

KURZZEITTHERAPIE IN DER SUCHTARBEIT EINE FALLDARSTELLUNG

Stationäre Alkoholbehandlung

HELMUT JAROSIK

Es wird eine stationäre Einrichtung zur Behandlung von alkohol- und medikamentenabhängigen Patienten und eine spezielle darin verwendete Form von Psychotherapie (Existenzanalyse) vorgestellt. Neben ihrem spezifischen Verständnis von Sucht wird anhand eines Fallbeispiels die praktische Vorgangsweise verdeutlicht und anschließend reflektiert. In der stationären Arbeit wird besonderer Wert auf die multidisziplinäre Verschränkung der rein psychotherapeutischen Tätigkeit mit medizinischen, kreativtherapeutischen sowie ergo- und soziotherapeutischen Angeboten gelegt.

SCHLÜSSELWÖRTER: Existenzanalyse, Kurzzeittherapie, stationäre Psychotherapie, Suchttherapie

SHORT-TERM THERAPY IN ADDICTION AID WORK – A CASE REPORT

Inpatient alcohol addiction treatment

The purpose of this study is to present a facility for the treatment of alcohol addiction and pharmacomania and a specific short-term psychotherapy (existential analysis) used therein. Their specific understanding of addiction is described and the theoretical approach in practical psychotherapeutic work is shown and subsequently reflected by means of a case description. Psychotherapeutic inpatient treatment gives special attention to a multidisciplinary approach, by integrating medical, creative-, ergo- and socio-therapeutic propositions.

KEYWORDS: Existential analysis, short-term therapy, psychotherapeutic inpatient treatment, therapy of addictions.

EINLEITUNG

Im folgenden Artikel gebe ich zunächst einen kurzen Überblick über den therapeutischen Rahmen und das stationäre Therapieangebot am Suchtkrankenhaus Stiftung Maria Ebene sowie über die Arbeitsweise der Suchttherapie in diesem Krankenhaus, wobei ich versuche, Sucht aus existenzanalytischer und logotherapeutischer Sicht sowie das Suchtverständnis an unserem Krankenhaus zu erläutern. Den Hauptteil des Artikels bildet eine Falldarstellung. Es handelt sich um eine Patientin, die sich an unserer Anstalt einer 8wöchigen Alkoholentwöhnungstherapie unterzog. Dabei wird vor allem auf das Verständnis und die Methodik biographischer Arbeit in der Existenzanalyse besonders wert gelegt.

Seit April 1989 arbeite ich als Sekundararzt am KH Stiftung Maria Ebene, einer Suchtklinik für alkohol- und medikamentenabhängige Patienten. Die Ausbildung für Psychotherapie in Existenzanalyse und Logotherapie ergänzt seit 1998 meine berufliche Tätigkeit. Die ärztlichen Aufgaben inkludieren neben der Betreuung ambulanter Patienten den stationären Bereich. Schwerpunkt sind Nachtdienste, Aufnahme- und Visitentätigkeit.

DER THERAPEUTISCHE RAHMEN UND DAS STATIONÄRE THERAPIEANGEBOT AM KRANKENHAUS STIFTUNG MARIA EBENE

Der stationäre Aufenthalt dauert für die Patienten in der Regel acht Wochen, in Ausnahmefällen ist es möglich, die Aufenthaltsdauer um vier Wochen oder um einen ganzen Zyklus zu verlängern, dies gilt insbesondere für schwer medikamentenabhängige Patienten oder bei strenger psycho-

therapeutischer Indikation.

Das stationäre Therapieangebot umfasst Informationsgruppen, psychotherapeutisch orientierte Kleingruppen und indikative Gruppen, beinhaltet kreative Elemente, Achtsamkeitsübungen und Entspannungstechniken. Auch werden die Patienten in ihrer Auseinandersetzung mit ihrer psychosozialen Situation von einem Sozialarbeiter/einer Sozialarbeiterin unterstützt und begleitet. Angehörigenarbeit ist ein weiterer wesentlicher Bestandteil des therapeutischen Settings. Alternative Methoden wie Akupunktur und Homöopathie werden ebenfalls angeboten.

Die psychotherapeutische Arbeit konzentriert sich auf wöchentliche Einzelgespräche und Therapiegruppen.

Der existenzanalytische Ansatz hat sich nach meiner Erfahrung durch seine Methodik und Didaktik für die Behandlung suchtkranker Patienten als sehr wichtig und wertvoll erwiesen.

Aus *existenzanalytischer Sicht* lassen sich die *Beweggründe und Ursachen der Suchtentstehung* kurz folgendermaßen umreißen. Die Dynamik im Suchtgeschehen sieht LÄNGLE (Längle 1993, 71 ff) im Leiden des Süchtigen an seiner inneren Leere und der daraus resultierenden Basisspannung. Dahinter finden sich eine Grundwertstörung und ein negativer Selbstwert. Der Patient zweifelt daran, ob er überhaupt noch leben mag, oder er will gar nicht mehr leben. Schon von GEBSATTEL (1954) und FRANKL (1986, 80 ff; 1991, 183 f) stellten die Hypothese auf, dass dieses Mangel-erleben – wir sprechen von „*existenziellem Vakuum*“ – den Nährboden für die Sucht darstellt. Durch diese Spannung strebt der Süchtige u.a. nach mehr Lebensfreude, Ruhe und Zufriedenheit oder anderen Inhalten wie Mut, Entspannung und Freiheit. Zunächst spürt der Süchtige noch sehr klar, dass es für ihn nicht sinnvoll ist, den Weg weiter in die Sucht zu beschreiten. Bald erscheint es für ihn nicht mehr mög-

lich zu sein, gegen diese Strebung aufzukommen. Er fühlt sich zunehmend unfrei. Da der Süchtige oft das Eigene vom Fremden nicht unterscheiden kann, ist er in seinem Verhalten a-personal, seine Person wird entthront.

Aus *logotherapeutischer Sicht* erlebt der Süchtige sein Dasein zumeist als sinnlos. Dieses Gefühl der Sinnlosigkeit steht oft im Zusammenhang mit einem ihn belastenden Ereignis. Er leidet unter der Ohnmacht, etwas ändern zu wollen, an Hoffnungslosigkeit und mangelndem Interesse an vielen Dingen, ist nur wenig bereit, unveränderliche Situationen anzunehmen. Erst wenn er sich darüber bewusst ist, in seinem Leben etwas Sinnvolles zu tun, schöpft er daraus Kraft und die Energie, seine Probleme anzugehen und zu überwinden sowie Krisen durchzustehen. Seine Verzweiflung am sinnlosen Leben wird vom Süchtigen mit der Droge betäubt, er strebt nur noch nach Lust. Zur Bewältigung der Sinnlosigkeit weist FRANKL (1982, 60-61) auf drei Wege hin, er nennt sie die drei „Hauptstraßen“ zum Sinn. Die Wertekategorien sind schöpferische Werte, Erlebniswerte und Einstellungswerte. Der Süchtige ist existenziell frustriert, ihm fehlt das Wozu des Lebens, verbunden mit Verlust von Freiheit und Verantwortung.

An *unserem Krankenhaus* wird die *Sucht* verstanden als eine chronische, von Rückfällen geprägte polykausale Erkrankung, deren Substrat die Erkrankung des Gehirns ist. Deshalb ist es Alkoholkranken nicht möglich, zu einem kontrollierten Trinken zu kommen und es setzt ein nicht mehr kontrollierbarer Drang zur Beschaffung des Stoffes ein. Wegen der organischen Basis der Suchtkrankheit verlangen wir auch einen körperlichen Entzug, der der psychotherapeutischen Behandlung und Rehabilitation vorausgeht.

Werden Patienten zu Beginn der Therapie über ihre Therapieziele befragt, lautet die Antwort zumeist: „Ich möchte wieder zu mir finden, mich besser kennenlernen“, oft auch nur: „Ich möchte einfach weg vom Alkohol.“ Dabei fällt es ihnen sehr schwer, ihre Bedürfnisse zu konkretisieren. Als Trinkmotive nennen sie häufig äußere Umstände und Einflüsse wie Partnerkonflikt, Arbeitslosigkeit oder Führerscheinentzug. Erst im Laufe der Therapie erlangen sie mehr Introspektionsfähigkeit, lernen den Zusammenhang zwischen ihrer eigenen Person, ihrer Emotionalität und ihres Umgangs mit sich selbst, ihren Gefühlen und ihrem Umfeld einerseits und der Suchtentwicklung andererseits zu verstehen. Sie setzen das Suchtmittel ein, um tiefen Schmerz und Frustration zu lindern, ihre Ängste und Hemmungen abzubauen, Gefühle wie Leere, Sinnlosigkeit, Schuld und Scham zu betäuben, Wut und Trauer zuzulassen. Das Suchtverständnis in diesem Kontext ermöglicht es dem Patienten zunehmend, seine Ziele für die Therapie konkreter zu formulieren und sich in seinem Leben neu zu orientieren. Schließlich geht es um die Fragen: „Wozu lebe ich eigentlich, wofür will ich mich einsetzen, wofür lohnt es sich überhaupt abstinenter zu sein?“

Die *Zielsetzungen* sind:

- Verbesserung der Fähigkeit zur intrapsychischen Kontrolle;
- Verbesserung des Selbstwertgefühls;
- Verbesserung der Beziehungsfähigkeit;
- Lebensqualität.

Wichtig ist es auch, dem Patienten zu vermitteln, dass

Sucht nicht heilbar ist und er nach der stationären Therapie nicht als geheilt entlassen wird, die Behandlung auch noch nicht abgeschlossen ist. Es wird großer Wert darauf gelegt, den Patienten in ein Nachbetreuungssetting einzubinden, sei es im Sinne von Einzelgesprächen, Gruppenangeboten, sozialarbeiterischer Betreuung oder ambulanter Nachbehandlung an unserem Krankenhaus. Nach Möglichkeit werden die Termine bereits während des stationären Aufenthaltes vereinbart. Auch die Rückfallproblematik wird ausführlich thematisiert.

Genau Zahlen im Rahmen einer Rückfallstatistik können aufgrund der hohen Dunkelziffer nicht angegeben werden. Der rege Besuch abstinenter Patienten eines seit neun Jahren veranstalteten Ex-Patiententreffens zeigt jedoch immer wieder erfreuliche Entwicklungen in der stationären Suchtarbeit.

FALLBEISPIEL

Ich begegnete Dagmar erstmals am Aufnahmetag im Juni 2011, eine 43jährige Frau von mittlerer Statur, etwas mollig, mit brünetten, halblangen leicht gewellten Haaren; sie wirkte ernst, etwas misstrauisch und distanziert.

Zwei Tage später erschien sie pünktlich zur ersten Therapie-sitzung. Als ich ihr die Tür öffnete und wir uns per Handschlag begrüßten, wick sie zunächst einen Schritt zurück, betrat dann mein Büro und setzte sich mir gegenüber auf den Sessel. Als ich sie auf ihr Verhalten ansprach, erklärte Dagmar, dass sie mit männlichen Therapeuten bisher nie zu-rechtkam und sich nicht ernst genommen fühlte. Sie denke, dass sie sich vielleicht einer Frau gegenüber auch besser öffnen könne. Zudem war sie interessanterweise der Meinung, es handle sich hier um ein medizinisches und kein therapeutisches Gespräch, obwohl sie tags zuvor bereits über die Therapeutenzuteilung informiert worden war. Nach einer kurzen Klärung zeigte sie sich dennoch bereit, es mit mir zu versuchen. Sollte es nicht stimmig sein und keine tragfähige therapeutische Beziehung entstehen, würde einem Therapeutenwechsel sicher nichts im Wege stehen.

Dagmar schildert zunächst ihre aktuelle Situation. Sie hätte sich anfänglich im Hause etwas verloren gefühlt, außer in ihrem Zimmer habe sie kaum Rückzugsmöglichkeiten. Sie nehme mittlerweile am Autogenen Training und an den Achtsamkeitsübungen teil und habe den Servierdienst übernommen. Auf genaueres Nachfragen erklärt sie, dass sie gerne unter Leuten sei und andererseits auch Anerkennung und Bestätigung durch andere für sie wichtig wäre.

Dagmar kommt nun auf ihre Biographie zu sprechen, wobei bald auffällt, dass sie sehr sprunghaft von einem Thema zum anderen wechselt und oft dazu neigt, am Detail zu haften, was ich ihr auch spiegle und ihr die Frage stelle, wo sie eigentlich gerade sei und was sie im Moment spüre. Dagmar reagiert etwas verunsichert, hält kurz inne und erklärt, dass sie dies von sich kenne und es wird ihr im weiteren Verlauf des Gesprächs schnell bewusst, dass sie dadurch eigentlich nur auf der Flucht vor sich selber wäre und es ihr auch schwerfallen würde, bei sich hinzuspüren und mit sich

in Kontakt zu treten, also mehr im Außen sei.

Es gelingt im Folgenden auch recht gut, das Gespräch zu strukturieren.

Geboren und aufgewachsen sei sie als jüngstes von insgesamt zwei Geschwistern. Sie habe noch eine um zwei Jahre ältere Schwester, diese sei verheiratet, habe drei Kinder und arbeite als Physiotherapeutin. Die Mutter sei 76 Jahre alt, war früher als Krankenschwester beschäftigt, führte dann ausschließlich den Haushalt. Der Vater (71 Jahre) sei von Beruf Jurist und war an der Steirischen Landesregierung an der Personalabteilung tätig. Sowohl zu ihren Eltern wie auch zu ihrer Schwester habe Dagmar einen sehr intensiven Kontakt. Nach der Kindergarten- und Schulzeit besuchte sie die „Ursulinen“. Ihre Kindheit habe sie in schöner Erinnerung, hatte viele Freundinnen und Freunde, war auch Mitglied bei den Pfadfindern. Nach vier Klassen Volksschule und vier Klassen Gymnasium habe sie sich für die Musisch-pädagogische Oberstufe entschieden, es handelte sich um eine reine Mädchenschule. Ihre Aussagen über eine schöne Kindheit und Jugendzeit werden jedoch rasch relativiert. Von den Eltern sei ihr immer die heile Welt vorgespielt worden, sie fühlte sich missverstanden. So habe sie sich mit der Zeit von ihrem früheren Leben abgewandt, mit 16 Jahren ihren ersten Suizidversuch verübt, indem sie sich am linken Arm in die Pulsadern schnitt. Irgendwie hatte sie immer das Gefühl, ein schlimmer Teil in ihrem Leben sei ihr vorenthalten worden, hatte auch ein schlechtes Bild von der Schule. Bei der Matura sei sie schließlich dreimal durchgefallen. Sie machte dann eine Zusatzausbildung als Supervisorin und Coach, habe diese ebenfalls nicht abgeschlossen, v. a. aus Angst zu versagen, sie stelle immer sehr hohe Ansprüche an sich selbst. Schließlich hätte sie damals im Herbst doch maturiert. Sie habe dann begonnen Publizistik und Theaterwissenschaft zu studieren, sei jedoch todunglücklich gewesen und habe die „verrücktesten Sachen“ gemacht. Zudem sei sie selbst mit 18 Jahren schwanger geworden und ließ das Kind abtreiben. Anschließend habe sie Germanistik zu studieren begonnen, jedoch auch dieses Studium wieder abgebrochen. Sie habe dann weitgehend ein „Lotterleben“ geführt, wollte Physiotherapeutin werden, musste eine Prüfung erneut repetieren, sei völlig fertig gewesen und hatte zunehmend Prüfungsängste. Sie hätte dann ein halbes Jahr nur so dahingelebt und sich gefragt, was sie nun mit 25 Jahren eigentlich machen solle. Sie habe dann die SozAk besucht und es sei mit ihr plötzlich bergauf gegangen, machte noch einige Praktikas sowie die Aufnahmeprüfung in St. Pölten und Graz, habe diplomiert und war anschließend dreieinhalb Jahre als Spengelsozialarbeiterin tätig und die letzten fünf Jahre in der Mobilen Betreuung, insgesamt sei sie schon seit zehn Jahren als Sozialarbeiterin beschäftigt. Sie sei ledig, habe keine Kinder, seit eineinhalb Jahren keine feste Partnerschaft. Sie hätte zuvor vier Beziehungen gehabt, habe jedoch mit ihrem Partner nie zusammengelebt.

Als ich Dagmar frage, wie viel Nähe sie in Beziehungen zulassen wolle bzw. überhaupt aushalte, erklärt sie, dass sie immer versucht habe, Fassade aufrecht zu erhalten, aus Angst, im Inneren verletzt zu werden. Sie wolle nach außen hin nicht zeigen, wie es ihr wirklich gehe. Es sei auch die Angst, der andere könnte sie dann nicht mehr mögen und sich von ihr abwenden. Dagmar wird im Gespräch zuneh-

mend ruhiger und lässt sich emotional berühren, was ich ihr erneut rückmelde. Ich teile ihr auch mit, ich könnte mir gut vorstellen, dass sie schon oft in ihrem Leben das Bedürfnis gehabt hatte, sich fallen zu lassen, Schwäche zu zeigen und Gefühle zuzulassen. Dagmar errötet im Gesicht, hält inne und bekommt Tränen in den Augen. Ich gebe ihr zu verstehen, dass ich sie gerade im Kontakt mit sich selbst erlebe, so lerne sie sich aber auch wieder selbst spüren und unangenehme Gefühle aushalten, v. a. werde sie so auch eine andere Seite bei sich entdecken, als die, die sie nach außen hin zeige. Dagmar gibt an, dass ihr die Rückmeldung sehr wohl tue, dies auch eine hilfreiche Erfahrung für sie wäre, was sie von anderen Therapien her gar nicht kenne. Sie spüre, dass ich sie als Person emotional gut erreiche, ohne dabei bedrohlich zu werden. Gleichzeitig räumt sie ein, dass eine gute therapeutische Basis geschaffen wurde und sie keine Probleme hätte, mit mir weiter zu arbeiten. Sie bekam Raum, fühlte sich getragen und gehalten, auch angenommen und verstanden.

In der nächsten Therapiestunde erzählt Dagmar über ihre Suchtgeschichte. Sie hätte mit 15 Jahren erstmals Alkohol konsumiert, in der Folge über Jahre sozial weitgehend angepasstes Trinkverhalten, seit vier Jahren regelmäßiger Alkoholkonsum mit Trinkmengen von einem Liter Wodka am Tag sowie zusätzlich einige Gespritze. Zwischen dem 15. und 20. Lebensjahr betrieb sie einen Cannabismissbrauch, seit zwei bis drei Jahren abundiere sie unregelmäßig Praxiten, ein Beruhigungsmittel.

Als Motivation für den Suchtmittelkonsum nennt Dagmar depressive Phasen, die sie seit dem 16. Lebensjahr kenne sowie ein schweres sexuelles Trauma im Alter von 30 Jahren. Auf genauere Nachfragen gibt sie an, dass sie während eines Aufenthaltes in Frankfurt von mehreren Männern angefallen und vergewaltigt worden sei, vor der Tat seien ihr die Augen verbunden worden. Seither habe sie immer wieder Alpträume, vermehrt in letzter Zeit, habe nach dem Aufwachen jedes Mal geweint oder geschrien. Das Aufwachen nach dem Traum sei für sie Ausdruck wieder Kontrolle über sich selber zu haben. Sie habe die ganze Geschichte bisher nur ihrer Psychiaterin gegenüber erwähnt, könne sich auch momentan nicht näher auf dieses Thema einlassen, erkundigt sich aber gleichzeitig, ob es möglich wäre, ihr eine Traumatherapie anzubieten. Ich erkläre ihr, dass es im Rahmen des doch recht kurzen stationären Aufenthaltes von acht Wochen wohl nicht sinnvoll wäre, hier in die Tiefe zu gehen, da die Gefahr bestehe, sie könnte dadurch überfordert oder gar destabilisiert werden. Eine Traumatherapie zu einem späteren Zeitpunkt wäre jedoch sicherlich indiziert. Dagmar kann dies auch gut annehmen.

Es werden folgende *Therapieziele* erarbeitet:

- Lernen, in sich zu ruhen;
- Sich selbst wieder annehmen können;
- Auseinandersetzung mit ihrem Beziehungsverhalten;
- Neuorientierung in ihrem Leben, auch beruflich.

In den weiteren Therapiesitzungen kommt Dagmar zunächst auf ihre Kindheitserlebnisse und auf die Beziehung zu ihren Eltern ausführlich zu sprechen.

Der Vater sei v. a. beruflich viel unterwegs gewesen, war zu Hause nur wenig präsent. Obwohl die Mutter sich sehr um die Kinder gekümmert habe, habe Dagmar sie nicht als überprotektiv erlebt. Insgesamt habe sie durch ihre Eltern eine recht strenge Erziehung erfahren. So hieß es immer: „Was auf den Teller kommt, wird gegessen“, man musste ordentlich angezogen sein, für den Vater waren sonntägliche Kirchenbesuche selbstverständlich. Außerdem musste man um alles fragen und bitten, was man haben wollte, sei es auch nur einen Apfel, oder den Kühlschrank öffnen. Von ihrer Mutter sei sie ab und zu auch geschlagen worden, wenn sie sich einmal daneben benommen hätte. Oder sie drohte mit der Aussage: „Warte nur, wenn der Vater heimkommt ...“ Der strafende Blick des Vaters habe ihr immer besonders weh getan, ab und zu erlebe sie ihn heute noch so. Insgesamt habe sie als Kind jedoch eher wenige Erinnerungen an den Vater. Eine spezielle Erinnerung habe sie noch an folgende Begebenheit. Sie sei einmal mit der Mutter, jedoch ohne Vater, eine Woche auf Urlaub gefahren und als sie zurückkam und sie ihrem Vater begegnete, weinend weggelaufen. Sie hätte ihn nicht einmal erkannt, es sei für sie gewesen, als komme eine fremde Person ihr entgegen. Sie hatte Angst, er könnte ihr zu nahe kommen oder sie vereinnahmen. Dagmar kann dies jedoch nicht konkret benennen. Als ich Dagmar nach ihrem Gefühl frage, was sie wohl in den Augen ihres Vaters gewesen sein könnte, erklärt sie, dass sie zwar ein gewolltes Kind war, der Vater sich jedoch einen Buben gewünscht hätte. Sie habe sich dann auch wie ein Junge verhalten, das Verhalten oft sogar provokativ überbetont, um mehr Zuwendung durch den Vater zu erfahren. Es hieß dann schon, die Dagmar wäre ein „verpatzter Junge“. Dagmar wird mehr und mehr bewusst, dass sie nicht so sein durfte, wie sie wollte. Sie berichtet auch, dass sie im Gegensatz zu ihrer Schwester oft versuchte, aus der Enge auszurechnen und legte ein eher trotziges und rebellisches Verhalten an den Tag. Ich gebe ihr in diesem Zusammenhang zu verstehen, dass sie überhaupt dazu neige, Grenzen auszuloten und zu durchbrechen, wenn es ihr zu eng werde. Allerdings sei es auch wichtig, ihr therapeutisch Grenzen zu setzen, da sie erst dann ihre Grenzen spüren könne und auch im Stande wäre, anderen Grenzen zu setzen, sie sich aber auch innerhalb dieser Grenzen als Person finden und entwickeln könne. Sie berichtet auch davon, dass es ihr wehgetan habe und bei ihr Wut auslöste, als sie am Vortag im Rahmen ihres Besuches beim Augenarzt nicht die Erlaubnis bekam, anschließend noch einkaufen zu gehen, obwohl die Frist des Ausgangsschutzes der ersten zehn Tage noch nicht abgelaufen war, sie hätte sich daraufhin ausgeheult. Ich bestärke sie darin, dass es ihr sehr wohl gelinge, Gefühle zu zulassen, diese Gefühle auch ohne Alkohol auszuhalten. Dagmar beginnt zu weinen, wir halten gemeinsam inne und sie versucht ihre Emotionen bewusst anzufühlen.

Dagmar berichtet weiters, sie sei für die Eltern ein Vorzeigekind gewesen, diese seien immer stolz gewesen, wenn sie schön angezogen war, parierte, keine Probleme machte und gute Noten nach Hause brachte. Als Person sei sie jedoch wenig gesehen worden, es reichte eben nicht, dass sie einfach da war und sich so zeigte, wie sie eben sei. Wenn sie mit Buben spielte und ihre burschikose Art hervorkehrte,

hatte der Vater eine riesige Freude mit ihr, was sie auch genoss. Als sie sich in der Pubertät zur Frau entwickelte, hätte der Vater mit ihr gebrochen, was sie als sehr verletzend und kränkend erlebte. Sie spürte, dass sie als Frau ihrem Vater keine Freude mehr machen konnte. Auch die Mutter hätte sich mit dem Vater solidarisiert, Dagmar hätte sich gerade von ihr mehr Unterstützung erwartet. Sie habe sich damals völlig verloren gefühlt, auch einen massiven Hass auf den Vater verspürt. Oft wäre sie am liebsten einfach weggelaufen. Noch heute könne sie ihn als Person kaum erreichen. Ich erkläre Dagmar, dass schon als Kind ihre intimen und persönlichen Grenzen massiv verletzt wurden, es sich eigentlich um emotionalen Missbrauch handelte. Auf meine Frage, was sie von ihrem Vater noch brauche bzw. was sie mit ihm klären möchte, antwortet Dagmar unter Tränen, dass sie einfach das Bedürfnis habe, mit ihm ganz normal und ungezwungen zu plaudern oder gemeinsam etwas zu unternehmen. Sie spüre im Moment eine innere Einsamkeit und tiefe Trauer. Wieder bestärke ich sie in ihrem aktuellen Prozess, teile ihr mit, dass sie nur über ihre Gefühle und das Erleben und Spüren ihrer Grenzen ihre eigene Identität entwickeln, entdecken und erfühlen könne, ihr Eigenes leben könne.

In einer weiteren Therapiesitzung kommen wir zunächst auf ein aktuelles Ereignis zu sprechen. Dagmar war gestern Abend nach der Medikamenteneinnahme in ihrem Badezimmer zusammengebrochen und hatte sich durch Scherben an der Stirne verletzt. Sie sei kurze Zeit bewusstlos gewesen, habe dann die Scherben zusammengekehrt und den Vorfall anschließend der Nachtschwester gemeldet. Die diensthabende Ärztin hätte sie in die Unfallambulanz und zum CT geschickt, es sei weder eine knöcherne Verletzung noch eine Blutung diagnostiziert worden. Sie könne sich an die Zeit des Untersuchungsablaufes praktisch nicht mehr erinnern, hatte jedoch einige Traumerlebnisse. So sei sie in einem Wagen mitgefahren und jemand hätte sie an der Hand gehalten. Eigentlich könne sie nicht einmal sagen, ob es sich diesbezüglich wirklich um Träume gehandelt habe oder vielleicht auch ein Stück Wirklichkeit (Fahrt im Rettungsauto). Eine echte Erinnerung habe sie dann wieder an den Zeitpunkt, als die Schwester anschließend wieder zu ihr aufs Zimmer kam. In der Früh klagte Dagmar noch über Doppelbilder, diese seien mittlerweile verschwunden. Unklar bleibt bis zu diesem Zeitpunkt jedoch noch der Auslöser des Geschehens. Eine Medikamentenintoxikation konnte ausgeschlossen werden, der durchgeführte Harnstest verlief negativ. Da ihre seltsame Vorgangsweise auch nicht gerade für ein epileptisches Anfallsgeschehen sprach, dachte ich als nächstes an dissoziative Mechanismen. Angesprochen auf ein eventuell psychogen ausgelöstes Geschehen gibt Dagmar an, dass sie dies eigentlich nicht vermute, es sei ihr am gestrigen Tag gut gegangen und sie sei vormittags sogar beim Frisör gewesen. Schließlich teile ich ihr mit, dass sich gerade in letzter Zeit ihr Äußeres sehr positiv verändert habe, sie in ihrer Mimik viel plastischer wirke und auch ihre Weiblichkeit sichtbarer und spürbarer werde. Ich frage sie auch, ob sie sich überhaupt wohlfühle, wenn es ihr besser gehe. Es sei auffallend, dass das „Anfallsgeschehen“ gerade zu einem Zeitpunkt eintrat, als sie Fortschritte machte, worüber sie sich überrascht zeigte, dies aber auch ohne Widerspruch bestätigt. Sofort kann sie Parallelen zwischen diesem Ereignis und ihrem

Verhalten als Kind entdecken, als sie dazu neigte, bestimmte Situationen zu inszenieren, gerade am Beispiel ihrer Identitätsproblematik.

Die Alpträume häuften sich, an die Inhalte der Träume könne sie sich dann kaum erinnern, zumindest nur bruchstückhaft, allerdings ging es in den Träumen immer um das Vergewaltigungstrauma. Wir suchten nach Orten und Situationen, wo sich Dagmar aktuell sicher und geschützt fühle, dies seien ihr Zimmer in unserem Krankenhaus, die Bank an der Seitenwand der Kapelle sowie bestimmte Sitzplätze in den Gruppenräumen, von wo aus sie alles im Blick habe. Es sei für sie v. a. wichtig, dass es keine Möglichkeit gäbe, dass jemand von hinten an sie herantrete, sie erlebe dies als bedrohlich. So sei der Rücken zur Wand immer ein guter Schutz. Auch beruhigende Musik gebe ihr eine gewisse Sicherheit. Über den Zusammenhang zwischen ihrem Trauma und ihrem Beziehungsverhalten bzw. ihrer Sexualität in späteren Beziehungen kann Dagmar kaum sprechen. Sie berichtet jedoch, dass sie ihre Partner in den ersten drei Beziehungen durch einen frühen Tod verloren hätte. Die erste Partnerschaft dauerte zwei Jahre, der Partner sei an einem Herzinfarkt verstorben, der zweite Partner nach einem halben Jahr durch einen Verkehrsunfall ums Leben gekommen, der dritte hätte sich schließlich nach einem halben Jahr das Leben genommen. Am meisten belastet habe sie der Unfalltod ihres zweiten Partners. Sie sei die Beziehung 1997 kurz nach ihrer Vergewaltigung eingegangen. Es sei eine sehr schöne und wertvolle Beziehung gewesen, ihren Partner habe sie emotional sehr nahe an sich herangelassen, wie sonst noch niemanden in ihrem Leben, er hätte sie so akzeptiert, wie sie wirklich war. Dies sei in dieser Beziehung auch das Verbindende gewesen. Eines Tages sollte er zu einem Kunden fahren, sie wollte ursprünglich mitfahren, sagte ihm noch, er solle jetzt lieber gar nicht fahren. Er hätte jedoch nicht mehr auf sie gehört, sei losgefahren und kurz darauf tödlich verunglückt. Als sie davon erfuhr, sei sie völlig unter Schock gestanden, wollte ihn dann auch nicht mehr sehen, habe jedoch an seinem Begräbnis teilgenommen. Emotional verabschiedet hätte sie sich in seinem Haus, sie sei durch die Zimmer gegangen, habe Gegenstände und Bilder von ihm berührt, auch in seinem Bett geschlafen. Heute gehe sie aber nur noch selten an sein Grab. Am liebsten würde sie ihm noch sagen, wie gerne sie ihn habe. Als Dagmar davon erzählt, verspürt sie Trauer, Schmerz aber auch Wut, v. a. Wut, dass er sie so früh verlassen hatte.

Wir kommen auf ihre Beziehungsmuster zu sprechen. Dagmar wolle v. a. keine Schwäche und keine Gefühle zeigen, aus Angst, nicht angenommen oder sogar verlassen zu werden. Einerseits könne sie bei sich schwer hinspüren, andererseits ihr Inneres auch nicht preisgeben. So lerne sie ihre Nähe-Distanz-Problematik in Beziehungen zu verstehen, einerseits das Bedürfnis nach Nähe und Angenommensein, andererseits die Angst vor zu großer Nähe bzw. die Angst, im Inneren entdeckt zu werden und dann nicht mehr gut genug zu sein. Gerade dieses Gefühl hatte sie bei ihrem zweiten Partner nicht, konnte viel Nähe zulassen. Als ich sie frage, wie es sich anfühle bzw. auf was sie stoße, wenn sie ganz bei sich sei und in sich hineinhöre und hineinspü-

re, gibt Dagmar an, dass es ein wohlige Gefühl sei, auch ein Gefühl von Geborgenheit. Es sei so, als würde sie sich wie ein Embryo im Mutterleib einrollen und abkapseln, ihre Fühler einfahren. Nach genauerem Nachfragen erklärt sie, dass sie es jedoch nicht sehr lange mit sich aushalte. Wenn die Trauer und der Schmerz zu heftig würden, „schalte“ sie ihre Gefühle einfach ab, spalte sie ab. Sofort erinnert sie sich in diesem Zusammenhang an das „Anfallsgeschehen“ vor einigen Tagen. Ich gebe ihr dann zu verstehen, dass ich dies gut nachvollziehen könne und die Momente, in denen sie in den letzten Gesprächen mit sich und ihren Gefühlen in Kontakt kam, Teil eines wichtigen therapeutischen Prozesses wären, denn die gefühlte Trauer sei eben ihre Trauer, der Schmerz ihr Schmerz sowie die Wut ihre Wut, sie spüre sich durch ihre eigenen Gefühle selbst. Erst wenn sie eben diese Gefühle aushalten und auch annehmen könne, wäre es ihr möglich, sich auch selbst auszuhalten.

In den letzten Gesprächen wird mehr und mehr spürbar, dass die Abtreibungssituation, die Dagmar anfänglich nur marginal erwähnte, sie doch sehr belaste. Vorsichtig frage ich sie, ob sie sich vorstellen könne, dass wir gemeinsam dort noch etwas hinschauen, worauf sie zustimmt. Sie sei damals 18 Jahre alt gewesen. Die Schwangerschaft sei nicht geplant gewesen, es sei einfach „passiert“. Sie hatte damals eine kurze Beziehung zu einem Mann, dieser wisse bis heute noch nichts von der Schwangerschaft bzw. von der Abtreibung. Da sie sich zu diesem Zeitpunkt nicht reif genug für die Mutterrolle fühlte und völlig überfordert gewesen wäre, habe sie diese Entscheidung getroffen. Es sei ihr danach psychisch sehr schlecht gegangen, auch hatte sie mit Schuldgefühlen zu kämpfen. Sie sei sich auch nicht im Klaren darüber, ob es damals wirklich eine gute und die richtige Entscheidung gewesen wäre. Sie könne sich auch nicht wirklich verzeihen. Wir versuchen, das Kind lebendig zu machen, sie hätte ihm den Namen Johanna gegeben. Im Rollenspiel ist es Dagmar dzt. noch nicht möglich, mit dem „Kind“ in einen Dialog zu treten. Ich schlage ihr vor, ihm vielleicht einmal einen Brief zu schreiben. Als ich sie frage, was sie denn ihrem Kind gerne sagen würde, wenn sie vor seinem Grab stehen würde, beginnt Dagmar zu weinen, erklärt, dass sie sich im Moment überfordert fühle. Sie spüre jedoch, dass sich hier ein Thema auftue, an dem sie dranbleiben wolle. Als ich mich dazu noch selbst positioniere, können wir es so gut lassen.

Schließlich arbeiten wir an ihrem Selbstwert, ihrer Selbstachtung und Verlässlichkeit. Die Gespräche gestalten sich zunächst als recht zäh, allmählich gelingt es ihr jedoch zunehmend, sich als Frau etwas besser anzunehmen, aber auch unangenehme Gefühle wie Schmerz und Trauer als ihre eigenen zu akzeptieren. Als ihre Fähigkeiten nennt Dagmar ein Talent zum Schauspiel und Schreiben, in der Schulzeit hätte sie sogar beim Ursulinen-Chor gesungen.

An Psychopharmaka verordneten wir ihr Cymbalta 120mg täglich in der Früh zur Stimmungsaufhellung sowie Seroquel XR 400mg anfänglich ½-0-0-1 ½ wegen innerer Spannungszustände, später Reduzierung der Dosis auf zuletzt 100mg 0-0-0-2.

Dagmar wurde nach acht Wochen aus stationärer The-

rapie regulär entlassen. Sie erlangte mehr Selbstwertgefühl und Selbstsicherheit, konnte sich als Person wieder besser annehmen, auch ihre eigenen Grenzen spüren. Als therapeutisch sehr hilfreich nannte sie vor allem auch die Vaterthematik, wobei sich bei Dagmar ein großes Bedürfnis entwickelte, mit dem Vater klärende Gespräche zu führen.

Dagmar ist nun für ein Jahr in Bildungskarenz, wird sich beruflich neu orientieren.

Wichtige therapeutische Interventionen: 1. Strukturierung der Therapie (Planung, Abgrenzung, Halten am Thema). 2. Raum geben für Gefühle, Halt geben, verstehen (Ebene der ersten Grundmotivation). 3. Langsames Hinführen zum Schmerz, zum Stachel der Hysterie. 4. Das Arbeiten an der dritten Grundmotivation.

REFLEXION

Dagmar konnte in ihrer Kindheit nie Anerkennung erfahren, wurde vor allem vom Vater in ihrer Identität in Frage gestellt. Durch Veräußerlichung versuchte sie ständig ihrem inneren Gefühl des Verlorenseins zu entfliehen, begleitet von massiven Verlustängsten, insbesondere der Angst, in ihrem Sosein von anderen nicht akzeptiert zu werden. Zu große Nähe wird von ihr als bedrohlich erlebt. Ihr Beziehungsverhalten basiert auf einer massiven Selbstwertstörung.

Mit dem Alkohol konnte sie einerseits unangenehme Gefühle fernhalten, der inneren Vereinsamung entfliehen, andererseits Nähe und Distanz in Beziehungen regulieren.

NACHBETREUUNG

Die nervenfachärztliche Weiterbetreuung wird von ihrer Psychiaterin übernommen, auch wird sie die begonnene Psychotherapie mit ihrer Therapeutin weiterführen. Nach

weitgehender Stabilisierung ihres Zustandsbildes sollte eine Traumatherapie begonnen werden, evt. auch im stationären Setting.

Diagnostisch handelt es sich bei Dagmar um eine histrionische Persönlichkeit mit depressiven Anteilen (F60.4 nach ICD 10), eine dissoziative Störung (F44) sowie um eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) mit sekundärem Alkohol- und Praxitenabusus (F10.21, F13.21) und fortschreitender Abhängigkeitsentwicklung.

Dagmar meldete sich in den letzten Monaten wiederholt telefonisch und berichtete stolz über ihre bisherigen Abstinenz-erfahrungen und ihren weiteren therapeutischen Prozess.

Literatur

- Frankl V E (1982) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. Wien: Deuticke 1946/1971. Auch als Fischer TB 1983/1987
- FRANKL V E (1986) Im Anfang war der Sinn. München: Piper
- FRANKL V E (1991) Der Wille zum Sinn. München: Piper
- Gebattel V.v. (1954) Prolegomena einer medizinischen Anthropologie. Berlin, Springer 1954.
- Längle A, Probst Ch (1993): Was sucht der Süchtige? In: Längle A., Probst Ch. (Hrsg.). Süchtigsein – Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten. EA. Wien: Erweiterter Tagungsbericht der GLE, 71-88

Anschrift des Verfassers:

DR. HELMUT JAROSIK
Wichnergasse 8
A-6800 Feldkirch
dr.helmut.jarosik@aon.at