

lung des Behandlungsplanes und Schließen des Therapievertrags (Muster im Anhang) – unter Einbeziehung der geplanten Vorgehensweisen zur Verlaufs- und Erfolgskontrolle (z. B. wiederholte Videoaufnahmen von Verhaltensproben). Der Zeitpunkt des Therapiebeginns wird festgelegt (z. B. nach Bewilligung der Therapie durch die Krankenkassen mit einer Wartezeit von 8–10 Wochen).

A 1.3 Verhaltenstheoretische Störungsmodelle

Die Verhaltenstherapie hat bisher kaum allgemeine Störungs- und Diagnosemodelle entwickelt, die einen bedeutenderen Umfang haben. Da sie sich der Empirie verpflichtet, wurde bisher auf empirisch nicht belegbare theoretische Systeme verzichtet. Den neuesten Stand stellt Kanfers Modifikation des SORKC-Modells dar.

Vor dem Hintergrund von Kanfers Selbstregulationsmodell haben Kanfer et al. (1990) ein differenziertes „dynamisches“ Verhaltensmodell vorgeschlagen. Es enthält die bereits von Kanfer und Karoly (1972) vorgenommene Erweiterungen um eine Feedforward-Schleife (der Organismus als Selbstregulationssystem beeinflusst die Wahrnehmung der Situation und ihren Einfluss auf die Person) und um zwei Feedbackschleifen. Die erste ist der Vergleich der Reaktion mit inneren Standards, die zweite ist ein korrigierendes Feedback durch die Konsequenzen von seiten der Umwelt. Darüber hinaus werden unterschieden

- Alphavariablen (Einwirkung der externen Umwelt)
- Betavariablen (innere, von der Person selbst erzeugte Prozesse wie Denken, Wahrnehmen, Erinnern, Bewerten sowie selbst erzeugte Inhalte (Ziele, Wünsche, Pläne) und
- Gammavariablen (genetische und biologische Einflüsse).

Die Situation S enthält demnach Alphavariablen, der Organismus O Beta- und Gammavariablen, die Reaktion R bzw. das Verhalten V und die Konsequenz K (bzw. C) jeweils Alpha-, Beta- und Gamma-variablen (Abb. 2).

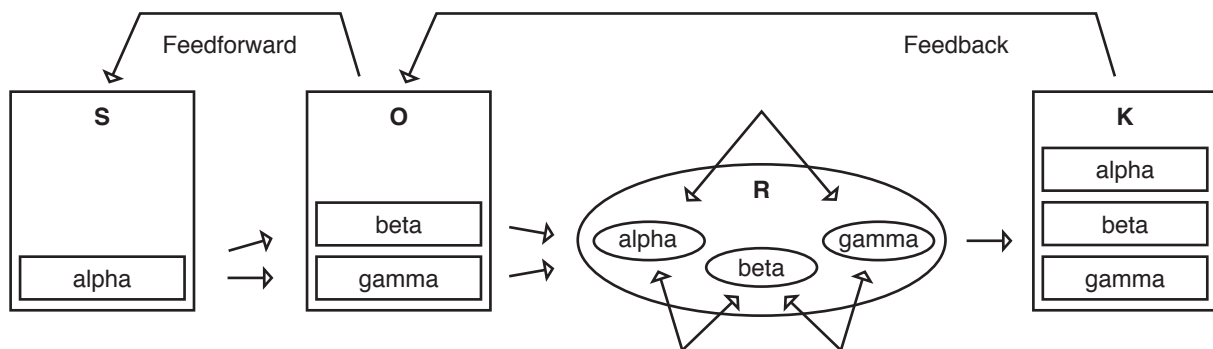


Abbildung 2 Kanfers erweitertes SORKC-Schema

Betrachtet man darüber hinaus das noch umfassendere Selbstregulationsmodell Kanfers (1987), so fällt die Übereinstimmung z. B. mit den von Sulz (1987) angegebenen Parametern der Determination menschlichen Verhaltens auf.

A 1.4 Ein allgemeines Modell psychischer Störungen

Einleitung

Empirische wissenschaftliche Untersuchungen und klinische Erfahrungen führen zu Modellbildungen, die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer und psychosomatischer Störungen zu erklären versuchen. Meist werden spezifische Störungsmodelle entwickelt, bei deren Vergleich kaum der Eindruck entsteht, dass ein allgemeines Prinzip zur Entwicklung verschiedenartiger psychischer Störungen führen kann. Auch scheint ein allgemeines Störungsmodell klinisch weniger relevant zu sein als störungsspezifische Modelle. Es interessiert ja die Frage, warum und wie ein bestimmtes Individuum zu einem bestimmten Zeitpunkt seine

Teil B

Durchführung der Verhaltensdiagnostik

B 1 Soziodemographische Angaben

In welcher Welt lebt der Patient, was sind die harten Fakten seines Lebens, die vorgegeben sind? Das ist die Struktur seiner Lebenswelt, die wir nicht ohne weiteres verändern können.

Er lebt in einer kleinen oder großen oder sehr großen Stadt

- in einer kleinen oder großen Wohnung oder einem Reihenhaus, einem Doppelhaus, einem Einfamilienhaus
- allein oder mit seiner Familie (wer ist das? Frau, wieviele Kinder, wie alt sind diese, andere Mitbewohner, eine WG)
- zur Miete oder als Eigentümer

Er arbeitet am gleichen Ort oder pendelt wie lange jeden Tag einfache Strecke, ist also von wieviel Uhr bis wieviel Uhr außer Hauses

Er hat eine **Arbeitsstelle** bei was für einem Arbeitgeber (Handwerksbetrieb, Einzelhändler, kleines Büro, Bank, große Firma – welcher Branche?)

und **arbeitet als** ... (was ist seine genaue Tätigkeit? Wo steht er in der Firmenhierarchie? Untergeordnete oder leitende Funktion?) oder ist arbeitslos oder berentet?

Seine **Schulbildung** ist Hauptschulabschluss, mittlere Reife, Fachoberschule, Abitur?

Als **Berufsausbildung** hatte er: keine, Lehre, Meister, Fachhochschule mit welchem Studiengang, Universität mit welchem Studiengang?

Wir benennen diese Strukturmerkmale nur, ohne sie zu bewerten oder zu interpretieren. Die Dynamik seines Lebens wird in unserem Bericht erst später betrachtet.

B2.1.2 Dokumentation der Beschwerden im Antrag

Die vom Patienten selbst ohne Nachfrage geäußerten Beschwerden werden in seiner Sprache, am besten wörtlich wiedergegeben, zum Beispiel:

„Seit ich nicht mehr arbeite, kann ich abends nicht mehr einschlafen, bin innerlich unruhig, kann mich zu nichts aufraffen und habe keine Freude mehr an dem, was ich tue. Das ist so ein sinnloses Leben!“

Beispiel

S.K.D. SULZ:
FRAGEBOGEN ZUR ANTRAGSTELLUNG/FALLDOKUMENTATION (VDS6a)
(VERHALTENSTHERAPIE)
Stand 4.4.2006

Es ist leicht, einen guten Antrag zu schreiben, wenn Sie einfach die folgenden Fragen in 1–3 Sätzen beantworten. Wenn Sie dem Patienten zuvor meinen Anamnesefragebogen VDS 1 zum Ausfüllen gegeben haben, können Sie diesen links daneben legen und – da er die völlig identische Gliederung hat – die jeweiligen Informationen entnehmen. Der zusammengesetzte Text ist dann schon Ihr fertiger Antrag. Natürlich müssen Sie nicht zu allen Punkten Stellung nehmen, wenn es für den individuellen Fall nicht relevant ist. Versuchen Sie für den Bericht an die GutachterInnen den Umfang Ihrer Ausführungen auf 2 Seiten zu beschränken, für die Falldokumentation in der Aus- oder Weiterbildung auf 4 Seiten. Für den Prüfungsfall in der Ausbildung haben Sie institutsinterne weitergehende Vorgaben, die hier nicht berücksichtigt werden.

1. Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik

1.1 Was für ein Mensch begegnet mir da? (z. B.: Die sich mühselig ins Zimmer schleppende, erschöpft wirkende 23-jährige berichtet mit vorwurfsvoller Stimme ... Oder: Der sich jugendlich-dynamisch gebende, vornehm gekleidete 56-jährige Pat. erzählt mit dünner Stimme ...)

Die schlanke, mädchenhaft wirkende 28-jährige Krankenschwester versucht, ihre Unsicherheit durch gereizte, fast trotzig Art zu überspielen. Sie berichtet:

1.2 Subjektive Beschwerden: – **wörtlich** (z. B. „Ich habe ständig einen Druck auf der Brust, mir bleibt fast die Luft weg“), – möglichst einen **repräsentativen Ausschnitt des Syndroms** (bei der Diagnose Depression muss hier ein depressives Syndrom, bei der Diagnose Angstneurose ein Angstsyndrom erkennbar sein).

„Etwa 6 Monate nachdem mein Freund auszog, begann ich mich so niedergeschlagen und hoffnungslos zu fühlen, dass ich nicht mehr leben wollte. Die einfachste Arbeit fiel mir unendlich schwer, und ich hatte an nichts mehr Freude. Ich grübelte ständig, machte mir Vorwürfe und hielt mich für einen wertlosen Menschen. Abends konnte ich nicht einschlafen und morgens wachte ich 2 Stunden zu früh auf. Ich hatte keinen Appetit mehr und fühlte mich kraftlos.“

1.3 Die gegenwärtige Lebenssituation, die zum **Auslöser** der jetzigen Beschwerden wurde, in einem Satz erwähnen (z. B. seit der Trennung von seiner Frau vor 6 Monaten).

Seit 1 Jahr ist die Pat. von ihrem Freund getrennt, der sie nach 3-jähriger Beziehung verlassen hatte.

1.4 **Warum sucht der Pat. gerade jetzt.** B.handlung und nicht schon, als die Beschwerden z. B. vor 6 Monaten losgingen?

Während ihres Urlaubs haben die Beschwerden so sehr zugenommen, dass sie nun befürchtet, ihren Beruf nicht mehr ausüben zu können.

1.5 Durch wen wurde der Pat. veranlasst zu kommen (z. B. Arzt, Angehörige)?

Eine Freundin, bei der sie sich bisher aussprach, bestätigte ihr, dass jetzt professionelle Hilfe notwendig ist.

Der zusammengesetzte Text liest sich dann wie folgt:

1. Angaben zur spontan berichteten und erfragten Symptomatik

Die schlanke, mädchenhaft wirkende 28-jährige Krankenschwester versucht, ihre Unsicherheit durch gereizte, fast trotzig Art zu überspielen. Sie berichtet:

„Etwa 6 Monate, nachdem mein Freund auszog, begann ich mich so niedergeschlagen und hoffnungslos zu fühlen, dass ich nicht mehr leben wollte. Die einfachste Arbeit fiel mir unendlich schwer und ich hatte an nichts mehr Freude. Ich grübelte ständig, machte mir Vorwürfe und hielt mich für einen wertlosen Menschen. Abends konnte ich nicht einschlafen und morgens wachte ich 2 Stunden zu früh auf. Ich hatte keinen Appetit mehr und fühlte mich kraftlos.“ Seit 1 Jahr ist die Pat. von ihrem Freund getrennt, der sie nach 3-jähriger Beziehung verlassen hatte. Während ihres Urlaubs haben die Beschwerden so sehr zugenommen, dass sie nun befürchtet, ihren Beruf nicht mehr ausüben zu können. Eine Freundin, bei der sie sich bisher aussprach, bestätigte ihr, dass jetzt professionelle Hilfe notwendig ist.

zu 4.1.8 (Gefühle ...)

Den Umgang mit Gefühlen kann man aus der familiären Lerngeschichte verstehen. Zeigte der Vater, wenn überhaupt, nur negative Gefühle wie Ärger oder Zorn? Konnte er niemals ein Gefühl der Freude, des Stolzes, der Begeisterung dem Patienten gegenüber zeigen? Wenn in einer Familie nur die submissive, schwache Mutter Gefühle zeigt, so wird eventuell gelernt, dass Gefühlezeigen mit Schwachsein verknüpft ist. Reagiert der Vater sehr strafend auf das gefühlhafte Verhalten der Mutter, so wird Gefühlezeigen als bedrohlich erlebt. Neben diesem stellvertretenden Lernen, das ebenso am Vorbild der Geschwister erfolgen kann, sind die direkten Antworten der Eltern auf Gefühlsäußerungen des Kindes wichtig. Häufig gebliebene Gefühle werden durch die Eltern entweder positiv verstärkt, oder sie schafften es nicht, diese zu löschen oder beides. So können Eltern beim Kleinkind voll Stolz und Respekt dessen selbständiges Durchsetzen des eigenen Willens bewundern. Einige Jahre später, wenn das Kind nicht mehr so niedlich und die Folgen weittragender sind, wird mit immer extremer werdenden Mitteln versucht, Anpassung und Kompromissbereitschaft zu erzwingen. Bei abwechselnden Siegen der Eltern und des Kindes findet eine intermittierende Verstärkung statt, die die Lösungsresistenz erhöht. Solche aufrechterhaltenden Bedingungen können so stark sein, dass eigene Versuche der Selbstkontrolle scheitern und die emotionalen Reaktionen häufiger und intensiver ablaufen, als es dem späteren Erwachsenen dienlich ist. Es kann auch sein, dass z. B. ein submissiver Vater innerlich Beifall klatscht, wenn z. B. die Tochter der Mutter so erfolgreich die Stirn bietet, wie er es nie schaffen würde. Welche Gefühle unterdrückt werden müssen, weil die Eltern sehr aversiv reagierten, ist den Patienten eindrücklich in Erinnerung, falls die Gefühlstendenz die ganze Kindheit über bewusst aufrechtgehalten wurde. In gewissem Ausmaß ist dies eine wichtige Voraussetzung unseres Hineinwachsens in die menschliche Gesellschaft und zeigt eine Mindestausstattung der Psyche an innerem Selbstgefühl und innerer Abgegrenztheit von den Eltern. Werden jedoch massive Blockaden benötigt, um sich nicht durch die verbotenen emotionalen Reaktionen die gefürchteten Strafen der Eltern zuzuziehen, kann diese Tendenz sich generalisierend ausweiten und zur Unfähigkeit werden, dieses Gefühl überhaupt zu zeigen, z. B. Ärger oder Trauer. Völlig unbekannte Gefühle nennt der Patient kaum, der Therapeut sollte sich das Spektrum wichtiger und häufiger menschlicher Gefühle an dieser Stelle vor Augen führen, sich fragend, welche bei diesem Patienten fehlen. Im Extremfall kann jeglicher Gefühlsausdruck fehlen – der Patient reagiert vielleicht stattdessen stark psychovegetativ in entsprechenden Situationen, z. B. mit Blutdrucksteigerung oder mit Kopf-, Magen- oder Rückenschmerzen. Manche Patienten bleiben völlig sachlichrational, emotionslos. Im Sinne einer funktionalen Stressbewältigung kann dies ein adäquater Adaptationsmechanismus sein, denn intensive Gefühle würden vielleicht vereiteln, eine gefährliche Situation zu meistern. Als generalisierter Habitus in allen zwischenmenschlichen – auch stressfreien Situationen ist es dagegen eine Fehlanpassung mit psychopathologischen oder psychosomatischen Folgeerscheinungen.

Die entsprechenden heute fehlenden Gefühle können durch übertriebene Strafmanöver der Eltern in den ersten Lebensjahren adressiert worden sein – evtl. in einer Lebensphase, bis zu der das Erinnerungsvermögen des Erwachsenen nicht zurückreicht.

B4.1.2 Dokumentation der Anamnese in der Falldokumentation

Die Anamnese wird zu einer Lebens- und Lerngeschichte zusammengefasst, aus der die Lernbedingungen deutlich werden, die zur persönlichen Disposition für die vorliegende Erkrankung führten. Insofern soll und kann alles weggelassen werden, was nicht gezielt auf das später formulierte individuelle bedingungsanalytische Störungsmodell hinführt. Je nach der Komplexität des biographischen Hintergrundes ist ein Umfang von einer halben bis zu einer drei viertel Seite angemessen. Dies bedeutet, dass nicht alle in Anamnese und Exploration beleuchteten Aspekte genannt werden. Ein biographischer Aspekt muss nur berichtet werden, wenn

- a) der betreffende Mensch ohne seine Nennung zu vage charakterisiert wäre,
- b) er ein wichtiges Glied der Ereigniskette ist, die zur Erkrankung geführt hat, oder
- c) er mit erklärt, weshalb die Erkrankung aufrechterhalten wird.

In Text 2 sind biographische Aspekte zusammengefasst, deren Nennung aus den genannten Gründen eventuell erforderlich ist. Wie schon im Abschnitt 1a) zur Beschwerdeschilderung dargestellt, kann die Anamnesedokumentation durch ein weiteres Hilfsmittel vereinfacht werden: den VDS 6a-FRAGEBOGEN ZUR ANTRAGSTELLUNG (siehe Anhang 1). Ein Fragen-Antwort-Dialog ermöglicht die Zusammenfassung der jeweiligen Punkte der Anamnese in wenigen Sätzen. Nach Beendigung dieses Dialogs ist der Anamnesetext fertiggestellt.

Empfehlungen 2: Dokumentation der Lebens- und Krankheitsgeschichte

- Kurze Schilderung der lerngeschichtlichen Entwicklung der jetzigen Störung, wichtige Interaktionsmuster in der Familie (z. B. „Die sehr ängstliche Mutter verhinderte exploratives Verhalten.“ Oder: „Der sehr leistungsorientierte Vater nahm durch rüde Übergriffe wie, Geh weg, das kannst du ja doch nicht‘ das Interesse an aufgabenorientiertem Verhalten“)
- Entwicklung des Sozialverhaltens, des Leistungsverhaltens (Schule, Beruf), des Umgangs mit Emotionen, sexuelle Entwicklung. Rolle in verschiedenen sozialen Gemeinschaften und zwischenmenschlichen Beziehungen
- Körperliche Entwicklung (z. B. kleinwüchsig). Wesentliche körperliche Erkrankungen in Vergangenheit und Gegenwart (1982 Magenoperation, seit 1984 Diabetes und Bluthochdruck)
- Besondere Belastungen und Auffälligkeiten in der individuellen Entwicklung und/oder der familiären Situation (Schwellensituation): Scheidung der Eltern, Übergang zu Oberschule nicht geschafft
- Kinderängste und -neurosen, (z. B. Nachtangst, Bettnässer, Nägelkauen, Stehlen)
- Frühere psychische oder psychosomatische Störungen (z. B. Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Phobien, „Nervenzusammenbruch“, Suizidversuch), deren Anlass, Intensität, Dauer und Behandlungsbedürftigkeit
- Bisherige ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen
- Bisherige Aufenthalte in psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken (Wann? Wo? Wie lange? Warum?)
- Jetzige Lebenssituation: berufliche Situation, Ehe, Familie (was daran ist belastend, was stützend).
Wie verlief das Leben kurz vor der jetzigen Erkrankung?
Welche größeren Veränderungen traten in den letzten 2 Jahren auf?
Welche Positiva, Ressourcen enthält die jetzige Lebensführung?
Falls die Erkrankung schon länger andauert, welche Veränderungen oder Umstände führten dazu, dass gerade jetzt die Therapie aufgenommen wird?
- Was waren die symptomauslösenden Bedingungen der jetzigen Lebenssituation?
- Entwicklung der jetzigen Störung: Wann genau traten die Symptome erstmals auf?
Welche Symptome waren beim erstmaligen Auftreten der Störung vorhanden, welche Symptome kamen hinzu, bzw. wie veränderte sich die Symptomatik (z. B. „Anfangs traten nur nächtliche Herzattacken auf, später kamen agoraphobische Symptome oder Schwäche- und Schwindelzustände oder depressive Verstimmungen hinzu“)?

- S:** a) pathogene Lebens- und Beziehungsgestaltung des Patienten in den letzten beiden Jahren
b) der mit hoher Wahrscheinlichkeit auslösende problematische Aspekt der aktuellen Lebenssituation
- O:** Die Person, die aufgrund ihrer Lerngeschichte eine spezifische Disposition und Vulnerabilität in dem Sinne entwickelt hat, dass sie bei spezifischen problematischen Situationen keine normalpsychologischen Bewältigungsmechanismen zur Meisterung der Situation anwenden kann, sondern lediglich die Symptombildung als Bestandteil einer insgesamt inadäquaten Lösungsstrategie zur Verfügung hat. Eine gute Zusammenfassung ist die dysfunktionale Überlebensregel.
- R:** Diejenigen Verhaltensweisen, die als Bewältigungsversuche in der unlösbaren problematischen Lebenssituation auftreten, das sind
a) meist emotionale Reaktionen, kognitive Problemlösungsversuche und soziale Verhaltensweisen sowie
b) die Symptome im engeren Sinne (Panikattacken, Migräne, Depression etc.), die nach dem Scheitern der unter (a) genannten Reaktionen entstehen.
- K:** (kontingente Verknüpfung)*
- C:** Die Auswirkungen der symptomatischen Reaktionen R auf die Umwelt, sowie die Reaktionen der Umwelt, die das Symptom verstärken oder aufrechterhalten, meist als negative Verstärkung in dem Sinne, dass durch das Symptom etwas sehr Bedrohliches vermieden wird.

Beispiel:

- S = sehr unbefriedigende Partnerschaft
O = selbstunsichere Person mit der Überlebensregel „Wenn ich mich wehre, werde ich verlassen, und dann bin ich verloren“
R = gelernte Hilflosigkeit, später Depression
K (kontingente Verknüpfung von R und C)
C = lebensnotwendig erscheinende Beziehung bzw. Partnerschaft wird geschont und bewahrt.

*kontingent (K) bedeutet, dass die Konsequenz C nur dann auftritt, wenn R vorausging

Welche intrapsychischen Parameter und Prozesse zur Person-Variable (O) gehören können, zeigt Abbildung 6.

Je nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse treten neue Variablen in den Vordergrund, wenn die Forschung ergeben hat, dass diese einen größeren Stellenwert bei der Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen oder psychosomatischen Störungen haben. So haben Sulz (1994) und Grawe (1998) einige Variablen benannt und deren Bedeutung aufgrund empirischer Forschungsergebnisse aufgezeigt, die bislang wenig berücksichtigt wurden. Dies sind die kognitiven und emotionalen Schemata, die Verhalten determinieren. Aber auch das psychoanalytische Konzept des Wiederholungszwangs und der Gegenübertragung erscheinen als vorhersagbare Beziehungstests des Patienten in der Therapiesitzung zu bedeutsamen Determinanten zu werden. Die von Grawe genannten Personvariablen stimmen zu einem großen Teil mit den von Sulz (1994) formulierten Variablen überein (Abbildung 6), die zudem aufwendiger empirischer Forschung entstammen (Sulz et al., 1998; Sulz & Theßen, 1999; Sulz & Tins, 2000; Sulz & Sauer, 2003; Sulz & Becker, 2008; Sulz & Maßun, 2008; Sulz & Maier, 2009; Sulz et al., 2009; Sulz & Schmalhofer, 2010; Sulz et al., 2011a,b,c,d,e,f). Ein Kind hat eine angeborene Disposition. Es tritt in Wechselwirkung mit seiner sozialen Umwelt, die wesentlich durch seine Eltern geprägt ist. Die Eltern zeigen befriedigendes (verstärkendes) oder frustrierendes Elternverhalten, das lernpsychologisch als Bestrafung (kontingent oder nicht kontingent) aufgefasst werden kann.

Im Folgenden wird anhand des Anamnese- und Explorationsschemas das Vorgehen bei der Verhaltens- und Bedingungsanalyse gezeigt. Mangel an Befriedigung zentraler Bedürfnisse führt dazu, dass diese als besonders wichtig „erinnert“ werden. Es bleibt eine aktive Suchhaltung im Hintergrund vorhanden, die möglichst keine Gelegenheit auslässt, etwas zu tun, was hilft, diese zentralen Bedürfnisse zu befriedigen. Der Erfolg dieser instrumentellen Verhaltensweisen führt zu deren Verstärkung. Die Bedürfnisbefriedigung selbst ist der zentrale Verstärker. Jeder Mensch hat sein Profil von zentralen und weniger zentralen Verstärkern, das sich

durch seine Lerngeschichte herausgebildet hat. Zur Beschreibung eines Menschen gehört also, sein Profil von besonders wirksamen Verstärkern herauszustellen. In einer allgemeinen Sprache wird statt von Verstärkern von Bedürfnissen gesprochen.

Allerdings bleibt der Mensch im Laufe der Entwicklung nicht ausschließlich bedürfnisorientiert. Als zentrale Motive gesellen sich die Werte hinzu. Das individuelle Profil zentraler Werte ist die Wertorientierung eines Menschen. Erfüllung von Werten wird ebenso verstärkend wie die Befriedigung von Bedürfnissen. Werte werden ebenfalls zu zentralen Verstärkern. Es lohnt sich, darauf zu achten, in welchem Ausmaß ein Mensch bedürfnisorientiert bleibt und in welchem Ausmaß er wertorientiert wird. Oder in welchem Umfang ein Mensch sich noch seine Bedürfnisorientierung bewahren kann.

Der primäre Reflex auf Frustration ist Wut. Diese kann bei großen und protrahierten Frustrationen sehr große Ausmaße annehmen. So große Ausmaße, dass sie sozial unverträglich werden. Deshalb benötigt der Mensch ein zuverlässiges Repertoire an Verhaltensweisen, die ihm helfen, auf prosoziale Art mit seiner Wut umzugehen. Er lernt, seine Impulse zu steuern. Aber wenn die zentrale Wut trotzdem sehr groß ist, dann kann es notwendig sein, weitere Bewältigungsstrategien einzusetzen, um diese Wut unschädlich zu machen. Diese verfestigen sich in Persönlichkeitszügen, die später im Erwachsenenalter zum Teil dysfunktional werden.

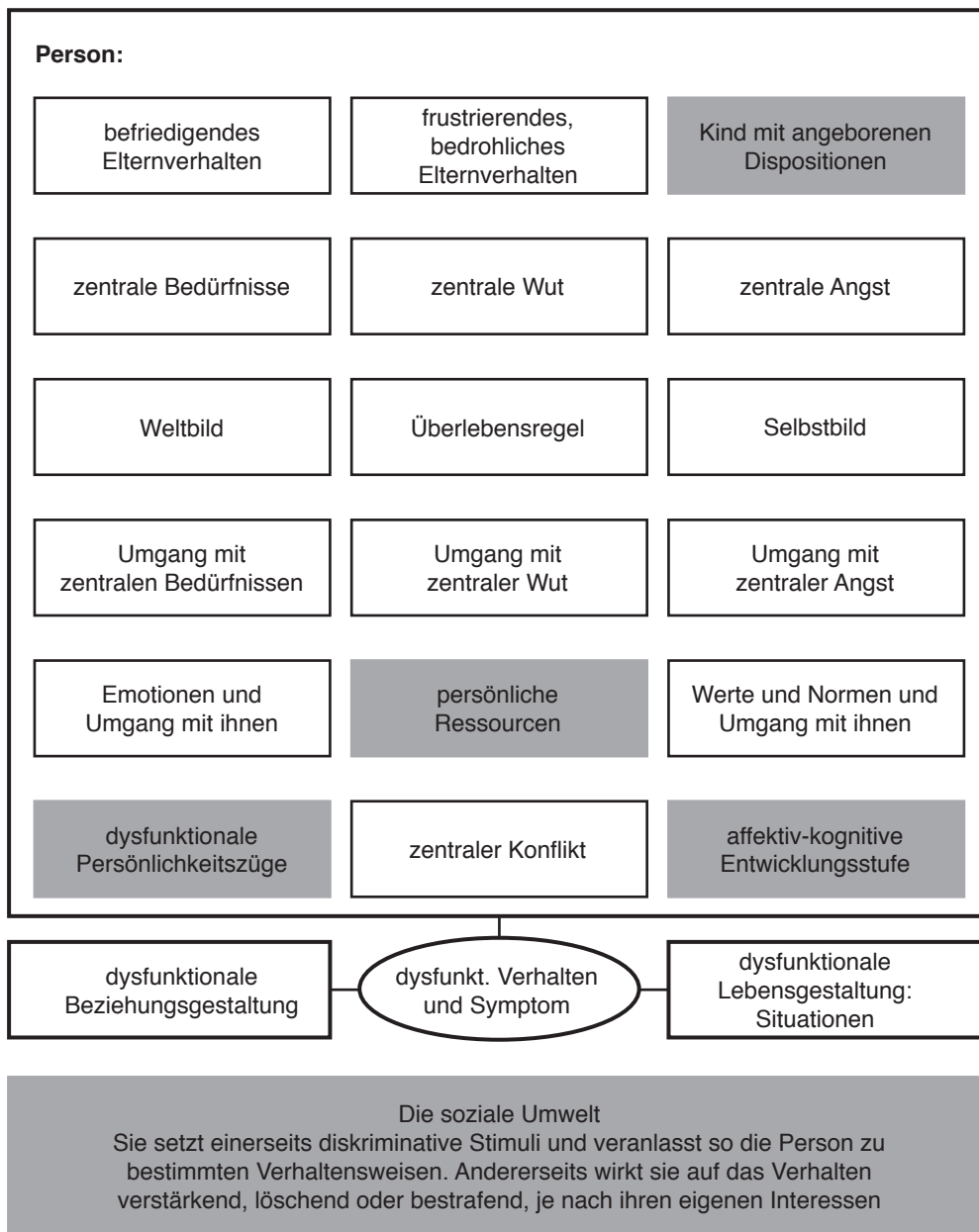


Abbildung 6: Person – Umwelt – Wechselwirkung als Erklärungsmodell dysfunktionalen Verhaltens und der Symptombildung

Die **Problem-Konsequenzen C** sind an den Reaktionen der an der Problemsituation beteiligten anderen Personen ablesbar. Dabei sollte sowohl deren initiale **kurzfristige** als auch ihre spätere **langfristige** habituelle Reaktion exploriert werden (Catania, 2011; Mace et al., 2011). Wie deren Reaktionen auf den Pat. wirken, kann dieser nur teilweise angeben. Gerade die **positive oder negative Verstärkungswirkung** einer auf den ersten Blick gar nicht angenehmen Reaktion des Anderen kann der Patient oft nicht erkennen. Das alarmierte, erschrockene oder halb ärgerliche Verhalten der Eltern kann bei einem Kind, das bisher glaubte, seinen Eltern gar nicht wichtig zu sein, sehr verstärkend auf sein Problemverhalten, wie z. B. Ladendiebstahl, wirken. Kann die verstärkende Wirkung des Symptoms mit dem Patienten kommuniziert werden, so ist weiter zu fragen, ob er dieselbe für ihn so bedeutungsvolle Reaktion der Eltern auch schon einmal durch ein alternatives, weniger problematisches Verhalten erzielen konnte. Ist dies der Fall, ist zu klären, was ihn daran hindert, es wieder auf diese Weise zu versuchen.

4.2.1 bis 4.2.4: Symptomatische Verhaltensweisen (Mikroebene): ein Beispiel

Problem-Situation S	Problem-Reaktion R	Problem-Auswirkung K
<p>1. Situation:</p> <p><i>Ich bin bei meiner Freundin z. B. such. Ich hatte mich sehr auf sie gefreut und gehofft, dass wir ein gutes Gespräch haben werden. Sie hört aber nicht auf, ihre Kinder zu versorgen und hört mir nur mit halber Aufmerksamkeit zu. Im Gespräch verliert sie immer wieder den Faden. Ich muss mich oft wiederholen. Als die Kinder weg sind, bügelt sie nebenher.</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Ihr Gedanke: <i>Ich bin ihr nicht wichtig. Sie ist gar keine richtige Freundin.</i></p> <p>.....</p> <p>Ihr Gefühl: <i>enttäuscht, niedergeschlagen, ärgerlich</i></p> <p>.....</p> <p>Was ich tue oder sage: <i>Zuerst bemühe ich mich noch um interessante Themen, werde dann einsilbig, verstockt.</i></p> <p>.....</p> <p>Wie reagieren Sie körperlich? <i>Ich fühle mich gelähmt, später entsteht ein Druckgefühl, zuletzt Kopfschmerzen.</i></p>	<p>Wie reagieren Andere? <i>Sie ist gleichbleibend freundlich und merkt gar nicht die Veränderungen in mir.</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Was löst deren Reaktion in Ihnen aus: <i>Ich fühle mich ganz hilflos, unwert, deprimiert, unverstanden. Ich nehme mir vor, sie nie wieder zu besuchen, mir so etwas nicht mehr gefallen zu lassen. Ich schreibe ihr einen sehr bösen Brief.</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2. Situation:</p> <p><i>Auf meiner Station will der Arzt, dass ich ihm assistiere bei einer schwierigen Patientenversorgung. Ich hasse das, ich kann es nicht.</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Ihr Gedanke: <i>Ich lasse mich nicht zu etwas zwingen, was ich nicht mag.</i></p> <p>.....</p> <p>Ihr Gefühl: <i>Spannung, Aufregung, fühle mich unter Druck gesetzt, habe zuerst Angst, dann Wut</i></p> <p>.....</p> <p>Was ich tue oder sage: <i>Ich habe Wichtigeres zu tun, als Ihre Kammerzofe zu spielen!</i></p> <p>.....</p> <p>Wie Sie körperlich reagieren: <i>roter Kopf, schweißige Hände Schwindelgefühl</i></p>	<p>Wie reagieren Andere? <i>Er wendet sich verärgert ab. Er geht zu meiner Kollegin, die ihm bereitwillig assistiert.</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Was löst deren Reaktion in Ihnen aus: <i>Ich bin wütend auf ihn, weil er mich in so eine Situation gebracht hat. Über meine Kollegin ärgere ich mich, weil sie mitmacht und es kann. Auf mich habe ich eine Wut, weil ich mir so alles kaputt mache. Ich fühle mich unglücklich und allein.</i></p>

Zu 4.2.10 (Zusammenhang Problem-Symptom)

Wir können mit Hilfe des VDS21-Verhaltensanalyse-Fragebogens die Reaktionskette vom situativen Auslöser bis zu Symptombildung explorieren (Abbildung 7):

Die Reaktionskette zum Symptom

- (S) **Situation:** Nehmen wir an, ein sehr ehrgeiziger Ingenieur ist, obwohl nach Dienstjahren fällig, nicht befördert worden, sondern sein 10 Jahre jüngerer Kollege
- (O) **Organismus:** Dysfunktionale Überlebensregel
- (R_{e1}) **Primäre Emotion:** Er ist sehr wütend
- (R_{w1}) **Primärer Impuls:** dem Chef des Büro zerkleinern
- (R_k) **Antizipation der Folgen:** Er lehnt mich ab, verachtet mich
- (R_{e2}) **Sekundäres Gefühl:** Ohnmacht, Angst, Kraftlosigkeit, Schuld
- (R_{w2}) **Beobachtbares Verhalten:** zieht sich zurück
- (R_{sympt}) **Symptom:** nach einer Woche entsteht eine **Depression**
- (C-) **Konsequenz:** Vermeidung von Ablehnung, Trennung
(negative Verstärkung)

Abbildung 7 Reaktionskette vom situativen Auslöser zum Symptom

So einleuchtend und gut belegt das erarbeitete individuelle Störungsmodell dem Therapeuten auch erscheinen mag, so ist doch die Überzeugung des Patienten und dessen Kausalattribution die reale Arbeitsbasis. Wiederholtes Fragen, zu wie viel Prozent er das Arbeitsmodell des Therapeuten für richtig hält, führt meist dazu, dass das Fortführen der Bedingungsanalyse trotz reichlicher Redundanz geboten erscheint, bzw. der Therapeut verwendet ein für den Patienten annehmbares und zugleich funktionales Störungsmodell, das ja zunächst die Funktion hat, die therapeutische Maßnahme plausibel und erfolgversprechend erscheinen zu lassen.

Zu 4.2.11 (Stabilisierungsfunktion der Symptome)

Die symptomaufrechterhaltenden Bedingungen entsprechen der Schutz- und Stabilisierungsfunktion der Symptome. Ist das Symptom ein Vermeidungsverhalten, so ist das vor dem Eintreten eines bedrohlichen Ereignisses. Die Herzphobie schützt z. B. vor der Beendigung einer Partnerschaft (negative Verstärkung). Die Stabilisierungsfunktion des Symptoms wird oft durch positive Verstärkung gesteuert. Hilfsbedürftiges, unselbstständiges Verhalten wird belohnt durch die Hilfestellungen der dominanten Bezugsperson, die sich in ihrer Potenz, einem Anderen helfen zu können, bestätigt fühlt, also ebenfalls positiv verstärkt wird. Aufrechterhaltende Bedingungen können wir nur belegen, wenn wir gezielt nach **Veränderungen** in allen wichtigen Lebensbereichen **nach Beginn der Erkrankung** fragen. So kann beruflich größere Rücksichtnahme erfolgen, in der Ehe wieder wohltuende Einmütigkeit eingetreten sein, die Familie hat sich eventuell auf den Wert der gütlichen Koexistenz besonnen, Freunde haben aufwändige Beweise ihrer Hilfsbereitschaft erbracht, und der Freizeitbereich kann auch infolge anderer Entlastungen wieder (mit besserem Gewissen) mehr zum Zug gekommen sein.

Die zweite wichtige Frage ist, welche Veränderungen die Erkrankung in den wichtigen Lebensbereichen verhindert hat. Beruflich wurde vielleicht eine anstehende Auseinandersetzung mit dem Vorgesetzten oder Rivalen verhindert; in der Ehe wurde eine Trennung vermieden; mit der Familie wäre ein Zerwürfnis entstanden, weil es einfach nicht mehr erträglich war, nach deren Façon zu leben. Ein Teil der Freunde hätte die unbequemere Gangart vielleicht nicht mitgemacht. In der Freizeit wäre ein spießiges Hobby in die Ecke gefeuert worden, um den Mut aufzubringen, das zu tun, was wirklich Spaß macht.

4.2.10: Zusammenhänge zwischen Situation, Mensch und Umwelt

Auf einer globalen Ebene können wir wieder eine Situations-Reaktions-Kette erstellen:

problematische Lebenssituation ————— psychische/psychosomatische Erkrankung
S ————— **R**

oder:

Das aktuelle Hauptproblem **S**: ————— Die jetzigen Hauptbeschwerden **R**:
Verlust des Partners *Depression*

(bitte noch mal kurz angeben, welches der obigen (4.2.9) drei Probleme der Hauptauslöser ist)

Zu wie viel Prozent glauben Sie, dass obiges Hauptproblem S die jetzigen Beschwerden R ausgelöst hat? *90%*
 (eine Zahl von 0–100%)

4.2.11: Schutz- oder Stabilisierungsfunktionen der Symptome

Weiter oben hatten wir die S-R-Kette erweitert um die Auswirkungen bzw. Konsequenzen **C** der Reaktion **R**:

S ——— **R** ——— **C**
 Situation ——— Reaktion ——— Konsequenz

Nichts geschieht, ohne dass es irgend etwas bewirken würde. Also müssen wir uns nach den Auswirkungen C der jetzigen Erkrankung R auf den Patienten und seine Umwelt fragen.

Konsequenzen: Welche Veränderungen sind **nach Beginn der Erkrankung** in seinem Leben eingetreten? Geben Sie alle an, auch wenn Sie keinen Zusammenhang sehen:

Beruflich: *mehr Konflikte mit Vorgesetzten durch aggressive Verweigerung*

Ehe/Partnerschaft: *scheinbar zufällige Kontaktaufnahmen mit dem Freund, um von ihm ein Zeichen der Hoffnung zu erhalten*

Familie: *Pat. ist jetzt an vielen Wochenenden bei der Mutter oder bei ihren Schwestern z. B. such.*

Freunde/Bekannte: *ein großer Teil der gemeinsamen Freunde scheint sich mit dem ehemaligen Freund zu solidarisieren.*

Freizeit: *vermehrt Sport wie Skifahren und Radtouren*

Sonstige Bereiche: *Interessen für Kunst und Kultur sind verschwunden*

Konsequenzen C: Welche Veränderungen sind in seinem Leben durch die Erkrankung verhindert oder aufgehalten worden?

Beruflich: *Durch Offenbaren der jetzigen Schwierigkeiten, die auch das berufliche Selbstvertrauen schmälerten, wären im Kollegenkreis bessere emotionale Beziehungen entstanden*

Ehe/Partnerschaft: *Die Depression verhinderte das Trauern, den emotionalen Abschied und das Loslassen des Partners. Dadurch ist die Pat. für neue Kontakte nicht offen.*

Familie: *Der Nachweis, es ohne Unterstützung der Mutter zu schaffen, blieb aus. Deshalb besteht die emotionale Abhängigkeit von der Mutter weiter.*

Freunde/Bekannte: *Die aktiv und konstruktiv ihr Problem Bewältigende hätte mehr Respekt erhalten. Man hätte ihr mehr zugetraut. Sie hätte daraus weniger Anrecht auf aktive Unterstützung abgeleitet.*

Freizeit: Sonstige Bereiche:

Gibt es auch positive Veränderungen oder Erfahrungen durch seine Krankheit?

Partiell erfolgreiche Selbsthilfversuche (Kontakte zu früheren Freunden, Sport)

Zusammenfassend lässt sich demnach folgendes **SORKC-Schema** erstellen:

S: (siehe oben 4.2.8) *Verlust des Partners als dominante Bezugsperson*
O: (siehe oben 4.2.8) *die abhängige Rolle suchend, dem Anderen Initiative und Verantwortung zuschiebend*
R: (siehe oben 4.2.1–4.2.7) *Depression, sozialer Rückzug, aggressive Reaktionen, Selbstabwertung, Angst, Kopfschmerzen*
K: (kontingente Verknüpfung von R und C)
C: (siehe oben 4.2.11) *Bewahren der passiven Erwartungshaltung auf Gratifikation Trauervermeidung, Vermeidung von Selbstverantwortung*

B4.2.2 Dokumentation der Fallkonzeption in der Falldokumentation

Die Formulierung der Verhaltensanalyse auf Mikroebene und Makroebene samt Funktionsanalyse ist das Herzstück der Falldokumentation.

Die Dokumentation der Verhaltens- und Bedingungsanalyse wird von vielen als der schwierigste Teil der Falldarstellung und des Kassenantrags empfunden. Tatsächlich ist sie der Kern der Verhaltensdiagnose. Auf sie zielt jegliche Informationssammlung und -auswertung hin, und aus ihr wird jeder weitere Schritt abgeleitet. Die Empfehlungen 5 fassen die wichtigen Punkte der Dokumentation zusammen.

Empfehlungen 5: Dokumentation der Verhaltens- und Bedingungsanalyse

a) Verhaltensanalyse (Mikroebene):

Das gestörte Verhalten kurz beschreiben (z.B. Schreibkrampf oder depressive Verhaltensweisen (Passivität, sozialer Rückzug, Löschung von Kontaktverhalten anderer, Selbstabwertung, Selbstbestrafung)). Beschreibung in den 4 Verhaltenskategorien: Sozialverhalten und Motorik, Emotion, Kognition und Physiologie inkl. körperliche Symptome. Unterscheidung zwischen Verhaltenssexzessen (z.B. depressives Jammern), Verhaltensdefiziten (z.B. keine Sozialkontakte) und qualitativ neuer spezifischer Symptomatik (z.B. nächtl. Herzangstattacken) in der Beschreibung von Verhaltensstörungen. Die Situationsabhängigkeit angeben (z.B. ... tritt nur in beruflichen Situationen auf; nur in Anwesenheit Anderer, besonders von Vorgesetzten). Die kurzfristig wirkende verstärkende Konsequenz nennen (meist Vermeidung von ...). Bezüglich der Organismusvariable auf die Makroebene verweisen.

b) Bedingungsanalyse (Makroebene) Derjenige Aspekt der globalen Lebenssituation, der zur Auslösung führte (z.B. Der Aufstieg zum Abteilungsleiter führte zum Verlust der bisher Anerkennung gebenden Vorgesetzten: Verstärkerverlust. Dies konnte wegen der fehlenden Fähigkeit zur Selbstregulation und Selbstverstärkung nicht kompensiert werden und führte zur Depression). Berücksichtigung der zeitl. Entwicklung der Symptomatik (z.B. ein halbes Jahr nach der Entlassung). Darstellung der Zusammenhänge in Anlehnung an das S-O-R-K-C-Modell (siehe Sulz, 1987, 1994, 1998 a, b).

c) Funktionsanalyse

Der Zweck, der über die Symptome erreicht werden soll (z.B. „Die körperlichen Beschwerden führten dazu, dass der Schritt in die Unabhängigkeit (Firmengründung) rückgängig gemacht werden muss“. Oder: „Die nächtlichen Herzangstattacken verhindern weitere Trennungsschritte in der Partnerschaft“).

d) Beschreibung von Verhaltensaktiva (z.B.: „Die Pat. besucht weiterhin regelmäßig Oper, Theater und Lesekreis“) und bereits entwickelten Selbsthilfemöglichkeiten (z.B.: „Die Pat. hat ihren alten Freundeskreis reaktiviert“) und Bewältigungsfertigkeiten (z.B.: „Als die Pat. noch vor Beginn der Therapie zwei Stunden täglich – trotz der Schmerzen – einen Teil ihres Arbeitspensums erledigte (durch einen Vertrag mit sich selbst), ist das depressive Syndrom geringer geworden“).

e) Wird die Symptomatik des Patienten durch pathogene Interaktionsprozesse aufrechterhalten, ist die **Verhaltensanalyse auch der Bezugspersonen** zu berücksichtigen (z.B.: Der Ehemann kann durch die submissive Anpassung der Pat. seine großen Bedürfnisse nach Anerkennung in und außerhalb der Familie leichter befriedigen“).

Der im VDS-FRAGEBOGEN ZUR ANTRAGSTELLUNG (siehe Anhang) angebotene Dialog ermöglicht die zielsichere Darstellung der Verhaltens- und Bedingungsanalyse wie die Übertragung des Beispiels zeigt:

B4.2.3 Dokumentation der Fallkonzeption im Antrag und Bericht an die GutachterIn im Antrag

Hier wird kein SORKC-Schema auf Mikroebene verlangt. Wichtig sind die Makroebene und die Funktionsanalyse. Eine präzise, nicht zu kurze und nicht zu lange Dokumentation kann beispielsweise sein:

Depressionsauslösend war der Verlust des Partners als dominante Bezugsperson und zentraler Verstärker. Sekundär kam es zum Verlust des gemeinsamen Freundeskreises als Möglichkeit kompensatorischer sozialer Verstärkung und Stützung. Die persönliche passiv-abwartende Haltung, das aggressive Reagieren auf Nichterfüllen unausgesprochener Wünsche und auf Forderungen Anderer sowie die Überlebensregel, nur mit Hilfe einer dominanten Bezugsperson, die die Verantwortung trägt, leben zu können, verhinderten die Anwendung alternativer Problemlöseversuche. Der zeitliche Verlauf (Auftreten der Symptome 6 Monate nach der Trennung) spricht für deren depressionsauslösende Wirkung.

Insgesamt war der Partner der zentrale Verstärker und die fast ausschließliche Verstärkerbedingung, deren Verlust so groß war, dass normalpsychologische Bewältigungsmechanismen wie Trauer nicht mehr ausreichten und Depression entstand.

Die depressive Verstimmung hat die Funktion, die normalpsychologischen funktionalen Bewältigungsreaktionen mit ihren intensiven Gefühlen der Trauer, des Schmerzes und der (noch größeren) Wut zu vermeiden. Zusammenfassend lässt sich demnach folgendes Störungsmodell erstellen:

S: Verlust des Partners als dominante Bezugsperson und zentraler Verstärker

O: die abhängige Rolle suchend, dem Anderen Initiative und Verantwortung zuschiebend

R: Depression, sozialer Rückzug, aggressive Reaktionen, Selbstabwertung, Angst, Kopfschmerzen

C: Einerseits Verstärkerverlust. Andererseits positive Verstärkung: Bewahren der passiven Erwartungshaltung auf Gratifikation. Negative Verstärkung: Trauervermeidung, Vermeidung von Selbstverantwortung.

Dieser Text ist für einen Kassenantrag noch zu lang. Entweder muss man sich in der Fragenbeantwortung etwas knapper und präziser ausdrücken, oder der Text könnte mit Hilfe einer einfachen EDV-Textverarbeitung schnell und leicht gekürzt werden:

5. Verhaltensanalyse

Kognitiv kommt es zu Selbstabwertung; Aufforderungen werden als Angriffe fehlattribuiert. Bei ausbleibendem Feedback verstummt sie. Forderungen blockt sie aggressiv ab. Sie meidet gemeinsame Freunde. Sie geht nicht mehr ins Theater oder in Konzerte. Sie fühlt sich niedergeschlagen, hilflos. Sie empfindet Spannung, Angst, Ärger. Körperlich reagiert sie mit Kopfschmerzen, Schweißbildung und Schwindelgefühl. Zu oft treten selbstabwertende Gedanken, der Glaube, sich anpassen zu müssen, und aggressive Befreiungsschläge auf. Zu intensiv sind die Ärgerreaktionen, das einengende Druckgefühl, sowie Aufregung und Angst. Zu selten schafft sie es, Schwäche zuzugeben, Wünsche zu äußern, positive Kontakte aufzubauen. Zu schwach ausgeprägt sind der Ausdruck eines Anliegens und der Enttäuschung und Trauer; sowie die Wahrnehmung eigener Schwächen. Qualitativ neue Verhaltensweisen sind die depressive Verstimmung, der soziale Rückzug und die Kopfschmerzen. Depressionsauslösend war der Verlust des Partners. Insgesamt war der Partner der zentrale Verstärker. Die depressive Verstimmung hat die Funktion, die normalpsychologischen funktionalen Bewältigungsreaktionen mit ihren intensiven Gefühlen der Trauer, des Schmerzes und der (noch größeren) Wut zu vermeiden.

Zusammenfassend lässt sich demnach folgendes SORKC-Schema erstellen:

S: Verlust des Partners als dominante Bezugsperson und zentraler Verstärker

O: die abhängige Rolle suchend, dem Anderen Initiative und Verantwortung zuschiebend

R: Depression, sozialer Rückzug, aggressive Reaktionen, Selbstabwertung, Angst, Kopfschmerzen

K (R und C sind kontingent verknüpft)

C: Bewahren der passiven Erwartungshaltung auf Gratifikation, Trauervermeidung, Vermeidung von Selbstverantwortung

Die Patientin ist seit 2 Jahren in einer Weiterbildung, die ihren Begabungen entspricht. Während sie sich damit beschäftigt, ist sie weitgehend depressionsfrei.

Die Patientin hat vermehrt Kontakte zu zeitweilig unterbrochenen Freundschaften aufgenommen, kann sich dort anvertrauen. Außerdem betreibt sie vermehrt Sport, der zu Stimmungsverbesserungen führt. Der ehemalige Freund gibt immer wieder uneindeutige Signale, die die Pat. als Hoffnungsschimmer interpretiert. Die Mutter gibt der hilfsbedürftigen Tochter viel emotionale Wärme, während sie Verselbständigungstendenzen löscht.

1. Fortsetzung	Störung	Therapieziel	Therapie
Überlebensregel	Überlebensregel (Was muss ich unbedingt tun, was darf ich auf keinen Fall tun, um von der sozialen Umwelt die zum emotionalen Überleben benötigten Reaktionen zu erhalten?)	Abschwächung oder Falsifikation der kindlichen Überlebensregel, so dass effizientes erwachsenes Sozialverhalten erlaubt ist	empirische Hypothesenprüfung nach Beck: Tu das Gegenteil dessen, was deine Überlebensregel dir befiehlt, und sieh, ob die vorgesagten Folgen eintreten.
dysfunktionale Verhaltensstereotypen	dysfunktionale Verhaltensstereotypen (habituelle Erlebens- und Reaktionstendenzen, die in der Kindheit funktionale Copingstrategien waren und jetzt im Erwachsenenalter in den meisten Situationen dysfunktional geworden sind, definieren die Persönlichkeit)	Reduktion der dysfunktionalen Verhaltenstendenzen (z. B. selbstunsicher oder dependent oder zwanghaft oder histrionisch)	Definition der Überlebensregel, die das Verhaltensstereotyp determiniert. Training der sozialen und Emotionswahrnehmung und des Sozialverhaltens
Dauerdilemma	Dauerdilemma (Konflikt zwischen Geboten und Verboten der Überlebensregel und zentralen Wünschen und Bedürfnissen)	Vor- und Nachteile des alten Verhaltensstereotyps und des funktionalen Bewältigungsverhaltens abwägen, verantwortlich entscheiden	planerisches Problemlösen als kognitive Strategie des Aufbaus von selbstverantwortlichem Verhalten
Reaktion/Symptom	Was ist gestört?	Das Therapieziel ist ...	Die Therapie wird sein ...
primäre Emotion	primäre Emotion, die die natürliche Antwort auf das problematische Ereignis der Lebenssituation S wäre (meist tabuisiert oder bedrohlich, z. B. Wut, Ärger, Trauer)	die ursprüngliche Emotion wieder wahrnehmen, sie sich erlauben, ihre Funktion als Motivator von Copingverhalten erkennen und nutzen	Übung der Gefühlswahrnehmung, kognitive Umstrukturierung bisheriger Verbote, Übung der Verhaltenskette: primäre Emotion – adäquates Copingverhalten
primärer Handlungsimpuls	primärer Handlungsimpuls, der sich aus der primären Emotion ergeben würde: a) inadäquat intensiver Impuls (unzivilisiert, daher allgemein sozial abgelehnt), b) adäquates Coping (wegen emotionaler Abhängigkeit zu bedrohlich)	kognitive Kontrolle über den primären Handlungsimpuls erreichen: inadäquate Impulse ersetzen durch adäquate, effiziente Handlungskonzepte	Selbstinstruktionsübungen nach Meichenbaum, kognitive Umstrukturierung zu strenger Normen, die adäquates Coping verbieten
Antizipation der Konsequenz	Antizipation der Konsequenz dieses primären Handlungsimpulses, die eine extreme Bedrohung des Organismus bzw. der Person bedeuten würde (Ablehnung, Zurückweisung)	erkennen, dass die dysfunktionale Überlebensregel der Kindheit eine unrealistische Bedrohung vorhersagt (dass emotional nicht überlebt wird)	empirische Hypothesenprüfung nach Beck: Handeln entgegen der dysfunktionalen Überlebensregel
gegensteuernde Gefühle	gegensteuernde Gefühle (Angst, Scham, Schuldgefühle, Ekel), die verhindern sollen, dass der primäre Handlungsimpuls in eine Handlung umgesetzt wird.	den gegensteuernden Gefühlen (Angst, Scham, Schuldgefühle, Ekel) die verhaltenssteuernde Wirkung nehmen (Toleranzvergrößerung)	Selbstkontrollübungen (immer länger diese Gefühle aushalten lernen, ohne zu tun, wozu sie drängen)

2. Fortsetzung	Störung	Therapieziel	Therapie
Vermeidung	Vermeidung: Unterdrückung des primären Handlungsimpulses	das Vermeidungsverhalten bewusst beobachten und der Selbstkontrolle zugänglich machen: Doch noch das funktionale Coping ausführen	Selbstbeobachtungs- und Selbstinstruktionsübungen
neue verhaltenssteuernde Gefühle	neue verhaltenssteuernde Gefühle, die unmittelbar zu diskriminativen oder reflexhaft auslösenden Stimuli des Symptomverhaltens werden (z. B. Hilflosigkeit bei Depression, Angst beim Paniksyndrom)	symptomatische Gefühle, die zeitlich unmittelbar dem Symptom vorausgehen, als konditionierte Symptomauslöser löschen	Emotionsexposition zur Löschung der klassischen und instrumentellen Konditionierungen
Symptom	Symptom als qualitativ neues Verhalten, das einerseits eine partielle Problemlösung in der auslösenden Situation bringt, andererseits aber auch nicht die Verbote und Gebote der Überlebensregel verletzt	ein alternatives, mit dem Symptom unverträgliches Verhalten aufbauen (evtl. als Gegenkonditionierung)	bei Depression z. B. Trauerexposition, bei Agoraphobie Angstexposition, bei Essstörungen Anti-Diät-Training etc.
sekundäre Verhaltensweisen	Verhaltensweisen, die sekundär versuchen, die Auswirkungen des Symptoms abzumildern bzw. deren negat. Auswirkungen entgegenzusteuern	erkennen, dass diese Art, das Symptom erträglich zu machen, für die Aufrechterhaltung des Symptoms sorgt	durch Selbstkontrolle die das Symptom abmildern- den Verhaltensweisen stoppen und durch das primär intendierte Bewältigungsverhalten ersetzen
Konsequenzen	Was ist gestört?	Das Therapieziel ist ...	Die Therapie wird sein ...
Vermeiden aversiver Konsequenzen	Vermeiden der aversiven Konsequenzen einer „gesunden“ Copingreaktion als autonomem selbstverantwortlichem Verhalten wie das Risiko der Ablehnung, des Unmutes	die Angst vor Ablehnung und Unmut der Anderen während des „gesunden“ Copingverhaltens aushalten können	Unterstützung und Ermunterung, Shaping, Verstärkung von Teilerfolgen
Bewahren von Verstärkungen	Bewahren von Verstärkungen (Gratifikationen aus der Abhängigkeit von wichtigen Bezugspersonen und Beziehungen)	a) weniger Verstärkung aus Abhängigkeit benötigen b) diese Verstärkungen sich selbst bei den holen können, bei dem ich sie holen will	a) affektiv-kognitive Entscheidung auf den bewussten Verzicht b) Aufbau neuer sozialer Beziehungen c) Selbstverstärkung
Bestätigung der Selbst- und Weltsicht	Bestätigung der alten Selbst- und Weltsicht	Lernfähigkeit aufbauen, um alte Selbst- und Weltsichten durch ständig neue Erfahrungen realitätsgerecht verändern zu können und zu wollen	Kognitives Lernset durch kognitive Gesprächsführung wie den Sokratischen Dialog herstellen
positive Verstärkung durch die soziale Umwelt	Zusätzliche positive Verstärkung des Symptomverhaltens durch die soziale Umwelt	Vorteil des Symptoms für die soziale Umwelt erkennen, um deren verstärkendes Verhalten identifizieren und löschen zu können	Familienbeobachtung, Familiengespräche zur gemeinsamen Bedingungsanalyse

tionen aus der Biographie und aus allen Lebensbereichen des Patienten erhalten, dass es nicht leicht fällt, die groben Konturen zu zeichnen, so dass ein kurzgefasstes charakteristisches Profil des Patienten und damit des Behandlungsfalles entstehen kann. So wenig wie möglich Details, so kurz wie möglich den Menschen, sein symptomauslösendes Lebensproblem, seine Erkrankung und deren schützende bzw. vermeidende Funktion benennen. „Worum geht es bei diesem Patienten?“

Daraus ergibt sich automatisch ebenso kurz gefasst das globale Therapieziel und daraus wiederum die Art der Therapiemaßnahmen:

Gesamtproblem Gesamtziel Gesamttherapiestrategie

In den Beispielberichten an den Gutachter wurden diese drei Kurzfassungen so oft wie passend eingefügt, wie bei der sozialphobischen jungen Ärztin (Kapitel 3.10):

Gesamtproblematik: Viele Jahre lang ist es der Patientin gelungen, Erwartungen an fehlerlose Leistungen mit großem aber nicht überforderndem Aufwand zu erbringen. An ihrem jetzigen Arbeitsplatz ist Fehlerfreiheit nicht mehr zu leisten. Sie erwartet vernichtende Kritik und entwickelt sozialphobische Befürchtungen mit massiven Ängsten.

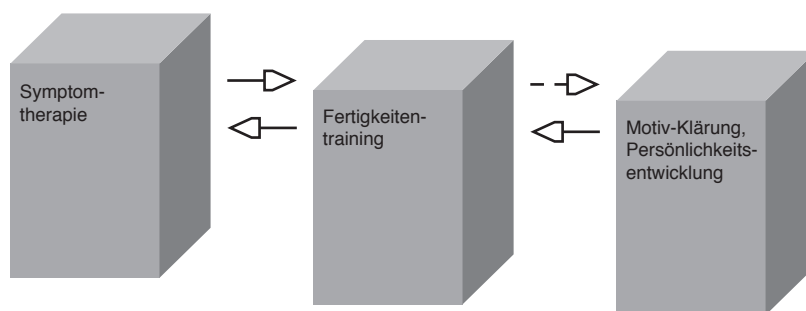
Gesamtziel ist, dass die Patientin die Relation zwischen Schwierigkeit der Situation und Verfügbarkeit eigener Ressourcen und Fähigkeiten realistisch einschätzen lernt, so dass keine phobische Angst mehr auftritt.

Gesamtstrategie ist auf der Handlungsebene der übende Umgang mit der Angst (Exposition) und auf der kognitiven Ebene die Neueinschätzung der Relation von Situationsschwierigkeit versus Personkompetenz: „Das ist zwar eine schwierige Aufgabe, aber ich kann das und werde es auch diesmal meistern.“

Eine erste systematische Differenzierung erfährt die globale Fallkonzeption, indem die Ebenen des SORKC-Schemas ordnend hinzugenommen werden. Was ist das Problem bei der symptomauslösenden Situation? Was ist das Problem bei der Person (Organismusvariable)? Was ist das Problem beim Verhalten des Patienten? Und was ist da Problem bezüglich der aufrecht erhaltenden Konsequenzen?

Störungsübergreifend kann die Therapieplanung sich an das allgemeine Modell halten (Tabelle 5a). Wir können strategisch von den vier Hauptvariablen der Störung vier Hauptziele ableiten und für diese vier Haupttherapiestrategien festlegen (Abbildung 8). Dies ist der Dreierschritt des Problemlöseparadigmas, der nicht mit obigen drei Therapiensäulen verwechselt werden darf. Mit dieser zweidimensionalen Betrachtung erhalten wir eine Acht-Felder-Tafel wie in Abbildung 8.

Strategisches Vorgehen: 3 Säulen der Psychotherapie*



Zuerst die Arbeit am Symptom, dann Aufbau fehlender Fertigkeiten. Nur wenn die Änderungsmotivation fehlt, zur 3. Säule wechseln. Und dann rasch wieder nach links wechseln. So bleibt die Therapie kurz.

* aus S. Sulz: Therapiebuch III: Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie (2011)

Abbildung 8: Der Behandlungsplan in drei Schritten: Störung – Ziel – Therapie (aus Sulz (2012) Psychotherapie-Grundkurs und Praxisleitfaden, S. 35)

B 8.1.6 Ein Bedingungsmodell der sozialen Phobie

Im verhaltenstheoretischen Bereich liegen umfangreiche Forschungsergebnisse zur sozialen Angst und Selbstunsicherheit vor (Ullrich de Muynck & Ullrich 1998a). So legte Asendorpf (1989) eine Untersuchung zu ihrer Entstehung vor, allerdings ohne auf klinische Aspekte einzugehen. Wie bereits im Abschnitt über die selbstunsichere Persönlichkeit (Kapitel II/4) dargestellt, sind zu unterscheiden:

- a) selbstunsichere (ängstlich-vermeidende) Persönlichkeit als nichtklinische Norm-Variante
- b) selbstunsichere (ängstlich-vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10-Kriterien müssen erfüllt sein)
- c) soziale Ängste (ICD-10-Kriterium) als ins Klinische gehende, gesteigerte Selbstunsicherheit
- d) soziale Phobie (ICD-10-Kriterium), kann von Personen entwickelt werden, die zuvor nicht als selbstunsicher oder sozial ängstlich eingestuft wurden

Angst in sozialen Situationen ist in der Regel eine bereits in der Kindheit in den Interaktionen mit den Mitgliedern der Primärfamilie gelernte Reaktion. Oft wird anamnestisch gefunden, dass Vater oder Mutter streng, strafend oder strafandrohend auf spontane kindliche Verhaltensweisen reagierten, ohne dass das Kind rasch genug die elterlichen Verhaltensregeln lernen konnte. Solange das Kind in der Ungewissheit verbrachte, ob ein gerade ausgeführtes Verhalten bestraft wird, reagierte es mit Ängstlichkeit. Wenn es die Regeln verstanden hat, d. h. die Kontingenzen gelernt hat, kann es das unerwünschte Verhalten bewusst vermeiden, sofern es von seinem Entwicklungsstand her dazu bereits in der Lage ist bzw. sofern von den kindlichen selbstbezogenen Bedürfnissen her das Verhalten verzichtbar ist. Wenn der Wunsch jedoch bestehen bleibt, dieses Verhalten auszuführen, muss Angst als verhaltenssteuerndes Signal auftreten, um das Verhalten unterdrücken zu können und dadurch das strafende Verhalten der Eltern zu vermeiden. Manche Menschen lernen, auf diese selbstbezogenen Bedürfnisse ganz zu verzichten, und wachsen dann als nichtängstliche Kinder und Jugendliche heran.

Im Erwachsenenalter kann jedoch eine Situation entstehen, in der ein selbstbezogenes Bedürfnis so stark wird, dass es wiederum mit Angst unterdrückt werden muss (Abbildung 11). Es entsteht eine phobische Angst in sozialen Situationen, die verhindert, dass ein Verhalten ausgeführt wird, das einerseits ein starkes Bedürfnis befriedigen kann, andererseits Ablehnung, Kritik, Zurückgewiesenwerden nach sich ziehen kann mit den Gefühlen der Angst, von Schuldgefühlen und Scham – sofern die in der Kindheit gelernten Verhaltenskontingenzen noch wirksam sind. So entstand bei einer achtzehnjährigen Abiturientin eine soziale Phobie, die sich – zunächst uneingestanden – in ihren neuen Lehrer verliebt hatte. Als er sie aufrief, erschrak sie, wurde rot, brachte kein Wort heraus. In der Folge hatte sie bei jedem Aufgerufenwerden Angst, konnte nichts sagen. Es passierte ihr bald auch bei anderen Lehrern und schließlich immer, wenn jemand sie ansprach.

Eine sehr katholisch und sexualfeindlich erzogene junge Frau nahm die Glückwünsche für ihr Neugeborenes entgegen. Als jemand scherzhaft sagte: „Trainiert Ihr schon für das zweite Kind?“, reagierte sie wie im obigen Beispiel und entwickelte eine soziale Phobie, die dazu führte, dass sie fast alle sozialen Situationen vermied. Die Funktion der sozialen Phobie ist das Bewahren der Chance auf das Auf- und Angenommenwerden von anderen Menschen und das Vermeiden von Abgewiesen- und Verstoßenwerden um den Preis des Verzichts auf Selbstverwirklichung.

B 8.1.7 Formulierung der Verhaltensanalyse der sozialen Phobie

Formulierung auf Makroebene (Bedingungsanalyse)

Auslösende Situation: Bei nicht wenigen Patienten handelt es sich um eine allmähliche Steigerung ihrer Selbstunsicherheit, ohne konkreten situativen Auslöser. Bei anderen ist oft eine Situation symptomauslösend, in der ein uneingestandener Wunsch besteht, einen bislang überlegenen Gegner anzugreifen und zu besiegen. Es kann statt um aggressive Tendenzen auch um die uneingestandene Tendenz gehen, sich stolz mit eigenem Können oder Besitz öffentlich zu zeigen und hervorzuheben. Nicht selten soll aber auch ein starker Impuls den Anderen verborgen bleiben, z. B. ein heimliches Verliebtsein oder erotische Strebungen. Erröten ist dann trotzdem verräterisch.

B9.6 Eine Patientin mit Somatisierungsstörung

B9.6 a Dokumentation im Fallbericht (Aus- und Weiterbildung)

Chiffre: S011268

1. Angaben zum Patienten inkl. relevante soziodemographische Daten

Die sich charmant und selbstbewusst gebende Patientin berichtet über ihre Körperbeschwerden.

1.1 aktuell ausgeübter Beruf, Familienstand, Zahl der Kinder

Ärztin, „Ich bin ständig körperlich krank, ohne dass die Ärzte eine Krankheitsursache finden. Mich beunruhigen die Symptome aber sehr: Kehlkopfreizung, Stimmverlust, Knieschmerzen, Übelkeit, Blähungen, Unverträglichkeit von Hülsenfrüchten, Blasenentzündungen, Gastritis, Erkältungen, Kieferhöhlenentzündungen, Kopfschmerzen, Hautausschläge, Unterleibsbeschwerden, unregelmäßige Monatsblutungen.“

2. Symptomatik und psychischer Befund

2.1 geschilderte Symptomatik mit Schwere und Verlauf

2.2 Auffälligkeiten Kontakt, Interaktion, Erscheinungsbild

Sehr lange zeigt sich die Patientin von ihrer starken Seite, als ob sie ihre Probleme eigentlich im Griff hätte. Ich habe das Gefühl, dass sie mir gefallen will.

2.3 Psychischer Befund

Die Intelligenz ist überdurchschnittlich. Sie schildert sich als kritikempfindlich, mit Angst vor Ablehnung, Erröten, Vermeidung sozialer Situationen. In Beziehungen überlässt sie dem anderen die Entscheidungen und die Initiative, kann nicht allein sein und hat Angst, verlassen zu werden. Beruflich neigt sie zu Perfektion, Übergewissenhaftigkeit, langem Abwägen bei Entscheidungen. Ihre Persönlichkeit kann als selbstunsicher, dependent und zwanghaft beschrieben werden. Sie hat zahlreiche körperliche Beschwerden, für die keine objektiven somatischen Befunde gefunden werden können. Die Symptome beunruhigen sie in unverhältnismäßig großem Ausmaß: Kehlkopfreizung, Knieschmerzen, Übelkeit, Blähungen, Gastritis, Erkältungen, Kieferhöhlenentzündungen, Kopfschmerzen, Hautausschläge, Unterleibsbeschwerden

2.4 Krankheitsverständnis der Patientin oder des Patienten

Noch kann die Patientin nicht glauben, dass ihre Beschwerden psychisch bedingt sein können.

2.5 Ergebnisse psychodiagnost. Testverfahren

keine

3. Somatischer Befund/ Konsiliarbericht

3.1 Somatische Befunde (plus Suchtmittel)

Guter AZ und EZ. 68 kg bei 172cm Körpergröße. RR 110/70. Im Bereich von Herz, Kreislauf, Atemwegen, Magen-Darm, Haut und Stützapparat keine Auffälligkeiten. Neurologisch unauffällig.

3.2 aktuelle psychopharmakol. Medikation

keine

3.3 Psychother., psychosom., psychiatr. Vorbehandlungen

keine

4. Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte

4.1 Lebensgeschichte

Der Vater (+45 J.), Gastwirt, sei gutmütig, geduldig, fleißig, zurückhaltend und beschützend gewesen. Er habe sie über alles geliebt. Er habe sich selten gegen die Mutter durchsetzen können. Die Mutter (+35 J.), Hausfrau, sei streng, korrekt, empfindlich, übervorsichtig, sehr einnehmend gewesen. Zu ihr empfinde sie eine Hassliebe, habe Angst vor ihr gehabt. Sie habe nichts selbst bestimmen dürfen. Die Mutter sei immer krank gewesen. Ein vier Jahre älterer Bruder sei Lieblingssohn des Vaters gewesen, habe gegen die Mutter opponiert. Die Beziehung zu ihm sei wie „Hund und Katze“ gewesen. Ein zwei Jahre älterer Bruder sei Lieblingssohn der Mutter gewesen. Die Beziehung zu ihm sei gut. Die Großmutter habe sich sehr intensiv um sie gekümmert, da die Mutter sehr oft krank war. Diese sei dann sehr eifersüchtig gewesen. Als Kind sei sie ängstlich, unsicher und zurückhaltend gewesen. In Gruppen

sei sie entweder sehr zurückhaltend oder nehme schnell eine führende Rolle ein. In der Schule sei sie lernfreudig gewesen mit durchschnittlichen Noten. Die Mutter habe sie unter Druck gesetzt. Heute sei sie wie die Mutter ehrgeizig. Gefühle seien von Vater und Mutter über Körperkontakt ausgedrückt worden. Häufige Gefühle seien gewesen, sich unbeachtet oder allein zu fühlen. Zorn und Übermut habe sie nicht zeigen dürfen. Auf ihre sexuelle Entwicklung habe sie mit unguuten Gefühlen reagiert, beschämt und verkrampft, das sei heute besser. In Zweierbeziehungen habe der Partner stets die dominierende Rolle übernommen, wogegen sie sich zunehmend wehrte – wie früher gegen ihre Mutter. Ihr gefalle ihr Körper nicht. Schon als Kind habe sie oft Entzündungen gehabt. Belastend sei die Trennung vom Partner vor 6 Jahren gewesen. Als Kind hatte sie Angst vor Hexen. Sie arbeitet als Betriebsärztin in einem großen Unternehmen.

4.2 Krankheitsgeschichte

Die Beschwerden traten vor 4 Jahren nach dem Ende einer 7-jährigen Partnerschaft auf. Zuvor traten sie im Rahmen der Ablösung vom Elternhaus auf. Jetzt ging eine 3-jährige Partnerschaft zu Ende.

4.3 Funktionales Bedingungsmodell (VT)

Mikroebene: Die Situationen sind: Kurz vor der Urlaubsfahrt, im Sprechzimmer bei vollem Warteraum, auf einem Fest. Kognition: Ich schaffe es nicht

Handlung: es doch ganz gut schaffend

Emotion: Unsicherheit, Angst, Überforderungsgefühl Körperlich: Magenbeschwerden, Blasen- oder Kniebeschwerden Verhaltensexzesse sind ihre körperlichen Stressreaktionen, ihr dependentes und zwanghaftes Verhalten. Verhaltensdefizite sind ihr geringer Gefühlsausdruck, ihr fehlendes Durchsetzungsverhalten. Qualitativ neu sind die Somatisierungen.

Makroebene: Die Patientin hat, teils nach dem Modell der Mutter, teils nach Unterdrückung von Gefühlswahrnehmung und Gefühlsäußerung Stress mit Somatisierungen beantwortet. Der größte Stressor des Erwachsenenalters war die vergangene Beziehung und deren Ende. Sowohl die Auseinandersetzungen in der Beziehung als auch die Bewältigung der Trennung führte sie partiell somatisierend durch. Sie vermied dadurch, dass ihre Gefühle sie zu Handlungen verleiteten, die zur Verletzung ihrer kindlichen Überlebensregeln geführt hätten mit der Bedrohung endgültiger Ablehnung und Verlassenheit.

Zusammenfassung der Bedingungsanalyse

S: Partnerschaften, die zwar Geborgenheit und Schutz bieten, aber für Selbstbestimmung keinen Raum lassen. Mit diesen lässt es sich ebenso wenig leben wie ohne sie

O: Überlebensregel: „Nur wenn ich mich maximal anpasse und meine Gefühle mich nicht daran hindern, bewahre ich mir die Chance, Menschen zu finden, die meine Abhängigkeitsbedürfnisse ebenso befriedigen wie mir Selbstbestimmung lassen.“ Dies führt bei ihr zu den dysfunktionalen Verhaltensstereotypen der Selbstunsicherheit, Dependenz und Zwanghaftigkeit

R: Gefühle nicht zulassen, somatisieren

C: Vermeidung von Ablehnung und Verlassenheit

Die Patientin hat Ressourcen durch ihre kulturellen Aktivitäten und durch ihren großen Freundeskreis.

5. Diagnose zum Zeitpunkt der Antragsstellung

5.1 ICD10Diagnose/n mit Diagnosesicherheit

Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1)

5.2 Differenzialdiagnostische Angaben falls erforderlich

Körperliche Ursachen ihrer Beschwerden wurden vielfach ausgeschlossen.

6. Behandlungsplan und Prognose

6.1 Beschreibung der Therapieziele

Gesamtziel: Ihre starken Zugehörigkeitsbedürfnisse wahrnehmen und in ihren Beziehungen befriedigen können, ohne auf Selbstständigkeit verzichten zu müssen.

S: In Partnerschaften Geborgenheit und Schutz keine Priorität mehr einräumen, Selbstbestimmung bewahren. Die Erfahrung machen, dass sie auch allein lebensfähig ist

O: Neue Überlebensregel: „Auch wenn ich mich nicht maximal anpasse und meine Gefühle zeige, bewahre ich mir die Chance, Menschen zu finden, die meine Abhängigkeitsbedürfnisse ebenso befriedigen wie mir Selbstbestimmung lassen.“ Abbau der dysfunktionalen Verhaltensstereotypen der Selbstunsicherheit, Dependenz und Zwanghaftigkeit

R: Gefühle zulassen, körperliche Komponenten der Gefühle frühzeitig wahrnehmen, Gefühle in meisterndes Verhalten übergehen lassen

C: Situative Ablehnung riskieren

6.2 Individueller krankheitsbezogener Behandlungsplan

Gesamtstrategie: Durch gezielte Übungen von der somatisierenden Gefühlsvermeidung zu gefühlsmotivierten, kognitiv gesteuerten kompetenten Interaktionen gelangen

Geplante Interventionen:

– Kommunikationsübungen. Aktivitäten planen, die zu einem Eigenleben (eigene Domäne) führen

– empirische Hypothesenprüfung nach Beck: Entgegen der Überlebensregel handeln, um diese zu falsifizieren oder zu modifizieren. Training sozialer Kompetenz, um sich durchsetzen zu lernen

- Übungen zur Gefühls- und Körperwahrnehmung, planerisches Problemlösen, um einerseits mit Hilfe ihrer Gefühle ihre Interessen wahrzunehmen und andererseits durch kognitive Lösungen zwischenmenschliche Probleme meistern zu können
- soziales Rollenspiel, um das neue, kompetente Interaktionsverhalten einzuüben.

6.3 Begründung des Settings

Ich benötige 60 Einzelsitzungen à 50 Minuten analog EBM-Ziffer 85221. Bei der vermutlich erforderlichen Verlängerung möchte ich dann auf den Gruppenmodus übergehen.

6.4 Kooperation mit anderen Berufsgruppen

Mit dem behandelnden Hausarzt wird immer wieder ein gleichsinniges Vorgehen besprochen.

6.5 Prognose unter Berücksichtigung von Motivation

Prognostisch günstig ist das gute Problembewusstsein und die hohe Änderungsmotivation. Prognostisch ungünstig ist die sehr chronische habituelle Tendenz zur Somatisierung.

Die Motivation der Patientin ist sehr hoch, auch weil sie merkt, dass die Gründung einer Familie an ihren Beziehungsproblemen scheitert.

Datum:

Unterschrift:

Stempel:

B9.6b Dokumentation im Antrag (Bericht an die GutachterIn – max, 2 Seiten)

Bericht an den Gutachter zum Antrag des Versicherten auf Verhaltenstherapie

(X) Erstantrag

Chiffre: S011268

1. Angaben zum Patienten inkl. relevante soziodemographische Daten

Die sich charmant und selbstbewusst gebende Patientin berichtet über ihre Körperbeschwerden.

1.1 aktuell ausgeübter Beruf, Familienstand, Zahl der Kinder

37-jährige Ärztin, 2 Brüder (+4 J., +2 J.), keine Partnerschaft, allein lebend in Großstadt.

2. Symptomatik und psychischer Befund

2.1 geschilderte Symptomatik mit Schwere und Verlauf

„Ich bin ständig körperlich krank, ohne dass die Ärzte eine Krankheitsursache finden. Mich beunruhigen die Symptome aber sehr: Kehlkopfreizung, Stimmverlust, Knieschmerzen, Übelkeit, Blähungen, Unverträglichkeit von Hülsenfrüchten, Blasenentzündungen, Gastritis, Erkältungen, Kieferhöhlenentzündungen, Kopfschmerzen, Hautausschläge, Unterleibsbeschwerden, unregelmäßige Monatsblutungen.“

2.2 Auffälligkeiten Kontakt, Interaktion, Erscheinungsbild

Sehr lange zeigt sich die Patientin von ihrer starken Seite, als ob sie ihre Probleme eigentlich im Griff hätte. Ich habe das Gefühl, dass sie mir gefallen will.

2.3 Psychischer Befund

Die Intelligenz ist überdurchschnittlich. Sie schildert sich als kritikempfindlich, mit Angst vor Ablehnung, Erröten, Vermeidung sozialer Situationen. In Beziehungen überlässt sie dem anderen die Entscheidungen und die Initiative, kann nicht allein sein und hat Angst, verlassen zu werden. Beruflich neigt sie zu Perfektion, Übergewissenhaftigkeit, langem Abwägen bei Entscheidungen. Ihre Persönlichkeit kann als selbstunsicher, dependent und zwanghaft beschrieben werden. Sie hat zahlreiche körperliche Beschwerden, für die keine objektiven somatischen Befunde gefunden werden können. Die Symptome beunruhigen sie in unverhältnismäßig großem Ausmaß: Kehlkopfreizung, Knieschmerzen, Übelkeit, Blähungen, Gastritis, Erkältungen, Kieferhöhlenentzündungen, Kopfschmerzen, Hautausschläge, Unterleibsbeschwerden

2.4 Krankheitsverständnis der Patientin oder des Patienten

Noch kann die Patientin nicht glauben, dass ihre Beschwerden psychisch bedingt sein können.

2.5 Ergebnisse psychodiagnost. Testverfahren

keine

3. Somatischer Befund/ Konsiliarbericht

3.1 Somatische Befunde (plus Suchtmittel)

Guter AZ und EZ. 68 kg bei 172cm Körpergröße. RR 110/70. Im Bereich von Herz, Kreislauf, Atemwegen, Magen-Darm, Haut und Stützapparat keine Auffälligkeiten. Neurologisch unauffällig.

3.2 aktuelle psychopharmakol. Medikation

keine

3.3 Psychother., psychosom., psychiatr. Vorbehandlungen

keine

4. Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte

4.1 Lebensgeschichte

Der Vater (+45 J.), Gastwirt, sei gutmütig, geduldig, fleißig, zurückhaltend und beschützend gewesen. Er habe sie über alles geliebt. Er habe sich selten gegen die Mutter durchsetzen können. Die Mutter (+35 J.), Hausfrau, sei streng, korrekt, empfindlich, übervorsichtig, sehr einnehmend gewesen. Zu ihr empfinde sie eine Hassliebe, habe Angst vor ihr gehabt. Als Kind sei sie ängstlich, unsicher und zurückhaltend gewesen. In Gruppen sei sie entweder sehr zurückhaltend oder nehme schnell eine führende Rolle ein. Ihr gefalle ihr Körper nicht. Schon als Kind habe sie oft Entzündungen gehabt. Belastend sei die Trennung vom Partner vor 6 Jahren gewesen. Als Kind hatte sie Angst vor Hexen. Sie arbeitet als Betriebsärztin in einem großen Unternehmen.

4.2 Krankheitsgeschichte

Die Beschwerden traten vor 4 Jahren nach dem Ende einer 7-jährigen Partnerschaft auf. Zuvor traten sie im Rahmen der Ablösung vom Elternhaus auf. Jetzt ging eine 3-jährige Partnerschaft zu Ende.

4.3 Funktionales Bedingungsmodell (VT)

Die Patientin hat, teils nach dem Modell der Mutter, teils nach Unterdrückung von Gefühlswahrnehmung und Gefühlsäußerung Stress mit Somatisierungen beantwortet. Der größte Stressor des Erwachsenenalters war die vergangene Beziehung und deren Ende. Sowohl die Auseinandersetzungen in der Beziehung als auch die Bewältigung der Trennung führte sie partiell somatisierend durch. Sie vermied dadurch, dass ihre Gefühle sie zu Handlungen verleiteten, die zur Verletzung ihrer kindlichen Überlebensregel geführt hätten mit der Bedrohung endgültiger Ablehnung und Verlassenheit.

S: Partnerschaften, die zwar Geborgenheit und Schutz bieten, aber für Selbstbestimmung keinen Raum lassen. Mit diesen lässt es sich ebenso wenig leben wie ohne sie

O: Überlebensregel: „Nur wenn ich mich maximal anpasse und meine Gefühle mich nicht daran hindern, bewahre ich mir die Chance, Menschen zu finden, die meine Abhängigkeitsbedürfnisse ebenso befriedigen wie mir Selbstbestimmung lassen.“ Dies führt bei ihr zu den dysfunktionalen Verhaltensstereotypen der Selbstunsicherheit, Dependenz und Zwanghaftigkeit

R: Gefühle nicht zulassen, somatisieren

C: Vermeidung von Ablehnung und Verlassenheit

Die Patientin hat Ressourcen durch ihre kulturellen Aktivitäten und durch ihren großen Freundeskreis.

5. Diagnose zum Zeitpunkt der Antragsstellung

5.1 ICD10Diagnose/n mit Diagnosesicherheit

Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1)

5.2 Differenzialdiagnostische Angaben falls erforderlich

Körperliche Ursachen ihrer Beschwerden wurden vielfach ausgeschlossen.

6. Behandlungsplan und Prognose

6.1 Beschreibung der Therapieziele

Gesamtziel: Ihre starken Zugehörigkeitsbedürfnisse wahrnehmen und in ihren Beziehungen befriedigen können, ohne auf Selbstständigkeit verzichten zu müssen.

S: In Partnerschaften Geborgenheit und Schutz keine Priorität mehr einräumen, Selbstbestimmung bewahren. Die Erfahrung machen, dass sie auch allein lebensfähig ist.

O: Neue Lebensregel: „Auch wenn ich mich nicht maximal anpasse und meine Gefühle zeige, bewahre ich mir die Chance, Menschen zu finden, die meine Abhängigkeitsbedürfnisse ebenso befriedigen wie mir Selbstbestimmung lassen.“ Abbau der dysfunktionalen Verhaltensstereotypen.

R: Gefühle zulassen, körperliche Komponenten der Gefühle frühzeitig wahrnehmen, Gefühle in meisterndes Verhalten übergehen lassen

C: Situative Ablehnung riskieren.

6.2 Individueller krankheitsbezogener Behandlungsplan

Gesamtstrategie: Durch gezielte Übungen von der somatisierenden Gefühlsvermeidung zu gefühlsmotivierten, kognitiv gesteuerten kompetenten Interaktionen gelangen. Geplante Interventionen:

- Kommunikationsübungen. Aktivitäten planen, die zu einem Eigenleben (eigene Domäne) führen
- empirische Hypothesenprüfung nach Beck: Entgegen der Überlebensregel handeln, um diese zu falsifizieren oder zu modifizieren. Training sozialer Kompetenz, um sich durchsetzen zu lernen
- Übungen zur Gefühls- und Körperwahrnehmung, planerisches Problemlösen, um einerseits mit Hilfe ihrer Gefühle ihre Intentionen wahrzunehmen und andererseits durch kognitive Lösungen zwischenmenschliche Probleme meistern zu können
- soziales Rollenspiel, um das neue, kompetente Interaktionsverhalten einzüben.

6.3 Begründung des Settings

Ich benötige 60 Einzelsitzungen à 50 Minuten analog EBM-Ziffer 85221. Bei der vermutlich erforderlichen Verlängerung möchte ich dann auf den Gruppenmodus übergehen.

6.4 Kooperation mit anderen Berufsgruppen

Mit dem behandelnden Hausarzt wird immer wieder ein gleichsinniges Vorgehen besprochen.

6.5 Prognose unter Berücksichtigung von Motivation

Prognostisch günstig ist das gute Problembewusstsein und die hohe Änderungsmotivation. Prognostisch ungünstig ist die sehr chronische habituelle Tendenz zur Somatisierung.

Die Motivation der Patientin ist sehr hoch, auch weil sie merkt, dass die Gründung einer Familie an ihren Beziehungsproblemen scheitert.

Datum:

Unterschrift:

Stempel:

B9.7 Ein Patient mit Durchfall

B9.7a Dokumentation im Fallbericht (Aus- und Weiterbildung)

Chiffre: 011270

1. Angaben zum Patienten inkl. relevante soziodemographische Daten

Der Patient strahlt mich freundlich an, während er über sein Missgeschick berichtet.

1.1 aktuell ausgeübter Beruf, Familienstand, Zahl der Kinder

28-jähriger Mathematiker bei Versicherungsgesellschaft in Großstadt, allein lebend.

2. Symptomatik und psychischer Befund

2.1 geschilderte Symptomatik mit Schwere und Verlauf

„Meine Verdauung funktioniert nicht mehr richtig. Mein Bauch ist stark gebläht. Manchmal empfinde ich starken Stuhldrang und bis vor zwei Wochen musste ich 5-8 mal pro Tag aufs Klo. Wenn ich mich in Gesellschaft begeben, macht das große Probleme.“

2.2 Auffälligkeiten Kontakt, Interaktion, Erscheinungsbild

Der sich mir als „Sonnyboy“ präsentierende Patient kann zu seiner emotionalen Beziehung zu seinen Eltern keinen Zugang finden. In mir löste es etwas Befremden aus, wie wenig der sich so verständig gebende Patient Zugang zu seinen Gefühlen und Bedürfnissen hat.

2.3 Psychischer Befund

Die intellektuelle Leistungsfähigkeit ist sehr gut. Die Selbstschilderung seiner Persönlichkeit ist auffällig unauffällig. Insgesamt besteht jedoch eine selbstunsichere Persönlichkeit mit fehlender Fähigkeit, sich im Streitgespräch zu behaupten. Es liegen keine psychopathologischen Auffälligkeiten vor. Psychosomatisch bestanden Durchfälle, jetzt noch Blähbauch und Symptome im Sinne eines Reizdarms.

2.4 Krankheitsverständnis der Patientin oder des Patienten

Der Patient ahnt, dass seine Beschwerden durch den Tod der Mutter ausgelöst wurden.