

Dr. phil. Hermann Wendt, Dipl.-Psych.  
Kölner Lehrinstitut für Verhaltenstherapie - KLVT

## **Kapitel 1**

### **Erstantrag 1. - 40. Sitzung**

**September 2000**

#### **0. Angaben zur Person**

Der Patient ist zur Zeit noch 18 Jahre alt und wohnt in eigener Wohnung. Nach Abschluss der Realschule ( 10. Klasse Oberschule mit Realschulabschluss ) ist er zur Zeit arbeitslos und ohne Partnerin.

#### **1. Angaben zur Symptomatik**

Der Patient berichtet über schubweise Anfälle von Ängsten und Depressionen, vor allem auf seine Zukunft bezogen, die seit etwa anfang des Jahres 2000 immer häufiger auftreten und allmählich zu täglich auftretenden Verstimmungen führen, die vor allem schon früh morgens einsetzen und sich gegen Abend ein wenig legen. Im Zusammenhang damit zeigt sich ein ausgeprägtes Symptombild von massiver Antriebslosigkeit und Gefühlen von Sinnlosigkeit des Lebens. Früher ausgeübte Hobbys und Lieblingstätigkeiten wie z.B. sportliche Betätigungen ( Fussball, Basketball ) wurden mittlerweile so gut wie völlig aufgegeben zugunsten von stundenlangem "Hocken vor dem Fernsehapparat". Der Patient ist schlecht ernährt und mit nur 59 kg bei 1.89 m deutlich untergewichtig.

#### **2. Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese**

Der Patient wurde im November 1981 "als Wunschkind" in Berlin geboren. Die Mutter Beate ist heute Rechtsanwalts- und Notariatssachbearbeiterin und 37 Jahre alt, der Vater Günther Beamter im höheren Polizeidienst und heute 39 Jahre alt. Der Patient hat einen 2 Jahre jüngeren Bruder, mit dem er sich sehr gut versteht ( obwohl der Patient meint, dieser sei ihm stets von den Eltern bevorzugt worden : "mein Vater hat mich erzogen, meine Mutter meinen Bruder !"). Seinen Vater bezeichnet der Patient als "nicht locker und immer grimmig". "Er war nie zufrieden mit mir !" 1994, als der Patient 12 Jahre alt und die 6. Klasse einer Realschule besuchte, trennten sich seine Eltern und der Vater zog aus der elterlichen Wohnung aus. Dieses Ereignis kommentiert der Patient heute folgendermaßen : "Alle haben gesagt : Jetzt bist Du der Mann im Haus !" Und weiter : "Mit 13, 14 Jahren wusste ich schon, wo es langgeht !" In dieser Zeit traten beim Patienten bereits erstmalig depressive Symptome auf, die er mit dem Kommentar belegte : "Ich war mehr ein Einzelgängertyp !" Außer ein paar wenigen und sehr flüchtigen ( angeblich auch sexuellen ?) Kontakten mit Mädchen, hat der Patient bis heute noch keine "feste" Freundin gehabt. Von 1994 bis 1998 besuchte er die städtische Oberschule / Realschule. In diese Zeit, etwa im Alter von 16 Jahren, fällt ein symptomatischer "Ausrutscher", als er von Freunden mitreingezogen wurde, ein Auto für eine Spritztour zu klauen, und dabei erwischt wurde. Glücklicherweise ohne strafrechtliche Folgen.

Bereits mit 17 Jahren zog der Patient im Sommer 1998 nach Abschluss der Realschule aus der elterlichen Wohnung aus ("so früh wie möglich !"), schloss in der Zeit von August 1998 bis Januar 1999 auf einer Fachschule eine Ausbildung als

Assistent für Datenverarbeitung an, die er leider vorzeitig wieder abbrach, und ist seitdem ohne weitere Ausbildung und ohne feste Tätigkeit. Um seinen Eltern zu beweisen, dass er doch auch zu harter Arbeit fähig ist ("voll krank : ich als 17-Jähriger und 14 Stunden am Tag gearbeitet"), arbeitete er anschliessend noch 7 Monate auf dem Bau. Wegen Rücken- und Kniebeschwerden wurde er als untauglich für den Wehrdienst eingestuft und musste nicht zur Bundeswehr, was offensichtlich weder ihn noch seinen Vater erfreute. Inzwischen hängt der Patient mehr oder weniger eigentlich nur noch herum. Er scheint keinen festen Freundeskreis zu haben. Auch übt er seine frühere Leidenschaft für Fussball und Basketball, u.a. wegen seiner körperlichen Beschwerden, sicher aber auch wegen seiner heutigen psychisch kritischen Situation, nicht mehr aus.

### 3. Psychischer Befund

Der Patient verfügt ohne jeden Zweifel über eine als sehr hoch einzuschätzende Intelligenz, die im krassen Widerspruch zu dem steht, was er in seiner bisherigen Schulbildung ( Realschulabschluss ) daraus gemacht hat. Hierin ist zweifellos eine wichtige Quelle der bisherigen depressiven Entwicklung zu sehen, dass ein Mensch mit derart guten intellektuellen Fähigkeiten und so magerer Schulbildung tatsächlich kaum angemessene Chancen in seinem zukünftigen Leben zu erkennen vermag. Im Sozialkontakt erscheint er sehr gewandt und aufgeschlossen, was ebenfalls im krassen Widerspruch zu seiner derzeitigen sozialen Isoliertheit und Zurückgezogenheit steht. Auch im Bereich von Antrieb und Motivation ist er zweifellos zu weit mehr in der Lage als es seine derzeitige depressive Erkrankung erkennen lässt. Im aktuellen Interaktionsverhalten zeigt sich, dass der Patient ein starkes Bedürfnis nach sinnvollen Aufgaben und nach Anerkennung seiner Leistungen hat.

### 4. Somatischer Befund

Amtlich festgestellte Wehrdienstuntauglichkeit wegen Rücken- und Kniegelenkbeschwerden mit entsprechenden Verschleisserscheinungen nach jahrelanger zum Teil extremer sportlicher Betätigung bei Fussball und Basketball ( bis zu 6 Stunden täglich ). Ausserdem : vgl. Konsiliarbericht Dr.med.G.Kowalski, Facharzt für Allgemeinmedizin / Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Herbst 2000. Der Patient ist deutlich untergewichtig : 59 kg bei 1.89 m.

### 5. Verhaltensanalyse

Die zentrale Krankheitssymptomatik des Patienten zeigt Angst- und Unruhezustände mit vor allem als mittelgradig einzustufenden depressiven Verstimmungen. Zukunftsängste und Depressionen werden vor allem durch entsprechende entmutigende Gedanken an die augenblickliche und zukünftige Lebenssituation ausgelöst. Sie können als klassisch konditioniert eingeschätzt werden :

- UCS = trostlose Lebenssituation als Folge krasser Diskrepanz zwischen sehr guten intellektuellen und sozialen Potenzialen und derzeitiger realer Verwirklichung mit grober intellektueller Unterforderung im Verbund mit sozialer Vereinsamung ( verpfushtes Leben )
- UCR = Verzweiflung, Angst, Resignation, Depression
- CS = Gedanken, Vorstellungen an ein verpfushtes Leben
- CR = Verzweiflung, Angst, Resignation, Depression

Die o.a. Symptomatik wird zweifellos auch durch pathogene Interaktionsprozesse zwischen Vater und Sohn aufrechterhalten und geschürt, so dass eine entsprechende Einbeziehung der Eltern in die Gesamtbehandlung im Sinn systemischer Therapie notwendig scheint.

## **6. Diagnose**

**ICD-10 : F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt.**

## **7. Therapieziele und Prognose**

- 7.1. Beseitigung der derzeitigen Apathie und Antriebslosigkeit und Aktivierung. Vor allem : Wiederaufnahme der weiteren und der Intelligenz des Patienten angemessenen schulischen Bildung mit dem zweifellos realistischen Ziel, das Abitur zu schaffen und die Grundlage für ein Hochschulstudium zu legen
- 7.2. Beseitigung der depressiven Verstimmungen zugunsten einer optimistischen Sicht der Zukunft. Vor allem müssen neue Anreize geschaffen werden, die das Leben wieder lohnenswert erscheinen lassen.

Auf dem Hintergrund zweifellos grosser und guter intellektueller und sozialer Potenziale zeigt der Patient starke Motivation, sich und seine derzeitige Lebenssituation zu ändern. Der Patient zeigt grosse Lernbereitschaft und arbeitete bereits in den ersten probatorischen Sitzungen mit grosser Compliance mit. Deshalb und auch angesichts des jungen Alters des Patienten erscheint die Prognose ganz besonders günstig.

## **8. Behandlungsplan**

- 8.1. Antidepressivtherapie von Beck.
- 8.2. Token Economy, Contract Management und andere Selbstkontrollmethoden von Kanfer.
- 8.3. Systemische Therapie mit Einbeziehung der Eltern. Vor allem Nutzung kontingenter Verstärkung durch den Vater.
- 8.4. Kognitive Therapie : Idealized Self Image von Suskind und Time Projection von Lazarus.
- 8.5. Interaktionelle Verhaltenstherapie von Grawe mit komplementärer Beziehungsgestaltung in der aktuellen therapeutischen Situation. Diese Variante der Verhaltenstherapie soll dazu dienen, über die positive Modellwirkung des Therapeuten Einfluss zu nehmen auf die zentralen Einstellungen und Haltungen des Patienten.

Beantragt werden 40 Sitzungen Einzeltherapie/Erwachsene mit einer Frequenz von mindestens 2 Sitzungen pro Woche.

September 2000      gez. Dr. phil. H. Wendt