

Fallbericht:

Ambulante verhaltenstherapeutische Einzelbehandlung eines Patienten

Zu Beginn der Therapie ist Hr. G. 25 Jahre alt, schlank, gepflegt, korrekt gekleidet, höflich alleinstehend, lebt mit seinen Eltern in einem Einfamilienhaus auf dem Lande und macht einen sehr intelligenten, jedoch unsicheren Eindruck. Er bezieht eine zeitlich befristete Berufsunfähigkeitspension.

Die Behandlung findet in freier Praxis statt.

Seit zwei Jahren befindet sich Hr. G. bei einer psychosozialen Einrichtung in Therapie (Gesprächstherapie). Der Psychiater hat bei der letzten Kontrolle dringend eine verhaltenstherapeutische Weiterbehandlung empfohlen. Daraufhin hat sich die Therapeutin darum bemüht entsprechenden Kontakt herzustellen, um zu erklären, welche Möglichkeiten in der Verhaltenstherapie zur Verfügung stehen und um zu ermöglichen, dass Hr. G. allfällige Fragen stellen könne. Parallel zur VT ist angedacht die Gesprächstherapie noch für ein paar Einheiten bzw. bei Bedarf weiterlaufen zu lassen, da der junge Mann sehr schwer mit neuen Situationen zurechtkommen würde und nicht bereit wäre, ohne Unterstützung zu einem anderen Therapeuten zu wechseln.

Medizinische Abklärung erfolgte sowohl durch den Hausarzt und durch einen Psychiater.

In den letzten Jahren wurde immer wieder versucht mit Hilfe von Medikamenten Verbesserung zu erreichen. Da durch die verordneten Medikamente (zuletzt Cipralex) keine positive Veränderung eintrat und die Nebenwirkungen sehr stark wahrgenommen wurden, wurde das Medikament schließlich mit Zustimmung des Psychiaters wieder abgesetzt. Hr. G. möchte die Erkrankung ohne medikamentöse Behandlung überwinden.

Das Erstgespräch fand im Therapieraum der psychosozialen Einrichtung statt. Die Therapeutin hatte mit dem Patienten vereinbart, dass er sich in diesem Gespräch über Möglichkeiten und Arbeitsweise im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Therapie informieren und dann entscheiden könne, ob er diese Form der Therapie in Anspruch nehmen möchte.

Der Pat. war sehr nervös, wippte ständig mit dem Oberkörper vor und zurück und war kaum in der Lage, den neuen Therapeuten anzusehen oder zu begrüßen. Die Gesprächstherapeutin begann das Gespräch, indem sie noch einmal Informationen zur aktuellen Situation bekannt gab.

Informationen über den Zusammenhang von physiologischen Veränderungen, körperlichen Empfindungen, Wahrnehmungen, Gedanken und Gefühlen weckten das Interesse und die Erklärungen bezüglich Angstkreislauf und auch, dass sich die VT zu Nutze machen würde, dass Angst und Entspannung nicht gemeinsam auftreten würden, ermutigten Hr. G. dazu einer Konfrontationstherapie zuzustimmen.

Obgleich er bezweifelte, dass graduierte Konfrontation funktioniere und massierte Konfrontation von Beginn an ausgeschlossen wurde, war er nach langem Nachdenken dazu bereit eine derartige Therapie zu versuchen. Auch soziales Kompetenztraining weckte sein Interesse.

Ein erster Termin wurde vereinbart. Da dieser in der Praxis des Verhaltenstherapeuten stattfinden sollte, erklärte sich die Gesprächstherapeutin bereit Hrn. G. zu diesem Termin zu begleiten.

Hr. G. berichtete, dass er im Prinzip gar nichts kann. Durch seine Angst lebte er wie in einem Gefängnis. Er fühle sich wie ein Kind, das noch alles lernen müsse. Er hält sich nahezu immer zu Hause auf und hat kaum soziale Kontakte. Näher wolle er zu Beginn seine Probleme nicht beschreiben.

Er erzählt von der Gesprächstherapie, welche seit zwei Jahren 1x/Woche stattfindet. Gleichzeitig befürchtet er, zu wenig und zu ungenau zu berichten und weist immer wieder darauf hin, es nicht besser zu wissen oder zu können. Er hat ständig Sorge, alles falsch zu machen und weiß nicht, wie er sich verhalten solle. Er beherrscht lt. eigener Angabe die einfachsten Dinge nicht und wisse auch nicht, wie es funktionieren oder wie er sich verhalten solle, obgleich es sich dabei um die einfachsten Dinge handelt, die er, lt. eigener Angabe, längst können sollte.

Vor Beginn der Gesprächstherapie vor zwei Jahren hatte Hr. G. zwei Angstattacken pro Woche. Er hätte Angst ohnmächtig zu werden. Der Mund wurde während dieser Anfälle trocken, er bekam kaum Luft, schwitzte, zitterte und hatte das Gefühl von anderen Menschen angestarrt zu werden. Daher fühlt er sich noch immer am wohlsten, wenn er allein wäre. Auch in großen Menschenansammlungen fühlt er sich halbwegs sicher, da er dann komplett anonym wäre.

In der Zeit vor der Gesprächstherapie hatte er keinen Sinn mehr in seinem Leben gesehen und daran gedacht, sich das Leben zu nehmen. Dabei wollte er zufällig ums Leben kommen. Z.B. bei einem Autounfall oder, indem er irgendwo abstürzt, doch hat sich dann bewusst dagegen entschieden. Für einen echten Suizid hätte er viel zu viel Angst. Der Pat. berichtet, vor allem Angst zu haben, was spontan auftritt. Er kommt sich in sozialen Dingen wie ein Analphabet vor und schämt sich deswegen sehr.

Auch wenn die Angstattacken längst nicht mehr vorhanden sind, bleibt die Vermeidung derselben. Lt. eigener Angabe vermeidet er das Leben.

Da bereits beim ersten Kontakt sehr viel Zeit erforderlich war, um ein paar wenige Informationen von Hrn. G. zu erhalten, wurden Doppelstunden vereinbart. Auf jede Frage folgte eine lange Pause, danach eine sehr lange, detaillierte Antwort. Zwischen den Sätzen liegen lange Pausen. Hr. G. ist sehr nervös, kann in den ersten Einheiten kaum sprechen und wippt ständig mit dem Oberkörper vor und zurück, reibt die Fäuste an den Oberschenkeln, wird oft rot und schluckt ständig.

Ungefähr einen Monat vor Therapiewechsel kam er in der Vorbereitungszeit zu dem Schluss, dass er für sein Leben selbst verantwortlich sei und vielleicht doch etwas ändern könne.

Hr. G. wurde vor 25 Jahren als drittes Kind geboren. Seine Eltern hatten bereits zwei Söhne, die ungefähr 20 Jahre älter waren als er und kurz hintereinander zur Welt kamen. Der ältere Bruder war bei seiner Geburt bereits ausgezogen und der jüngere Bruder war auch schon erwachsen. Er gibt an, ein unerwünschtes Kind zu sein. Die Eltern sind schon sehr alt. Auch hier war es nicht möglich das genaue Alter zu erfragen. Beide Eltern wären bereits seit Jahren in Pension.

Mit ca. 5-6 Jahren musste er ins Krankenhaus. Pseudo-Krupp. Lt. Schilderung des Pat. hätten ihm die Ärzte nicht geholfen. Die Menschen empfand er als sehr unfreundlich. An mehr kann er sich nicht erinnern.

Wenn Besuch nach Hause kommt, versucht er immer zu erkennen, wer läutet. Es zieht sich immer in sein Zimmer zurück, was ihm als am wenigsten risikoreich erscheint. Die meisten Menschen bemerken gar nicht, dass es ihn gibt.

Bereits in der Volksschule war sein Verhalten eher zurückgezogen und ängstlich. Als er in die Hauptschule wechselte, bemerkte er, dass etwas mit ihm nicht in Ordnung war. Er hatte Angst vor den vielen Kindern in der Schule und war immer leicht ablenkbar. Nur wenn er alleine war, hatte er keine Angst. Diese große Ansammlung von Menschen lösten Gefühle in ihm aus, an die er sich nicht mehr erinnern möchte.

Von den Ärzten fühlte er sich nicht ernst genommen.

Während der Pause stand er in der Schule immer auf demselben Fleck, ohne sich zu bewegen. Er wartete darauf, dass die Pause endlich vorüber war. Von den anderen Kindern wurde er deshalb verspottet. Später bemerkte er, dass er sich besser fühlte, wenn er auf und ab ging, wodurch er weniger Aufmerksamkeit auf sich lenkte. Mit einigen Klassenkameraden kam er sogar in Kontakt und es gab ab und zu ein Gespräch. Eine Freundschaft ist jedoch nicht daraus entstanden. Hausübungen fand er unnötig und hat sich deswegen geweigert, diese zu erledigen, was ihm erhebliche Schwierigkeiten mit dem Vater einbrachte. Dieser hat ihn deswegen oft geschlagen. Hr. G. hat die Hausübungen trotzdem nicht gemacht.

Er hatte gute Noten und wechselte nach der Hauptschule in die Handelsakademie, wo er jedoch die zweite Klasse wiederholte und negativ abschloss.

Danach begann er eine Lehre als Haustechniker in einem großen Krankenhaus. Dort lernte er einen Arbeitskollegen kennen, mit dem er bis heute befreundet ist. Dieser freundschaftliche Kontakt ist sein einziger zu einem Gleichaltrigen. Diesen Freund besucht er ca. einmal pro Monat. Dazu benützt er immer den gleichen Bus und fährt immer um die gleiche Zeit. Dieser Besuch ist mit hohem Stress verbunden. Bei geringen Änderungen kann er seine Verabredung nicht einhalten.

Nach der Einberufung zum Bundesheer verschlechterte sich sein Befinden rapide. Er hatte Panikanfälle. Der Hals war ihm wie zugeschnürt. Er fühlte sich wie gelähmt. Da er nicht in der Lage war, irgendetwas zu tun, kam er ins Krankenhaus. Dort wurde festgestellt, dass er für das Bundesheer nicht geeignet, weswegen er vom Dienst befreit wurde. Im Krankenhaus bekam er das erste Mal Psychopharmaka verordnet, die jedoch nicht halfen. Wie bereits erwähnt nimmt er seit drei Jahre keine Medikamente mehr.

Derzeit lebt Hr. G. mit seiner Mutter im Einfamilienhaus, während der Vater im Gartenhaus wohnt, weil er sowohl die Mutter als auch den Pat. die ganze Zeit über nicht ertragen kann.

Der Pat. hat große Angst Fehler zu machen, welche von anderen Menschen bemerkt werden könnten. Er befürchtet, dadurch als dumm bewertet zu werden. Er hat große Angst, rot zu werden, unsicher zu wirken oder inkompetent zu erscheinen. So gut es ihm möglich ist, vermeidet er, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Diese Vermeidung hält die Angst aufrecht und verstärkt sie noch weiter.

Bitte beantworten Sie nachstehende Fragen auf max. 2 A4 Seiten

1. Ist dieser Patient behandelbar?
Bitte diese Antwort je nach Ausbildungsstand ausführlich begründen
2. Weshalb empfiehlt der Psychiater Verhaltenstherapie?
3. Welche Therapieziele könnten gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet werden?