

Persönliche PDF-Datei für Sven Leinert, Rudolf Klein, Johannes C. Ehrenthal, Corin Strimer

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Fallbericht Antriebslosigkeit, Soziale Phobie, Alkoholmissbrauch

DOI 10.1055/a-0987-6211

PiD – Psychotherapie im Dialog 2020; 21: 97–100

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Verlag und Copyright:

© 2020 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN 1438–7026

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags



Fallbericht Antriebslosigkeit, Soziale Phobie, Alkoholmissbrauch

„Mich interessiert eigentlich gar nichts“

Ein 27 Jahre alter Student berichtet von Antriebslosigkeit, einem gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus, sozialem Rückzug und seiner Unzufriedenheit mit sich selbst.

Anlass der Therapie

Angaben zur Person

Ein 27-jähriger Student stellt sich auf Empfehlung seines Hausarztes in der Tagesklinik vor. Er sei nach dem Abitur zunächst ein Jahr zu Hause gewesen, habe dann ein Studium der Philosophie und Geschichte begonnen und dieses nach dem 4. Semester abgebrochen. Derzeit studiere er Sozialpädagogik, befinde sich aber im Urlaubssemester. Wann er das letzte Mal aktiv studiert habe, könne er nicht sagen. Der Patient hat derzeit keine Partnerschaft, er sehe da für sich auch keine positiven Aussichten („Das habe ich mir abgeschminkt“). Er wohnt in einer eigenen Wohnung.

Symptomatik

Die Angaben zur Symptomatik sowie zum Beeinträchtigungserleben bleiben zu Beginn der Behandlung vage. Der Patient gibt an, sein Hauptproblem bestehe darin, dass er nicht wisse, ob das, was er mache, das Richtige sei. Er sei sich unsicher, ob er das Studium fortführen solle. Er gehe daher nicht mehr an die Universität. Der Patient schildert einen gestörten Schlaf-Wach-Rhythmus. Meist gehe er erst gegen 5:00 Uhr ins Bett und schlafe bis ca. 16:00 Uhr. Er stelle sich in der Klinik vor, da sein familiäres Umfeld sage, etwas mit ihm stimme nicht. Er könne dazu aber nichts sagen. Bei der Exploration gibt er gedrückte Stimmungen, Unruhe, Appetitminderung und Grübeln an. Er sei sehr unzufrieden mit sich und habe keine Ahnung, wie es mit seinem Leben weitergehen solle. Den Tag verbringe er hauptsächlich vor dem Computer.

Beginn der Symptomatik

Der Patient gibt an, dass er bereits seit dem 11. Lebensjahr Probleme gehabt habe. Damals sei seine Familie wegen der Berufstätigkeit seines Vaters umgezogen, und er habe am neuen Wohnort kaum soziale Kontakte aufbauen können. Der Beginn

der jetzigen Symptomatik wird von ihm auf das 18. Lebensjahr datiert. Zu diesem Zeitpunkt sei er in seine erste eigene Wohnung gezogen. Er sei im 19. Lebensjahr kurzzeitig wegen Schlafstörungen, Antriebslosigkeit, sozialem Rückzug und Kontaktängsten in einer Tagesklinik für Psychiatrie und Psychotherapie behandelt worden. Eine ambulante Psychotherapie habe bislang noch nicht stattgefunden.

Suchtanamnese

Der Patient gibt einen täglichen Alkoholkonsum von 1–6 Flaschen Bier an. Vom 14. bis ca. 20. Lebensjahr habe er THC regelmäßig konsumiert, seither sei er abstinent. Er trinke bis zu 1,5 Liter Cola am Tag. Der Patient beschreibt einen pathologischen PC-Konsum (bis zu 10 Stunden am Tag, hauptsächlich Gaming und Surfing).

Lebensgeschichtliche Entwicklung

Die Eltern berichten, die ältere Schwester des Patienten habe aufgrund einer somatischen Erkrankung in der Familie immer im Mittelpunkt gestanden. Der Patient sei vom Temperament her eher introvertiert, und er sei wegen Ängsten und sozialer Unsicherheit nicht in der Krippe und anfangs auch nicht im Kindergarten gewesen. Im Vorschuljahr des Kindergartens habe er in der Einrichtung Schwierigkeiten im Kontakt mit den anderen gehabt und sich mehr zurückgezogen. In der Schule habe er diese Probleme auch gehabt. Im 14./15. Lebensjahr habe er zunehmende Schwierigkeiten in der Peergroup, aber auch in der Schule mit Lehrern gehabt. Die erste eigene Wohnung sei von den Eltern eher als Entlastung gedacht gewesen, allerdings sei der Patient damit überfordert gewesen.

Schule, Studium, Ausbildung

Der Patient bestand auf dem Gymnasium die Klassenstufe 10 nicht und wechselte zunächst auf eine Mittelschule, wo er den Realschulabschluss ebenfalls nicht schaffte. An der Abendschule holte er Realschulabschluss und Fachabitur nach und begann ein Hochschulstudium. Zum Zeitpunkt der Aufnahme in der Tagesklinik studierte der

Patient seit mindestens einem Jahr nicht mehr aktiv.

Soziales Leben und Freizeit

Der Patient hat keine Partnerschaft. Er lebt zurückgezogen in seiner eigenen Wohnung. Zu den in der Nähe wohnenden Eltern bestehe ein guter Kontakt. Er habe wenig Freunde, die er nur sehr selten treffe. Hobbys und Freizeitinteressen bestünden so gut wie gar nicht.

Psychischer Befund bei Erstkontakt

Der Patient wirkt in der Interaktion und Beziehungsgestaltung zurückgezogen, teilnahmslos und hilflos. Beim Bericht treten oft lange Antwortlatenzen auf, der Patient bleibt in allen seinen Angaben sehr vage. Er schildert auf Nachfrage Grübeln, Ängste in sozialen Situationen, Interessesminderung („Mich interessiert eigentlich gar nichts“), Störung der Vitalgefühle, Insuffizienzgefühle, gemindertes Selbstwerterleben. Er wirkt in der Untersuchungssituation affektiv nivelliert und tendenziell ratlos. Er berichtet von Antriebsstörungen, wirkt klinisch antriebsarm mit karger Mimik und Gestik. Es werden gelegentlich auftretende Suizidgedanken angegeben, es bestehen aber keine konkreten Pläne oder Absichten. In der Anamnese finden sich keine Suizidversuche, in der Jugend gelegentliche Selbstverletzungen (Ritzen). Der übrige psychopathologische Befund stellt sich unauffällig dar.

Testdiagnostik

Bei der Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit mittels LPS-2 zeigt sich ein durchschnittliches bis überdurchschnittliches Ergebnis bei allen Subtests. Die depressive Symptomatik wurde in der Aufnahmesituation im Fremdrating mit dem HAMD als mittelgradig ausgeprägt bewertet. Bei der Selbstbeurteilung der depressiven Beschwerden (BDI, IDS-R) ergab sich eine leichte Ausprägung. Beim VEI, einem umfassenden Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung psychischer Beschwerden, waren die Skalen Somatisierung, Angst, Alkohol- und Drogenproble-

me, Depression, Paranoia und antisoziale Verhaltensmerkmale leicht bis stark erhöht. Der AUDIT wies auf eine alkoholbezogene Störung hin. Der SASKO verzeichnete eine starke Beeinträchtigung mit hoher sozialer Angst und Kompetenzeinschränkungen. Beim HASE ergaben sich keine Hinweise auf ADHS im Erwachsenenalter. Im Gegensatz zu den erhöhten Werten in den Fragebögen berichtet der Patient im Gespräch kaum von erlebten Beschwerden und wirkt hinsichtlich seiner tatsächlichen Beeinträchtigungen gleichgültig und kaum bekümmert.

Medikamente

Der Patient nimmt zum Zeitpunkt der Aufnahme Agomelatin 50 mg zu unterschiedlichen Einnahmezeitpunkten ein.

Problemanalyse

Der Patient schildert sich als sehr introvertiert. Es traten schon sehr früh in der Biografie Kontaktschwierigkeiten auf, wegen derer er im Kleinkindalter vor allem in der Familie aufwuchs. Die elterliche Fürsorge habe sich aufgrund einer somatischen Erkrankung mehr auf die Schwester des Patienten ausgerichtet. Umzüge und Schulwechsel erschwerten später dem sozialängstlichen Patienten die Integration in die Peergroup zusätzlich, er zog sich zurück, erlebte die PC-Welt als Halt und Sicherheit gebend und entwickelte außerhalb der PC-Aktivität zunehmend einen Antriebs- und Interessenverlust mit vorherrschenden Gefühlen von Langeweile, Einsamkeit und Resignation. Die soziale Interaktionsfähigkeit reduzierte sich durch den Rückzug zusehends, es bestand eine niedrig ausgeprägte Selbstwirksamkeit.

Informationen zum Verlauf

Der Patient befand sich insgesamt 4 Monate in teilstationärer Behandlung. Der Patient wirkte anfangs gleichgültig hinsichtlich seiner Problematik, ein klarer Behandlungsauftrag war nicht erkennbar. Als erschwerend erwiesen sich unklare Vorstellungen hinsichtlich der weiteren Zukunft, der Patient gab an, er habe überhaupt keine Vorstellung, wie es mit ihm weitergehen solle. Beim Sondieren alternativen Freizeitverhaltens zeigte er einerseits die Bereitschaft, die PC-Nutzung

deutlich zu reduzieren, andererseits wirkte er ausgesprochen ideen- und interesselos hinsichtlich möglicher Alternativen. In der Tagesklinik erschien er zuverlässig und an allen Tagen pünktlich. An den Wochenenden gelang es ihm kaum, eine Tagesstruktur aufzubauen, aktiv wurde er vor allem bei vorgegebener verbindlicher Struktur (z. B. verbindlicher Anfang der Tagesklinik mit einer Morgenrunde oder einen vorgegebenen Therapieplan) oder wenn er durch Mitpatienten zu gemeinsamen Aktivitäten motiviert wurde. Am Therapieprogramm in der Klinik nahm er zuverlässig teil. Er hatte von Anfang an einen guten Kontakt zu Mitpatienten, wirkte nach kurzer Eingewöhnungszeit rasch psychopathologisch unauffällig mit einer angemessenen affektiven Schwingungsfähigkeit und einem unauffälligen Antriebsniveau. In der Klinik zeigte er kaum Meidetendenzen, er wirkte im Kontakt mit Mitpatienten locker und auch sehr humorvoll.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Sven Leinert

Psychologischer Psychotherapeut, Verhaltenstherapeut, Leitender Psychologe in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Städtisches Klinikum Dresden. Ver-

haltenstherapeutischer Supervisor. Arbeitsschwerpunkte: Affektive, Angst- und Persönlichkeitsstörungen. Zertifizierter CBASP-Therapeut, -trainer und -supervisor.

Kommentare

Systemische Hypothesen

Laut Fallvignette hat der Klient in seiner Familie eher eine Rücksicht nehmende Haltung erlernt (erkrankte Schwester), die mit seiner introvertierten Einstellung kompatibel ist. Von aktiv-gelungenen und altersgemäßen Übergangsprozessen wird nicht berichtet. Stattdessen verliefen diese eher krisenhaft: Vermeiden der Krippe; Verzögern

des Kindergarteneinstiegs; mangelnde Integration in Schule und Peergruppe nach Umzug; Beginn der Symptomatik mit dem Auszug aus dem Elternhaus.

Auch die jetzige Lebensphase ist durch leidvolle subjektive Überforderung gekennzeichnet: Er meint wissen zu müssen, was „das Richtige“ ist. Sein Selbstkonzept scheint durch eine maximale Selbstwirksamkeitserwartung geprägt. „Falsche“ Entscheidungen müssen ausgeschlossen werden, nur das „richtige“ Studium, die „richtige“ Zukunftsentscheidung gilt. Diese Einstellung verzeiht keine Fehler. Da sich jede Entscheidung später als „falsch“ erweisen und als „Versagen“ bewertet werden kann, stagniert der fällige Übergang. Stagnation und Abhängigkeit stabilisieren sich wechselseitig.

Seine als abhängig und depressiv diagnostizierbaren Reaktionen erscheinen aus dieser Sicht weniger als „krankhaft“, stattdessen in mehrfacher Hinsicht als plausibel. Sie ermöglichen ihm:

- einen Schutz vor dem Risiko „falscher“ Entscheidungen,
- fällige Übergänge und damit unwägare Zukünfte zu vermeiden,
- eine Verzögerung altersentsprechender Ablösung vom Elternhaus.

Mögliche therapeutische Ansatzpunkte

Im Vordergrund sollte die Klärung stehen, ob der Klient glaubt, Einfluss auf seine Entwicklung zu haben, ob er diesen nutzen möchte und ob er glaubt, eigenes Interesse an sich verdient zu haben: Bin ich es mir wert, meinen Einfluss kennenzulernen und zu nutzen?

Falls ja, könnten Ideen angeboten werden, an welchem Punkt er in seinem Leben steht. Hier bietet sich das Schwellenmodell aus der Ritualtheorie an. Das symptomatische Verhalten ist eine Überlebensstrategie, die helfen soll, mögliche Enttäuschungen eigener und/oder fremder Erwartungen zu vermeiden, verhindert jedoch auch Übergänge. Die abhängig-depressiv-suizidalen Reaktionen erscheinen dann als Lösungsstrategie und Problemstabilisierung zugleich. Fragen könnten lauten: Lebe ich das Leben, das ich leben möchte? Was soll sich nicht ändern?

„Rückfälle“ sind therapeutisch willkommene Möglichkeiten, diese Gedanken zu vertiefen: Wofür ist der „Rückfall“ eine Lösung? Was verstehe ich unter „falsch“ – was unter „richtig“? Bin ich bereit, das Risiko meines Lebens zu tragen? Wem bin ich damit ähnlicher/unähnlicher?

Entscheidend wird sein, ob der Klient neugierig auf sich zu werden beginnt und ob er sich auf zwei Fragen einlässt: Wer will ich nicht mehr sein? Und danach: Wer könnte ich werden?

Die Therapie begleitet den Klienten auf dem riskanten Weg hin zu der Entscheidung, welchem Lebensstil er folgen will, welchem (noch) nicht bzw. welchem nicht mehr. Ein flexibles Setting von Einzel- und Familiengesprächen könnte sich als nützlich erweisen.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Rudolf Klein

Dr. phil., arbeitet seit mehr als 30 Jahren in stationären und ambulanten Settings mit alkoholabhängigen Menschen und deren Familien; seit 2004 in freier

Praxis tätig; Lehrtherapeut und Lehrender Supervisor der Saarländischen Gesellschaft für Systemische Therapie (SGST), des Wieslocher Instituts für systemische Lösungen (wisl) und der Systemischen Gesellschaft (SG).

Psychodynamische Sichtweise

„Ein rätselhafter, ein verlorener Junge!“, geht mir nach dem Lesen des Berichts durch den Kopf. Ich fühle mich leer, müde, hilflos, mit dem Impuls zur Resignation. Was soll ich schreiben, wenn alles klar, nichts jedoch klärbar scheint? Hätte ich den Kommentar doch lieber nicht angenommen – warum hat der Kollege einen Fall geschrieben, der

mich mit einem Gefühl der Inkompetenz zurücklässt?

Meine Gegenübertragung weist auf mehrere Dinge hin. Zunächst, wie schwer es ist, mir ein Bild von dem jungen Mann zu machen, sodass mein Erleben helfen muss, aus dem Geschriebenen eine Gestalt zu konstruieren. Dann die Perspektive: Wahrscheinlich oszilliere ich zwischen konkordanter und komplementärer Gegenübertragung. Dass andere Menschen sich in Relation zum Patienten erschöpft und hilflos erleben, liegt nahe, ebenso der Impuls, „den Jungen“ anders haben zu wollen, ihm Vorwürfe zu machen, ihn allein zu lassen und wieder „zurückgeben“ zu wollen. Gleichzeitig erlebe ich ggf. etwas, was er selbst von sich kennt: Leere, Perspektivlosigkeit, Überforderung, Zurückweisung. Hier entwickelt sich endlich Mitgefühl und Neugier, den jungen Mann kennenzulernen.

Es wäre ein Leichtes, das „reifere“ Modell des Patienten zu übernehmen und ihn als einen jungen Mann mit einer protrahierten Adoleszenzkrise zu betrachten, mit der Schwierigkeit, etwa aus der Spannung zwischen Wiedergutmachungswünschen oder Versorgungsbedürfnissen und deren „Abwehr“ das Haus zu verlassen und in den Status eines Erwachsenen zu wechseln. Allerdings spricht vieles für eine basale strukturelle Störung der Persönlichkeitsfunktion: Es bestehen seit früher Kindheit Schwierigkeiten in Sozialkontakten, Überforderung in Schule, Studium und damit, allein für sich zu sorgen. Ebenso deuten der langjährige Substanzmittelkonsum sowie die relative Beziehungslosigkeit darauf hin, dass es sich nicht um ein konfliktbedingtes Geschehen handelt, das in spezifischen Situationen mit klarer Bedeutung etwas vermeidet, sondern um eine unspezifische Überforderung des psychischen Gesamtapparates in der Bewältigung altersadäquater Anforderungen. Auch in der Tagesklinik führt das Wegbrechen haltgebender Rahmenbedingungen zum Verlust scheinbarer Kompetenzen.

Aus einer strukturbezogenen psychodynamischen Perspektive wäre mir ein Gesamtbehandlungsplan mit ambulanter Psychotherapie und enger sozialarbeiterisch-sozialpsychiatrischen Begleitung wichtig, der

nicht überfordert. Persönlich würde ich mich zunächst aus einer beelternen Haltung heraus „hinter“ den Patienten stellen und versuchen, die Welt aus seinem Erleben heraus zu betrachten, ihm damit helfen, sein Selbsterleben und seine Binnenwahrnehmung zu differenzieren. Vielleicht wäre es ein guter Einstieg, sich darüber zu unterhalten, wie er die Welt seiner Online-Spiele erlebt. Hier bestünde zudem die Hoffnung, im gemeinsamen Betrachten von etwas Drittem mehr über ihn zu erfahren und vorsichtig eine Brücke in Außenwelt und Zukunft zu skizzieren. Aufgeben möchte ich den Jungen nämlich nicht.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Johannes C. Ehrenthal

Dr. phil. Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut. Berufliche Stationen in Göttingen, Heidelberg, State College (PA), Kassel und Klagenfurt. 2020 Ruf auf

eine Professur für Klinische Psychologie und empirisch-quantitative Tiefenpsychologie an die Universität zu Köln. Mitglied des Koordinationsrates der OPD. Schwerpunkte: Diagnostik und Therapie von strukturellen Störungen und Traumafolgestörungen, klinische Bindungsforschung, erfahrungsbasierte Kompetenzentwicklung in helfenden Berufen.

Integrative Perspektive

Erste Ideen: Die psychischen Grundbedürfnisse nach Bindung, Selbstwert, Kontrolle/Orientierung sowie Genuss/Freude sind stark unbefriedigt. Er lebt sozial sehr isoliert, hat wiederholt schulische Misserfolge, mag sich selbst nicht, fühlt sich überfordert und inkompetent und es herrscht eine starke Orientierungslosigkeit. Er hat keine haltgebenden Strukturen oder positive Aktivitäten und ist finanziell von den Eltern abhängig. Ob er den übermäßigen Coca-Cola-Konsum, ggf. weitere Nahrungsmittel oder Sexualität als Genuss erleben kann, bleibt unklar. Die langen PC-Zeiten sowie der täg-

liche Alkoholkonsum dienen einer kurzfristigen Verdrängung von negativen Gedanken und Emotionen. Als Ressourcen sehe ich den Kontakt zu den Eltern und wenigen Freunden, ggf. Freunden in Online-Games, die kognitive Leistungsfähigkeit, den schulischen Erfolg in der Abendschule sowie den eigenständigen THC-Entzug mit anhaltendem Erfolg.

Individuelles Problemverständnis: Der Patient verinnerlichte in seiner Kindheit, dass er nicht wichtig sei, da die Aufmerksamkeit der Eltern der kranken Schwester zufiel. Es entstand wohl das Vermeidungsziel „Nimm dich zurück; falle niemandem zur Last“. Heute nimmt er sich selbst so wenig wichtig, dass er den Zugang zu seinen Bedürfnissen verloren hat und darum mit Lebensentscheidungen überfordert ist. Die häusliche Isolation bis zur Schulpflicht, um ihn vor seinen sozialen Ängsten zu „schützen“, verhinderte den Kompetenzaufbau und verstärkte seine Unsicherheit. Mobbing-Erfahrungen und der Umzug intensivierten seinen sozialen Rückzug. Als Jugendlicher begann er THC zu konsumieren und sich zu ritzen (Emotionsregulation). Wie es scheint, ohne Hilfe zu erhalten. Seine Annahme, nicht wichtig zu sein, bestätigte sich. In der PC-Welt fand er Sicherheit und Halt. Dieser Rückzug verhinderte, dass er weder soziale Kompetenzen aufbauen und korrigierende Beziehungserfahrungen machen noch seine Interessen erkunden konnte. Die schulischen Misserfolge schwächten seinen Selbstwert zunehmend. Der Auszug mit 18 Jahren stellte für ihn eine komplette Überforderung dar. Er war noch nicht bereit für dieses Ausmaß an Autonomie und wurde noch isolierter. Eventuell erlebte er dies als weggestoßen werden von der Familie, weil er zur Last geworden war.

Diagnostisch sehe ich eine soziale Phobie, eine mittelgradige depressive Episode und einen missbräuchlichen Alkoholkonsum.

Therapeutische Ansätze: Der Patient benötigt Orientierung durch äußere Strukturen (z. B. Beschäftigung, Hobbys, WG/betreutes Wohnen), Stärkung seines Selbstwerts (Erfolgs-Erlebnisse, Selbstliebe), korrigierende Beziehungserfahrungen («Ich bin wichtig»), Aufbau von Beziehungen (soziales Kompetenztraining) sowie nichtschädlichen Genuss (positive Aktivitäten). Die sta-

tionäre Behandlung bot ihm diese Dinge, seine psychischen Grundbedürfnisse wurden befriedigt, sodass es ihm schnell besser ging. Es ist wichtig, dass er dies nach Austritt aufrechterhalten kann.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Corin Strimer

lic. phil.; geb. 1982, eidg. anerkannte Psychotherapeutin, Supervisorin, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP/NWP; Psychotherapie- und Supervisionsausbildung am Klaus-Grawe-Institut in Zürich, 10 Jahre Erfahrung in ambulanter Psychotherapie für Jugendliche und Erwachsene, eigene Praxis seit 2015 in Cham (ZG). Schwerpunkt ADHS im Erwachsenenalter, Depression, Angst- und Persönlichkeitsstörungen. Supervision und Selbsterfahrung für angehende und ausgebildete PsychotherapeutInnen und PsychiaterInnen sowie weitere Fachpersonen des Gesundheitswesens.