

Zuviel des Guten: Ein Fallbericht über die verhaltenstherapeutische Behandlung einer Patientin mit intermittierend explosibler Störung und rezidivierender Depression

MMag. Daniel Weigl
Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation (AVM)

Inhalt

1. Einleitung.....	4
2. Anamnese und Exploration.....	4
2.1. Angaben zur spontan berichteten und erfragten Problematik.....	4
2.2 Relevante soziodemographische Daten.....	5
2.3 Psychischer Befund zu Therapiebeginn	5
2.4 Testpsychologische Befunde.....	5
2.5 Somatischer Befund	6
2.6 Zusammenfassung der aktuellen Symptomatik.....	6
2.7 Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese	6
3. Diagnosen nach ICD-11	7
3.1 Aktuelle Diagnosen	7
3.2 Differentialdiagnosen	8
4. Verhaltens- und Bedingungsanalyse	8
4.1 Horizontale Verhaltensanalysen.....	8
4.2 Makromodell.....	10
5. Therapieplanung	14
5.1 Therapieziele und Prognose	14
5.2 Therapeut-PatientIn-Interaktion und übergreifende Therapiestrategie.....	14
5.3 Behandlungsplan und geplante Methoden.....	15
6. Behandlung.....	16
6.1 Behandlungsverlauf.....	16
6.2 Evaluation.....	20
7. Diskussion.....	20
8. PatientInnensicht.....	21
8.1 Wie geht es mir aktuell, wie dauerhaft sind die Auswirkung der Behandlung auf mein Leben? ...	21
8.2 Wie habe ich die Behandlung erlebt?	22
8.3 Was würde ich aus meiner Erfahrung Betroffenen raten?	22
9. Literatur.....	23
10. Anschrift korrespondierender Autor	24

Abstract

This case report describes the cognitive behavioral psychotherapy of a female patient with Recurrent Depressive Disorder (6A71.1) and Intermittent Explosive Disorder (6C73). Additionally, the patient was diagnosed with a Neurodevelopmental Disorder, unspecified (6A0Z). The treatment applied cognitive restructuring, stress tolerance training, problem-solving training, and schema therapy techniques with a focus on emotional activation. The case study emphasizes the importance of a detailed case conceptualization in cognitive behavioral therapy for treatment planning and the consideration of neurocognitive aspects in this process.

Keywords: Recurrent Depressive Disorder, Intermittent Explosive Disorder, Neurodevelopmental Disorder, cognitive behavioral therapy, cognitive restructuring, skills training, problem solving model, schema therapy, case conceptualization

Zusammenfassung

Der vorliegende Fall beschreibt die verhaltenstherapeutische Psychotherapie einer Patientin mit Rezidivierender Depression (6A71.1) und Intermittierender Explosibler Störung (6C73), zudem besteht eine Neuronale Entwicklungsstörung, nnb (6A0Z). Zum Einsatz kommen kognitives Umstrukturieren, Stresstoleranztraining, Problemlösetraining und schematherapeutische emotionsaktivierende Techniken. Es wird versucht besonders die Bedeutung der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Fallkonzeption für die Behandlungsplanung als auch die Berücksichtigung von neurokognitiven Aspekten in dieser zu argumentieren.

Stichwörter: Rezidivierende Depression, Intermittierende Explosible Störung, Neuronale Entwicklungsstörung, Kognitive Verhaltenstherapie, Kognitives Umstrukturieren, Skills Training, Problemlöseansatz, Schematherapie, Fallkonzeption

1. Einleitung

Die Intermittierende Explosive Störung stellt eine in sowohl Praxis als auch Forschung wenig berücksichtigte Entität dar, sodass ich hoffe, dass der vorliegende Fallbericht diesbezüglich Neugier zu erwecken vermag. Aber es sind vor allem zwei weitere für mich wichtige Anliegen, weswegen ich ihn ausgewählt habe:

Das Erste – die individualisierte Fallkonzeption – stellt eine traditionelle Stärke und gleichzeitig einen der am schwierigsten zu vermittelnden Bereiche der Verhaltenstherapie dar. Die ausgeprägte Reflektionsfähigkeit der Patientin und die mittlere Komplexität des Falls prädestinieren ihn aus meiner Sicht, um die Logik des Fallkonzepts in der Verhaltenstherapie nachvollziehbar darzustellen: Die Integration mehrerer Informationsquellen (hier Verhaltensbeobachtung, klinische Fragebögen und PatientInnenangaben) zu einer auf Störungswissen basierenden Hypothese über die prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren einer psychischen Störung und die darauf aufbauend Ableitung und Realisierung von geeigneten spezifischen und allgemeinen Wirkfaktoren, um diese Dynamik zu unterbrechen. Dazu können wir uns an einem reichhaltigen Fundus an evidenzbasierten Instrumenten für Diagnostik und Intervention bedienen.

Das zweite wichtige Anliegen betrifft mit der Berücksichtigung neurokognitiver Auffälligkeiten als pathogenetischen Faktor einen wichtigen Wachstumsbereich der Verhaltenstherapie. Ich möchte dafür plädieren, mögliche neurokognitive Aspekte psychischer Störungen genauso standardmäßig zu erheben und als Bestandteil verhaltenstherapeutischer Bedingungsmodelle zu berücksichtigen, wie wir es heute mit Persönlichkeitsaspekten tun. Es ist meine praktische Erfahrung, dass viele Probleme erst unter Miteinbezug dieses Aspekts verstanden werden können und die klärende Funktion von PatientInnenseite sehr geschätzt wird.

Ich hoffe, diese beiden Anliegen in Folge demonstrieren zu können.

2. Anamnese und Exploration¹

2.1. Angaben zur spontan berichteten und erfragten Problematik

Im Erstgespräch im ambulanten Setting benennt die 31jährige Patientin als ihr zentrales Anliegen, dass sie ihre Aggressivität unter Kontrolle bekommen wolle. Diese werde zumeist von Situationen „getriggert“, in denen sie sich ungerecht behandelt fühle oder überfordert sei, wozu etwa Lärm, nervende Kinder, Zeitdruck oder Erschöpfung beitragen würden. Sie verliere dann die Kontrolle über sich, schreie, werfe Gegenstände oder schlage andere. Das bekomme hauptsächlich ihr Mann ab. Sie suche nun eine Behandlung auf, weil mit der Geburt ihres zweiten Kindes auch die Belastung zugenommen habe und sie Angst habe, dass ihre Kontrollverluste ihre Kinder schädigen könnten. Physisch sei sie gegenüber ihren Kindern noch nie gewalttätig geworden, sie würden aber ihre Impulsdurchbrüche mitbekommen und auch gelegentlich angeschrien oder gröber gepackt werden.

Sie präsentiert als Erklärungsmodell für ihre Probleme, dass ihre Mutter in ihrer Kindheit auch immer so geschrien habe, sie sei davon vielleicht traumatisiert. Auch sei sie „hochsensibel“ und reagiere intensiv auf akustische oder visuelle Störreize. Diesbezüglich habe sie bereits eine therapeutische Behandlung absolviert, im Zuge derer sie gelernt habe, das mittels Stimuluskontrolle besser in den Griff zu bekommen.

¹ Die Patientinnenangaben wurden vollständig anonymisiert. Ich hoffe, die Identität der Patientin ausreichend geschützt, ohne relevante Information verloren oder Inkonsistenz erzeugt zu haben.

2.2 Relevante soziodemographische Daten

Zu ihrer aktuellen Lebenssituation informiert die Patientin, dass sie als Sozialarbeiterin an einem Krankenhaus tätig sei. Aktuell sei sie mit ihrem zwei Monate alten Sohn in Karenz, sie wolle danach in Teilzeit an den Arbeitsplatz zurückkehren. Mit ihrem 35jährigen Partner, der eine Führungsposition in einem Telekomunternehmen innehat, habe sie auch eine 4jährige Tochter, welche sehr emotional sei. Aktuell erlebe sie die Beziehung mit ihrem Partner als unterstützend und harmonisch, es habe aber auch belastendere Phasen gegeben. Der Partner sei noch fünf Monate in Karenz, um sie zu unterstützen. Sie würden in einer Wohnung in Wiener Neustadt leben. Die Patientin habe einige gute Freundinnen, denen sie sich öffnen könne.

2.3 Psychischer Befund zu Therapiebeginn

Die Patientin ist in allen Ebenen orientiert und präsentiert sich leger gekleidet und gepflegt. Das Gewicht befindet sich im Normalbereich. Im Gespräch zeigt sie sich freundlich zugewandt, sie schildert ihre Situation mit hoher sprachlicher Präzision. Die Stimmung der Patientin ist neutral bis positiv, im negativen Skalenbereich ist sie wenig affizierbar. Psychomotorik, Mimik und Gestik sind unauffällig. Sie lächelt häufig unsicher und vermeidet zeitweise den Blickkontakt. Sie zeigt sich in der Beziehung sehr angenehm, offen und leistungsorientiert. Die Patientin berichtet zwar chronische Suizidgedanken, ist jedoch aktuell von diesen klar und glaubhaft distanziert. Denk- oder Wahrnehmungsstörungen sind nicht feststellbar. Gedächtnis und Aufmerksamkeit zeigen sich unauffällig, die intellektuelle und emotionale Ausdrucks- und Differenzierungsfähigkeit wirken gut ausgeprägt. Sie präsentiert sich sehr therapie- und änderungsmotiviert.

2.4 Testpsychologische Befunde

Die Patientin beschreibt sich sowohl in der *Symptom-Checkliste-90®-Standard (SCL-90-S)* (Franke, 2014) als auch im *Assessment of DSM-IV Personality Disorders (ADP-IV)* (Renn et al, 2008) als psychopathologisch deutlich auffällig. Die Vergleichspopulation stellte bei dem *ADP-IV* die Allgemeinbevölkerung und bei der *SCL-90-S* die dem Alter und Geschlecht entsprechende Stichprobe dar. Angesichts des sich hier abzeichnenden Bildes globaler Dekompensation verzichte ich auf eine Diskussion der Einzelergebnisse, um den Rahmen dieses Beitrags nicht zu sprengen. Jedenfalls ist die Diskrepanz zwischen dem Bericht und Auftreten der Patientin und der ausgeprägten Belastung in der Selbstbeschreibung in den Fragebögen auffällig.

ADP -IV Skala	T-Wert	SCL-90-S Skala	T-Wert
paranoid	55	Aggressivität/Feindseligkeit	80
schizoid	49	Ängstlichkeit	69
schizotyp	66	Depressivität	80
vermeidend/selbstunsicher	73	Paranoides Denken	71
dependent	68	Phobische Angst	69
zwanghaft	70	Psychotizismus	71
antisozial	80	Somatisierung	74
borderline	76-80	Unsicherheit im Sozialkontakt	71
histrionisch	73	Zwanghaftigkeit	74
narzisstisch	71-73	Global Severity Index	74
NNB depressiv	69	Positive Symptom Total	74
NNB passiv/aggressiv	72-73	Positive Symptom Distress Index	69

Auch berichtet die Patientin zu Behandlungsbeginn von sich aus keine depressiven Symptome und auch die Verhaltensbeobachtung lässt diese nicht vermuten. Sie reagiert überrascht, als ich sie auf ihre entsprechenden Angaben in der *SCL-90-S* hinweise. Die Symptome lassen sich dann auch in der weiterführenden Exploration bestätigen.

2.5 Somatischer Befund

Kein relevanter somatischer Befund oder aktuelle Medikamenteneinnahme.

2.6 Zusammenfassung der aktuellen Symptomatik

Aggressive Impulsdurchbrüche bei Überforderung: Die Patientin schreie ihren Mann und ihre Kinder an, nach dem Mann werfe sie auch Gegenstände, den Kindern gegenüber habe sie noch nie körperliche Gewalt ausgeübt. Das geschehe insbesondere, wenn sie durch Umweltreize überfordert, durch lange Arbeitstage erschöpft oder durch Aufgaben gestresst sei. Emotional fühle sie sich in diesen Momenten alleingelassen. Sie bemerke ihre Anspannung erst wenn es schon zu viel sei, ansonsten gelinge es ihr schlecht diese wahrzunehmen. Sie beruhige sich viel mit *Social-Media*-Konsum, das habe aber keine überdauernde Erholungswirkung.

Selbstfürsorgedefizit: Es gelinge ihr schlecht, ihre eigenen Bedürfnisse anzusprechen. Sie habe den Eindruck, dass sie überempfindlich sei und deswegen kein Recht habe, von der Umwelt Rücksichtnahme einzufordern. Sie versuche andere nicht zu belasten und fühle sich dafür verantwortlich, dass es allen gut gehe. Dabei vernachlässige sie ihre eigenen Bedürfnisse.

Depressive Symptome: Die Patientin gibt in der *SCL-90-S* an, unter Antriebslosigkeit, vermehrtem Appetit, reduziertem Interesse an Sexualität, Reizbarkeit, Energielosigkeit, Traurigkeit, Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen, Einsamkeitsgefühlen, emotionale Labilität, Minderwertigkeitsgefühlen, Ablehnungsbefürchtungen, Schwächegefühlen und Gefühlsausbrüchen zu leiden.

Physiologische Übererregung: In der *SCL-90-S* beschreibt die Patientin Ohnmachts- oder Schwindelgefühle, Kreuz- und Kopfschmerzen, Sorgen machen, Hitzewallungen und Kälteschauer, Anspannung, Aufregung, Ruhelosigkeit, Gedächtnisschwierigkeiten, Leere im Kopf, Konzentrationsschwierigkeiten und eine Trinkstörung, die auch aber nicht ausschließlich belastungskorreliert seien. Sie reagiere schon auf antizipierte Überforderung mit Sorgen, Anspannung und Schlafproblemen. Bei Überforderung neige sie zu dissoziativen Symptomen.

Neurokognitive Besonderheiten: Die Exploration der Lebensgeschichte und aktuellen Problemlage legt das Bestehen von neurokognitiven Auffälligkeiten nahe. Neben der bereits oben beschriebenen aggressiven Impulsivität sind das Ein- und Umstellungsschwierigkeiten, eine Reizfilterstörung und eine erhöhte Stressreagibilität. Diese würden sich beispielsweise an neuen Arbeitsstellen zeigen, die für die Patientin sehr belastend seien. Sie neige dann zu Selbstabwertung und treibe sich gnadenlos an.

2.7 Lebensgeschichtliche Entwicklung und Krankheitsanamnese

Die Patientin sei bei ihren Eltern und mit einer zwei Jahre jüngeren Schwester in Wiener Neustadt aufgewachsen. Die 59jährige Mutter (Physiotherapeutin) sei sehr fürsorglich aber auch sozial unangepasst und habe alle und auch den 57jährigen Vater (Bankangestellter) häufig angeschrien. Dieser sei sehr aufopfernd, könne sich nicht zur Wehr setzen, sei mit seinen Gefühlen überhaupt nicht in Kontakt und habe ungewöhnliche Manierismen und Redeweisen. Die Eltern seien in der Kindheit der Patientin dauerbeschäftigt gewesen, außerdem hätten sie die Kinder oft geschlagen oder angeschrien. Besonders belastet habe die

Patientin, dass auf ihr großes Bedürfnis nach Rückzug, um sich beruhigen zu können, keine Rücksicht genommen worden sei.

Die Zeit der Volksschule habe sie sehr negativ erlebt. Die Eltern hätten für die Kinder keine Zeit mehr gehabt und sie habe auch keine FreundInnen einladen dürfen. Im Gymnasium habe sowohl das Lernen als auch das Soziale in der Schule gut gepasst.

Mit dem ersten Partner (15a) sei sie mit Unterbrechung vier Jahre zusammen gewesen, er habe sie mehrmals betrogen.

Zunächst habe sie in Wien Rechtswissenschaften studiert, das habe nicht zu ihr gepasst. Nach einem Jahr habe sie sich mit ausgeprägten Versagensgefühlen für ein Studium der Sozialarbeit entschieden. Die Arbeit mit Menschen habe sie schon immer interessiert, für Sozialarbeit habe sie sich durch den aktiven Einfluss der Eltern entschieden. Im Studium habe sie oft „am letzten Drücker“ gelernt, sei damit aber auch erfolgreich gewesen. Darüber hinaus sei sie viel gereist, weggegangen und habe viel getrunken, im Nachhinein bereue sie das.

Mit 23a habe sie ihren jetzigen Partner kennengelernt, der damals in Salzburg gelebt habe. Nach einigen Jahren Fernbeziehung habe er sie zunehmend vernachlässigt. In der darauffolgenden Beziehungskrise hätten sie beschlossen, dass er sich jetzt um sie bemühen müsse und er sei zu ihr nach Wiener Neustadt gezogen.

Nach dem Studium sei sie mit dem Berufseinstieg als Sozialarbeiterin massiv überfordert gewesen. Sie habe sich unzulänglich gefühlt und die Aufträge der Vorgesetzten nicht ablehnen können. Auch die fehlende Planbarkeit und die langen Arbeitszeiten seien zu viel gewesen. Sie habe sich dann dafür entschieden, ein Kind zu bekommen, nachdem sie das ohnehin wollten. Die Übersiedelung in ein Haus, die Schwangerschaft, und Long Covid hätten sie in Folge weiter überfordert. Der Partner habe darauf reagiert, indem er sich in die Arbeit zurückgezogen habe. Die Patientin habe zeitlebens Suizidgedanken gehabt, zu dieser Zeit seien diese aber noch deutlich stärker geworden. Nach einem Ohnmachtsanfall ungeklärter Genese habe der Partner begonnen, mehr Verantwortung in der Familie zu übernehmen. Nachdem sich alles gebessert habe, hätten sie sich für ein zweites Kind entschieden, das vor zwei Monaten geboren worden sei.

3. Diagnosen nach ICD-11

3.1 Aktuelle Diagnosen

6C73 intermittierende explosive Störung: Da sie selten diagnostiziert wird möchte ich die Störung kurz vorstellen. Weltweit wird ihre Prävalenz auf 0,1 – 2,7 % geschätzt. Sie ist vom Auftreten her mit niedrigem Alter, männlichem Geschlecht, Arbeitslosigkeit, geringem Bildungserfolg, Beziehungstrennungen sowie Alkoholgebrauchsstörungen und affektiven Störungen assoziiert (Scott et al, 2016, S. 5-7). In der ICD-11 (WHO, 2019/2021) wird für die Diagnose das Vorliegen kurzer und impulsiver explosiver Episoden verbaler und/oder physischer Aggression gefordert, die in einem deutlichen Missverhältnis zum auslösenden Ereignis stehen und über einen längeren Zeitraum – vorgeschlagen werden drei Monate – wiederholt auftreten, klinisch relevante Konsequenzen haben und nicht besser durch eine andere Störung erklärt werden können. Von IED Betroffene weisen typischerweise deutliche psychosoziale Beeinträchtigungen und körperliche Risiken auf, ebenso ist das Risiko für suizidale und nicht-suizidale Verhaltensweisen erhöht.

Während die Symptome der Störung an sich leicht zu erheben sind, kann das Kriterium der Abgrenzung zu anderen Störungsbildern Schwierigkeiten bereiten. Hier ist zu erheben, in welchem Ausmaß die Symptomatik der IED mit der alternativ als Erklärung herangezogenen

Störung einhergeht oder ob sie auch unabhängig von dieser besteht und ob das Ausmaß an Aggression das üblicherweise mit dieser Störung assoziierte Ausmaß überschreitet.

Während zu den Themen Ärger und Aggression viel Literatur zur Verfügung steht, wurde zur IEB trotz des Bestehens seit dem DSM-III nur wenig veröffentlicht. Coccaro et al (2019) kommen zu dem Schluss, dass psychopharmakologisch die Behandlung mit SSRI am erfolgversprechendsten sei. Psychotherapeutisch schlagen sie vor, speziell die zugrundeliegenden Mechanismen der Emotionsregulationsstörung, affektiven Impulsivität und feindseligen Attributionstendenzen zu fokussieren. Die meisten publizierten Wirksamkeitsstudien seien der CBT zuzurechnen.

Mit ihrer wiederkehrenden verbalen und gelegentlichen physischen Aggression ohne ausreichende Provokation oder bewusste Absicht erfüllt die Patientin die Kriterien der Störung. Die Diagnose kann aufgrund des geforderten Ausschlusses einer Autismus-Spektrum-Störung (ASD) kritisch betrachtet werden. Ich entschied mich schließlich für die Diagnosestellung, weil die Kriterien einer ASD teils aber nicht vollständig vorlagen (siehe 3.2 Differentialdiagnosen).

6A71.1 rezidivierende Depression: Die Patientin erfüllt mit Ausnahme von „hopelessness about the future“ und „recurrent thoughts of death“ alle ICD-11-Kriterien einer depressiven Episode. Auch wenn der Patientin ihre eigene Belastung nur wenig zugänglich scheint, so lässt die Anamnese doch plausibel erscheinen, dass der aktuellen depressiven Phase bereits frühere vorangegangen sind, etwa während des Berufseinstiegs und im Zusammenhang mit den Belastungen um ihre erste Schwangerschaft herum.

3.2 Differentialdiagnosen

6A02.0 Autismus-Spektrum-Störung: Die neurokognitiven Auffälligkeiten, insbesondere der Schwierigkeiten mit Veränderungen umzugehen sowie der akustischen und sensorischen Hypersensibilität deuten auf das Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung hin. Die Hypothese wurde aber verworfen, nachdem keine Schwierigkeiten in der Kommunikation und sozialen Reziprozität zu erheben waren. Mangels Alternativen nütze ich die Kategorie der nicht näher bezeichneten neuronalen Entwicklungsstörungen (6A0Z) – die Identifikation der Patientin mit dem Begriff „Hochsensibilität“ demonstriert zumindest, dass sie ein solches Konzept zum Verständnis ihrer Probleme als hilfreich erlebt und die klinischen Kriterien des Leidensdrucks als auch der Einschränkung der Funktionsfähigkeit sind klar erfüllt.

4. Verhaltens- und Bedingungsanalyse

4.1 Horizontale Verhaltensanalysen

Angesichts des zentralen Therapieanliegens der Patientin, ihre Aggressivität besser kontrollieren zu können, wählen wir einen rezenten und gut erinnerlichen Affektdurchbruch zur Mikroanalyse aus.

4.1.1 Horizontale Verhaltensanalyse zum Kontrollverlust

Auslöser (S)

Extern: Die Patientin lenkt ihr Auto zum Supermarkt, der Partner und die Kinder sind an Bord. Die Nase ihres Partners rinnt.

Intern: Die Patientin hat davor zugunsten ihres Partners die Kinderbetreuung übernommen und ist nun enttäuscht, dass dieser dennoch schlecht gelaunt ist.

Organismus (O)

Plan: „Bestrafe Menschen, die Dich schlecht behandeln oder Dir Probleme verursachen.“

Neurokognitiv: Erhöhte aggressive Impulsivität

Körper: Massive Anspannung von vorhergehender überfordernder Situation während Kinderbetreuung

Reaktionen

Kognitiv: „Du lässt mich im Stich, obwohl ich mich aufopfere.“

Emotional: Ärger

Physiologisch: Erhöhter Muskeltonus, Druck auf der Brust, Wärmeempfinden

Motorisch: Schreit Partner an: "Schnäuz Deine Nase, verdammt!" und "Rede nicht so mit mir!"

Bremst das Auto abrupt ab.

Konsequenzen

Kurzfristig: Unfallgefahr (C.), verhindert Erleben von Schuld und Versagen (C.), Anspannungsreduktion (C.), Reduktion von Ohnmacht (C.)

Langfristig: Partner ist tagelang distanziert (C.), negatives Selbstbild der Patientin bestätigt sich (C.), Kinder sind belastet (C.), Patientin hat Schuldgefühle (C.)

Von Bedeutung erscheint hier die Tendenz der Patientin, mit zunehmender Anspannung die Außenwelt immer feindseliger wahrzunehmen, bis es zum Kontrollverlust kommt. Entsprechend bietet sich die Modifikation dieser Attributionsmuster als therapeutischer Fokus an. Da Anspannung und emotionale Aktivierung unsere Selbststeuerungskompetenzen unterminieren, zeichnet sich in der Situation ansonsten wenig Veränderungspotential ab, es ergibt sich vielmehr die Frage, wie die Patientin es wiederkehrend soweit kommen lässt, ohne gegenzusteuern. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass – wie es Körkel und Schindler (2003) für den Suchtbereich beschreiben – der Verhaltensexzess durch Verhaltensdefizite gebahnt wird, indem „scheinbar harmlose Entscheidungen“ die Selbstkontrollfähigkeit der Patientin unterminieren und sie in Risikosituationen bringen. Entsprechend fertigen wir eine Mikroanalyse einer Situation an, in der die Patientin Entscheidungen trifft, die das hier wirksam werdende hohe Anspannungsniveau zur Konsequenz haben.

4.1.1 Horizontale Verhaltensanalyse zu Vulnerabilitätsfaktoren

Auslöser (S)

Extern: Am Telefon sagt die Tante, dass es doch nett wäre, wenn die Tochter der Patientin beim Treffen dabei sein würde und ihr Husten auch nicht störe.

Intern: Die Patientin ist wegen des Hustens ihrer Tochter richtig erschöpft und will diese nicht mitnehmen.

3.1.2 Organismus (O)

Plan: „Kümmere Dich darum, dass es Deinen Bezugspersonen gut geht.“

Neurokognitiv: Reduzierte Ein- und Umstellfähigkeit

Körperlich: Erschöpfung und Anspannung infolge der Erkrankung ihrer Tochter

3.1.3 Reaktionen (R)

Kognitiv: "Meine arme Tochter ist krank, dann fahre ich einfach weg und lasse sie zurück." "Sie ist doch so gerne bei der Tante." "Ich will das für uns als schönes Familienerlebnis, wir mussten doch auf so viel schon verzichten."

Emotional: Schuld, Frustration, Traurigkeit

Körper: Druck auf der Brust

Verhalten: Die Patientin sagt der Tante, dass sie es mit ihrem Mann besprechen und sich wieder melden werde. Der Mann ist zögerlich, die Patientin beschließt aber: „Wir machen das.“

3.1.4 Konsequenzen (C)

Kurzfristig: Die Patientin kann ihren Plan beibehalten („Juhu, der Plan bleibt“) und muss nicht mühsam nachdenken (C-), sie muss nicht auf das ersehnte positive Familienerlebnis verzichten (C-), sie muss ihre Tochter nicht zurücklassen und diesbezüglich keine Schuldgefühle aushalten (C-).

Langfristig: Die Tochter hustet die ganze Zeit und ruiniert die Stimmung bei der Zusammenkunft (C-), die Patientin erlebt sich als überfordert und angespannt und unterminiert ihre Selbstwirksamkeit („Ich habe mein Leben nicht im Griff“, „Ich bin blöd“) (C-), sie macht einen negativen Eindruck auf andere (C-), ruft aber auch Mitgefühl und Hilfsbereitschaft bei anderen hervor (C+)

Die scheinbar harmlose Entscheidung der Patientin, die später in ihre Überforderung münden wird, zeichnet sich vor allem durch zwei Aspekte aus: Einerseits ihr Altruismus, dass sie ihre Tochter nicht um ein schönes Erlebnis bringen möchte und andererseits ihre geringe Bereitschaft, aufgrund veränderter Umstände einen bereits beschlossenen Plan abzuändern. Das weist darauf hin, dass sowohl die Förderung ihrer Selbstfürsorgekompetenzen und -bereitschaft als auch das Erkennen und bewusste Planen der Bewältigung von herausfordernden Situationen wichtige Teile der Behandlung darstellen werden, um den Aggressionsdurchbrüchen ihre aufrechterhaltenden Bedingungen zu entziehen.

4.2 Makromodell

4.2.1 Prädisponierende Faktoren

Ätiogenetisch können wir für die Kindheit ein Aufeinandertreffen verschiedener ungünstiger Faktoren postulieren, welche Erklärungswert für die vorliegende Problematik haben:

Den Erzählungen der Patientin ist zu entnehmen, dass die berichteten oder aus den Schwierigkeiten der Patientin erschließbaren neurokognitiven Auffälligkeiten in den Bereichen der Reizfilterung (Interferenzanfälligkeit) im visuellen und akustischen Bereich, der Impulskontrolle (reaktive Aggressivität) und der Ein- und Umstellfähigkeit (*set-shifting*) bereits in der Kindheit vorlagen und vermutlich angeboren sind.

Wie etwa aus der ADHS-Forschung (etwa Döpfner, Schürmann, Frölich, & Gehrman, 2019, S. 49-54) bekannt ist, prädisponieren jedoch nicht neurokognitive Auffälligkeiten an sich für negative Entwicklungsverläufe, sondern werden erst über die Interaktion mit einer Umwelt, die die Bedürfnisse und inneren Prozesse des Kindes nicht versteht und vernachlässigend bis sanktionierend auf dieses reagiert, wirksam. Die Patientin erlebt als Kind vor allem elterliches Unverständnis bis hin zu emotionaler und physischer Bestrafung für ihre Sensibilität und geminderte Belastbarkeit. Die Botschaft an sie ist, dass sie zu funktionieren habe. Nicht nur wird ihr der entlastende Rückzug verwehrt, sie erlebt zusätzlich, dass ihre Eltern auf ihre Schwester mehr Rücksicht nehmen. Es ist anzunehmen, dass diese Erlebnisse zentrale Grundüberzeugungen prägen: Dass sie zu wenig belastbar sei und sich zusammenreißen müsse, dass andere nicht auf ihre Bedürfnisse Rücksicht nehmen würden und dass sie ungerecht behandelt werde.

Darüber hinaus lassen sich zwei weitere Einflüsse der Eltern auf störungsrelevante Persönlichkeitsanteile der Patientin vermuten: Erstens leben beide Eltern der Patientin vor, dass man sich für andere aufopfern solle. Zweitens fehlt in der Konstellation jähzornige Mutter und nachgiebiger Vater ein Modell für das funktionale Aushandeln von Konflikten.

4.2.2 Auslösende Faktoren

Es lässt sich sowohl für die rezidivierende Depression als auch die intermittierend explosible Störung kein spezifischer Beginn explorieren. Beide seien bereits früh im Leben der Patientin aufgetreten und würden lediglich in ihrer Ausprägung mit chronischen und akuten Belastungen kovariieren.

Die aktuelle Exazerbation folgt der Geburt des zweiten Kindes der Patientin und den damit einhergehenden erhöhten Beanspruchungen. Besonders herausfordernd sind für die Patientin die Unterbrechungen ihres Schlafs und die Mehrbelastungen bei Erkrankungen der Tochter.

4.2.3 Aufrechterhaltende Faktoren

Ausgehend von der Biografie und den Verhaltensweisen der Patientin kann ein zentrales realitätsmodulierendes Schema angenommen werden, das ich folgendermaßen zu formulieren versuche: „Meine Bedürfnisse sind übertrieben und belastend. Ich bin unfähig. Ich bin den Problemen des Lebens nicht gewachsen.“ Das schließt unmittelbar an die oben beschriebenen kindlichen Erfahrungen von Überforderungserlebnissen und elterlicher Invalidierung an und internalisiert diese auf die für Konflikte mit frühen Bezugspersonen typische Weise, indem nicht die elterliche Fähigkeit, sich in die Nöte des Kindes einzufühlen und ihr ausreichend zur Seite zu stehen, als defizitär beurteilt werden, sondern das Kind selbst. Selbst das wäre noch nicht problematisch, würde die Patientin ihre an Seligmann (Peterson, Maier, & Seligman, 1993, S. 8) gemahnde Hilflosigkeitshypothese nicht bis in die Gegenwart fortschreiben: Im Gegensatz zu ihrer Kindheit, in der sie real weder materiell noch kognitiv über ausreichend Ressourcen verfügte, um ihre Probleme zu bewältigen, verfügt sie als Erwachsene neben den beschriebenen Defiziten über vielfältige interne und externe Ressourcen, von denen sie aber nur in einem unzureichenden Ausmaß Gebrauch macht. In Folge möchte ich die langfristig dysfunktionalen Bewältigungsstrategien, nach denen die Patientin das beschriebene Dilemma zu bewältigen versucht, sowohl als Planstruktur darstellen als auch inhaltlich beschreiben:

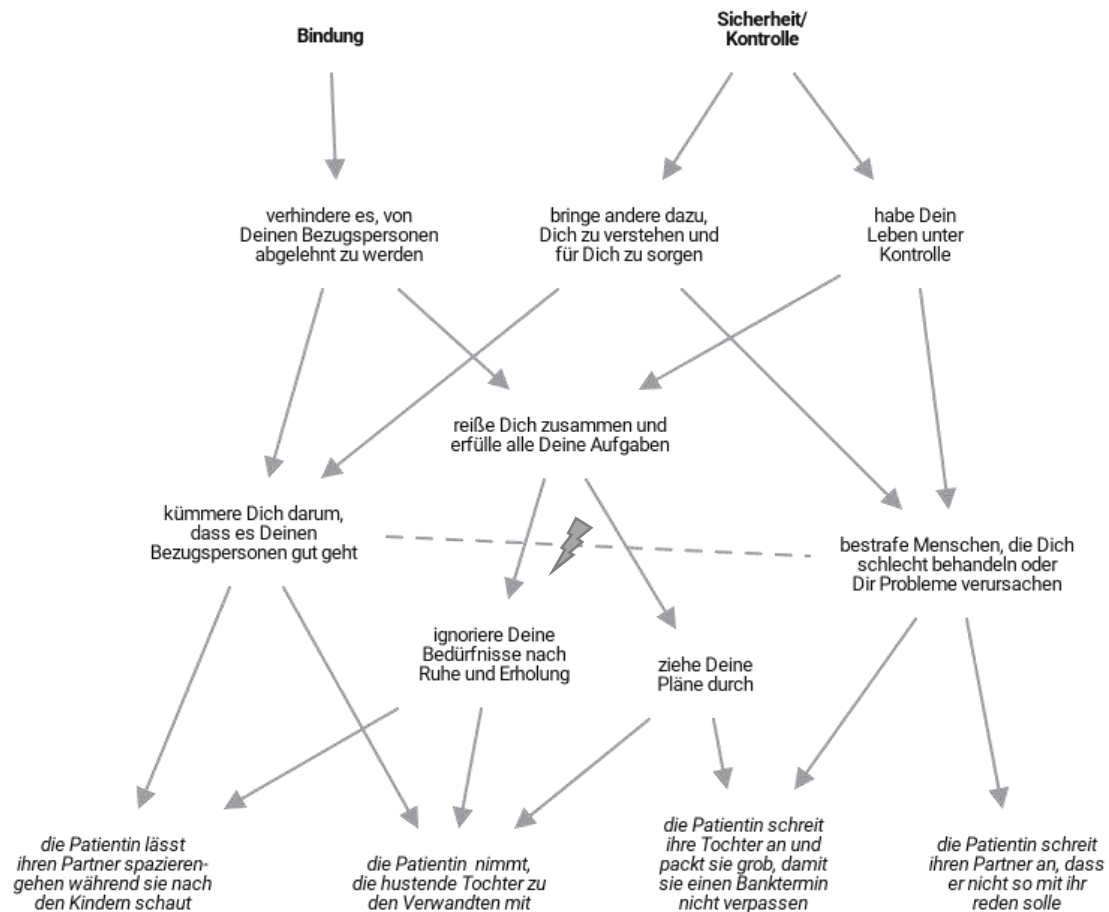


Abbildung 1. Planstruktur des Problemverhaltens

- „Kümmere Dich darum, dass es Deinen Bezugspersonen gut geht.“ Hier handelt es sich um eine Fortschreibung der in der Ursprungsfamilie gültigen impliziten Regeln. Es lassen sich darüber hinaus zwei zusätzliche Funktionalitäten vermuten: Nachdem die Patientin sich aufgrund ihres defizitären Selbstbildes nicht unbedingt für sonderlich liebenswert hält, könnte es sein, dass sie sich über die Versorgung anderer eine soziale Existenzberechtigung zu schaffen versucht. Des Weiteren könnte sie sich hier reziproke Zuwendung erhoffen. Da ihr ihre Bedürfnisse illegitim erscheinen ist ihr der Weg verwehrt, direkt um Fürsorge zu bitten. Womöglich steckt in dem Versorgen anderer daher ein Stück weit die Hoffnung, dass auch sie so versorgt werden könnte.
- „Reiße Dich zusammen und erfülle Deine Aufgaben.“ Die Patientin internalisierte offensichtlich den Umgang der Eltern mit ihren Bedürfnissen und führt diesen in ihrem eigenen Leben fort. Auf zukünftige Belastungen reagiert sie mit Angst und Sorge, während sie problemorientierte Bewältigungsmaßnahmen unterlässt. In der Belastungssituation dominieren selbstabwertende und antreibende Selbstinstruktionen. Das Erfüllen ihrer Verpflichtungen hat die absolute Priorität gegenüber ihren Bedürfnissen nach Ruhe und Erholung. Dabei versucht sie unflexibel bestehende Pläne ohne Rücksicht auf Verluste durchzuziehen. Sie teilt ihre Belastung nicht in ausreichendem Maße Bezugspersonen mit um Trost, Verständnis und soziale Unterstützung aktivieren zu können.
- „Bestrafe Menschen, die Dich schlecht behandeln oder Dir Probleme verursachen.“ Dieses Bewältigungsmuster mag dem Verhaltensrepertoire der jähzornigen Mutter

entlehnt sein. Es wird von der Patientin jedoch als ich-dyston erlebt und bestätigt mit jedem Durchgang wieder die defizitären Grundannahmen der Patientin. Es lassen sich zwei Motive hinter der überkompensatorischen Strategie vermuten: Erstens ein drohendes Scheitern der beiden anderen beschriebenen Kompensationsstrategien irgendwie abwenden zu können. Das ist leider nicht zielführend und verschlimmert eine bereits belastende Situation weiter. Zweitens mag das Motiv sein, Fürsorge und Rücksichtnahme einzufordern. Das trägt in sich einen zweifellos wichtigen Kern – bei anderen Verständnis für die eigenen Bedürfnisse hervorzurufen – der Zeitpunkt und die Methode bewirken jedoch das Gegenteil und die Patientin macht erneut die Erfahrung, dass sie im Stich gelassen wird.

Diese sich selbst vernachlässigenden und unflexiblen Strategien genügen unter stabilen Verhältnissen um die zentralen Bedürfnisse der Patientin ausreichend zu erfüllen. Sie stoßen jedoch in Situationen wie dem Berufseinstieg und der Mutterschaft, die durch erhöhte Belastungen und Anpassungserfordernisse charakterisiert sind, rasch an ihre Grenzen und verursachen der Patientin ein hohes Ausmaß an Anspannung, welche wiederum den fruchtbaren Boden für die aggressiven Kontrollverluste der Patientin darstellen. Diese stehen wiederum in einem ausgeprägten Konfliktverhältnis zu dem Versorgungsanspruch der Patientin und führen damit zu einem starken Erleben von Angst und Schuld. Durch die Attribution ihrer Schwierigkeiten auf Basis ihres negativen Selbstbildes oder eines Kindheitstraumas und ihre allgemeine Inflexibilität in der Lebensgestaltung gelingt es ihr nicht, die Dekompensationsereignisse als Ausdruck ihrer habituellen Selbstüberforderung zu begreifen und aus diesen zu lernen. Stattdessen reagiert sie mit „mehr von demselben“ und verstärkt ihre Selbstkontrollversuche. Die Unfähigkeit, diesem Teufelskreis zu entkommen, stellt den Therapieanlass dar.

Als externe aufrechterhaltende Faktoren lassen sich im Moment vornehmlich die beiden jungen Kinder ausmachen, die naturgemäß große Anforderungen an Organisationsfähigkeit und Belastbarkeit der Eltern stellen. Darüber hinaus seien ihre Eltern wie auch die Schwiegereltern wenig rücksichts- und verständnisvoll und würden sie zur Überanpassung drängen.

Indem die Patientin wie auch ihr Partner sich aktuell in Karenz befinden, ist sie bis auf die oben genannten Erfordernisse freigespielt und verfügt über ein großes Unterstützungsreservoir. Es gilt jedoch zu bedenken, dass diese Atempause zu Therapiebeginn auf vier Monate begrenzt ist und sich mit der Rückkehr des Partners an seinen Arbeitsplatz die Alltagsanforderungen erhöhen werden.

4.2.4 Motivationsanalyse

Motivational scheinen sowohl günstige als auch ungünstige Faktoren vorzuliegen: Zunächst ist angesichts der zentralen Pläne, nahestehende Menschen zu versorgen und Aufgaben zu erfüllen, von einer unproblematischen therapeutischen Beziehung auszugehen. Impulsdurchbrüche sind im ruhigen und fürsorglichen Setting einer Psychotherapie nicht zu erwarten.

Veränderungsförderlich ist sicherlich die hohe Belastung der Patientin durch ihre – nicht unberechtigte aber wohl etwas übertriebene – Angst, ihre Kinder durch ihre Wutausbrüche zu schädigen. Gemeinsam mit den günstigen aktuellen Gegebenheiten durch die Karenz der beiden Elternteile, lässt das erwarten, dass die Patientin sowohl die Zeit, Energie und Bereitschaft aufweisen wird, sich mit ihrem Problemverhalten auseinanderzusetzen und Alternativen zu erarbeiten.

Ein mögliches Therapiehemmnis stellt hingegen das verkürzte Störungsmodell der Patientin dar. Wie ich es häufig in der ambulanten Psychotherapie erlebe, stehen die Kontrollwünsche der Patientin mutmaßlich im Dienst ihrer Bewältigungsstrategie, angesichts ihres negativen Selbstbilds ihre soziale Zugehörigkeitsberechtigung durch die Versorgung von Angehörigen sowie reibungslosem Funktionieren sicherzustellen. Während im Makromodell übermäßige Anspannung und Erschöpfung durch exzessives prosoziales Verhalten einen zentralen Beitrag zu den Impulsdurchbrüchen leistet, erwartet sich die Patientin wohl implizit von der Therapie, dass dieser Plan noch gestärkt wird. Dazu passt auch die initial geäußerte Traumahypothese, die für den hier vorliegenden Konflikt wunschgemäß und ohne einen potenziell bedrohlichen stärkeren Fokus auf die eigenen Bedürfnisse eine einfache Lösung anbieten würde: Der Fremdkörper Trauma wäre zu verarbeiten sowie auszuschneiden und die soziale Integration wäre sichergestellt.

Zusammenfassend dürfte sich die Etablierung einer tragfähigen Arbeitsbündnisses unproblematisch gestalten, insbesondere was es die Vermittlung kurzfristiger Selbstkontrollstrategien betrifft. Motivational herausfordernder könnte hingegen die Bearbeitung begünstigender Faktoren der Impulsdurchbrüche werden, indem das mit zentralen und ich-syntonen Plänen der Patientin im Konflikt stehen könnte.

5. Therapieplanung

5.1 Therapieziele und Prognose

Das Behandlungsziel ist die Remission der intermittierenden explosiblen Störung und der rezidivierenden Depression sowie die Reduktion damit verbundener Vulnerabilitätsfaktoren und der Aufbau von protektiven Faktoren, um ein Rezidiv zu verhindern.

Die Prognose ist zu Therapiebeginn ambivalent. Für ein Erreichen der Therapieziele sprechen die Intelligenz und die Veränderungsmotivation der Patientin, für die die Kinder ein zentraler Lebensinhalt sind. Ebenso vorteilhaft ist die günstige Lebenssituation durch ihre Karenz mitsamt der Unterstützung durch den Partner. Dagegen sprechen die nicht unbeträchtliche Vereinnahmung durch die Belastung durch zwei kleine Kinder, das baldige Wegfallen der Karenz des Partners, die zu erwartende negative Reaktion der Eltern auf die angestrebten Veränderungen, die reduzierte Belastbarkeit und Flexibilität der Patientin aufgrund ihrer neurokognitiven Defizite sowie die Chronizität der behandelten Verhaltensmuster.

5.2 Therapeut-PatientIn-Interaktion und übergreifende Therapiestrategie

Entsprechend ihres in der Planstruktur zentralen Oberplans, Ablehnung zu verhindern, und angesichts des massiv schuldinduzierenden Therapieanlasses ist es wichtig, der Patientin zunächst interpersonelle Sicherheit zu vermitteln. Es gilt ihr konsequent positive Absichten zu unterstellen und ihre Kontrollverluste entsprechend dem Makromodell als Resultat eines „Zuviel des Guten“ zu *framen*. Immer wieder plankonform den Wunsch zu betonen, sie zu verstehen und sie unterstützen zu wollen, ihr Leben unter Kontrolle zu bekommen, sollten zusätzlich helfen, eine tragfähige therapeutische Beziehung zu etablieren.

Während ein Wertschätzen der Freundlichkeit und Leistungsbereitschaft der Patientin anfänglich den Aufbau von Sicherheit in der Beziehung entlang vertrauter Linien ermöglichen sollte, so werde ich doch rasch anfangen müssen, dieses überangepasste Muster subversiv zu unterlaufen. Das gelingt mir wohl am besten mit einer dialektischen Strategie, die betont, dass es weder Gutes noch Schlechtes an sich gebe, sondern jede Polarität bereits ihr Gegenteil in

sich aufweise. So stellt Faulheit als Erholung verstanden die Voraussetzung für Leistung dar, während ein Zuviel an Leistungsstreben in die Dekompensation mündet.

Das stellt ein Negativbild ihrer prägenden Erziehungserfahrungen dar, in denen sie immer wieder Ablehnung für unbeabsichtigte Handlungen erfuhr und gleichzeitig ohne Hilfeleistung verblieb, es anders machen zu können. Es ist wahrscheinlich unmöglich zu verhindern, dass nicht auch meine Kommunikation ab und an entlang dieses Schemas interpretiert wird und die Patientin sich zurückzieht oder verstärkt kontrolliert. Ich möchte jedoch versuchen dem gegenzusteuern, indem ich die Möglichkeit präventiv anspreche und auf mögliche Schuldaktivierungen bei der Patientin achte.

Die in einer Therapie schwer zu vermeiden Konfrontationen mit dysfunktionalen Aspekten ihres Handelns kann ich abfedern, indem ich ihren früheren Erfahrungen die Idee gegenüberstelle, dass Menschen ihr Bestes tun und unerwünschte Resultate das Ergebnis von Überforderung und nicht Schlechtheit sind. Dementsprechend verdiene sie mein Mitgefühl und Unterstützung. Damit agiere ich als therapeutisches Modell als Kontrast zu ihrer Annahme, dass man es verdiene, bestraft zu werden, wenn man Fehler mache.

Erkenne ich Vermeidungsstrategien etwa in Hinblick auf Selbstbehauptung im Alltag oder anstrengendes Umplanen und Problemlösen, so will ich zunächst die erlebte Überforderung validieren aber gleichzeitig auch die Notwendigkeit einer Veränderung für sie und nicht für mich betonen. Dabei gilt es insbesondere kleine Schritte zu erkennen und zu verstärken.

Zusammenfassend gilt es, der Patientin eine sichere Beziehung zur Verfügung zu stellen, indem ich die Absichten ihrer Handlungen wertschätze und sie zu Veränderungen zu ermutigen, indem ich ihr geduldig mit meinen Fähigkeiten, ihre Probleme zu verstehen und zu verändern, zur Seite stehe. Kurz: „Es ist nicht Deine Schuld, Du musst Dich verändern und ich helfe Dir dabei.“

5.3 Behandlungsplan und geplante Methoden

- Stresstoleranztraining: Entsprechend dem Vorgehen in der Dialektisch Behavioralen Psychotherapie (DBT) (Bohus, & Wolf-Arehult, 2012) wird die Patientin mit Kontrolltechniken für die Wahrnehmung ihres Anspannungslevels im Alltag geschult. Mittels Verhaltensanalysen werden Kontrollverluste retrospektiv von der Patientin untersucht, um das Störungsbewusstsein zu fördern und die relevanten Faktoren vor und in der Auslösesituation zu identifizieren. Es werden Stresstoleranzskills erarbeitet und geübt, die auch bei hoher Belastung helfen sollen, die Selbstkontrolle zu bewahren. Ein Beispiel hierfür wäre, dass die Patientin eine Hochstresssituation mit ihren Kindern frühzeitig erkennt und die Situation vor einem Ruptus verlässt und diesen so mittels Stimuluskontrolle (DBT-Skill: „Den Augenblick verändern“) verhindert.
- Problemlösetraining: Da ein einseitiges Selbstkontrolltraining ohne die Arbeit an den prädisponierenden Faktoren der Kontrollverluste unwirksam bleibt, sollen diese mittels des Problemlöseschemas von D’Zurilla (Hahlweg, & Kaiser, 2018. S. 492-496) als konkrete Problemstellung operationalisiert und eine möglichst geeignete Lösung gefunden werden. Hieraus ergibt sich implizit bereits eine Abkehr vom Anspruch der Patientin „sich mehr zusammenzureißen“ und eine praktische Arbeit an ihren Selbstfürsorgekompetenzen. Umgemünzt auf das vorherige Beispiel könnte das bedeuten, die Belastung in der Stresssituation gering zu halten, indem nötige Vorbereitungen bereits vorher getroffen werden, die Patientin sich im Laufe des Tages immer wieder Erholungszeiten einbaut, sie das Fertigmachen der Kinder mit ihrem

Mann bespricht und die Arbeit aufteilt und unbegründete rigide Anforderungen („Wir dürfen uns nicht verspäten!“) relativiert.

- Kognitives und emotionales Umstrukturieren: Dieser Prozess wird notwendigerweise begleitet von einem Umstrukturieren der in Stresssituationen externalisierenden („Du lässt mich im Stich!“) und im Alltag internalisierenden („Ich muss mich zusammenreißen!“) Kognitionen und zugrundeliegenden Annahmen. Diese werden mit den entsprechenden Techniken der kognitiven Therapie (Beck, 2021, S. 289-309) und Schematherapie (Roediger, 2022, S. 230-352) identifiziert, relativiert und durch neue, funktionale Grundsätze entmachtet. So könnte etwa das für den Teufelskreis aus überschießender Regulation und Kontrollverlust verantwortliche „Ich muss mich zusammenreißen [um nicht die Kontrolle zu verlieren]!“ durch die sowohl funktionalere als auch selbstfürsorglichere Annahme eines „Ich muss gut für mich sorgen!“ ersetzt werden.
- Aufbau eines realistischen Störungs- und Selbstbilds: Die bisher skizzierten Interventionen spießen sich deutlich mit dem groben und dysfunktionalen Selbstbild der Patientin, die sich als unfähig und belastend erlebt und ihre Rettung in einer rigiden Selbstkontrolle sucht. Entsprechend wird die gesamte Behandlung von auf die Patientin zugeschnittener Psychoedukation begleitet, die ihr ein differenziertes Bild ihres psychischen und neuronalen Profils und der damit einhergehenden Herausforderungen vermitteln soll, um die Aneignung der in der Behandlung erarbeiteten Problemlösestrategien und ihre eigenständige Anwendung auf neuartige Problemstellungen zu fördern. Als Beispiel könnte das neuropsychologische Konzept der „Ein- und Umstellschwierigkeiten“ herangezogen werden, um die fehlende Bereitschaft der Patientin zu verstehen, Pläne angesichts der aktuellen Anforderungen zu modifizieren oder zu verwerfen. Vor diesem Hintergrund könnte sie das als spezifisches und nicht globales Merkmal in ihre Identität integrieren, ihren entsprechenden Widerwillen selbstwertschonend verstehen und sich dennoch motivieren, das mühsame Umdenken anzugehen.
- Miteinbeziehen von Angehörigen: Es bietet sich an, den Partner in die Behandlung miteinzubeziehen, um den Alltagstransfer in Sachen Stresstoleranz und Problemlösen zu unterstützen und die Beziehungsqualität durch ein vertieftes Verständnis der Schwierigkeiten der Patientin und die Sichtbarkeit ihrer Veränderungsbestrebungen zu verbessern. So könnten etwa Verhaltensanalysen gemeinsam besprochen werden.

6. Behandlung

6.1 Behandlungsverlauf

Aufgrund der geringen Dauer der Behandlung halte ich die Beschreibung dichter als normalerweise üblich gehalten und versuche eine Synthese aus einer inhaltlichen und chronologischen Ordnung.

6.1.1 Stesstoleranztraining

Die Patientin erhält in der zweiten Einheit ein Arbeitsblatt für eigenständige Verhaltensanalysen, die sie von nun an durchführen soll, wenn ein aggressiver Impulsbruch auftritt. Damit möchte ich einerseits Daten für die Fallkonzeption sammeln und andererseits die Störungseinsicht der Patientin fördern.

Die Patientin beschreibt für mehrere Impulsdurchbrüche die vulnerabilisierenden Bedingungen sowie ihre inneren und äußeren Verhaltensmuster ausführlich und mit einer gut

ausgeprägten Introspektionsfähigkeit, sodass wir sie gut für die Hypothesenbildung nutzen können. Wir diskutieren die (unter 4. Verhaltens- und Bedingungsanalyse beschriebenen) Problembereiche und leiten daraus zentrale auslösende und prädisponierende Faktoren ab. Angesichts des sich abzeichnenden Bildes versuche ich sie auch motivational für negative Folgen einer Verhaltensänderung zu wappnen, indem ich darauf hinweise, dass Dritte auf vermehrte Selbstfürsorge und Abgrenzung durchaus auch kritisch reagieren können. Unter den geänderten Vorzeichen gelingt der Patientin im Alltag auch rasch ein Erfolg, indem sie eine überfordernde Situation verlässt, anstatt sie durchzuhalten.

Als weiteren Schritt im Stresstoleranztraining soll die Patientin im Alltag eine Anspannungskurve erstellen. Dabei zeigt sich die Patientin überrascht, wie wenig sie ihre Anspannung unter Alltagsbedingungen mitbekomme, sie werde ihr erst im Hochstressbereich bewusst. Wir erarbeiten entsprechende Frühwarnzeichen. Auch der starke Einfluss von Stressoren und – umgekehrt – die rasche Erholung, wenn sie entspannende Maßnahmen ergreifen könne, seien ihr dadurch klar geworden. Letzteres ist für mich – der ich viel mit Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung gearbeitet habe – ein erfrischendes Novum. Bei der Diskussion von Skills, die zu einer solchen Anspannungsreduktion eingesetzt werden können, zeigt sich, dass die Patientin bereits über gut ausgebaute Ressourcen verfügt, um ihre Anspannung zu regulieren: Körperpflege, Spaziergänge, Podcasts und Hörbücher, Puzzeln, Malen und Basteln könne sie allesamt zur Entspannung nützen. Nachdem es scheinbar nicht an der Kompetenz, sondern an der Performanz krankt, fokussieren wir uns in weiterer Folge auf die inneren und äußeren Bedingungen, die dem Einsatz ihrer anspannungstregulierenden Kompetenzen entgegenstehen.

6.1.2 Kognitives Umstrukturieren I

Während die ersten Einheiten sich durch eine harmonische therapeutische Beziehung, Optimismus und Tatendrang auszeichnen, setzt es passend dazu den ersten Dämpfer: Die Stiefeltern reagieren passiv-aggressiv auf die Selbstfürsorgeversuche der Patientin, diese fühlt sich schuldig, hoffnungslos und auch noch vom Mann in Stich gelassen. Letzteres können wir gut mit dem Hinweis auf ihre eigenen Schwierigkeiten, sich von den Bedürfnissen anderer abzugrenzen, umstrukturieren. Sie erkennt, dass der ihr immer stark erschienene Partner auch Schwächen haben kann.

6.1.3 Psychiatrische Konsultation

Entsprechend der Literatur zu aggressiven Kontrollverlusten (da Cunha-Bang, & Knudsen, 2021, S. 452f) empfehle ich der Patientin das Aufsuchen eines Psychiaters, um eine mögliche Antidepressivaverschreibung zu prüfen. Diese erfolgt mit Sertralin dann auch. Zusätzlich erhält sie Seroquel zum Schlafen, setzt dieses aber rasch ab, weil sie sich morgens zu beeinträchtigt fühle. Von Sertralin hingegen ist sie wirklich begeistert, sie fühle sich damit deutlich ausgeglichener. Zwei Impulsdurchbrüche relativieren ihre Hoffnungen jedoch wieder rasch. Zu beidseitiger Verunsicherung führt die psychiatrische Empfehlung, doch einen Behandlerwechsel zu jemandem vorzunehmen, der auf Post-Partum-Depression spezialisiert sei. Angesichts des klaren erarbeiteten Störungskonzepts, der greifbaren Fortschritte und unseres Zweifels daran, dass angesichts ihrer rezidivierenden Depression die rezente Geburt tatsächlich einen bedeutsamen ätiologischen Faktor darstellt, entscheiden wir uns dafür, die Zusammenarbeit fortzusetzen.

6.1.4 Kognitives Umstrukturieren II

In der gemeinsamen Analyse der Verhaltensexzesse ist für uns unverständlich, warum die Patientin an ihren gefühlten Verpflichtungen trotz Überforderung unflexibel festhält. Wir setzen eine schematherapeutische Emotionsbrücke ein, um womöglich über diesen Kanal mehr Information zu gewinnen. Die Patientin aktiviert eine Erinnerung, in der sie als Kind von der Mutter angeschrien wird, weil sie ihr Zimmer nicht aufräumt. Wir absolvieren gleich den gesamten Zyklus der Vorstellungsbildung, wobei ich den Großteil des Entmachtens und Nachbeelterns für die Patientin übernehme. Zentral ist die Angst des Kindes, die Liebe der Mutter zu verlieren, wozu sich der unkonditionale Counterpart „Ich liebe Dich, wie Du bist“ anbietet. Die Patientin wird zum Nachbeeltern angeleitet und übt diese auch eigenständig weiter. Ausgehend von diesem Gefühl der sicheren Bindung heraus erarbeitet die Patientin alternative Verhaltensalternativen für die Problemsituation in der Gegenwart, von denen wir die Vielversprechendste in sensu üben. Sie erlebt zum Abschluss eine starke emotionale Aktivierung und realisiert – wie sie sagt zum ersten Mal im Leben – dass es um sie und ihre Familie gehe und nicht um die Pünktlichkeit. An dieser Stelle wird ihr auch bewusst, dass sie im Begriff ist, sich wesentlich zu verändern. Um eine interne und selbstwirksame Attribution zu fördern, bespreche ich mit ihr ihre bisherigen Bemühungen und übe mit ihr, sich diesbezüglich zu verstärken. Ein schöner Familienurlaub, bei dem die Patientin erfolgreich die Inhalte der Therapie anwenden konnte, schlägt in dieselbe Kerbe.

6.1.5 Problemlösetraining

Damit es nicht zu entspannt wird, zeichnet sich das nahende Ende der Karenz des Partners am Horizont ab, worauf die Patientin mit Überforderung reagiert. Wir *reframen* ihre Angst als Signal für die Notwendigkeit einer bewussten Anpassungsleistung und nicht für eine bevorstehende Katastrophe. Entsprechend besprechen wir die Bestandteile des Problemlösetrainings und operationalisieren die zu bewältigenden Herausforderungen infolge der Absenz des Partners. Es gelingt der Patientin mit ihrem Partner eigenständig spezifische Lösungsansätze auszuarbeiten und diese bereits vor dem Ende der Karenz auszuprobieren. Sie kann die Erfahrung machen, den Anforderungen gewachsen zu sein und sieht der Veränderung deutlich gelassener entgegen. Wir verarbeiten die Bewältigungserfahrung vertieft mit einer an das EMDR-Protokoll zur Aktivierung von Ressourcen (Shapiro, 2018, S. 124f) angelehnten, ressourcenaktivierenden Methode unter dem Motto: „Ich bin dem Leben gewachsen.“ Später gelingt es der Patientin ihre gelähmt-katastrophisierende Reaktion auf ein anderes Problem (Hitzewelle, die Patientin ist diesbezüglich nur wenig belastbar) zu erkennen und gemeinsam mit ihrem Partner erneut den Problemlöseansatz einzusetzen. Angesichts der Generalisierungsbestrebungen einer Psychotherapie verspricht dieser eigenständige Einsatz der vermittelten Kompetenzen und deren Übertragung auf eine neuartige Situation eine ausgezeichnete weitere Prognose.

6.1.6 Kognitives Umstrukturieren III

Im Verlauf der Behandlung treten zunehmend die Erwartungen an die zentralen Bezugspersonen der Patientin in den Vordergrund, indem Konflikte mit dem Partner und Grenzüberschreitungen sowie Enttäuschungen durch die Eltern thematisiert werden. Aggressiven Verhaltensweisen dem Partner gegenüber liegen typischerweise Zuschreibungen von intentionaler Vernachlässigung („Du lässt mich im Stich!“) oder sogar Aggression („Du beschuldigst mich und machst es mir schwer!“) zugrunde. Durch das Erkennen der Inkonsistenz mit ihren sonstigen Erfahrungen mit ihrem Partner sowie das Sammeln

alternativer Erklärungen für sein Verhalten kann die Patientin auch Unwissenheit oder Überforderung als schlüssigere Ursachen benennen. Das ermöglicht ihr ein Empathisieren mit ihrem Partner und damit das Einnehmen einer bindungsorientierten anstelle einer kämpferischen Haltung. Sie gibt an, dass ihr Partner doch immer so stabil wirke. Dass er auch manchmal nicht mehr könne und impulsiv handle, sei ihr tatsächlich noch nicht in den Sinn gekommen. Das kann wohl als Nebenwirkung der Insuffizienzannahme der Patientin gewertet werden, indem sie aufgrund dieser sich selbst nicht als Modell zum Begreifen anderer Menschen nützt. Vermutlich aufgrund des gebesserten gegenseitigen Verständnisses durch das kognitive Umstrukturieren und die gemeinsame Besprechung der Therapieinhalte sowie des vermehrten dyadischen Copings (Bodenmann, 2012, S. 66-74) auf Basis des Problemlöseansatzes reduzieren sich die Konflikte in der Beziehung im Verlauf der Therapie deutlich. Die Patientin berichtet auch, dass sie durch die neugewonnene Empathie angespannte Situationen ohne Aggression bewältigen habe können.

Den höchsten interaktionellen Schwierigkeitsgrad stellen die Eltern der Patientin dar, indem diese auf deren grenzüberschreitendes und abwertendes Verhalten vornehmlich mit ausgeprägter Scham und Lageorientierung reagiert. Eine Diskussion ergibt, dass eine reale Distanzierung unmöglich sei, weil die Patientin auf ihre Unterstützung mit den Kindern nicht verzichten könne. Nachdem die Patientin sozial kompetent handelt aber emotional dekompenziert fokussieren wir uns auf diesen Teil. Analog zum klassischen schematherapeutischen Stuhldialog üben wir mittels Vorstellungsübungen das Entmachten der inneren Elternrepräsentanzen und das Validieren der Patientin. („Ich bin kompetent.“ „Ich darf so sein, wie ich bin.“) Anfänglich modelliere ich das selbstbehauptende und selbstfürsorgliche Verhalten in sensu, die Patientin übernimmt bald meine Funktionen. Nach einiger Zeit beginnt die Patientin eine tief empfundene Enttäuschung zu erleben. Ich unterstütze sie darin, diese Emotion zuzulassen aber auch zu relativieren, indem sie sich ergänzt, dass sie zwar das erhoffte Verständnis und die Unterstützung von diesen vermutlich nie erhalten werde aber dass es andere Menschen gebe, die wohl dazu bereit und in der Lage seien. Und auch sie selbst könnte das – im Gegensatz zur Abhängigkeit ihrer Kindheit – für sich leisten. Um dieses vorsichtig sprießende positive Schema zu unterstützen, erhält sie die Hausübung, bewusst im Alltag Momente von Verständnis und Unterstützung durch andere Menschen wahrzunehmen und niederzuschreiben.

6.1.7 Rückfallprävention

Aufgrund der zunehmenden Eigenständigkeit der Patientin im Umgang mit ihren Problemen und ihrer wachsenden Selbstwirksamkeitserwartung reduzieren wir nach sieben Einheiten die Therapiefrequenz auf zwei Wochen und nach elf Einheiten auf drei und vier Wochen. Im Sinne der Rückfallprävention bereite ich die Patientin darauf vor, dass jede Verhaltensänderung mit Rückfällen einhergeht und welche typischen Kognitionen und Impulse diese begleiten. Es ist mir ein Anliegen, zumindest eine solche Herausforderung ihrer neu erworbenen Kompetenzen gemeinsam mit ihr zu erleben, was mit der Hitzewelle (s. o.) auch der Fall ist. Da die Patientin den Wunsch äußert, auch nach dem Behandlungsende weiter an ihren psychischen Ressourcen zu arbeiten, besprechen wir in den letzten beiden Einheiten die Vorzüge und den Ablauf von Achtsamkeitsübungen, von denen ich mir auch Potential für ihre Reizfilterstörung und ihre chronischen Schmerzen erhoffe. Dem Anliegen der Patientin, sich bei erneuerter Überforderung wieder an mich wenden zu dürfen, entspreche ich gerne.

6.2 Evaluation

Zu Therapieende mit der dreizehnten Einheit gibt die Patientin an, alle ihre Therapieziele erreicht zu haben. Es gelinge ihr ihren Alltag durch Einplanen von Pausen und angenehmen Aktivitäten deutlich angenehmer und ohne Kontrollverluste zu gestalten. Impulsdurchbrüche habe sie seit mehreren Monaten keine mehr erlebt, Spannungen mit ihrem Partner gelinge es ihr gütlich zu klären. Die Eltern blieben ihre Achillesferse und würden weiterhin starke negative Emotionen auslösen, sie könne aber bereits besser mit diesen umgehen und wolle das weiter üben. Sie habe sich noch nie so wohl gefühlt und blicke ihrem Leben optimistisch entgegen. Eine Herausforderung stelle die Rückkehr in den Beruf dar aber das liege in weiter Ferne und sie sei zuversichtlich, auch diese bewältigen zu können.

Entsprechend erfüllt die Patientin zu Therapieende weder die Kriterien einer Depressiven Episode noch die einer intermittierenden explosiblen Störung.

Auf eine erneute Vorgabe des *ADP-IV* wurde aufgrund der geringeren Veränderungssensibilität von Persönlichkeitsmaßen verzichtet. Die Skalen der zu Behandlungsende erneut vorgegebenen *SCL-90-S* korrespondieren mit den berichteten Veränderungen: Alle erhobenen Werte befinden sich nun im Normalbereich, die einzige Ausnahme stellt die Subskala „Somatisierung“ dar. Die darin enthaltenen Schlafprobleme erklärt die Patientin durch das Leben mit einem Kleinkind, die Kreuzschmerzen sowie Hitzewallungen oder Kälteschauer betrachte sie als organisch verursacht.

In der Katamnese nach sechs Monaten scheinen keine überdurchschnittlichen Werte mehr auf.

SCL-90-S Skala	zum Behandlungsende	6 Monate nach Behandlungsende
	T-Wert	T-Wert
Aggressivität/Feindseligkeit	59	56
Ängstlichkeit	56	47
Depressivität	53	53
Paranoides Denken	58	48
Phobische Angst	45	45
Psychotizismus	44	44
Somatisierung	63	42
Unsicherheit im Sozialkontakt	47	37
Zwanghaftigkeit	45	41
Global Severity Index	40	44
Positive Symptom Total	50	44
Positive Symptom Distress Index	63	52

7. Diskussion

Von den sicherlich großzügig vorliegenden Ressourcen der Patientin abgesehen denke ich nicht, dass der Fall so erfreulich verlaufen wäre, wenn wir nicht durch die verhaltenstherapeutische Fallkonzeption klare Fokuspunkte für die Behandlung herausgearbeitet hätten. Es ist erst die Kombination von Auffälligkeiten aus der neurokognitiven Domäne wie reduzierte Selbstwahrnehmung und Stresstoleranz sowie impulsive Aggressivität mit selbstvernachlässigenden und altruistischen Persönlichkeitsaspekten, die den Fall nachvollziehbar machen. Damit verschwimmen auch die Grenzen zwischen Diagnostik und Behandlung, denn das Verständnis für die Dynamik einer Störung stellt bereits eine machtvolle Intervention im Sinne des Graweschen Wirkfaktors der

Klärung dar. Damit können wir das kollaborative Ringen um ein Verständnis eines menschlichen Problems als wichtigen Teil des psychotherapeutischen Prozesses verstehen, der somit keinesfalls auf eine klassifikatorische Diagnostik verkürzt werden darf. Die verhaltenstherapeutischen Konzepte der Mikro- und Makroanalyse versorgen uns mit dem theoretischen Rüstzeug, um diesen Klärungsprozess zu strukturieren.

Abschließend möchte ich anmerken, dass dem Fall eine Logik inhärent ist, die uns in der psychotherapeutischen Praxis öfter begegnet: Menschen erleben sich als minderwertig und entfalten enorme, häufig beeindruckende, Anpassungsbestrebungen, um dieses vermeintliche Manko auszugleichen. Dieses hohe Anspruchsniveau ist jedoch nicht stabil aufrechtzuerhalten und führt über kurz oder lang zu Einbrüchen – oder wie im vorliegenden Fall zu Ausbrüchen. Diese Erfahrung speist einen Teufelskreis, indem er die Betroffenen in ihren Insuffizienzannahmen und damit ihren Kompensationsversuchen bestärkt. Das typischerweise im Zusammenhang mit belastenden externen Faktoren als vermeintlich bevorstehend erlebte Zusammenbrechen dieser dysfunktionalen Bewältigungsversuche veranlasst in letzter, häufig verzweifelter, Instanz das Aufsuchen einer Psychotherapie. Gesucht wird implizit ein/e Verbündete/r gegen den Kontrollverlust, jemand der/die Selbstdisziplinierungstechniken vermittelt, die das Minderwertige in einem zu korrigieren vermögen, um den Zustand der Anpassung möglichst dauerhaft abzusichern. Eine bedürfnisorientiert verstandene Verhaltenstherapie, die hingegen den „guten Grund“ sucht, der jedem Verhalten zugrundeliegt, wird ein solches Verlangen notwendigerweise irritieren, indem sie als Fürsprecher vernachlässigter und abgewerteter Bedürfnisse fungiert. Ich denke dementsprechend, dass nur ein solches therapeutisches Verständnis bei dieser Störungslogik langfristigen Erfolg zeigen kann und warne vor kurzfristig orientierten „Reparaturversuchen“, wie sie PatientInnen gerade häufig in der Verhaltenstherapie suchen. Die Grundlage für dieses Verständnis stellt die verhaltenstherapeutische Fallkonzeption und in dieser gerade die vertikale Verhaltensanalyse dar, indem sie sich auf die Suche nach der Funktionalität des maladaptiven Verhaltens begeben.

8. PatientInnensicht

8.1 Wie geht es mir aktuell, wie dauerhaft sind die Auswirkung der Behandlung auf mein Leben?

Es geht mir aktuell gut und ich befinde mich in der stabilsten Phase seit vielen Jahren. Die Therapie liegt nun ein halbes Jahr zurück und wirkt aber in mir noch nach. Was sich grundlegend für mich verändert hat, ist mein Blick darauf, wie essenziell mein psychisches Wohlbefinden für mich aber auch für meine Familie ist. Ich habe gelernt, dass es legitim und wichtig ist, meine Bedürfnisse zu priorisieren und das ist der Tenor, den ich mitnehmen kann. Ich habe in der Zeit der Therapie außerdem gelernt, welche Dinge es sind, die ich für mein Wohlbefinden brauche und konnte sie einüben.

Ich bin allerdings auch seit Therapieende schon durch eine Krise gegangen: Im Winter waren meine Kinder und ich mehrere Wochen durchgehend abwechselnd oder auch gemeinsam krank. Es war mir im Vorhinein bereits bewusst, dass so eine Phase für mich eine große Herausforderung bedeuten würde: der Schlafmangel, das körperliche Unwohlsein, wenig Zeit, um auf seine eigene Genesung und Bedürfnisse zu achten und eine eingeschränkte Möglichkeit, mich sportlich zu betätigen, was ich als ganz wichtige Kraftquelle für mich entdeckt habe. Was dieses Mal allerdings anders war, war die Einstellung zur Situation: ich war mir dessen bewusst, dass es gerade schwierig ist, es okay ist, dass ich es gerade so empfinde und dass diese Zeit aber auch wieder vorbeigehen wird und nicht mein Leben als

Ganzes in eine schlechte Richtung läuft. Anders war auch, dass mein Partner und ich unsere Umgangsweise miteinander in solchen herausfordernden Situationen im Vorhinein mithilfe der Therapie analysiert und vorausgeplant haben, wie wir miteinander umgehen können, um einander so gut wie möglich zu unterstützen und uns die Situation nicht noch schwerer zu machen, wozu wir zuvor immer tendiert haben. Ich konnte trotz der Einschränkungen Zeit für mich einfordern und Dinge finden, die mir psychisch gutgetan haben und mich durchhalten ließen. Der größte Erfolg für mich war jedoch, dass ich, als wir wieder gesund waren, sehr schnell wieder in die Routine hineingefunden habe, die mir guttut und konnte mich auch psychisch wieder erholen und Kraft tanken, während ich zuvor aus solchen Krankheitsphasen immer gefühlt als psychisches Wrack und mit Spannungen in der Beziehung herausging.

8.2 Wie habe ich die Behandlung erlebt?

Ich habe mich in den Behandlungen sehr wohl gefühlt, was vor allem daran lag, dass ich mich verstanden und erkannt fühlte. Der Therapeut hat es sehr gut geschafft, aus meinen Erzählungen Schlüsse zu ziehen und mir dadurch zu verdeutlichen, was gerade los ist. Ich hatte unzählige Aha-Momente, in denen mir wie Schuppen von den Augen fiel, wie ich mir selbst im Weg gestanden hatte, weil ich krampfhaft an Glaubenssätzen wie zum Beispiel „Ich muss um jeden Preis pünktlich sein“ unter Aufgabe meines persönlichen und familiären Wohls festgehalten habe. Es war ausreichend für mich, dies von einer außenstehenden Person direkt gesagt zu bekommen und es zu realisieren und mich im Anschluss auch nachhaltig und meistens recht erfolgreich davon zu verabschieden.

Ein weiterer sehr positiver Aspekt für mich war, dass der Therapeut es erkannt hat, dass mein Selbstbild vor allem von Kritik geprägt ist und ich auch vonseiten meiner Familie öfters Kritik als Lob erfahren, und es daher verstanden hat, mir immer wieder zu verdeutlichen, was ich geschafft und erreicht habe und meine Stärken hervorzuheben, bis ich selbst dies auch annehmen konnte und ich mich nach wie vor für Dinge, die ich gut gemacht habe, selbst wertschätze.

Sehr positiv war für mich außerdem, dass mein Therapeut ein anderes Lebenskonzept als ich lebt: er ist ein Mann und noch dazu gewollt kinderlos. Ich bin eine Frau und habe mein Leben in den letzten Jahren beinahe vollständig meiner Mutterrolle untergeordnet. Aber gerade seine Außenperspektive hat mir gezeigt, dass es nicht normal ist, dass ich mich als Person so hintenanstelle und meine eigenen Bedürfnisse nicht beachte und dass es auch nicht normal ist, dass es mir psychisch so schlecht ging, als ich bei ihm die Therapie begann.

8.3 Was würde ich aus meiner Erfahrung Betroffenen raten?²

Betroffenen rate ich, alles ehrlich zu sagen und nichts aus Scham zu verbergen. Eine vorhergehende psychotherapeutische Behandlung war bei mir quasi ergebnislos, weil ich manche Dinge aus Scham verschwiegen habe. Sehr wichtig war es für mich, mir vor der Therapie Stichworte zu machen, damit ich nicht darauf vergesse, Dinge zu erwähnen, die mir wichtig waren anzusprechen.

² Die ursprüngliche von mir gestellte Frage nach einem Rat an BehandlerInnen wurde von meiner Patientin als Rat an Betroffene beantwortet.

9. Literatur

- Beck, J. S. (2024). *Praxis der kognitiven Verhaltenstherapie*. Beltz.
- Bodenmann, G. (2012). *Verhaltenstherapie mit Paaren. Ein bewältigungsorientierter Ansatz*. Huber.
- Bohus, M., & Wolf, M. (2012). *Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten*. Schattauer.
- Coccaro, E. F., McCloskey, M. S., & Fahlgren, M. K. (2019). Assessment and Treatment of Intermittent Explosive Disorder. In E. F. Coccaro & M. S. McCloskey (Eds.), *Aggression: Clinical features and treatment across the diagnostic spectrum*. American Psychiatric Association Publishing.
- da Cunha-Bang, S., & Knudsen, G. M. (2021). The modulatory role of serotonin on human impulsive aggression. *Biological Psychiatry*, *90*(7), 447–457. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2021.05.016>
- Döpfner, M., Schürmann, S., Frölich, J., & Gehrman, K. (2019). *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten THOP*. Beltz.
- Franke, G. H. (2014). *Symptom-Checklist-90®-Standard*. Hogrefe.
- Hahlweg, K., & Kaiser, A. (2018). Kommunikations- und Problemlösetraining. In J. Margraf & S. Schneider (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Springer.
- Körkel, J., & Schindler, C. (2003). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Springer.
- Peterson, C., Maier, S. F., & Seligman, M. E. P. (1993). *Learned helplessness: A theory for the age of personal control*. Oxford University Press.
- Renn, D., Höfer, S., Schüßler, G., Rumpold, G., Smrekar, U., Janecke, N., & Doering, S. (2008). Dimensionale Diagnostik mit dem Fragebogen zur Erfassung von DSM-IV-Persönlichkeitsstörungen (ADP-IV). *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, *54*(3), 212–226. <https://doi.org/10.13109/zptm.2008.54.3.212>
- Roediger, E. (2022). *Schematherapie: Grundlagen, Modell und Praxis*. Schattauer.
- Scott, K. M., Lim, C. C., Hwang, I., Adamowski, T., Al-Hamzawi, A., Bromet, E., Bunting, B., Ferrand, M. P., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H., Hu, C., Karam, E., Lee, S., Posada-Villa, J., Stein, D., Tachimori, H., Viana, M. C., Xavier, M., & Kessler, R. C. (2016). The cross-national epidemiology of DSM-IV intermittent explosive disorder. *Psychological Medicine*, *46*(15), 3161–3172. <https://doi.org/10.1017/s0033291716001859>
- Shapiro, F. (Ed.). (2018). *Fortgeschrittenenseminar in der EMDR-Methode. Manual. Modul 3 (von 3) der Fortbildung in EMDR*. EMDR-Institut Deutschland.
- World Health Organization (WHO). (2019/2021). *International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11)*. <https://icd.who.int/browse11>. Licensed under Creative Commons Attribution-NoDerivatives 3.0 IGO licence (CC BY-ND 3.0 IGO)

10. Anschrift korrespondierender Autor

Daniel Weigl, MMag.

Selbstständiger klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe und Psychotherapeut (VT)

Lehrtherapeut der Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation (AVM)

Alfred-Adler-Straße 11/2/2A

daniel.weigl@verhaltenstherapeut.wien

