

5 Depression mit Schuldthematik



i Fall im Kurzüberblick

33-jährige **Mareike Hofmann** (Name geändert), Abteilungsleiterin in einer Grafikagentur, mit depressiver Entwicklung und „Burnout“ nach Überlastung am Arbeitsplatz.

Hat hohe Leistungsansprüche, die zu völliger Überarbeitung führten. Infolge dessen Stimmungseinbruch, Energielosigkeit und sozialer Rückzug. In stationärer Behandlung nach eigenständiger Kündigung des Arbeitsplatzes.



💡 Wichtige diagnostische Themen (Lernziele)

- Biografische Verankerung eines „Schuldthemas“
- Verwobenheit von Schuld- und Versorgungsaspekten: Schuld → Wiedergutmachung durch Leistung, Überfürsorglichkeit für andere → Hoffnung auf „Schuldentlastung“ und Erwidern der Fürsorge durch andere

ANAMNESE

Erster Eindruck, Symptomatik & ICD-Diagnose

Es handelt sich um eine **33-jährige Patientin**, die schlicht und komplett in schwarz gekleidet zum Gesprächstermin erscheint. Die Patientin trägt dunklen Lippenstift, hat ihr Haar streng zurückgebunden und zeigt wenig Mimik, wodurch sie im ersten Eindruck **kühl, distanziert und unnahbar** wirkt. Sie drückt sich sehr gewählt aus und scheint ihre Aufgabe gut erfüllen zu wollen. Dabei entsteht weniger der Eindruck, dass sie sich um ihrer selbst willen mitteilen möchte, sondern eher die Vorstellung, sie tue dies **für andere**. Die Patientin berichtet, unter massiven **Schlafstörungen** zu leiden. Besonders das Einschlafen bereite ihr große Probleme, aber auch Durchschlafen könne sie nicht. Morgens fühle sie sich wie gerädert, habe sich aber trotzdem lange Zeit gezwungen zur Arbeit zu gehen und sich dort nichts anmerken zu lassen.

ANAMNESE (Fortsetzung)

Erster Eindruck, Symptomatik & ICD-Diagnose (Fortsetzung)

Darüber hinaus leide sie unter **Gedankenkreisen**, sei sehr **traurig**, habe aus dem Nichts heraus plötzlich Weinkrämpfe und „Panikattacken“. Während dieser „Nervositäten“ schwitze sie auch stark. Weiterhin habe sie auch **Kopf- und Magenschmerzen**, sowie Gallenprobleme. Sie sei massiv **überarbeitet** und gibt an, unter einem „Burnout“ zu leiden. Bisher habe sie immer funktioniert und ihre **hohen Leistungsansprüche** befolgt, jetzt könne sie nicht mehr. Vor der stationären Aufnahme habe sie ihren Job gekündigt, da sie das Gefühl hatte, man merke ihr überall an, dass sie überfordert sei. Zuletzt habe sie sich **stark zurückgezogen** und sei nicht einmal mehr zum Bäcker gegangen, da man ihr ihren Zustand angemerkt hätte. Aufgrund dieser Symptomatik gehen wir bei der Patientin diagnostisch von einer **schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2)** aus (keine ausreichenden Belege für rezidivierende depressive Störung). Die somatischen Beschwerden sind zunächst als Somatisierung im Rahmen der depressiven psychischen Befindlichkeit einzuordnen und erfüllen nicht eigenständig die Kriterien einer autonomen Funktionsstörung, sollten aber im stationären Verlauf in ihrer Entwicklung beobachtet werden.

ICD-10 F32.2 schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

(mind. 8 Symptome, davon 3 **Kernsymptome**, keine Halluzinationen, Wahn oder depressiver Stupor)

- **Depressive, gedrückte Stimmung**
- **Interessen- & Freudlosigkeit**
- **Erhöhte Ermüdbarkeit, verminderter Antrieb**
- Vermindertes Selbstwertgefühl
- Schuldgefühle
- Suizidgedanken (nicht direkt erfragt)
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung
- Schlafstörungen
- Verminderter oder gesteigerter Appetit (nicht direkt erfragt)

Vorgeschichte und Kontext der Erkrankung

Die Patientin berichtet, ihre Beschwerden haben **vor 6 Monaten** begonnen, nachdem sie in eine zunehmende **berufliche Überlastung und Überforderung** geraten sei. Es habe keine dramatische Veränderung in ihrem Leben gegeben; vielmehr gebe es immer viel zu tun und sie habe sich zunehmend überarbeitet. Die Patientin berichtet von einem **hohen Leistungsanspruch**, den sie als Abteilungsleiterin in einer Werbefirma an sich stelle. Als solche könne sie es sich nicht leisten, „auf persönliche Befindlichkeiten Rücksicht zu nehmen“. Sie habe schon in der frühen Kindheit gelernt, dass sie „funktionieren“ müsse, sei **perfektionistisch** und achte wenig auf sich selbst. Als Vorgesetzte habe sie sogar eher ihren Mitarbeitern noch Arbeit abgenommen. Sie möchte **niemandem zur Last fallen** und **in niemandes Schuld stehen**. Nach außen hin habe sie lange die Fassade aufrechterhalten. Lediglich ihr Partner bekam mit, wie es ihr emotional ging.

ANAMNESE (Fortsetzung)

Vorgeschichte und Kontext der Erkrankung (Fortsetzung)

Diese Beziehung sei allerdings auch zunehmend belastet, da die Patientin sich **von ihrem Partner wenig verstanden** fühle. Sie zeige sich ihm gegenüber sehr emotional, er sei jedoch sehr gut im Argumentieren und verlange auch von ihr, Gefühle in Argumente zu verpacken. Sie fühle sich ihm dann unterlegen und sei wie ein offenes Buch für ihn, während er für sie ein Mysterium bleibe. Seit einigen Monaten sei die Beziehung auch eher freundschaftlich und es gebe wenig Intimität. Die Patientin berichtet, sie habe auch **Sorge um die Zukunft der Beziehung**, da der Partner für sie wichtige nächste Schritte (Zusammenziehen, Familiengründung) immer weiter mit fadenscheinigen Argumenten aufschiebe und ihr damit das Gefühl gebe, sich nicht für sie zu entscheiden.

Bisherige Therapie

Aktuell stationäre Psychotherapie seit 3 Tagen, geplante Aufenthaltsdauer: 8 Wochen. Ambulante Psychotherapie in der Vorgeschichte mit ca. 19 Jahren aufgrund einer Bulimieerkrankung (s.u.). Aufnahme einer weiteren ambulanten Psychotherapie, die aktuell nicht ausreichend zur Stabilisierung der Patientin war, kurz vor dem stationären Aufenthalt.

Biografische Entwicklung

Die Patientin ist das einzige Kind einer sehr jungen Mutter (+19) und aus einer „Begegnung“ zwischen den beiden Elternteilen entstanden. Es habe nie eine Beziehung gegeben und der **Vater** der Patientin war in ihrer Kindheit **nicht präsent**. Die Patientin spricht in der dritten Person von sich und erklärt der Vater zeigte **kein Interesse** an „der Tochter“. Mit etwa 13 Jahren unternahm die Patientin drei Kontaktversuche zum Vater, woraufhin es zu einem „unglücklichen Treffen“ kam, nachdem es keinen weiteren Kontakt mehr gab.

Aufgewachsen ist die Patientin gemeinsam mit ihrer Mutter, ihrer Tante und ihrem Onkel **in beengten Verhältnissen** im Haus der Großeltern. Bis zu ihrem 13. Lebensjahr teilte sie sich ein Zimmer mit Mutter, Onkel und Tante. Danach bekam sie ein eigenes Zimmer, das jedoch ein Durchgangszimmer zum Zimmer ihrer Mutter war, die sich häufig zum Fernsehen oder ähnlichem bei ihr aufhielt. Die Patientin konnte ihren Raum damals **nicht für sich beanspruchen** und die Mutter z. B. bitten herauszugehen, wenn sie für Hausaufgaben Ruhe brauchte, da sie das Gefühl hatte, nur wegen ihres Daseins könne die Mutter den Raum nicht auch für sich haben. Schon damals fühlte die Patientin sich oft **schuldig für ihre Existenz**, da ihre Mutter „andere Chancen im Leben gehabt hätte“ ohne sie. Sie berichtet, in der Familie **nicht erwünscht** gewesen zu sein und das auch häufiger zu spüren bekommen zu haben. Besonders in Erinnerung ist ihr eine Szene, in der ihr Großvater ohne Anzuklopfen ihre Zimmertür aufriss, als sie ihre Malutensilien auf dem Boden ausgebreitet hatte. Die Patientin habe daraufhin ausgerufen „Mensch, pass doch auf“ da sie Sorge hatte, der Großvater würde etwas umschmeißen. Daraufhin habe der Großvater wutentbrannt das Zimmer verlassen, gerufen „Der Bastard! Du bist hier in meinem Haus!“ und sei in eine Kneipe gegangen. Als er wiederkam habe er alle Frauen aus dem Haus geworfen und die Patientin sei mit ihrer Mutter ins Auto gestiegen und weggefahren.

ANAMNESE (Fortsetzung)

Biografische Entwicklung (Fortsetzung)

Dort habe die **Mutter** ihr die **Schuld an dem Vorfall zugewiesen** und gesagt „Wenn du nicht so frech wärest wäre das nicht passiert!“. Die Patientin erklärt, aufgrund solcher Vorfälle habe sie begonnen sich mehr und mehr anzupassen und **keinen Anlass für Ärger mehr zu bieten**. In ihrer Pubertät beschreibt sie sich nach einer rebellischen Kindheit deshalb auch als sehr ruhig und brav, auf die Schule konzentriert und „funktionierend“. Die Patientin erklärt, sie habe **schnell selbstständig werden** wollen und sei deshalb bereits mit 19 Jahren ausgezogen und habe eine Ausbildung begonnen. In dieser Zeit habe sie jedoch eine **Bulimie** entwickelt, die bis zum 25. Lebensjahr andauerte. Erst später erfuhr die Patientin, dass ihre Mutter von der Erkrankung wusste und sich dennoch nicht um sie kümmerte, worüber sie sehr enttäuscht ist.

Die Patientin beschreibt ihre Mutter als eine sehr hübsche Frau, die einsam und zugleich gesellig war. Die junge Mutter ging so oft es ihr möglich war auf Partys, musste jedoch meist zuhause bleiben und sich um ihre Tochter kümmern und hatte auch keine Partnerschaft. Die Patientin führt dies auf sich selbst zurück, da Kinder in diesem Alter wenig attraktiv für potentielle Partner seien. Die Patientin beschreibt ihre Mutter als eine Person, die **immer im Mittelpunkt** stehen wollte und ihr gegenüber oft launisch war. Dies führt sie jedoch auch auf die **Überforderung der Mutter** mit ihrer Rolle und der Situation zurück. Ihre Beziehung zur Mutter sieht sie eher freundschaftlich, obwohl sie sich eine richtige **Mutterbeziehung sehr gewünscht** hätte. Die Großmutter konnte diese Rolle nicht für sie erfüllen, da sie eine sehr strenge Frau war, vor der die Patientin sich lange fürchtete. Allerdings habe sie zur Tante, zu der auch heute noch ein guter Kontakt besteht, eine eher mütterliche Beziehung gehabt.

Psychopathologischer Befund

Reserviert wirkende, gepflegt auftretende 33-jährige Patientin in gutem Ernährungs- und Allgemeinzustand. Keine Hinweise auf Bewusstseins-, Orientierungs-, Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörungen. Im formalen Denken Grübelneigung. Keine Befürchtungen und Zwänge, kein Hinweis auf Wahn oder Sinnes-täuschungen. Keine Störungen des Ich-Erlebens. Ein- und Durchschlafstörungen. Deutlich niedergedrückte Stimmung, affektstarr, kaum schwingungsfähig, circadiane Rhythmik mit Morgentief. Im Antrieb gehemmt. Zum Anamnesezeitpunkt kein Hinweis auf akute Eigen- oder Fremdgefährdung. Z. n. Bulimia nervosa, vollständig remittiert.

PSYCHODYNAMISCHE ÜBERLEGUNGEN

Initiale Situation und Kontaktaufnahme

Die Patientin kommt in einer **depressiven Stimmungslage** vor dem Hintergrund des Verlusts der Arbeitsfähigkeit auf Anraten ihrer ambulanten Behandlerin zur stationären Psychotherapie. Ihre Behandlungsaufnahme wirkt dennoch **eigenmotiviert**. Es scheint so als scheue sie sich, Hilfe anzunehmen und sich einzugestehen, dass sie nicht mehr „funktioniere“.

Die Patientin wirkt im ersten Kontakt sehr bemüht, ihre Contenance zu wahren und ein Gespräch zu „liefern“, das für andere nützlich ist. Dabei scheint sie sich in einem Spannungsfeld zwischen dem Bestreben, etwas wiedergutzumachen und anderen behilflich zu sein und dem Bedürfnis, sich selbst an andere anzulehnen zu befinden.

Dynamik der auslösenden Umstände

Die Symptomatik der Patientin hat sich vor allem aufgrund der **permanenten beruflichen Überlastungssituation** in den letzten Monaten krisenhaft gesteigert. Die Patientin stellt extreme Leistungsansprüche an sich selbst und möchte in ihrer Funktion als Abteilungsleiterin überdies eine „gute Vorgesetzte“ sein, die ihren Mitarbeitern Arbeit abnimmt und sich lieber selbst überarbeitet, als Arbeitslast auf andere zu verteilen. Die hohen Ansprüche an sich selbst, immer zu funktionieren und in perfektionistischer Weise ihre Aufgaben zu erfüllen haben auch dazu geführt, dass die Patientin selbst dann noch weiter arbeitete, als ihre Reserven schon längst erschöpft waren und eine depressive Entwicklung einsetzte. Ihre **prosoziale und altruistische Grundeinstellung** aktualisierte **Schuldgefühle**, als die Patientin nicht mehr in der Lage war, ihren Leistungsansprüchen zu genügen. Darüber hinaus zeichnete sich immer deutlicher ein **Konflikt mit dem Partner** der Patientin ab, der sich nicht für sie entscheide und damit einer gemeinsamen Zukunftsplanung im Wege steht. Der angedeutete Wunsch nach einer eigenen Familie und ggf. auch Kindern, der für die Patientin in ihrer aktuellen Lebensphase an Bedeutung gewinnt, kann in der Beziehung nicht beantwortet werden. In der Schilderung der Beziehung zum Partner wird auch das Bedürfnis der Patientin deutlich, **Bestätigung und Geborgenheit** in der Beziehung zu finden. Auch diese Wünsche bleiben unbeantwortet, da der Partner der Patientin auf ihr Anlehnungsbedürfnis und emotionale Öffnung mit der Forderung nach rationalen Argumenten reagiert. Dies führt bei der Patientin zu weiterer **Verunsicherung** und einem **vermehrten Autarkiebedürfnis**, da Versorgungswünsche nicht erfüllt werden können.

Lebensgeschichtliche und persönlichkeitsbezogene Dynamik

(einschließlich konflikt- und strukturbezogener Merkmale)

Die Patientin wuchs in primär **belasteten familiären Verhältnissen** auf. Ihre sehr junge und überforderte Mutter, die vermutlich viel mit eigenen unerfüllten Wünschen und Bedürfnissen konfrontiert war, konnte ihr vermutlich **wenig Sicherheit und Spiegelung** geben. In der angespannten familiären Situation bei beengten Wohnverhältnissen bekam die Patientin das **Gefühl „zu viel“ zu sein** und andere zu belasten. Es ist zu vermuten, dass die Großeltern der Patientin über die frühe Schwangerschaft ihrer Tochter wenig erfreut waren und die Patientin auch diesen Ärger als auf sich bezogen erlebte.

PSYCHODYNAMISCHE ÜBERLEGUNGEN (Fortsetzung)

OPD-2 Schuldkonflikt nach OPD-2

- Schuld wird über das Maß einer angemessenen Verantwortlichkeit hinaus sich selbst oder anderen aufgebürdet

passiver Modus	aktiver Modus
Selbstvorwürfe, Schuldübernahme Leitaffekt: Trauer, Schuld	Anklagend, schuldzuweisend, egoistisch Leitaffekt: Ärger, Schuld

Lebensgeschichtliche und persönlichkeitsbezogene Dynamik (Fortsetzung)

Dazu kamen **offene Beschuldigungen und Entwertungen** durch verschiedene Familienmitglieder, durch die die Patientin verinnerlichte, an der Misere ihrer Mutter Schuld zu sein. Dieses Gefühl verinnerlichte sie so sehr, dass sich daraus ein unterschwelliges Lebensgefühl, eine Last für andere zu sein, entwickelte (➔ „Schuldkonflikt nach OPD-2“). Besonders in der Beziehung zu ihrer Mutter wurde die Patientin **wenig umsorgt**, sondern musste ganz im Gegenteil ihre junge **Mutter schützen und sich um sie kümmern** (z.B. als sie nach dem Rauswurf des Großvaters ihre Mutter ins Auto packte und mit ihr weg fuhr). Die eigenen Versorgungswünsche der Patientin blieben zu einem großen Teil unbeantwortet. Sie entwickelte daraufhin eine **altruistische Haltung** in der (unbewussten) Hoffnung, diese möge auch andere zu mehr Fürsorglichkeit ihr gegenüber animieren. Durch diese Grundhaltung konnte sie zugleich ihr Schuldgefühl anderen gegenüber reduzieren. Noch heute ist die Patientin ständig bemüht, anderen Last abzunehmen (z.B. ihren Mitarbeitern im Büro) und hat große Schwierigkeiten, ihr **eigenes Bedürfnis nach Anlehnung** zu äußern (➔ „Versorgungs-Autarkie-Konflikt nach OPD-2“).

OPD-2 Versorgungs-Autarkie-Konflikt nach OPD-2

- Grundsätzliche Beziehungsfähigkeit besteht, es geht um die Ausgestaltung von Beziehung
- Beziehungserleben: Wünsche nach Versorgung und Geborgenheit vs. deren Abwehr

passiver Modus	aktiver Modus
Anklammernd, fordernd depending and demanding) Leitaffekt: Trauer	Anspruchsloser Verzicht, um es dem anderen recht zu machen Leitaffekt: untergründige Depressivität

Die Patientin entwickelte in dieser abwehrgetönten Konstellation einen geringen Zugang zum Erleben eigener Affekte. Darüber hinaus lernte sie, dass sie sich anpassen und zurücknehmen muss. In der Folge hat sie auch heute noch **Schwierigkeiten, ihre Affekte anderen mitzuteilen** und **Hilfe einzufordern**, da sie ihnen damit zur Last fallen und auch durch Nichtbeachtung ihrer Bedürftigkeit enttäuscht werden könnte.

PSYCHODYNAMISCHE ÜBERLEGUNGEN (Fortsetzung)

Lebensgeschichtliche und persönlichkeitsbezogene Dynamik (Fortsetzung)

Die invalidierenden Lebenserfahrungen der Patientin machten es ihr außerdem nicht möglich, ein stabiles **Selbstwertgefühl** zu entwickeln. Noch heute ist ihr durch Leistung und Eigenständigkeit gestütztes Selbstwertgefühl empfindlich störfähig und bricht insbesondere bei einem „Versagen“ gegenüber eigenen Perfektionsansprüchen schnell ein.

Elemente der Beziehungsgestaltung

Die Patientin erlebt andere potentiell **entwertend und vorwürflich**. Insbesondere durch ihre Mutter, aber auch durch die weiteren Familienmitglieder mit denen Sie aufwuchs habe sie immer wieder verdeutlicht bekommen, dass sie unerwünscht sei und Schuld an Konflikten und am Elend der anderen. In ihrem Erleben reagiert die Patientin darauf damit, dass sie sich **anpasst und zurückzieht**, um keine weitere Angriffsfläche mehr zu bieten. Auch im Interview wirkt die Patientin sehr angepasst und bemüht, alles richtig zu machen. Dabei lässt sie jedoch wenig emotionalen Kontakt zu. Beim Gegenüber entsteht so der Eindruck, dass die Patientin **sich die Schuld gibt, sich selbst entwertet** und aber auch von Nähe **abschottet**. Das führt im Gegenüber dazu, ihr ebenfalls **Schuld zuzuschreiben**, aber auch ärgerlich **Vorwürfe zu machen**, oder aber **sich ebenfalls zurückzuziehen**, da ihre Distanziertheit einen das Interesse am Kontakt mit ihr verlieren lässt.

EPIKRITISCHE ÜBERLEGUNGEN

Ein psychotherapeutisches Vorgehen muss zunächst auf die Linderung des **zugespitzten depressiven Hilflosigkeitserlebens** fokussieren. Die stationäre Aufnahme gewährt durch die damit verbundene **soziale Einbindung und Zuwendung** eine erste **Entlastung**. Auf dieser Grundlage sollte es möglich werden, mit der Patientin ihre ungünstigen **Beziehungsmuster** und ihr **negatives Selbstbild** zu reflektieren. Der intensive gruppentherapeutische Kontext erlaubt soziales Lernen und damit ebenfalls die Stabilisierung des fragilen Selbstwerts. Eine langfristige Beeinflussung des negativen Selbstbildes erfolgt im weiteren Verlauf des therapeutischen Prozesses, auch im Anschluss an die stationäre Episode, auf unterschiedlichen Wegen. Hierzu gehört die **validierende Haltung** des therapeutischen Teams, aber auch im Fall der überangepassten Patientin die Erarbeitung abgewehrter sowie bedrohlicher Gefühle (mit der Folge größerer Authentizität und Lebendigkeit). Die Patientin soll dabei unterstützt werden, ihre unbemerkten „Beziehungsangebote“ differenzierter wahrzunehmen und ihre Wirkung auf ihr Gegenüber zu erkennen. Insbesondere im Gruppensetting ist die typische Übernahme einer **altruistischen Rolle** der Patientin auszugehen, die sich vermutlich viel um andere „kümmern“ wird. Die Bedeutung dieser Position kann dann bearbeitet und der Patientin in ihrer Wirkung verständlich gemacht werden.

EPIKRITISCHE ÜBERLEGUNGEN (Fortsetzung)

Daran anknüpfend ist (konfliktorientiert) ein Vorgehen indiziert, in dem die Patientin darin unterstützt wird, ihr ständiges Schulterleben vor dem Hintergrund ihrer Lebensgeschichte zu verstehen und häufiger einer **Realitätsprüfung** zu unterziehen. Weiterhin soll sie dabei unterstützt werden, mehr **Flexibilität** im Umgang mit ihren scheinbar nach Autarkie strebenden **Leistungsansprüchen** und der dazu im Kontrast stehenden großen **Bedürftigkeit nach Zuwendung und Geborgenheit** zu gewinnen. Hinsichtlich struktureller Schwächen kann vor allem am Erleben und Mitteilen von Affekten gearbeitet werden. Der Patientin soll die Erfahrung ermöglicht werden, dass Gefühle ausgedrückt werden dürfen und die Konsequenzen aushaltbar sind. Weiterhin soll die Patientin darin bestärkt werden, Hilfe von außen anzunehmen bevor es zu einer völligen Überforderung kommt.

Aufgrund des schwerwiegenden biografischen Hintergrunds der Symptomatik und der ausgeprägten Konfliktdynamik ist im Anschluss an die stationäre Behandlung eine **ambulante Langzeitpsychotherapie** indiziert, um eine nachhaltige Stimmungsstabilisierung zu ermöglichen. Die Patientin kann hierfür in die bereits begonnene ambulante Therapie zurückkehren. Um einen möglichst guten Übergang ins ambulante Setting zu ermöglichen kann es sinnvoll sein, dass ambulante und stationäre Therapeutin sich über den Verlauf, den die Patientin auf Station erlebt hat, austauschen. Dies könnte bei der Patientin besonders wichtig sein, weil sie bisher wenig Erfahrungen mit Bezugspersonen gemacht hat, die sich gemeinsam um sie und ihr Wohlbefinden sorgen.

DIAGNOSE NACH OPERATIONALISIERTER PSYCHODYNAMISCHER DIAGNOSTIK

OPD	Achse	Erläuterungen
	Achse I: Krankheits- erleben und Behandlungs- voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> • Objektivierende Bewertung der Erkrankung/des Problems: Die Patientin weist erhebliche körperliche und seelische Symptome auf und ist durch ihre Erkrankung in ihrer Lebensführung stark beeinträchtigt. Die Erstmanifestation der Erkrankung liegt sechs Monate zurück; so lange dauert die Erkrankung bisher an. • Krankheitserleben, -darstellung und -konzepte der Patientin: Die Patientin weist einen hohen Leidensdruck auf. Sie stellt vor allem ihre soziale Belastung durch die berufliche Situation, aber auch ihre psychische Belastung durch die damit verknüpften hohen Leistungsansprüche dar. Ihr Krankheitskonzept ist an psychischen Faktoren orientiert. Sie wünscht sich eine psychotherapeutische Behandlung. • Veränderungsressourcen/Veränderungshemmnisse: Die Patientin verfügt vor allem über persönliche Ressourcen zur Krankheitsbewältigung (Reflexionsvermögen, Veränderungsmotivation). Veränderungshemmend sind die hohen Leistungsansprüche der Patientin, die mit ihren Versorgungswünschen in Konflikt stehen.
	Achse II: Beziehung	<ul style="list-style-type: none"> • Perspektive A: Das Erleben der Patientin Die Patientin erlebt andere immer wieder so, dass sie entwerten und ihr Vorwürfe machen. Die Patientin erlebt sich immer wieder so, dass sie sich anpasst und zurückzieht. • Perspektive B: Das Erleben der anderen Andere erleben, dass die Patientin immer wieder sich die Schuld gibt, sich selbst entwertet und abschottet. Andere erleben sich gegenüber der Patientin immer wieder so dass sie ihr Vorwürfe machen, oder aber sich ebenfalls zurückzuziehen.
	Achse III: Konflikt	<ul style="list-style-type: none"> • Hauptkonflikt: Versorgungs-Autarkie-Konflikt im vorwiegend passiven Modus • Zweitwichtigster Konflikt: eher passiv ausgestaltete Schuld- und Selbstwertthemen
	Achse IV: Struktur	<p>Die Patientin hat verbunden mit depressiver Gestimmtheit Schwierigkeiten vor allem in den Bereichen Affekterleben und Affektmitteilung, der Selbstwertregulierung und beim Annehmen von Hilfe.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesamtbeurteilung des Strukturniveaus: mäßig integriert

**VIDEOABSCHNITTE**

Minute	Inhalt
00:00	Anlass für Klinikaufenthalt: Lebenssituation und Krankheitsentwicklung, Symptombeschreibung
09:10	Eigene Krankheitstheorie der Patientin
20:40	Familiäre Hintergründe
22:40	Familiäre Beziehungen zu Mutter, Vater, Tante, Großeltern
30:30	Selbstbeschreibung ihrer Persönlichkeitsentwicklung
37:00	Selbstbeschreibung aktuell
40:50	Partnerschaft