

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

### Kapitel 3

#### **Umwandlungsantrag 61.-105.Sitzung**

**August bzw. Oktober 2002**

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

Der Patient ist zur Zeit fast 21 Jahre alt und wohnt seit zwei Jahren wieder bei seinen Eltern. Nach Abschluss der Realschule ( 10. Klasse Oberschule ) löst er z.Zt. wegen der anhaltenden Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen seit Mitte August seine Lehre auf und ist dann wieder arbeitslos. Bislang ohne feste Partnerin geblieben.

#### **9. Bei Umwandlung von Kurzzeittherapie (1.-25.Sitzung) in Langzeittherapie (26.-45.Sitzung) dem Antragsbericht voranzustellen :**

**9. a.** Die bisherige Kurzzeittherapie wurde begründet als "Sofortmassnahme zur Krisenintervention" ( Zustand nach Drogenexzess ). Die Hoffnung auf einen "ausreichenden Behandlungserfolg" konnte trotz bestem Anfangserfolg ( völliger Drogenentzug ) bislang noch nicht erfüllt werden.

**9. b.** Die Gründe für die Änderung der Indikation und die Umwandlung erklären sich aus dem erheblich grösseren Behandlungsaufwand schon bei der Überwindung der Drogenexzess-Schocksymptome genauso wie dem sehr schnellen und effizienten ambulant durchgeführten Drogenentzug mit täglichen bis zweitäglichen Sitzungen. Auch wegen erheblicher medizinisch-körperlicher Begleitsymptomatik ( Herzrasen, Übelkeit, Schwindel, Schlaflosigkeit, massive Magen-Darm-Störungen mit progressivem Gewichtsverlust, z.Zt. 59 kg bei 1.86 m ), die ständiger Kontrollebedurften.

**9. c.** Der Verlauf der bisherigen Therapie wurde vor allem durch das Abklingen der Symptome als Folgen des Drogenexzesses ( Amphetamine, Ecstasy, Ephedrin ) und durch den schnell zu erreichenden völligen Drogenentzug vom täglichen Cannabis-THC bestimmt. Als grosser Erfolg der bisherigen therapeutischen Bemühungen ist dabei zu bewerten, dass erstens die psychischen Nachwirkungen des Drogenexzesses mit Überdosierung im Sinne einer Traumatisierung überwunden werden konnten und zweitens eine ambulante Entziehung und Entgiftung **seit nunmehr dem 01.09.02 gelungen** ist, die es allerdings noch zu stabilisieren gilt. Ausserdem konnte im Rahmen der bisherigen VT-KZT die psychiatrische Mitbehandlung, vor allem mit Betablockern gegen die Angst + das Herzrasen und Ritalin gegen das ADHS, erfolgreich eingeleitet werden.

#### **1. Angaben zur Symptomatik und zum Anlass :**

Der Patient suchte mich im August 2002 erneut auf und klagte über die Folgen einer extremen Drogenüberdosierung mit Herz-Kreislauf-Versagen und Einlieferung ins Krankenhaus. Er berichtet dazu 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". Nach langjährigem Drogenmissbrauch mit Cannabis und Amphetaminen kam es vor ca. 2 Monaten zu einer extremen Überdosierung speziell mit Amphetaminen und Ephedrin, demzufolge beim Patienten zeitweise lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen mit Herzrasen und anschliessendem erheblichen medizinischen Aufwand an Untersuchungen und Behandlung mit Beta-Blockern erfolgte. Zur Zeit leidet der Patient auch an erheblichen Magen-Darmstörungen, die zweifellos als Folge des inzwischen erreichten völligen Drogenentzugs vor allem vom Cannabis eingetreten sind und die ebenfalls wie die Herzstörung seit einigen Wochen intensiv medizinisch untersucht ( Ultraschall, Endoskopie und Computertomografie ) und behandelt werden.

Ohne die alles zudeckende Wirkung von Drogen und Beruhigungsmitteln sind nunmehr zum ersten Mal Anzeichen einer Bereits langjährig bestehenden Erkrankung an ADHS ( Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung) zu verzeichnen.

## **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 ist 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 der Grunewald-Grundschule in Berlin-Wilmersdorf 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 belegt : "Ich war mehr ein Einzelgängertyp !" Ausser ein paar wenigen und sehr flüchtigen ( u.a. wohl auch sexuellen ) Kontakten mit Mädchen, hat der Patient bis heute noch keine "feste" Freundin gehabt. Von 1994 bis 1998 besuchte er die Marienburg-Oberschule ( Realschule ), ebenfalls in Berlin-Wilmersdorf. 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.

Schon in der 5./6. Grundschulklasse erfolgten erste warnende Hinweise der damaligen Klassenlehrerin auf eine mögliche ADHS – Erkrankung des Patienten , die allerdings von den Eltern ignoriert wurden.

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 nach jetzt erfolgreichem Abbruch der zweiten Lehre zunächst wieder 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 zwischendurch 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 hat keinen festen, und wenn dann nur einen schlechten Freundeskreis. ("Alles Kiffer"). Auch übt er seine frühere Leidenschaft für Fussball und Basketball, u.a. wegen seiner körperlichen Beschwerden, sicher aber auch wegen seiner heutigen psychisch und körperlich kritischen Situation ( Patient wiegt bei 1.89 m Körpergröße nur noch ca. 59 kg ), 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 wurde durch den nunmehr mit der VT-KZT erzielten völligen Drogenentzug schon nach der ersten Woche ("clean") offenkundig, dass der Patient schon langjährig unter ADHS leidet und offensichtlich deswegen schon vor vielen Jahren hätte medizinisch behandelt werden müssen ( vgl. 9., s.o.). Siehe dazu auch den Konsiliarbericht Dr. med. W. Droll in Berlin vom 19.08.02. Hiermit liegt zweifellos eine relevante 0-Variable für viele der weiteren Symptome vor.

### **5. Verhaltensanalyse :**

Die zentrale Krankheitssymptomatik des Patienten zeigt einen über viele Jahre betriebenen, sich über die Jahre steigenden Drogenmissbrauch, dessen trauriger Höhe- und nunmehr auch Endpunkt der totale und beinahe finale Herz-Kreislauf-Zusammenbruch im Sommer 2002 war. Als Folge dessen und natürlich auch des Entzugs leidet der Patient einerseits unter etlichen vegetativen funktionellen Störungen wie Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust, Schlaflosigkeit, Übelkeit, Schwindel, Herzrasen, Magen-Darm- und Verdauungsbeschwerden. Andererseits psychisch unter Nervosität und Unruhe, anfallsartigen Angstzuständen bis hin zur Panik, die zwischenzeitlich von depressiven Phasen mit trüben Gedanken unterbrochen werden.

**Modell Nr.1 :** Wie der Patient Drogenmissbrauch zur Eigenbehandlung seiner Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung ADHS betreibt.

UCS	= ADHS-auslösende Reize
UCR	= ADHS-typische Symptome wie z.B. Gereiztheit, Unruhe usw.
S <sub>D</sub>	= UCS + UCR
O	= Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung ADHS
R	= Drogengebrauch, speziell und langjährig ausschliesslich Cannabis
C <sub>kurzfristig</sub>	= Beruhigung und bessere Konzentration ( <del>C</del> - und C+ )
C <sub>langfristig</sub>	= schädlicher Drogengebrauch mit Entwicklung zum Missbrauch und zur Abhängigkeit, sich verschlimmernde Depressionen mit fortschreitendem sozialen Abstieg ( C - und <del>C</del> + )

**Modell Nr. 2 :** Wie der Patient in Depressionen verfällt und sich mit Drogen aus der Depression zu befreien versucht :

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 und einem als verpfuscht zu bezeichnenden bisherigen Leben
UCR	= Verzweiflung, Angst, Resignation, Depression
CS	= Gedanken, Vorstellungen, Erinnerungen an sein "verpfushtes" bisheriges und weiteres Leben
CR	= Verzweiflung, Angst, Resignation, Depression
SD	= CS + CR
R	= Drogenmissbrauch
C <sub>kurzfristig</sub>	= Stimmungsaufhellung, Antriebssteigerung ( <del>C</del> - und C+ )
C <sub>langfristig</sub>	= Drogenabhängigkeit und körperlicher Verfall ( C - und <del>C</del> + )

Die Symptomatik wird im Sinn des 2-Faktoren-Modells von Mowrer als teils unkonditional (wie z.B. die ADHS), teils als klassisch konditioniert ( wie die Depression ) und teils als operant ( wie z.B. der Drogenmissbrauch ) angesehen.

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. Durch die neueste Entwicklung der Erkenntnisse, dass es sich bei der Grund- und Ersterkrankung des Patienten um eine Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung ADHS handelt mit allen ihren bekannten destruktiven Folgen im sozialen Kontakt und im Leistungs- und Schulbereich, erscheint aber nunmehr eine kombinierte psychotherapeutische und psychiatrisch-pharmazeutische Behandlung geboten ( vgl. Ärztlicher Konsiliarbereich vom 19.08. 02 ).

**6. Diagnose :**

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

**F90.1 hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens**

**Flx.O Zustand nach akuter Intoxikation (Amphetamine)**

**7. Therapieziele und Diagnose :**

- 7.1. Etablierung der mit der VT-KZT-Krisenintervention erzielten Drogenfreiheit mittels eigener Selbststeuerung.
- 7.2. 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
- 7.3. 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 und KZT-Sitzungen mit grosser Compliance mit. Deshalb und auch angesichts des jungen Alters des Patienten erscheint die Prognose ganz besonders günstig, nicht zuletzt wegen der kombiniert psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung.

**8. Behandlungsplan :**

- 8.1. Psychotherapeutische Flankierung der psychiatrischen Behandlung mit Betablockern und Ritalin; Koordination beider Behandlungen
- 8.2. Antidepressivtherapie von Beck ( vgl. 7.3 )
- 8.3. Token Economy, Contract Management und andere Selbstkontrollmethoden von Kanfer.
- 8.4. Systemische Therapie mit Einbeziehung der Eltern. Vor allem Nutzung kontingenter Verstärkung durch den Vater.
- 8.5. Kognitive Therapie : Idealized Self Image von Suskind und Time Projektion von Lazarus ( vgl. 7.2 )
- 8.6. Interaktionelle Verhaltenstherapie von Grawe mit komplementärer Beziehungsgestaltung in der aktuellen therapeutischen Situation. Diese Variante der Vt soll dazu dienen, über die positive Modellwirkung des Therapeuten positiven ( nicht wie bisher durch den Vater oppositionellen ) Einfluss auf die zentralen Haltungen und Einstellungen des Pat. zu nehmen.

Beantragt wird die Umwandlung der bisherigen VT-KZT und Bewilligung weiterer 20 Sitzungen Einzeltherapie/Erwachsene mit einer Frequenz von 2 Sitzungen pro Woche.