LZT-Bericht an den Gutachter: Chiffre: S050565 Datum: 23.03.2018

1. Relevante soziodemografische Daten: Frau S. (52J, MR, Bürokauffrau, Sachbearbeiterin im öffentlichen Dienst, verh., eine Tochter [22J.]) lebe zusammen mit Ihrem Ehemann (+2) in einem Eigenheim. Finanzielle Situation gut. Freundeskreis & engere Freunde vorhanden. Normalerweise Teilnahme am sozialen Leben, versch. Freizeitinteressen (Freunde treffen, Natur, Lesen, Hund etc.). Aktuell sozialer Rückzug aufgrund Zustand. Probleme am Arbeitsplatz: Auslöser der Probleme, s.u. Arbeitszeit 20 Std./Wo an 4 Tagen, angemessenes Arbeitsaufkommen. GdB/Rentenbegehren: verneint.

2.1 Symptomatik: EG am: 01.03.2018. Psychotherapiebedarf: Freundin & Selbst. Seit ca. 1 Jahr erhöhter Stress auf der Arbeit aufgrund Chefwechsel. Der neue Chef strukturiere die Abteilung um und fordere entsprechende Leistungen. Sie habe nun Angst, Fehler zu machen und als inkompetent vor ihm und jüngeren Kolleginnen, die zum Zeitpunkt des Wechsel dazugekommen seien. Sie erlebe das als Abwertung und stelle ihren Wert in Frage. Ihr Selbstwert sei insgesamt schon immer schlechter. Bei Ablehnung oder Fehlern werte sie sich ab. V. a. seien Besprechungen für sie schwierig, hier habe sie Angst, schlecht vor den anderen dazustehen. Sie habe schon Tage vor diesen Besprechungen Angst, können nicht schlafen und grüble nachts über die Situation nach. In der Situation sei sie stark angespannt, habe Herzrasen, schwitze und werde rot. Sie engagiere sich stark für die Arbeit, um keine Fehler zu machen und den Ansprüchen des Chefs nachzukommen, sie mache auch Überstunden dafür, die sie nicht angebe. Niemand hätte sie bisher kritisiert oder abgewertet. Sie werte sich auch dafür ab, dass sie überhaupt so reagiere. Mit der Zeit sei sie immer erschöpfter geworden, sie sei traurig und niedergeschlagen, sehe keine Lösungsperspektive, sei lustlos, könne sich kaum noch freuen, ihr Selbstwert sei noch schlechter als normal, sie könne sich schlechter konzentrieren, erlebe sich energetisch gehemmt, habe Ein- und Durchschlafstörungen und weniger Appetit. Ihr Hausarzt habe ihr Tavor verschieben, das sie vor den Sitzungen einnehme. Damit werde sie ruhiger, sie wolle aber keine Medikamente einnehmen. Ihr Hausarzt habe sie krankgeschrieben, was sie zwar etwas entlaste, sie sehe aber, dass das ihre Probleme nicht löse. Suizidgedanken kenne sie nicht. Kein SM(V) in der engeren Familie.
2.2 Störungsanamnese: Familienanamnese: unauffällig. Vor der aktuellen Krise waren die emotionalen Probleme vorhanden, jedoch hinreichend kompensiert. Sie sei seit der Kindheit ängstlich und im Kontakt schüchtern gewesen. Sie halte sich in Gruppen zurück und vermeide, im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen. Wenn sie Leute gut kenne, sei das unproblematisch. V. a. bei Unbekannten sei sie angespannt, ängstlich und werde schnell rot, insbesondere in Gruppen und beim Sprechen vor Gruppen. Sie vermeide wenn möglich solche Situationen. Wenn das nicht möglich sei, halte sie sich zurück und lasse die anderen sprechen. Depressive Verstimmungen kenne sie gar nicht. Dies sei das erste Mal in ihrem Leben. Auch die Stärke der sozialen Ängste habe aktuell extrem zugenommen.
2.3 Psychischer Befund: Im Kontakt freundlich & offen, situationsangemessenes Verhalten. Gespräch strukturiert durchführbar. Die Grundstimmung erschien deutlich niedergestimmt zu sein bei eingeschränkter Schwingungsfähigkeit. Psychosomatisches Krankheitsverständnis ist erkennbar. Keine Hinweise auf aktuelle Suizidalität. Ansonsten unauffällig.
2.4 Testpsychologische Messergebnisse: BDI-II (frei: < 9): 31 Punkte (➔ schwere Depression). BSI-Belastung (Norm: 0.31 ± 0.23): 2,28. INK (Norm: 2,10 ± 0,55): 3,3. S.a. Anlage Testgrafiken (z-Transformation + Ref.-Gr.).
2.5 Therapievariablen: Therapie- & Veränderungsmotivation erscheinen vorhanden. Introspektions-, Reflexions- & Empathiefähigkeit erscheinen ausreichend. Symptome werden Ich-dyston erlebt. Umstellungsfähigkeit ausreichend (Beispiele: Berufsausbildung, Mutterschaft, beruflicher Wiedereinstieg). Aktuelle Leidensdruck: hoch.

3.1 Somatische Anamnese: Seit Jahren wiederkehrende Spannungskopfschmerzen, die aktuell zugenommen haben, v. a. situativ. AE als Kind, Heuschnupfen.
3.2 Suchtanamnese: Nikotin: verneint. Alkohol: unregelmäßig in Gesellschaft in angemessenen Mengen. Medikamente/Drogen: verneint. Essen zur Emotionsmodifikation: verneint. Medienkonsum: unauffällig.
3.3 Path. Untersuchungsbefunde: Verspannungen im HWS Bereich. AU: Seit 19.02.2018.
3.4 Medikation: Tavor 1 mg ½ b. B. vor den Besprechungen, aber auch davor zum Schlafen, ASS 500 1x1 bei Kopfschmerzen, Heuschnupfenmittel b. B.
3.5 Bisherige Psychotherapie: keine.

4. Relevante Angaben zur Lebensgeschichte und Verhaltensanalyse
Prädisponierende Faktoren: Organisch-genetische Faktoren: Ängstliches Temperament wahrscheinlich, Mutter auch Ängstlich, diente auch als Modell. Familienklima: Freundlich und unterstützend, möglichweise eine gewisse Überbehütung durch die Mutter. Frau S. war schon immer sozial ängstlich und hat bestimmte Situationen vermieden, ist aber damit gut klargekommen. Sie hat kulturell die Selbstwertnormen gelernt, die Eltern haben diese auch vorgemacht. Aufgrund Ihrer Ängstlichkeit hat sie ein ungünstiges Selbstbild entwickelt, konnte dies aber durch ausreichende Leistung und Vermeidung kompensieren. *Störungsentwicklung*: Erst mit der Veränderung am Arbeitsplatz wurde das ungünstige Selbstwertkonzept symptomatisch. Die erhöhte Leistungsanforderung hat sie als Anlass genommen, sich unter Leistungsdruck zu setzten und Angst vor Abwertung und Ablehnung zu entwickeln. Dies führte zu einer Konditionierung der Angstreaktion an Situationen am Arbeitsplatz, v.a. an die Gruppensitzungen. *Aufrechterhaltende Faktoren:* Sie entwickelte Erwartungsängste und wendete Vermeidungsstrategien an, die die Angststörung erheblich verstärkt haben. Eine Kompensation ist nicht mehr möglich, woraufhin sie mit Hoffnungslosigkeitsgedanken und weiteren Selbstabwertungen reagiert. Dadurch entwickelte sie depressive Verstimmungen, die zusammen mit den Schlafstörungen und der psychophysischen Erschöpfung zu einer schweren Depression führten. Dies nahm sie zum Anlass, sich in eine Psychotherapie zu begeben.

© Beltz-Verlag 2019

5.1 Psych. Diagnose(n): Schwere depressive Episode (F32.2G), Soziale Phobie (F40.1G)

5.2 Emot. Probleme: Selbstwert, Wirksamkeit (Grundbedürfnismodell n. Grawe)

5.3 Kpl. Diagnose(n): Spannungskopfschmerzen (F54G)

5.4 DD: Die klinischen Kriterien dieser psychischen Störung(en) sind erfüllt. Weiteres ICD-Screening unauffällig.

6.1 Therapiezielrichtungen

- Langfristige Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit
- Erreichen von Problem-/Symptomakzeptanz und einer positiven Veränderungsperspektive
- Lösen der Wirksamkeitsproblematik
- Lösen der Selbstwertproblematik
- Verbesserung der Selbstsicherheit
- Verbesserung des Stressmanagements und der Entspannungsfähigkeit zur Arousalsenkung

6.2 Behandlungsplan

- Wiederaufbau angenehmer Aktivitäten.
- *Edukation*: Vermittlung des ABC-Modells und eines funktionellen Emotions- und Stressmodells; Vermittlung störungsspezifischer Modelle: Depressionsmodell. Anhand dieser Modelle werden die individuelle Problem- und Störungsentwicklung und die Aufrechterhaltung erläutert.
- *Problemakzeptanz*: De-Identifikation von Gedanken/Gefühlen und zielorientiertes Handeln, auch wenn die Störgefühle vorhanden sind inkl. Handlungsplan.
- *Kognitive Umstrukturierung*: Herausarbeiten der dysfunktionalen Kognitionen (ABC-Modell), Disputation & sokratischer Dialog, Gedankenstopp-Technik & gestufte Übungen mit Selbstinstruktion der funktionalen Kognitionen. Die konkreten individuellen Übungen werden im Verlauf gemeinsam festgelegt.
- *Soziales Kompetenztraining*: Erarbeitung sozialer Kompetenzkriterien, Rollenspiele und Übungen auch außerhalb der Therapieräume.
- *Erlernen eines Entspannungstrainings (AT) und Balancieren der Work-Life-Balance*

6.3 Prognostische Beurteilung: Die Pat.-Variablen und die bisherigen Ergebnisse sprechen für eine ausreichende Lern- und Umstellungsfähigkeit, so dass die Prognose weiterhin als günstig eingeschätzt wird. Die Ziele können innerhalb des veranschlagten Kontingents (24 Std.) mit den o.g. Methoden erreicht werden.

Dipl.-Psych. I. Mustermann

© Beltz-Verlag 2019

Ergänzende wichtige Informationen Chiffre: S050565

2.6 Biografie: Frau S. sei als 3. von 3 Kindern (♂ +6, ♀ +3) eines Verwaltungsbeamten und einer Hausfrau im Rheingau geboren. Die Ehe der Eltern schildert sie als gut ohne besondere Auffälligkeiten, Ihre Kindheit sei schön und behütet gewesen mit genügend Freiheiten. Ihren Vater beschreibt sie als Versorger der Familie, ansprechbar, interessiert, strenger als ihre Mutter. Leistung sei ihm wichtig gewesen, er habe sich nicht strafend verhalten. Die Beziehung zu diesem sei gut, etwas distanzierter als zur ihrer Mutter. Ihre Mutter beschreibt sie als froh und zufrieden, liebevoll, Leistung sei ihr nicht so wichtig gewesen, sie sei auch ängstlich und zurückhaltend gewesen und habe ein hohes Sicherheitsbedürfnis gehabt. Die Beziehung zu dieser sei gut und nah gewesen. Keine Trennungs- und/oder Gewalterfahrungen. Die Beziehung zu den Geschwistern schildert sie als gut, sie sei als jüngere oft außen vor bei diesen gewesen, dann habe sie sich aber gut an die Mutter wenden können.
In der Schule habe sie zunächst sehr gute Leistungen erbracht, dann mittelmäßige. Sie sei im Klassenverband ausreicheng gut integriert gewesen, Freundinnen habe sie immer gehabt. Hänseleien anderer Schüler habe sie beobachtet, was sie immer furchtbar gefunden habe. Nach der MR habe sie die Ausbildung zur Bürokauffrau absolviert und mit Unterbrechung wegen Elternzeit im Beruf gearbeitet. Aktuell arbeite sie 20 Std./Woche.
Sie habe 2 Partnerschaften vor ihrem Ehemann (+2) gehabt, den sie mit 27 Jahren kennengelernt und mit 30 Jahren geheiratet habe. Geburt der Tochter mit 31 Jahren. Die Ehe sei gut. Das Intimleben sei zufriedenstellend.

4.2 Mikroanalyse eines typischen Beispiels für den emotionalen Problembereich:

S^{ext}: *Kontext*: Liegt nachts wach im Bett, ihr Ehemann schläft neben ihr. *Reiz*: keiner.

S^{int}: Denkt an die Besprechungssituationen.

O^{org}: Erhöhte Grundanspannung aufgrund anhaltendem Stress. Ängstliches Temperament. Konditionierung Besprechung ~ Angstreaktion.

O^{plan}: *Selbstbild*: Ich bin nicht ok, so wie ich bin. *Grundannahmen (GA)*: Wer abgelehnt wird und schlechte Leistungen bringt, ist weniger wert. *Regeln*: Passe Dich an die anderen an, halte Dich zurück, mache keine Fehler, bringe gute Leistungen, falle nicht negativ auf.

R^{kog}: *Explizit*: In zwei Tagen ist wieder diese Besprechung, in der muss ich etwas vorstellen. Ich werde wieder total aufgeregt sein und die anderen werden das sehen. Die könnten mich auslachen, meine Kompetenz in Frage stellen und mich abwerten. Wie kann ich nur verhindern, dass ich mich so aufrege. Tavor hilft zwar, aber wenn die rausbekommen, dass ich Medikamente nehme, stehe ich ja noch schlechter da. Das wäre furchtbar. Ich finde keine Lösung – wie bedrückend. *Implizit*: Wenn die mich ablehnen, wäre ich deutlich weniger wert.

R^{phys}: Anspannung, Herzklopfen, Wärme.

R^{emot}: Angst und Niedergeschlagenheit im Wechsel.

R^{mot}: Sie steht auf, trinkt einen Beruhigungstee, in letzter Zeit nimmt sie auch Tavor ein.

K: *Kontingenz*: anhaltend, v.a. beim Näherkommen des Termins.

$Ȼ^{-kurz}$: Tavor durchbricht den Angstteufelskreis, so dass sie schlafen kann. Sie sucht mit dem Grübeln nach einer Lösung, die sie aber nicht findet, so dass sie jenseits von Tavor keine Entlastung herstellen kann. Auf diese Erkentnis reagiert sie mit Niedergeschlagenheit aufgrund der Hoffnungslosigkeit.

C^{+kurz}: Kontrolle über die Symptome.

C^{-lang}: Symptome bleiben bestehen und werden durch die Erwartungsängste und die Abwertungen dafür verstärkt. Da sie keine tragfähige Lösung findet und die Situationen nicht zu vermeiden sind (Kündigung ist keine Option!) erschöpft sie sich immer stärker und macht sich Hoffnungslosigkeitsgedanken, die zu depressiven Verstimmungen führen, was die Gesamtproblematik verstärkt und zementiert.

$Ȼ^{+lang}$: Kontrollverlust.

© Beltz-Verlag 2019