

Die probatorischen Sitzungen für Patientin E

Als ob die Patientin mir damit zeigen wollte, dass sie sich im Erstgespräch bei mir angenommen gefühlt hat, lässt sie in der ersten probatorischen Sitzung ihre Ängste zu, insbesondere vor einer erneuten Neuritis optica und Visus-Verlust. Sie berichtet, dass sie erstmals vor elf Jahren für ca. sechs Wochen „taube Beine“ gehabt habe; seither nie mehr. Zu dieser Sitzung kommt sie zehn Minuten zu früh, sagt an der Tür, sie wisse es, und liest dann in einem mitgebrachten Buch über „Bachblüten“. Die Patientin sagt dann, sie wolle in die Gruppe nach den Sommerferien, die kurz bevorstehen. Es bleibt bei dieser einen probatorischen Sitzung, da das Material für einen Antrag ausreicht.

Die probatorischen Sitzungen für Patient F

Bei diesem Patienten habe ich gar keine probatorischen Einzelsitzungen gemacht, sondern ihn sofort in die Gruppe aufgenommen und während der ersten Gruppensitzungen noch das für den Antrag notwendige Material gesammelt, da ich vermeiden wollte, dass er sich zu sehr auf mich fixiert, wie auf seine bisherigen Bezugspersonen. Und es war nach dem Erstgespräch klar, dass eine Gruppentherapie indiziert und gewünscht war; außerdem hatte der Patient ja bei seiner Hausärztin, die selbst in psychotherapeutischer Ausbildung war, schon einige Einzelgespräche gehabt.

Der Kassenantrag für Patientin E

Bericht zum Erstantrag PT 3a E
Chiffre E 000000 Datum

1. Spontanangaben des Patienten

„Ich drehe mich im Kreis, Mitte Februar hatte ich eine richtige Depression und Angstzustände; mein Selbstbewusstsein nimmt immer mehr ab, meint mein Mann; ich war früher nie so unsicher. Ich kann die letzte Zeit verstehen, wenn die Leute sich umbringen wollen, aus Angst vor allem.“ So beginnt die brünette, attraktive, mittelgroße und vollschlanke Patientin ihren Bericht. Sie wird mir von ihrer Hausärztin, einer langjährigen Teilnehmerin meiner Balint-Gruppe, zunächst zu einer diagnostischen Sitzung überwiesen, da sie bei einer seit vier Jahren nachgewiesenen, seit zehn Jahren diskret vorhandenen Enzephalomyelitis disseminata (siehe beiliegende anonymisierte Befunde) depressiv dekompenziert sei. Sie bekommt wegen erheblicher Schlafstörungen Insidon, zunächst dreimal ein Dragée, jetzt nur noch ein Dragée abends. Sie habe sich im Vorjahr entschlossen, wegen der MS nur noch Teilzeit (24 Wochenstunden) zu arbeiten, seither sei sie aber eher unruhiger und spüre ihre Angst mehr: „Ich möchte mein seelisches Gleichgewicht wieder erreichen.“

2. Kurze Darstellung der lebensgeschichtlichen Entwicklung

a) Die gelernte Arzthelferin ist die um ein Jahr ältere von zwei Schwestern und stammt von einem Bauernhof hier in der Gegend. Ihr Vater ist zweiter Bürgermeister ihres Heimatdorfes, außerdem Gemeinde-Arbeiter und Nebenerwerbslandwirt. Zusätzlich betreibt er noch einen Bagger-Betrieb, ist also sehr gut beschäftigt. Die Mutter versorgt die Landwirtschaft, die Töchter mussten früh mithelfen, vor allem die Patientin; die zierlichere, kleine Schwester wurde als

„die Kleine“ immer geschont, zumal sie angeblich brav und ruhig war. Während die Schwestern früher viel gestritten hätten, würden sie sich jetzt „blendend vertragen“.

b) Vor Ausbruch der MS war die Patientin gesund und sehr sportlich. Keine wesentlichen Erkrankungen in der Anamnese; keine psychiatrischen Erkrankungen in der Familie.

c) „Ich wollte immer die Beste sein, schon als Kind. Ich setze mich immer so unter Druck, dass die Prüfungen nicht so gut werden. Ich werte mich immer ab, ich ertrage nicht, dass ich etwas nicht kann.“ In ihrer Ursprungsfamilie wurde nur Leistung honoriert, was dazu führte, dass die Patientin immer Bestätigung suchte und noch sucht. Sie ist „eifersüchtig“ auf alle, die „Mehr drauf haben wie ich“. Außerdem hat sie große Angst vor dem Verlassenwerden, vor allem seit sie mit 21 Jahren von ihrem ersten Freund wegen einer anderen, „Zierlicheren“ verlassen wurde. Dies war u. a. deshalb so schlimm, weil die Mutter ihr Äußeres immer entwertet habe, da sie nicht so zierlich gewesen sei wie ihre Schwester. Jetzt leide sie darunter, dass ihr Vater ihre Krankheit nicht akzeptiere und wolle, dass sie möglichst viele Kinder bekomme, während sie zwar gerne Kinder wolle, aber Angst davor habe, die MS könne dadurch schlimmer werden. Trotzdem fühlt sie sich dem Vater mehr verwandt als der Mutter: „Ich glaube, vielleicht ist er ähnlich wie ich, innerlich so ganz weich.“

d) Die soziale Entwicklung verlief ohne größere Komplikationen; nach der Hauptschule machte die Patientin eine Arzthelferinnen-Lehre bei einem Internisten in einem nahen Ort. Seit zwölf Jahren arbeitet sie bei einem Frauenarzt in der Kreisstadt, der selbst „ein Arbeitstier“ sei und von ihr sage, sobald sie die Praxis betreue, habe sie alle Fäden in der Hand. Entsprechend der

analen Familienstruktur bewohnt sie mit ihrem Mann, mit dem sie seit zehn Jahren bekannt und seit einem guten Jahr verheiratet ist, ein eigenes Haus mit Garten, was natürlich noch abbezahlt werden muss. Ihre Hauptfreude im Alltag ist ihr kleiner Hund, wohl der (vorläufige) Kinderersatz.

3. Krankheitsanamnese

Derzeit hat die Patientin noch einen abklingenden erneuten Schub einer Neuritis optica links. Außerdem nimmt sie seit einiger Zeit Zentropil wegen drei Grand-mal-Anfällen, von denen der Neurologe meint, sie seien MS-bedingt. Den letzten Anfall hatte sie vor neun Monaten; dabei sei sie die Kellertreppe in ihrem Haus hinuntergefallen. Ihre Brille sei dabei zu Bruch gegangen, und als sie wieder zu sich kam, habe sie Glassplitter im Mund gehabt.

Vor elf Jahren habe sie für einige Wochen ein Taubheitsgefühl in der gesamten unteren Körperhälfte gehabt, damals habe aber noch niemand an eine MS gedacht, worüber sie froh sei, da sie dadurch die Jahre bis zur ersten Neuritis optica unbeschwert genossen habe: „Ich habe ein tolles Leben gehabt; der Tag hatte mehr als 24 Stunden.“

4. Psychischer Befund zum Zeitpunkt der Antragstellung

a) Intelligente und differenzierte Patientin, die sofort einen positiven Kontakt aufzubauen versucht. (Schon am Telefon sagt sie: „Ich kann gut bis nächste Woche warten, machen Sie sich keinen Stress!“) Durch die innere Unruhe und ihre Angst hat sie einen hohen Leidensdruck und daher jetzt eine gute Motivation für die geplante Gruppentherapie.

b) Sowohl reifere als auch frühe Abwehrmechanismen: Verdrängung, Abspaltung, vor allem aggressiver Impulse, Idealisierung (besonders des Vaters, an den eine ausgeprägte Fixierung besteht), Somatisierung, Reaktionsbildung. Narzisstisch-depressive

Struktur mit anankastischer Abwehr. Unbewusst auch ausgeprägte Fixierung an die immer dienende Mutter, unter deren Entwertung sie umso mehr litt, als sie mit ihr identifiziert war.

c) Keine Denk- und Bewusstseinsstörungen; allenfalls inhaltliche Einengung des Denkens auf die Angst machenden Inhalte. Subdepressiver Affekt, mnestiche Funktionen ohne Befund. Keine produktiven Symptome, aber deutliche latente Suizidalität.

5. Somatischer Befund bzw.

Konsiliarbericht

(Siehe beiliegende Befunde) Außer dem neurologischen kein Befund von Krankheitswert. Myopie, Brillenträgerin seit Kindheit. Die Patientin sucht heute zur Kontrolle nochmals einen MS-Spezialisten weiter entfernt auf.

6. Psychodynamik der neurotischen Störung

Die Patientin – identifiziert mit den Leistungsidealern ihrer beiden Eltern und der dörflichen Gesellschaft – bezog ihren brüchigen Selbstwert nur aus ihren Leistungen. Von der Mutter als weiblichem Wesen entwertet, ist es ihr bis heute nicht möglich, sich gut zu fühlen, wenn sie nichts Vorzeigbares leistet. Daher brach das vorher gut kompensierte narzisstisch-depressive System zusammen, als durch die MS ihre Leistungsfähigkeit infrage gestellt wurde. Die daraus entstehenden Ängste versuchte sie zunächst mit verdoppelter Leistung zu kompensieren, bis sie einsah, dass sie sich damit schadete. Innerhalb von drei Jahren hatte sie mehrere ausgeprägte Schübe, bis sie beschloss, ihre Berufstätigkeit zu reduzieren. Wider Erwarten ging es ihr psychisch dadurch schlechter; sie litt unter ihrem inneren Getriebensein und der Zwanghaftigkeit ihres Verhaltens, das ihr auch im häuslichen Bereich immer deutlicher wurde. Obwohl ihr Mann sie laufend bestätigt, hat sie aufgrund der Er-

fahrung mit dem früheren Freund große Angst, auch er könne sie verlassen, da in ihrem eigenen Erleben ein Kranker nichts wert ist (Identifizierung mit dem Vater). Die depressive Reaktion wurde zu Jahresanfang immer stärker, belastende Schlaflosigkeit trieb sie schließlich zur Hausärztin.

7. Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragstellung

Narzisstisch-depressives Syndrom mit somatischer und anankastischer Abwehr.

8. Behandlungsplan und Zielsetzung der Therapie

In einer tiefenpsychologisch fundierten Gruppentherapie sollen die Ängste, nicht zu genügen, abgebaut und durch die mütterliche Gruppenmatrix ein besseres Selbstwertgefühl erarbeitet werden. Prinzipiell wäre auch eine analytische Gruppe überlegenswert, angesichts der körperlichen Erkrankung sollte aber eine zu tiefe Regression besser vermieden werden. In der Gruppe kommen fast gleich viele Männer und Frauen – vorwiegend mit präödiptalen Störungen – zusammen. Da soll ihr Gruppenverhalten gespiegelt und verändert werden, im Sinne einer Verringerung der Forderungen an sich selbst und andere sowie eines gelassenen Vertrauens auf die eigenen Kräfte (von ihrer Hausärztin wird die Patientin als im Beruf sehr dominant geschildert).

9. Prognose der Psychotherapie

Die Prognose ist günstig, da diese Therapieform die Patientin nicht so überfordert wie eine Einzeltherapie, in der sie sicher das Gefühl hätte, ständig „etwas bringen“ zu müssen. Außerdem ist die Patientin sehr motiviert und verlässlich, hat ihr Leben bisher partiell gut bewältigt und kann ausreichend regredieren. Sie erscheint noch einigermaßen flexibel und entwicklungsfähig. Die Gefahr einer gravierenden somatischen Regression ist in der Gruppentherapie gerin-

ger als in der Einzeltherapie, weswegen in der internationalen Literatur für MS-Patienten mehrheitlich Gruppentherapie empfohlen wird. Die Patientin kann nach der Sommerpause einen Platz bekommen.

Der Kassenantrag für Patient F

Bericht zum Erstantrag PT 3a E Chiffre F 00000 Datum

1. Spontanangaben des Patienten

Der mittelgroße, kompakt wirkende, dunkelhaarige, sonnengebräunte Endzwanziger wird mir von einer Supervisorin, die ihn hausärztlich und bislang im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung betreut hat, überwiesen, und zwar wegen eines anankastisch-depressiven Syndroms mit panikartigen Ängsten. Ihrer Meinung nach soll das Einzelkind jetzt an einer Gruppentherapie teilnehmen, was sich auch zeitlich wegen seiner Berufstätigkeit anbietet. Der Schwabe kommt eine Viertelstunde zu früh; ich lasse ihn warten. Dann berichtet er als Erstes, dass sein Vater ihn „unter einen komischen Druck gesetzt“ habe, in der Ausbildung und sonst. Daraus habe sich bei ihm ein „Zwangsgefühl zwischen Liebe und Unterdrückung“ entwickelt. Seine Eltern leben ziemlich isoliert in einem kleinen Ort im Allgäu, der Vater ist angestellter Maschinenschlosser. Durch die Kontaktarmut seiner Eltern bedingt, hatte er auch wenig Kontakt und war ein verwöhnter einziger Sohn. Vor einem halben Jahr habe er sich nach neun-jähriger Beziehung von seiner Freundin getrennt, was ihm noch immer sehr zusetze, obwohl er es für das Beste hielt, zumal die Freundin sich einen anderen Partner gesucht habe. Er hatte die damals 15-Jährige mit 19 Jahren kennen gelernt und hielt es mit ihr aus, obwohl ihm bereits nach einem

Jahr klar war, dass sie nicht die Richtige war. Er konnte aber nicht allein sein und fand keinen „richtigen“ Anschluss. Wenn er allein ist, bekommt er panische Verlassenheits-ängste.

2. Kurze Darstellung der lebens-geschichtlichen Entwicklung

- a) Der aus einer anal strukturierten untere Mittelschicht-Familie stammende Bauingenieur ist der Hoffnungsträger seiner Eltern und erfüllte bislang widerwillig deren Erwartungen: nach dem Fachhochschulstudium in Augsburg macht er jetzt beim Wasserwirtschaftsamt die Ausbildung für die Beamtenlaufbahn im höheren Dienst. Im Januar soll die Prüfung stattfinden, die ihm bereits jetzt Angst macht. Er fühlt sich allein in der Verantwortung in seinem Beruf und entwickelt „totale Überlebensängste“, zieht sich von der Welt zurück und möchte dann am liebsten in die Kinderrolle zurückfallen. Das macht ihn dann aggressiv, und er entwickelt sehr rasch Schuldgefühle darüber, ein undankbarer Sohn zu sein.
- b) Körperlich war der Patient immer gesund und leistungsfähig. Keinerlei gravierende somatische Vorerkrankungen.
- c) Aus der Kindheit werden keinerlei Neurotizismen berichtet. Den wachsenden Anforderungen in Kindergarten und Schule war er immer gewachsen; zur akademischen Ausbildung zog ihn aber nichts, er fühlte sich von seinem Vater dahin gedrängt und wagte es nicht, eigene Wünsche, die mehr ins Handwerkliche gingen, durchzusetzen, worüber er sich jetzt ärgert. Andererseits kann er sehen, dass sein Vater es gut meinte, auch mit der Beamtenlaufbahn, und ihm eine sichere Existenz ermöglichen wollte.
- d) Obwohl er die elterliche Ehe als spannungsreich erlebt, versuchte er bereits als 19-Jähriger durch den Aufbau einer langfristigen Beziehung ein Stück aus dem einengenden Elternhaus auszubrechen, auf eine