

Artenansicht 11. September 2002

PTV 3a

C 14 09 70

25.5.01

1. Patient litt unter akuten Depressionen und emotionaler Instabilität vor dem Hintergrund einer übergreifenden strukturellen Krise in Partnerschaft und Beruf.
2.
 - a) Patient leidet seit Kindheit unter einem labilen Selbstakzeptanzempfinden in Abhängigkeit von Leistungserwartungen. Patient bekam nach eigener Erinnerung Zuwendung bevorzugt in Zusammenhang mit besonderer Leistungserbringung, hauptsächlich im intellektuellen Bereich. Beide Eltern waren akademisch ambitioniert, Mutter Doktorandin in Finnougristik, Vater Magister der Slawistik. Patient vermisste in der Erziehung ‚emotionalen Unterbau‘. Patient empfindet sich ebenfalls als Opfer körperlicher und seelischer Misshandlung, insbes. durch Frauen.
 - b) Wie in a), körperlich eher Spätentwickler, Geschlechtsreife mit 15, sonstige körperliche Entwicklung unauffällig. Im Alter von 5 Scheidung der Eltern infolge beidseitiger Untreue. Pat. hat einen Bruder, der 4 Jahre jünger ist. Schulische Leistungen durchgehend annähernd 1 bis auf körperliche Fächer. Nach 1-ser Abitur mit 18 Wegzug nach Göttingen und Berlin und Aufnahme eines Informatikstudiums, das mit 29 beendet wurde. Nach Grundstudium (4 Semester) kam es im Hauptstudium zur Manifestierung von Krisen im lebensorganisatorischen Bereich.
 - c) Krisen wurden ausgelöst in Zusammenhang mit sexueller – und Leistungsakzeptanz. Überreaktionen in Zusammenhang mit Inakzeptanzempfindungen, insbes. in Zusammenhang mit Leistungserbringung. Patient definiert sich als bisexuell, erscheint hinsichtlich seiner sexuellen Präferenz aber bisweilen einfach auch desorientiert und experimentell suchend. Es fällt aber auch auf, dass Patient in Bereichen, in denen er nicht gerade speziell involviert ist, Züge von Lebensfremdheit und Naivität zeigt, die vermutlich die strukturell-kognitive Kehrseite seines hohen Spezialisierungsvermögens darstellen.
 - d) Patient erhielt noch vor Studienabschluss verantwortliche Position als Systemadministrator bei überregionaler Tageszeitung, wo sich die Krisendynamik zunächst ungemindert fortsetzt und einerseits zu einschlägigen Abmahnungen führte, andererseits infolge einer gewissen Unverzichtbarkeit seiner Kompetenz kein reales Kündigungsrisiko besteht. In der gemeinsamen Wohnung mit einem Freund tobt seit Aug. 2000 ein permanenter Stellungskrieg. Überdies besteht eine intensive seelische Bindung mit unerwidertem Heiratsinteresse zu einer jungen Frau. Seit Ostern bestehen Vaterschaftsabsichten unter Einbeziehung eines Lesbenpärchens mit Kinderwunsch – dies alles skizziert auch die

eigentümliche Zerrissenheit des Patienten, seiner sozialen Bezüge und seine Flucht ins Spektakuläre. Zwischenzeitlich ergaben sich aber auch Phasen relativer Besinnlichkeit, die dafür sprechen, dass der Höhepunkt der Krisis mit Beendigung des Studiums überschritten war.

3.

- a) Pat. ist wach, ztw. ausschweifend. Emotionaler Kontakt kontinuierlich gut.
- b) Intellektuelle Leistungsfähigkeit und Differenziertheit bisweilen ausufernd.
- c) Ausgeprägte Affektlabilität in Wechselbeziehung mit unkontrollierten Arbeitsexzessen und Schlafentzug. Medikamentöse Mitbehandlung durch Facharzt.

4. Lt. Konsiliarericht

5. Vorherrschend unkontrollierte Arbeitsexzesse, die mehrere Tage ohne Schlaf in Anspruch nehmen können(S). Diese gehen einher mit körperlicher Dysregulation (Schlaflosigkeit, Akne, Übersexualisierung(O)) und haben eine Dekompensation der Selbstwertregulation zur Folge, die zu Kontrollverlusten führt. Besonders problematisch ist hierbei die wiederholte unautorisierte Weitergabe vertraulicher Informationen aus dem Geschäftsbereich des Arbeitgebers, wie auch anderweitige Distanzlosigkeit gegenüber anderen Personen(R). Den hier heraus resultierenden Akzeptanzverlust (C) versucht Pat. durch weitere Steigerung des Leistungsverhaltens, wie auch durch weitere Distanzlosigkeit zu kompensieren.(K)
Infolge der spezifischen Arbeitsbelastung (Programmierung) kommt es auch zu einer kognitiven Überstimulation, aus der heraus der Patient das Gefühl für die Angemessenheit emotionaler Reaktionen zu verlieren scheint. Aktiva bestehen in einer überdurchschnittlichen und informatisch geschulten Auffassungsgabe, die es ihm erlaubt, die komplexe Krisendynamik im Nachhinein zu analysieren und Strategien daraus abzuleiten.

6. Symptome ähneln summarisch am ehesten Borderlinesyndrom, man könnte aber auch eine Zwangstörung sehen, bei der der Patient sich zwanghaft in Schuld und Sachzwänge verstrickt, um seiner Beziehungslosigkeit zu enttrinnen. Die Dynamik der Verstrickungen bleibt in etwa nachvollziehbar – insgesamt scheinen weniger neue Verstrickungen hinzuzukommen, als alte abgewickelt werden.

7. Ziel der Therapie ist die emotionale Stabilität des Patienten. Patient ist insgesamt stark motiviert. Phasen störungsbedingt nachlassenden

Therapieinteresses sind kalkulierbar. Die Prognose ist bei angemessener
Therapiekontinuität gut.

8. Die Vorgehensweise ist aufgrund er intellektuellen Disposition des Patienten
überwiegend kognitiv orientiert. Patient ist bemüht, sich vor dem
Hintergrund seiner informatischen Strukturkompetenz eine präzise
Vorstellung der eigenen Psychodynamik anzueignen, wobei er sich auch
wieder überfordert, andererseits sich aber insgesamt doch interpolierend an
die Realität annähert und zunehmend Konflikte ausräumt.
Überhaupt geht es darum, die hochspezifischen Problemlöseressourcen des
Patienten angemessen ins Lebenspraktische zu transferieren, dabei
insbesondere ein angemessenes und verlässliches Nähe-Distanzverhalten zu
trainieren (Selbstsicherheitstraining). Auch die Arbeitsexzesse scheinen
sekundär mit über die Nähe-Distanz-Regulation des Patienten erreichbar zu
sein.

Eine Fortsetzung der Therapie um weiter 20 Stunden erscheint mir erforderlich,
um die bisher angelaufene Stabilisierung fortzusetzen und zu festigen.

9.
 - a) Krisenintervention, Probetherapie
 - b) Patient hat sich im Laufe der bisherigen Therapie tendenziell stabilisiert.
Er kann das Therapiekonzept nachvollziehen und ist motiviert
 - c) Ausgehend von völlig chaotischen Lebens- und Erlebensbedingungen
zeichnet sich in einigen Bereichen eine Konsolidierung ab.
Unterschiedliche Erfahrungsbereiche, insbes. im Zwischenmenschlichen,
sind für den Patienten operationalisierbarer geworden.