

{Praxis}  
{Straße}  
{PLZ} {Ort}

## Bericht zum Umwandlungsantrag von Kurzzeit- in Langzeittherapie

### 1. Spontanangaben, Symptomatik zu Beginn der Behandlung

Die 17-jährige Patientin berichtet im Erstkontakt, sie sei oft sehr angespannt und könne mit Druck immer schlechter umgehen. Hierdurch sei die Lebensfreude nicht nur stark eingeschränkt, sondern sie würde auch zunehmend innerlich unruhiger werden. Im Zustand zunehmender innerer Spannung könne sie nicht anders, als sich die Haare an den Augenbrauen und Augenwimpern auszureißen. Zitat: „Schon kleine Anlässe lösen in mir Stress aus. Mir wird dann heiß und kalt, ich ziehe mich zurück und fange an, mir die Haare auszureißen.“ Nach einem kurzen Zustand der Entspannung sei sie später darüber dann sehr wütend und würde sich schämen und selbst verachten. Die Kontaktaufnahme zum Unterzeichnenden erklärt sich dadurch, dass vor kurzem eine Freundin von ihr wegen psychischer Probleme einen Selbstmordversuch unternommen habe. „Da habe ich gedacht, wenn ich jetzt nichts für mich unternahme, dann nie ...“ Im Verlauf der probatorischen Sitzungen wird deutlich, dass die Betroffene schon lange unter Selbstbild- und Selbstwertproblemen leidet. Sie fühle sich trotz guter Schulleistungen und einer Teilzeitbeschäftigung im Verkauf eines Schuhladens, die ihr Spaß mache, zunehmend unzufriedener und habe sich – insbesondere wegen „meiner hässlichen Augen“ – von anderen Menschen weitestgehend zurückgezogen. Nur zur Mutter und gelegentlich zur jüngeren Schwester bestünden Kontakt. Sie grübele viel, habe Zukunftsängste, erlebe den Alltag als sehr quälend und sehe oft keinen Sinn im Leben. In der Therapie wolle sie nun versuchen, negative Erfahrungen aus ihrem Leben zu verarbeiten mit dem Ziel, die innere Anspannung loszuwerden und wieder Freude am Leben zu entwickeln. Im Hintergrund befindet sich neben dem o. g. Selbstmordversuch einer Freundin ein gescheiterter Beziehungsversuch mit einem gleichaltrigen Jungen (siehe unten).

### 2. Lebensgeschichtliche Entwicklung

Die Patientin wird als erste Tochter einer Kindergärtnerin (+24) und eines Automechanikers (+29) in geordneten Verhältnissen geboren. Die Mutter habe ihre Berufstätigkeit in der Kindheit der Pat. nie ganz aufgegeben und engagiere sich seit einigen Jahren auch noch intensiv ehrenamtlich (Schulkindern lese sie Geschichten vor). Nach außen zeige sie sich stark und tue so, als ob sie nichts umwerfen könne. Allerdings würde sie im Rahmen der Familie regelmäßig „explodieren“ – besonders, wenn man wirklich mal was von ihr wolle. Bis heute könne man ihr nichts Recht machen. Der Vater habe einen problematischen Umgang mit Alkohol, sei schweigsam und habe seine Gefühle seit jeher kaum zeigen können. Er habe stets viel gearbeitet und sich zurückgezogen. Dennoch habe die Patientin in früher Kindheit viel Zeit mit ihm verbracht. Später, mit beginnender Pubertät, habe sich der Kontakt dann immer mehr reduziert. Die Beziehungskonstellation innerhalb der Familie wird insgesamt als problematisch dargestellt. Die Ehe der Eltern sei von häufigen Krisen und lautem Streit begleitet. Des Öfteren habe die Frage nach Trennung im Raum gestanden. Dies sei jedoch mit Rücksicht auf die Kinder unterlassen worden. Die Mutter habe ein sehr enges Verhältnis zur jüngeren Tochter und gemeinsam würden beide häufig auf die Patientin „*einhacken*“ – wie die Patientin es nennt. Ähnlich den Eltern habe auch zwischen den Geschwistern kein inniges Verhältnis bestanden. Insgesamt seien Kindheit und Grundschulzeit trotz der konfliktreichen Familiensituation unauffällig verlaufen. Mit dem Wechsel ans Gymnasium beginnt die Patientin unter sozialen Rückzugstendenzen und Zukunftsängsten zu leiden. Grund hierfür ist neben dem schulischen Anforderungsdruck eine negative sexuelle Erfahrung, wie sich erst später im Verlaufe der Sitzungen herausstellt. Sie meint, sie habe das Ganze selbst bis heute nicht überwinden können. Die Schule wird

letztendlich unter Aufbieten aller Kräfte fortgesetzt. Neben häufigen Albträumen treten bei der jungen Patientin zunehmend Probleme in Bezug auf Selbstbewusstsein und Anpassungsfähigkeit auf. Nach einigen flüchtigen Bekanntschaften habe sie mit 16 Jahren ihren ersten festen Freund kennen gelernt, wobei die Beziehung immer wieder in Frage gestellt worden sei. Nach einenhhalb Monaten hätten sie sich in beiderseitigem Einverständnis getrennt. Ihre ersten sexuellen Erfahrungen seien eher problematisch gewesen, sie habe sich aufgrund der geringen Körperakzeptanz nicht wohl gefühlt. Die Patientin ist zum Zeitpunkt des Therapiebeginns solo. Etwa ein halbes Jahr vor Therapieaufnahme sei ihr die Haar- bzw. Wimpernproblematik bewusst geworden. Weder Haus- noch Augenarzt hätten ihr weiterhelfen können, sodass der Suizidversuch einer Freundin letztendlich zu der Idee führte, sich psychologische Hilfe zu holen.

### **3. Krankheitsanamnese**

Die üblichen Kinderkrankheiten.

### **4. Psychischer Befund**

Zum Aufnahmegespräch erscheint eine gepflegte, modisch gekleidete junge Frau. Sie senkt häufig den Kopf aus Scham und aus Angst, man könne die lichten Stellen sehen. Manchmal trägt sie auch eine (modische) Kopfbedeckung, um die teilweise fehlenden Haare ihrer Augenbrauen zu verdecken. Sie ist bewusstseinsklar und gut orientiert. Antrieb und Psychomotorik sind eher unauffällig. Die vorherrschende Stimmungslage ist aufgekratzt, bei allerdings begrenzter emotionaler Schwungsfähigkeit. Im Kontakt wirkt die Betroffene zuweilen einfach gestrickt und schutzbedürftig. Es besteht spürbarer Leidensdruck. Suizidalität und Selbstverletzungen können glaubhaft ausgeschlossen werden. Bevorzugte Abwehr: Wendung gegen das Selbst, Reaktionsbildung, Affektisolierung, Verdrängung.

### **5. Somatischer Befund**

siehe Konsiliarbericht

### **6. Psychodynamik**

Die Pat. fand in ihrer Herkunftsfamilie keine guten Vorbilder bezüglich der Anforderung, wie man mit eigenen Gefühlen auf reife Weise umgehen kann (Affektregulation): Die Pat. sah sich einer Mutter gegenüber, die sich nach außen stark und harmonisch gab, innerhalb der Familie aber affekt-labil war und immer wieder zu Gefühlsausbrüchen neigte. Der Vater war äußerlich still und zurückgezogen, konnte aber seine vermutlichen inneren Spannungen nur mit Alkohol regulieren. Eigene böse bzw. sadistische Anteile konnten die weiblichen Mitglieder der Familie (Mutter, Schwester) nur durch Projektion bzw. Externalisierung regulieren, indem sie die Pat. zum Sündenbock machten. Die Pat. machte auch anhand der Ehe der Eltern die Erfahrung, dass tiefe emotionale Zerwürfnisse (siehe Ehekonflikte) in der Realität zu keinen nennenswerten Änderungen oder Konsequenzen führten (man blieb zusammen). Durch diese Erfahrungen und fehlenden Vorbilder in punkto Affektregulation ist auf Seiten der Pat. von strukturellen Defiziten in diesem Bereich auszugehen; ebenso wie im Bereich Affekttoleranz: Bereits leichte innerseelische Spannungen können nicht angemessen reguliert werden. Aus konfliktbezogener Sicht wächst die Patientin in dieser emotionsverwirrenden und gleichzeitig gespannten Familiensituation auch in einem Klima auf, in dem sie zunehmend zwischen zwei Elternteilen steht, die sich nicht nur gegenseitig ablehnen, sondern an die Patientin auch völlig unterschiedliche Beziehungsangebote machen: Die Mutter wird als jemand erlebt, die die andere Tochter eindeutig bevorzugt und gleichzeitig nur wenig empathisch und widerwillig auf die Bedürfnisse der Patientin eingeht. Der Vater seinerseits tritt als jemand auf, der anfänglich bestrebt ist, der Patientin vorbehaltlose Liebe entgegenzubringen, wodurch möglicherweise angesichts einer zerrütteten Ehe auch eigene Sehnsüchte und Bindungswünsche auf die Patientin

konzentriert werden. So kam es möglicherweise zu Koalitionsbildungen zwischen Mutter und anderer Tochter auf der einen sowie Patientin und Vater auf der anderen Seite. Was den Verlauf von späterer Individuation und Triangulierung anbetrifft, so wird dies zwar in gewisser Weise mit Hilfe des Vaters ermöglicht, allerdings kommt es mit den Jahren mit fortschreitender Ödipalisierung zunehmend zu Irritationen innerhalb der Beziehungsstruktur zwischen Vater und Patientin, meist aufgrund seiner Alkoholproblematik. Aus dem einst bedingungslos positiven Objekt wird eine Person, vor der man sich in Acht nehmen muss, die auch Angst macht. Möglicherweise erlebte oder interpretierte die ödipal an den Vater gebundene Pat. später seine alkoholisierte Enthemmung als sexualisiert und somit überflutend und ängstigend, was zu Ängsten in der eigenen Sexualität und Identitätsbildung als Frau geführt hat, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit auch am Scheitern der o. g. Beziehung verantwortlich sind. Aufgrund der zugrunde liegenden Wirkmechanismen vollzieht sich der Reifeprozess nur verzögert. Eigene Autonomiebestrebungen werden aufgrund des Fehlens der Gewissheit stabiler elterlicher Zuwendung zurückgestellt, Wut über narzisstische Frustrationen als „böse“ und „gefährliche“ Selbstanteile abgespalten. Um sich langfristig die Liebe der Mutter (wieder) zu sichern, versucht die Patientin ihr gegenüber über viele Jahre die pflegeleichte, gehorsame und starke Tochter zu sein, die auch schon mal Tätigkeiten übernimmt, die eigentlich dem Vater zugeordnet waren, was auf weitere Verunsicherungen in ihrem weiblichen Selbstbild hindeutet. Sie bildet strebsame leistungsorientierte Anteile aus, auch als Abwehr gegenüber aggressiven oder libidinösen Impulsen sowie aus Angst, erneut fallen gelassen zu werden. Die im Verlaufe der Pubertät erlebte sexuelle Negativerfahrung bewirkt in der Folgezeit eine zusätzliche Beeinflussung des an sich bereits schwierig verlaufenden Individuationsprozesses als Frau, in Verbindung mit einer Erschütterung des Weltbildes. Zum Zeitpunkt der Antragstellung der ambulanten Therapie findet sich die Betroffene in aktuellen innerseelischen Auseinandersetzungen: Zum einen drängen durch ihre pubertätsbedingten körperlichen Veränderungen sowie durch den gescheiterten Beziehungsversuch neue Rollenanforderungen als erwachsene Frau an die Pat. an, welche zum einen ödipal konflikthaft, aber auch als traumatisch erlebt wurden (siehe sexuelle Negativ-Erfahrung, wobei noch genauer abzuklären ist, was sich genau hierhinter verbirgt) und somit ängstigend sind. Zum anderen geraten durch den Selbstmordversuch der Freundin eigene destruktive Selbstanteile in Versuchung, welche aber im Konflikt mit ihrem Selbstbild stehen. („So etwas macht man nicht“). Die andrängenden innerseelischen diffusen Spannungen und Ängste (auch bedingt durch den schulischen Leistungsstress) können schließlich nur noch durch das Symptom reguliert und kompromisshaft gelöst werden. Indem sich die Pat. als Frau durch das Haare-Ausreißen verunstaltet, löst sie hiermit auch zugleich kompromisshaft den ödipalen Identitätskonflikt: Denn wenn sie häßlich ist, muss sie keine männlichen Annäherungsversuche fürchten. Gleichzeitig verschiebt sie durch diese Selbstbestrafung die an die Mutter gerichtete Wut auf sich selbst. Als vorwiegend zwanghaft strukturierte Person erlebt sich die Patientin durch ihr Symptom hierdurch auch in einem pseudoregressiven Modus, schwach, hilflos-leidend und schutzlos – etwa nach dem Motto: „Bitte tut mir nichts.“ Die insgesamt andrängenden emotionalen, sozialen sowie intellektuellen erwachsenen Entwicklungsleistungen scheint die Pat. durch diesen regressiven Lösungsversuch unbewusst zu umgehen zu versuchen. Im Hintergrund ist also zusammenfassend bei strukturellen Defiziten (im Bereich Affektregulation/Affekttoleranz sowie Selbstwahrnehmung) ein aktuell wirksamer unbewusster Identitätskonflikt (Frau oder Mädchen?) virulent, mit einem hoch ambivalenten Mutterbild. Ihr weiblicher Körper und ihre Psyche werden von ihr zudem nicht mehr als integere Einheit erlebt. Vielmehr erscheint der Körper als ‚vom Selbst abgespalten.‘

## **7. Schilderung der familiären Situation**

Die Eltern erscheinen zu den Elternterminen getrennt. Im Mittelpunkt der Arbeit mit dem Vater stehen seine Schuldgefühle, durch seinen Alkoholkonsum die häusliche Situation noch zusätzlich verunsichert zu haben. Auch in der Thematisierung der Ehe wird ihm deutlich, dass er früher mit der Pat. eine Koalition gegenüber dem Rest der Familie gebildet hat. Seitens der Mutter ist die Kränkung zentral, dass sie eine behandlungsbedürftige Tochter

hat. Doch das therapeutische Anliegen, neue Formen der familiären Konfliktbewältigung und Affektregulation anzuregen, machte die Mutter nachdenklich. Beiden ist zunehmend die eigene Beteiligung als wirksamer Faktor für das Verhalten der Pat bewusst, wobei die Mutter die Symptomatik der Pat mal eher herunterspielt oder mal unbewusst für eigene Zwecke einzusetzen versucht. Sie hat große Schwierigkeiten, ihre Bevorzugung der anderen Tochter zu sehen. In den Gesprächen werden sowohl bei der Mutter als auch beim Vater Kindheitssituationen wiederbelebt, sodass sie Wiederholungen erkennen (Fassade der Familienidylle, nicht wirklich erreichbare Eltern). Durch die anhaltenden ehelichen Konflikte in der familiären Situation, überlegen sich beide Elternteile inwieweit hier eine Lösung machbar ist, die Pat. mehr aus diesen Konflikten herauszunehmen (beispielsweise eigene baldige Wohnung oder WG ab dem 18. Lebensjahr, oder alternativ Paartherapie der Eltern).

## **8. Diagnose**

Trichotillomanie ( F63.3) vor dem Hintergrund einer Neurosenstruktur mit zwanghaften, pseudo-autonomen Anteilen; ausgelöst durch das Scheitern einer ersten Beziehung, Suizidversuch einer Freundin, Leistungsdruck sowie biologische Veränderungen als Frau.

## **9. Bisheriger Verlauf und weiterer Behandlungsplan**

So, wie die Betroffene bisher im Rahmen der Sitzungen erlebt wurde, hat sich die Wahl eines tiefenpsychologischen Settings als sinnvoll erwiesen. Es hatte sich eine vertrauensvolle, tragfähige therapeutische Beziehung entwickelt, in der die Patientin das Gefühl von Fremdheit und Unverstandensein bearbeiten und aufgeben konnte. Aufgrund der förderlichen Übertragungs-Gegenübertragungssituation bestand gute therapeutische Steuerbarkeit. Die Therapie ermöglichte, in einer haltgebenden Beziehung die entsprechenden Affekte (Scham, Angst, Wut) zuzulassen und zu verbalisieren. Das Symptom, das bisher der Regulation dieser diffusen inneren Spannungen und Ängste diente, konnte so erstmals Schritt für Schritt aufgegeben werden. Erreicht werden konnte auf dieser Grundlage also eine Reduzierung, was das Ausmaß der beschriebenen Impuls-Kontrollstörungen und Unsicherheit anbetraf, außerdem traten Phasen des Grübelns weniger auf, und auch der Zugang zu dem erlebten Trauma (sexueller Übergriff) aus der Schulzeit, in Verbindung mit einer Verringerung des Belastungsschmerzes, war möglich geworden. Folglich sollte die Therapie planmäßig nach 24 Sitzungen beendet werden. Dann berichtete die Pat. von einer Verstärkung der Symptomatik – vornehmlich ausgelöst durch die ambivalente Haltung ihres sich wieder annähernden Ex-Freundes, was den inneren Identitätskonflikt und damit die beschriebenen Handlungen neu aktivierte. Da die Sitzungen der KZT weitestgehend erschöpft sind, gilt es, die PT zu verlängern mit dem Ziel der fortgesetzten Behandlung der aktuell wirksamen Problematik im Spannungsfeld zwischen Identitäts- und Autonomie-Abhängigkeitsschwierigkeiten. Was die Schwerpunkte der hier neu beantragten Stundenzahl anbelangt, soll es in erster Linie um folgende zentrierte Zielsetzung gehen:

- Fortgesetzte seelische Entlastung und Stabilisierung des Ich
- Weitere Bewusstmachung und Verbalisierung der korrespondierenden Affekte
- Förderung und Stärkung der Fähigkeit zur Selbstabgrenzung
- Unterstützung bei der Suche nach einem Hobby
- Aufbau von mehr Selbstwertgefühl als heranwachsende junge Frau.

Für die Umwandlung der KZT in eine tiefenpsychologisch fundierte LZT werden 45 Std. für die Pat. und 12 Std. für begleitende Elterngespräche beantragt.

## **10. Prognose**

Der Verlauf der bisherigen Sitzungen zeigte, dass die Betroffene außerhalb ihrer neurotischen Anteile eine sozial begabte und auch erfolgreiche junge Frau mit guter Fähigkeit zur Lebensbewältigung ist. Entsprechend ihrer in vielen Bereichen guten Struktur

ist die Betroffene bestrebt, konstruktiv mitzuarbeiten – wozu auch das Einhalten der Termine zu zählen ist. Bei einer Umwandlung der Therapie ist eindeutig mit einer weiteren Stärkung der Neustrukturierungs- und Umbewertungsprozesse mit der Intention zu rechnen, ein reiferes Ich mit reiferen Verarbeitungsstrukturen zu erschaffen und den Schulbesuch mit dem Ziel der Erlangung des Abiturs stabil aufrechtzuerhalten. Im Hinblick auf die im Therapieplan genannten Foci ist die Prognose insgesamt als günstig einzuschätzen.

#### **11. Dient der Erstantrag einer Umwandlung von KZT in LZT?**

Die KZT diene keiner Überprüfung der LZT-Indikation und sollte eigentlich abgeschlossen werden. Durch o. g. neue Krise wird die Umwandlung in LZT jetzt erforderlich.

*Anmerkung für den Leser: Die Psychodynamik ist aus didaktischen Gründen, zur genaueren Darstellung der seltenen Psychodynamik, besonders ausführlich. Lassen Sie sich hierdurch nicht verunsichern. Im Antragsbericht bedarf es keiner derartigen Ausführlichkeit.*