig.