

Gerald Mackenthun

Berichte an den Gutachter schreiben

in tiefenpsychologischen und psychoanalytischen Verfahren
einschließlich der genauen Erörterung der
Psychodynamik

unter Mitarbeit von M.Sc. Berenike Franzen und Dipl.Psych. Martina Wandhoff

2., korrigierte und ergänzte Auflage August 2017

ISBN 978-3-7412-5189-4

Kleingruppenübung 1

*Lesen Sie sich die biographischen Angaben durch und versuchen Sie, daraus eine Psychodynamik zu formulieren (**Chiffre K171191**). Die Angaben fallen hier länger aus, als sie in einem Bericht an den Gutachter sein sollten, um Ihnen zusätzliches Material an die Hand zu geben.*

Relevante sozigraphische Daten: Die 36-jährige, ledige Patientin kommt auf eigenen Wunsch zur Therapie.

Symptomatik und psychischer Befund: Die Pat. berichtet, seit einer erneuten Fehlgeburt vor ca. 4 Monaten zunehmend unter Selbstvorwürfen, depressiver Leere, Antriebslosigkeit, Grübeln, Niedergeschlagenheit, innerer Unruhe, Leere, Ein-, und Durchschlafstörungen, Hoffnungslosigkeit, Selbstvorwürfen und Suizidfantasien zu leiden. Sie fühle sich angespannt, habe häufig Nacken-, Rücken- und Kopfschmerzen. Die Patientin erzählt, sie versuche seit drei Jahren ein Kind zu bekommen. Die

Fruchtbarkeit beider Partner sei getestet und in Ordnung. Seit einem halben Jahr probiere das Paar es mit künstlicher Befruchtung. Mittlerweile habe sie allerdings kaum noch Hoffnung. Sie fühle sich für die Kinderlosigkeit schuldig. Die Pat. habe die Befürchtung, dass ihre zunehmende „Melancholie“ Schuld daran sei, dass ihr Körper „kein Kind tragen wolle“. Seit kurzem habe sie große Angst, ihr Partner könne sie wegen „ihrer Unfähigkeit“ verlassen. Sie mache sich Sorgen um ihn und seine Stimmung. Eine ähnliche Symptomatik habe sie nach dem Suizid der jüngeren Schwester vor 15 Jahren gehabt.

Die Pat. ist wach, allseitig orientiert und bewusstseinsklar. Es gibt keinen Anhalt für formale und inhaltliche Denkstörungen. Die Pat. ist affektiv schwingungsfähig. Das intellektuelle Leistungsniveau liegt dem klinischen Eindruck nach im obersten Normbereich. Es lassen sich keine Anzeichen für Gedächtnisstörungen finden. Krankheitsverständnis, Krankheitseinsicht, Introspektions-, und Reflektionsfähigkeit sind gegeben. Es besteht keine akute Suizidalität.

Im Kontakt erscheint eine schlanke, gepflegte und altersgemäß aussehende Frau. Die Pat. ist offen und freundlich zugewandt. Die Körperhaltung ist leicht eingesunken. Die Augen sind gerötet und die Mimik etwas reduziert. Sie berichtet meist strukturiert und sehr ausführlich. Sie wirkt zunächst etwas unsicher und nervös, ist jedoch bald bemüht, die Stunde so „angenehm wie möglich“ zu gestalten. Die positive Übertragung entfaltet sich schnell. Im Kontakt habe ich rasch das Bedürfnis, die Pat. beschützen und umsorgen zu wollen, wobei ich gleichsam das Gefühl habe, dass die Patientin sich um mich kümmern möchte.

Somatischer Befund: keine Auffälligkeiten

Behandlungsrelevante Angaben zur Lebensgeschichte und Krankheitsanamnese:

Die Patientin berichtet, in Posen (Polen) geboren und mit beiden Eltern und einer zwei Jahre jüngeren Schwester aufgewachsen zu sein. Den Vater (+23, Ingenieurmechaniker) beschreibt sie als „unberechenbar, gemein, abwesend, depressiv, antriebslos oder hyperaktiv“. Er habe entweder für Wochen antriebslos auf der Couch gelegen oder sei für die Arbeit unterwegs gewesen. In jedem Fall sei er für die Pat. kaum ansprechbar gewesen. Er habe sie in seinen manischen Phasen häufig als „faul und dumm“ beschimpft. Von seiner Diagnose „Bipolare Störung“ habe Pat. erst mit ca. 13 Jahren erfahren. Die Mutter (+21, Mode-Boutiquenmanagerin) sei „streng, ehrgeizig, leistungsorientiert und voller Energie“. Eine „richtige Businesswoman, der ich wort-

wörtlich nie hinterher kam“. Seit der Geburt der Pat. sei diese sehr aktiv und beruflich fast immer unterwegs gewesen. Die Pat. sei vorrangig von der Mutter ihrer Mutter betreut worden. Durch die Berufstätigkeit der Eltern sei sie viel alleine gewesen (bis abends im Aufenthaltsraum der Schule). Sie habe früh die Verantwortung für ihre sehr „kompromisslose, anstrengende, energiegelade, extrovertierte, seelenverwandte“ jüngere Schwester übernommen. Sie selbst beschreibe sie als „verträumt, melancholisch, introvertiert, langsam, gehemmt und schüchtern“. Eine „Spätzünderin“ sei sie gewesen und habe sich bis zur weiterführenden Schule als „komische Außenseiterin und die Dumme der Familie“ begriffen. Die Mutter habe ihr Komplimente für „Aussehen, Hilfsbereitschaft, Nettigkeit, Fürsorge für ihre Schwester und Höflichkeit“ gemacht, ihr aber ihre „Verträumtheit, Langsamkeit, Naivität und Ineffektivität“ sorgenvoll vorgeworfen. Die Mutter sei über sie „entsetzt und enttäuscht“ gewesen. Sie habe lange versucht, die Pat. zu „Eloquenz, schnellem Begreifen und Stärke“ zu erziehen. Später, nach dem Suizid der Schwester vor 15 Jahren, habe ihr die Mutter gesagt, dass „diese Eigenschaften dich vermutlich gerettet haben, im Gegensatz zu deiner Schwester“. Unter Menschen sei sie noch heute schnell unsicher und aufgeregt, fühle sich oft als „Hochstaplerin“, deren eigentliches, fehlerhaftes Ich „man schon noch entdecken werde“.

Als die Schwester mit 19 Jahren Selbstmord (Tabletten) beging, habe die Pat. selbst so viel mit dem Studium (Soziologie) zu tun gehabt, dass sie nicht gewusst habe, wie schlecht es der Schwester gegangen sei. Sie fühle sich „schuldig“ für den Tod der Schwester, sei sie doch für diese „verantwortlich“ gewesen. Möglicherweise hätte sie ihre Schwester „mit mehr Fürsorge oder Einfluss meiner ruhigen Art“ vor dem Selbstmord bewahren können. Damals sei sie zum ersten Mal sehr depressiv gewesen. Nach dem Tod habe die Mutter begonnen zu „klammern“, weshalb die Pat. zu ihrem Partner nach Berlin „geflohen“ sei. Noch heute würde sich die Mutter „sehr sorgen“. Sie sei „liebevoll“ und wolle sich um die „noch verbliebene Tochter so gut wie möglich kümmern.“

Ihr jetziger Partner (36, Unternehmensleiter), mit dem sie seit 12 Jahren zusammen sei, sei ihrer Mutter „sehr ähnlich“. Er habe „sehr viel Energie, Erfolg und Antrieb“, sei jedoch auch „sehr streng und bewertend“. Sie könne sich „keinen anderen Typ Partner vorstellen“ und sei „sehr glücklich“ in der Beziehung. Das Paar habe eine sehr enge Bindung. Die Pat. kümmere sich sehr um ihn, die Wohnung und die gemeinsamen Hunde. Sie habe jedoch immer die Sorge, nicht zu genügen. Momentan fühle sie

sich für ihre Kinderlosigkeit schuldig. Sie mache ihre emotionale Verfassung dafür verantwortlich. Auch ihre Mutter wünsche sich sehr ein Enkelkind und werfe der Pat. vor, Ihre Mutter werfe ihr vor, auf Grund ihrer „Laune“ selbst Schuld daran zu sein, nicht schwanger zu werden.

Soweit die Angaben. Lesen Sie nur bis hier. Die Psychodynamik dazu, wie sie von einer Ausbildungskandidatin geschrieben wurde, folgt nach dem Trennstrich.

Psychodynamik: Die Bindung an die Eltern scheint schon früh gestört worden zu sein durch die Ablehnung und Abwesenheit der Mutter und der unvorhersehbaren und unberechenbaren Abwertung durch den Vater. Die Eltern scheinen, wenn sie mal anwesend waren, unfähig gewesen zu sein, die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Kindes empathisch zu spiegeln. Vielmehr schien sich die Pat. selbst als Selbstobjekt für die Mutter zur Verfügung zu stellen. Die Mutter scheint eigene ungeliebte Anteile (u.a. Langsamkeit, Naivität, Unbeholfenheit) in Form von projektiver Identifikation auf die Pat gelegt zu haben. Der Vater scheint dahingegen gar nicht erst als aktiv erziehende Figur aufgetreten zu sein und wird demnach kein autonomieanregendes Umfeld geboten haben. Eine Triangulierung wird kaum stattgefunden haben.

Die Pat. hat ihren inneren Konflikt zwischen Selbstwert und Objektwert zu lösen versucht, indem sie sich nicht gestattete, eigene Wünsche und Triebe zu erleben. Wenn diese Emotionen doch einmal aufkamen, scheinen sie für die Pat. unmittelbar mit Angst und Schuldgefühlen einhergegangen zu sein. Um diese negativen, den Selbstwert bedrohenden Emotionen nicht erleben zu müssen, vielmehr Liebe und Aufmerksamkeit zu erarbeiten, hat die Pat. vorrangig die Erwartungen der Mutter (u.a. nett, angepasst, lieb, genügsam, hübsch sein) aktiv erfüllt. Auch die Übernahme von Verantwortung für die Bedürfnisse von Mutter und Schwester (Praktifizierung) scheint dieser Motivation entsprungen zu sein. Der Selbstwert der Pat. basiert offensichtlich auf der Identifikation mit dem elterlichen, bzw. mütterlichen, strengen Über-Ich. Es scheint, als wolle sich die Pat. mit der idealisierten Mutter („liebervoll, geschmackvoll, erfolgreich“) identifizieren. Die immer wieder aufkommenden Selbstzweifel wurden und werden mit der Unentbehrlichkeit für u.a. Schwester, Mutter, Partner ausgeglichen. Die strengen, abwertenden elterlichen Stimmen wurden demnach internalisiert und fungieren nunmehr als strenges Über-Ich.

Aktuell besteht ein („egoistischer“) Kinderwunsch, der möglicherweise bereits als orale Versuchung gesehen werden kann und demnach Schuldgefühle bzw. depressive Leere verursacht. Die Patientin fühlt sich außerdem zunehmend schuldig, da sie in ihrer Wahrnehmung als sorgendes, helfendes Subjekt, das ihrem Partner ein Kind zu schenken habe, versage.

Durch das Beobachten von Paaren mit Kindern werden wahrscheinlich orale Neidaggressionen ausgelöst. Aus Angst vor Objektverlust und weiteren Schuldgefühlen werden jedoch Wut, Trotz und Frustration aus der Beziehung gehalten und ebenfalls gegen das eigene Selbst in Form von Selbstabwertung gerichtet.

Weil die ersehnte Schwangerschaft nicht eintritt, nehmen beschriebene Schuldgefühle, depressive Leere und Selbstabwertung beständig zu. Auch die Kompensation, negative Affekte ins Gegenteil zu wandeln, scheint nicht mehr genügend zu funktionieren, da Fürsorge, Nettigkeit und Wiedergutmachung langfristig nichts an der Sorge und Enttäuschung über die ausstehenden Schwangerschaft ändern können. Weitere Selbstverlustängste und die depressive Leere, die also bisher kompensiert wurde, drängen nun ungeschwächt ins Bewusste und sorgen für eine depressive Dekompensation.

Die Depression könnte außerdem als verzweifelter Versuch gewertet werden, vom Partner die lebensnotwendige Zuwendung zu erzwingen, um nicht ob der befürchteten Enttäuschung (Kinderlosigkeit) verlassen zu werden.

Abwehrmechanismen: Reaktionsbildung, Verschiebung, Wendung gegen das Selbst, Altruistische Wunschabtretung, Idealisierung (Mutter, Partner), Sublimierung (Arbeit), Introjektion abwertender Objektanteile (Eltern)

Diagnose zum Zeitpunkt der Antragsstellung: ICD-10 F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, bei mäßig integrierter, unsicher-narzisstischer Neurosenstruktur. Es besteht ein Bindungskonflikt im passiven Modus, der überwiegend mit altruistischer Bedürfnisabtretung kompensiert wird.

Behandlungsplan und Prognose: Die Pat. kommt auf eigenen Wunsch mit akutem Leidensdruck. Der Behandlungswunsch ergibt sich in erster Linie aufgrund verstärkt auftretender depressiver Symptomatik. Die Einsicht in die psychodynamischen Zusammenhänge einiger wesentlicher dysfunktionaler Verhaltens- und Erlebensmuster (u.a. altruistische Bedürfnisabtretung) soll mittels Klarifikation, Konfrontation und

Deutung soweit erarbeitet werden, dass die Patientin befähigt wird, diese strukturbezogenen Antriebe und Motive unter die Kontrolle ihres Ichs zu stellen. Das heißt, dass die Pat. lernen sollte, auch negative Affekte wie Wut, Aggressionen und Neid zunehmend bewusst zu spüren. Die Pat. sollte lernen sich mehr von ihrer Mutter und ihrem Partner abzugrenzen, insgesamt autonomer zu werden, Hilfe anzunehmen und mehr genussvollen Aktivitäten nachzugehen, ohne ein übermäßig schlechtes Gewissen zu haben (Über-Ich-Entlastung). Möglicherweise können die bewussten Aggressionen gegen den Vater und die Idealisierung der Mutter um komplementäre Empfindungen und Gedanken ergänzt werden, so dass realistischere und ganzheitlichere Objekt-Repräsentanzen entstehen. Da das Krankheitskonzept der Pat. überwiegend interpersonelle Einflussfaktoren beinhaltet, sie sich also die Schuld und Verantwortung für beinahe jegliches Geschehen gibt, sollten in der Therapie auch situative Faktoren ausgemacht und einbezogen werden.

Die Indikation einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie ist damit gegeben. Der sekundäre Krankheitsgewinn, durch die Symptomatik Aufmerksamkeit und Fürsorge zu rechtfertigen, könnte prognoseeinschränkend gewertet werden. Aufgrund einer bereits angebahnten vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, der gegebenen Motivation, Selbstreflexion, Zuverlässigkeit und der bisherigen Leistungsline ist jedoch insgesamt von einer ausreichend günstigen Prognose auszugehen. Vorgesehen sind 60 Stunden einer einmal wöchentlich stattfindenden tiefenpsychologisch fundierten Einzeltherapie.

* * *