

im AVNG, Zulassung zum
Lehrtherapeut*Innencurriculum

Vorstellung

Mag. Dr. Verena Rattensberger-Schwab

*Jänner 1986

Verheiratet

Helena und Linnea,
4 Jahre

Mittersill, Salzburg

- Dipl.- und Doktoratsstudium Psychologie in Innsbruck
- Klinische-/ Gesundheitspsychologin
- Klin. Neuropsychologie
- Fachspezifikum VT – seit 2017 eingetragen

wissbegierig, bilde mich gerne fort, verlässlich, liebe Meer und Schneegestöber

- KH Schwarzach – Psychiatrie/ Neurologie/ Konsiliarpsychologin (Gyn/ HNO/Unfall/ Interne)
- KIT, Rotes Kreuz Salzburg
- Seit 2016 in eigener Praxis

- Einführung EFT
- Basiscurriculum Schematherapie
- Viele FB/ Tagungen – VT, Diagnostik, NP

Schifahren lernen/
Kinder
Reisen, Yoga, malen
wandern, Schitouren
gehen



„in Begleitung des kleinen Monsters“

Fallvorstellung

Mag. Dr. Verena Rattensberger-Schwab

Spontan berichtete Symptomatik, Problembeschreibung

Biologische Faktoren

- Starke Menstruationsblutung mit Gewebeklumpen, regelmäßiger Zyklus,
- Entfernung der Spirale, Eileiterentnahme
- Antidep Th.: Trittico, Duloxetin seit 2019

Spezifisches kognitives, emotionales, biologisches und soz. Verhalten und Erleben:

- „Ich halte es nicht aus“, „Es wird nie mehr weggehen“, „Es wird schon wieder werden“
- Traurigkeit, Angst, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, gereizt
- Konzentrationsstörung, Kopf-, Rücken-, Gelenkschmerzen, Wassereinlagerung
- Geringer Antrieb, Inaktivität, grübeln, Überessen, Internetrecherchen, sozialer Rückzug

Symptomatik trete:

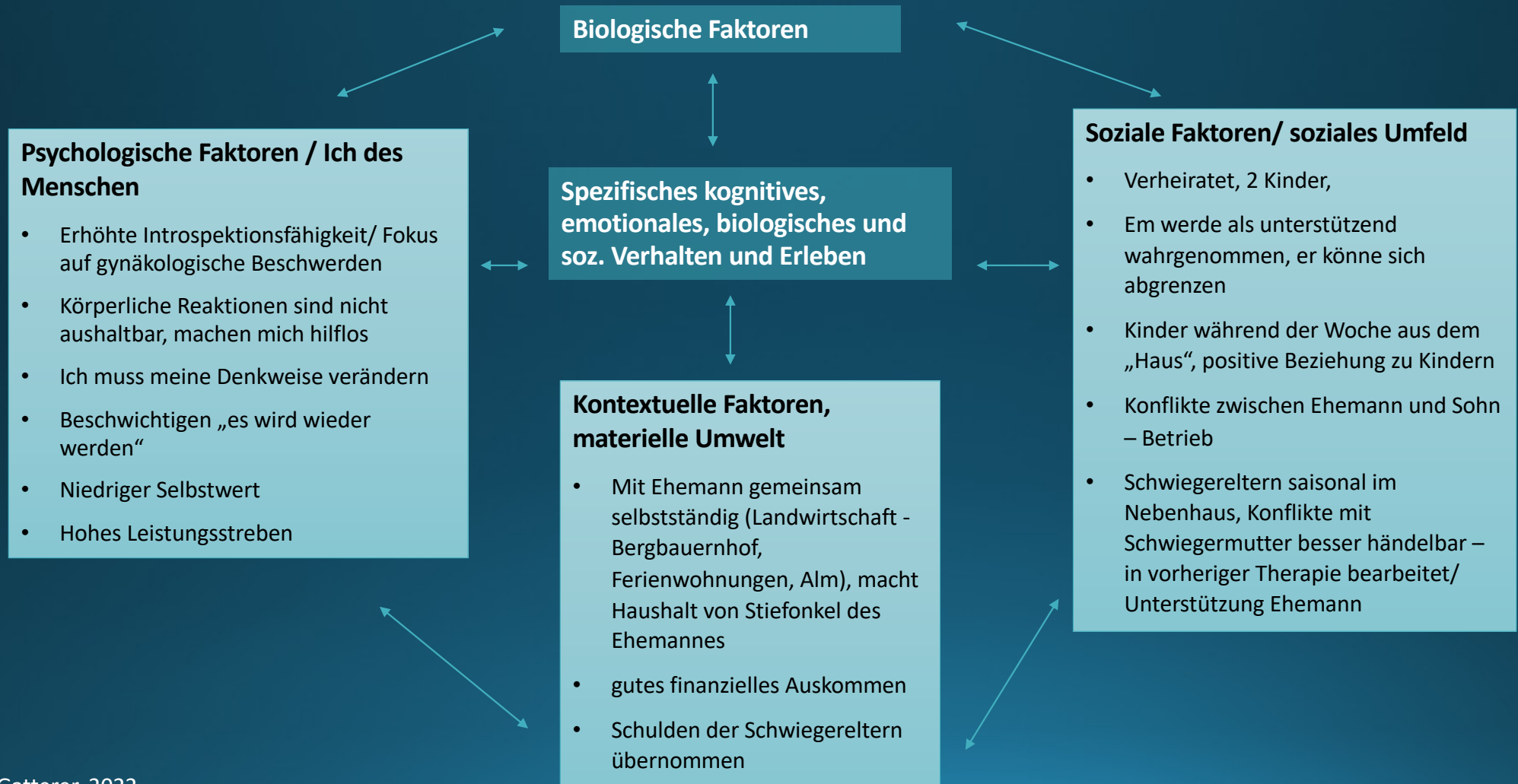
- 8-7 Tage vor der Menstruation bis zum 2./3. Zyklustag auf; Manchmal um den 10/ 11. Zyklustag reduzierte Symptomatik
- dazwischen kaum/ keine Symptomatik vorhanden
- bereits viele Jahre vorhanden, schwankender Verlauf

Kontextuelle Faktoren

Psychologische Faktoren / Ich des Menschen

Soziale Faktoren

Spontan berichtete Symptomatik, Problembeschreibung



Vulnerabilitätsfaktoren/ Resilienzfaktoren

- Depression der Mutter
- Frühe Übernahme von Verantwortung/ Schwester
- Hohe kognitive Fähigkeiten- Schule/ Ausbildung
- pos. soziale Kontakte - Kindheit, sichere Bindung zur Großmutter

Einflüsse von Lebensereignissen

- Konflikte mit Schwiegermutter – Alkoholabhängigkeit
- MS-Verdachtsdiagnose des Ehemannes
- Panikattacke, stationärer Aufenthalt Psychiatrie – 4d
- OP-Eileiterentnahme

Informationsverarbeitung und Wahrnehmungsprozesse

- Selektive Aufmerksamkeit/ Fokussierung auf körperliche Veränderungen/ Lutealphase
- Katastrophisierende Bewertung, Hilflosigkeitserleben

Lernprozesse in der Kindheit

- Leistungsorientierung/Ansehen nach Außen
- Selbstbehauptung - Bestrafung
- Botschaften: Zeige keine Emotionen, verhalte dich angepasst, halte dich unter Kontrolle
- Deine Bedürfnisse sind nicht wichtig
- Unterordnung/ Erduldung um Bindung zu erlangen
- Über Probleme spricht man nicht

Ausformung der Persönlichkeit

- Angepasstes sozial erwünschtes Verhalten
- Pflichtbewusstsein, Leistungsorientierung
- Sicherheit durch Kontrolle
- Bedürfnis nach Bindung
- Kaum Problemlösestrategien

Vorausgehende Sit beim erstmaligen Auftreten

Kein spezifischer Beginn explorierbar

Aktuelles Problemverhalten

Lutealphase - Antriebslosigkeit, verändertes Essverhalten, Konzentrationsschwierigkeiten, Erschöpfung, Rückenschmerzen, Traurigkeit, Gereiztheit; Angst, katastrophisierende Bewertung, beschwichtigende Gedanken und Worten, Rückversicherung, Rückzug; Erwartungsangst - Lutealphase

Nachfolgende Konsequenzen des Problemverhaltens

- Chronifizierung „Teufelskreis“, Fokussierung auf körperliche Reaktionen
- Hilflosigkeitserleben und Kontrollverlust weiter
- Dysfunktionale Grundannahmen/ Schemata weiter aufrecht / verstärkt
- Stressniveau, Arousal steigt weiter an
- Rückversicherungsverhalten/ kognitive Vermeidung bleiben aufrecht
- Reduktion der Arbeitsfähigkeit, Reduktion von sozialen Beziehungen

Horizontale Verhaltensanalyse

Auslöser (S)	Extern: pat sitzt alleine in der Küche Intern: Lutealphase, Zyklustag 23; müde, abgeschlagen, Rücken- und Gelenksschmerzen, gereizt
Organismus (O)	Biologisch: genetische Prädisposition – depressive Mutter Wahrnehmung nach innen, selektive Aufmerksamkeit auf physiologische Reaktionen Plan: behalte die Kontrolle, vermeide negativ aufzufallen Abgeleitete dysfunktionale Grundannahme: ich bin hilflos
Reaktion (R)	R k: Es ist schon wieder da. Ich halte es nicht mehr aus, das ist nicht normal“. R e: Angst R p: Anspannung, Herzklopfen, schnellere Atmung R m: beschwichtigt sich, wiederholt mehrmals „Es wird schon wieder werden“, bleibt sitzen, rübelt
Kontext	Hoch (Lutealphase)
Konsequenzen	k: Angst reduziert sich C/-, physiologische Reaktionen reduzieren sich C/-, Beruhigung tritt ein C+ l: Traurigkeit stellt sich ein (e), die Patientin bleibt in der Hilflosigkeit und erlebt keine korrigierende Erfahrung, adaptive Bewältigung kann sich nicht entwickeln, es kommt zu einem weiteren Kontrollverlust (k). im Rückzug und Inaktivität verbleibend (m), Die Fokussierung auf körperliche Reize intensiviert sich. Reaktionen werden noch intensiver wahrgenommen. Es kommt zu weiterem Anstieg des Stressniveaus und Arousals, sowie zu einem Anstieg der Erschöpfung (p).

- Kognitiver Kontrollversuch vorhanden
- Traurigkeit als sek. Emotion

Vertikale Verhaltensanalyse

GA: (Ich bin unfähig)

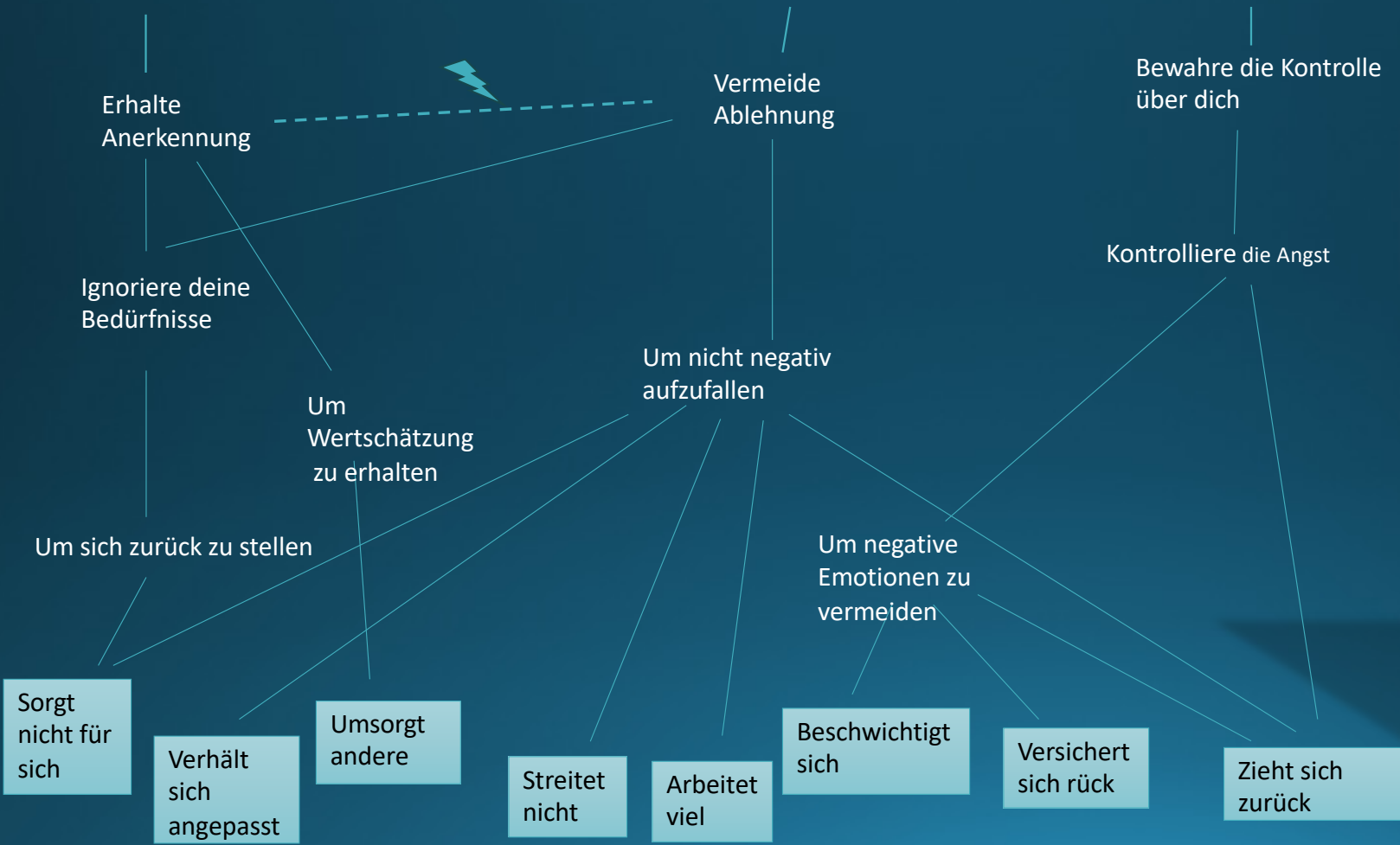
Selbstwertstabilisierung

(ich bin nicht wichtig)

Bindung

(ich bin hilflos)

Sicherheit



- Vermeidungsziele vorhanden
- Konflikt zw. Wunsch nach Anerkennung und Vermeidung von Ablehnung
- Mittels Unterordnung Anerkennung und Ablehnung vermeiden (wichtig Behandlung)
- Rollen könnten erhoben werden/ Diskrepanzen herausarbeiten
- Schematherapie - Modusmodell

Hypothetisches Bedingungsmodell

Genese/ Vulnerabilität

- Biologische Prädisposition:
- **Hypersensivität auf zyklusbedingte hormonelle Schwankungen der Östradiol-/ Progsteronkonzentration (Yonkers et al., 2008) - PMDS**
- Depressive Mutter
- **Niedriger Östradiol-/Progesteronspiegel**
- Mutter: Strafendes/ kritisierendes Verhalten – sich unter Kontrolle bringen
- Bindung durch Unterordnung/ Konfliktvermeidung
- Anerkennung für Leistung
- Keine Problemlösestrategien
- GA: ich bin hilflos, unfähig, unwichtig
- **Depressive Episode – kritische Lebensereignisse als Auslöser- Kog: „ich kann mich nicht mehr kontrollieren“**
- **Forrester-Knauss et al., 2011: 30-80% major depression in der Vorgeschichte**

Auslöser

- Teufelskreismodell der Angst
3-Factors-Modell, Baincroft, 1995, PMDS
- Wahrnehmung von physiologischen Veränderungen infolge Zyklus verstärkt durch:**
- **Hypersensivität auf zyklusbedingte hormonelle Schwankungen/ biologisch niedriger Östradiol- und Progesteronwert**
 - **GA, Spannungsgefüge EM/ Sohn, fehlende Copingstrategien**
 - **Dysfunktionale Bewertung**
 - **Angst/ Hilflosigkeit**
 - **Erhöht selektive Aufmerksamkeit auf Beschwerden**

Aufrechterhaltende Bedingungen

- operante Konditionierung, integriertes Modell der Aufrechterhaltung von Angststörungen
- mithilfe von Beschwichtigten, Internetrecherchen, Grübeln Kontrolle erhalten/ Angst zu reduzieren
- Rückzug um nicht negativ aufzufallen
- Kurzfristig: Angst reduziert/ Beruhigung tritt ein
- Längerfristig: fokussiert stärker auf Symptomatik
- positive Erfahrungen weiter reduziert, Symptomatik/ Belastung verstärkt sich
- Dysfunktionale Grundannahmen weiter verfestigt

Psychopathologischer Status – AMDP orientiert

freundlich zugewandt, zeigt **erhöhten Redefluss**, ist schwer unterbrechbar. In der **Konzentration etwas herabgesetzt**. Im formalen Denken **weitschweifig und grübelnd**. Berichtet einerseits von der hohen Belastung, relativiert andererseits. Stellt zahlreiche Hypothesen über ihre Denkweise auf, korrigiert sich immer wieder, dass sie positiver denken müsse. In der **Stimmung eher gedrückt**, in beiden Skalenbereichen affizierbar, **Insuffizienzgefühle** vorhanden, **motorisch** etwas **unruhig** aber auch **angespannt**, beschreibt sich im **Antrieb** in der Lutealphase **vermindert**. Berichtet von **sozialem Rückzug** in der Lutealphase. Von Suizidalität glaubhaft distanziert. **Nikotinabhängig** 7-10 Zigaretten tägl., anderes Suchtverhalten oder Substanzmissbrauch unauffällig. Im Essverhalten bestehen laut der Patientin ein **Überessen** in der Woche vor der Menstruation. Die Patientin zeigt hohe Therapiemotivation.

Ergänzende Skalen und Interviews

- Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen (Mini - DIPS), Margraf, 1994
- International Personality Disorder Examination (IPDE, ICD-10 Modul), Loranger, 1994
- Biopsychosoziale Fragebogen, Fahlböck & Graff, 2022
- Beck Depression Inventar II (BDI-II): Punktwert von 17.
- Der revidierte PMS-Fragebogen von Dietzen et al., 2011 (für die prospektive PMDS-Diagnostik); Gesamtwert von 59/80; 9 von 11 Cluster erfüllt, hohe Beeinträchtigung in Beziehungen/ sozialen Aktivitäten/ Arbeit - PMDD Kriterien erfüllt
- Symptomtagebuch über zwei Menstruationszyklen um die Art, Stärke und Dauer der prämenstruellen Symptome zu erfassen.

ICD-11	DSM – V
6A7Z depressive Störungen, nicht näher bezeichnet	625.4 prämenstruelle dysphorische Störung Die prämenstruelle dysphorische Störung - erstmals im DSM-III-R als late luteal phase dysphoric disorder eingestuft, im DSM-IV: Störungsgruppe der affektiven Störungen (nicht näher bezeichnete depressive Störung) mit dem heute gebräuchlichen Begriff PMDS anhand von Forschungskriterien klassifiziert wurde. DSM-V: PMDS in den Hauptteil des Diagnosemanuals integriert
Differentialdiagnose: GA34.41 prämenstruelle dysphorische Störung	
6C4A.20 Nikotinabhängigkeit, gegenwärtiger Gebrauch	305.1 Nikotinabhängigkeit
6A70.7 Depressive Störung mit Einzelepisode, gegenwärtig in Vollremission	296.26 major depression, einzelne Episode, vollremittiert

Therapieziele

- Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung als Basis einer erfolgreichen Therapie
- Verständnis des Störungsbildes
- Reduktion der Angst
- Adäquatere Interpretation körperlicher Reaktionen in der Lutealphase
- Abbau der Rückversicherung
- Aufbau angenehmer Aktivitäten und soziale Kontakte
- Adäquatere Kognitionen und Grundannahmen, die den Selbstwert nachhaltig stärken, die die Selbstfürsorge und die Selbstwirksamkeit ermöglichen und fördern
- Rückfallprophylaxe

Motivationsanalyse

Günstig:

- Eigenmotivation, bereits längerfristige Psychotherapie,
- Hat Anliegen an Selbstwert und Denkmustern zu arbeiten
- Zeitliche, finanzielle Ressourcen
- Unterstützung Ehemann

Ungünstig:

- Pläne: stelle dich zurück, vermeide Angst, bewahre die Kontrolle
- Angst vor Beziehungsabbruch

Prognose

Positiv:

- Hohe Motivation, Veränderungswunsch, Reflexionsfähigkeit
- Phasen ohne Symptome
- Medikamentöse Therapie beibehalten
- Gynäkologie

Negativ:

- Veränderung der Beziehung zum Ehemann
- Negative Rückmeldung von sozialem Umfeld und Ehemann

Methoden

Beziehungsaufbau

komplementäre
Beziehungsgestaltung,
Anerkennung von kleinen
Schritten

Psychoedukation

hyp. Bedingungsmodell,
gynäkologischen Untersuchung/
Behandlung, Symptomtagebuch

Exposition mit Reaktionsverhinderung

(infolge Habituation deutl. Reaktion
der Sympt.)

Kognitive Umstrukturierung von katastrophisierenden Gedanken

Akzeptanzorientiert Ansatz

achtsames Wahrnehmen,
akzeptanzorientiertes Selbstgespräch,
Metapher des ungebetenen Begleiters
„das kleine Monster“

Integration von positiven Aktivitäten in den Alltag in Begleitung des „kleinen Monsters“

Einbau von regelmäßigen Essenszeiten, Motivation zur Ernährungsberatung

Kognitives Umstrukturieren
von dysfunktionalen
Grundannahmen/ Plänen
sokratischer Dialog/ Stuhldialoge

Bearbeitung von belastenden Emotionen mittels Affektbrücke und IRRT

„Schlüsselszene“, Auflösen der
GA „ich bin nicht normal“

Identifikation, Förderung von Ressourcen/ Stärken Förderung Spontanität, Eigenständigkeit, Selbstvalidierung

Vermittlung/ Einüben von
Techniken zu sozialen
Kompetenzen
Abgrenzung, Wünsche äußern,
Rollenspiele - SKT

Rückfallprophylaxe

Stressmanagement,
Psychoedukation Stress- Angst,
Boostersitzungen

Evaluation

- Therapieende incl. Boostersitzungen nach 43 Einheiten

- Subjektive Einschätzung der Patientin:

Therapieziele erreicht, Keine Angst/ kein katastrophisierendes Bewerten der prämenstruellen Symptomatik, weniger gereizt, niedergeschlagen, „das kleine Monster begleitet mich in der Lutealphase“,

neue GA: „Ich darf unkonzentrierter in dieser Phase sein, deswegen bin ich nicht unfähig oder unnorm.“ Mehr Genusserleben vorhanden; mehr soziale Kontakte in Beschwerdephase; Könne sich von Konflikt abgrenzen. Sei nicht zuständig für Leiden der Mutter.

Erhoben in der Lutealphase/ 6 Wochen nach Behandlungsende:

- BDI –II: 3 Punkte
- revidierte PMS-Fragebogen: 19/ 80 Punkte

Diskussion

- Kein „Manual-Fall“
- „keine schnellen Reparaturen“ – ohne Problem-/Verhaltensanalyse/ hyp. Bedingungsmodell ist das Problem/ die Person nicht voll erfasst
 - führt zu nicht nachhaltigen Therapien
 - „Widerstände“ des Pat meist nicht erklärbar
 - Oftmals ein zurückspringen auf Phase 1 bzw. 3.
 - „Nebenwirkungen“ der Therapie erkennbar und der Pat entsprechend beratbar
 - nicht „nur“ Diagnostik sondern bereits Intervention/ Behandlung
 - Spezielle Patientengruppen, z.B. neurologische Pat. – Einschränkung aufgrund der neurologischen Erkrankung nur mithilfe eines Makromodells/ hyp. Bedingungsmodell wirklich verstehbar
 - Verstehbarkeit (Antonovsky) - nicht nur wichtig für den Pat sondern auch für Th. angehende Th – oftmals noch mehr „Druck“ vom Pat erlebt – „helfen Sie mir jetzt“ bzw. eigener Leistungsdruck
- Aktivierung und Prozessierung von Emotionen wichtiger Bestandteil der Therapie (IRRT, EFT, Schematherapie)
- VT Grundlagen
- Fundierte wissenschaftliche Basis