

Die existentielle Rekonstruktion der Person nach einer reaktiven Depression

Karin Luss

Es wird die Psychotherapie einer Patientin mit einer reaktiven Depression geschildert, die durch eine Gesichtslähmung nach einer Operation entstanden ist.

Die Patientin war ursprünglich wegen eines plötzlich auftretenden Wahnsyndroms auf eine psychiatrische Station zwangseingewiesen worden. Es stellte sich schließlich ein Hirntumor heraus, dessen Operation zur Gesichtslähmung führte. Wegen der paradigmatischen Bedeutung möglicher Fehldiagnosen wird dieser Abschnitt mitgeschildert.

Die Psychotherapie führte durch die Problematik der Entwertungsgefühle für die eigene Person durch die Gesichtslähmung zu grundsätzlichen Fragen der Eigenverantwortung und Abgrenzungsfähigkeit sowie zu biographischen Inhalten, die sich in das aktuelle Erleben eingewoben hatten: eine Abtreibung und nicht bewältigte Gefühle der Verlassenheit durch die Eltern. Das auslösende Trauma brachte die Patientin somit zur Revision von Einstellungen und Haltungen und zur biographischen Aufarbeitung unbewältigter Erlebnisse.

ranoide Gedankeninhalte (verdächtigte ihren Mann, sie zu betrügen; fühlte sich von den Nachbarn beobachtet), akustische und optische Halluzinationen (sah den bereits verstorbenen Vater, der mit ihr sprach). Die Patientin wurde bei der Aufnahme handgreiflich gegen Pfleger und konnte nur durch eine intramuskuläre Gabe eines Neuroleptikums beruhigt werden. Frau S. wurde nach dem Unterbringungsgesetz auf der geschlossenen Abteilung aufgenommen.

Unter regelmäßiger oraler Einnahme von Haldol kam es relativ rasch zu einer Stabilisierung des Zustandsbildes, die Patientin konnte zunehmend von ihren paranoiden Gedankeninhalten abrücken.

Frau S. merkte in den mit ihr geführten Gesprächen an, daß die durchlebte Krankheitsphase sicherlich mit schweren Erlebnissen in ihrer Kindheit zusammenhänge und zeigte Interesse an einer Psychotherapie.

Die somatischen und neurologisch-klinischen Untersuchungen waren völlig unauffällig. Die craniale CT-Untersuchung ergab jedoch einen völlig überraschenden Befund, nämlich einen Kleinhirnbrückentumor rechts. Mit dem Vorliegen dieses Befundes mußte die Diagnose einer schizophrenieformen Störung entsprechend den Diagnosekriterien nach DSM-III R korrigiert werden auf organisch bedingtes Wahnsyndrom mit organisch bedingter Halluzinose.

Es erfolgte eine sofortige Transferierung an eine neurochirurgische Abteilung, wo der Tumor erfolgreich entfernt wurde.

Nach der Operation nahm Frau S. nochmals Kontakt mit der psychiatrischen Abteilung auf, um mitzuteilen, daß sie von der gesamten Medizin Abstand bräuchte und deshalb auch keine Psychotherapie beginnen wollte. Zu diesem Zeitpunkt war Frau S. psychisch unauffällig. Die Operation hatte allerdings eine Gesichtslähmung rechts verursacht, die die Patientin vorerst gut verkräftete.

Frau S. wurde eingeladen sich im PSD (Psychosozialen Dienst) zu melden, sollte sie das Angebot einer Psychotherapie zu einem späteren Zeitpunkt nützen wollen.

Frau S. meldete sich nach einem Jahr im PSD, da sie nach der Rückkehr aus einem Urlaub eine verstärkte innere Unruhe verspürt hatte und Schlaf-

Vorgeschichte

Frau S. wurde über den Amtsarzt mit Verdacht auf paranoides Zustandsbild an die Aufnahmeabteilung eines allgemein psychiatrischen Krankenhauses eingewiesen. Die Patientin hatte sich bedroht gefühlt, aggressiv gegen andere Personen reagiert und angekündigt, daß anderen und ihr selbst bald etwas passieren würde.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme war Frau S. ängstlich und dysphorisch, zeitweise kam es zu Gedankenabrissen. Ebenso erlebte die Patientin pa-

störungen aufgetreten waren, ähnlich wie zu Beginn ihrer ersten psychotischen Episode.

Eine komplette neurologische Durchuntersuchung brachte die Vergewisserung, daß kein Tumorrezidiv vorlag.

Die Patientin wurde nun mit einem milden Neuroleptikum und einem Antidepressivum behandelt, da sich zunehmend eine depressive Symptomatik entwickelte.

In einigen Gesprächen wurde klar, daß sich Frau S. nach ihrem Urlaub wegen der Hochzeit ihrer Tochter übernommen hatte. Zu ihrer Erschöpfung kam, daß ihr anhand der Hochzeitsfotos zum ersten Mal die Entstellung ihres Gesichts durch die Gesichtslähmung voll bewußt geworden war.

Die Patientin entschloß sich nun zu einer psychotherapeutischen Behandlung.

Auszug aus der Familienanamnese

Frau S. wurde 1956 in einer kleinen Gemeinde in Niederösterreich als Jüngste von insgesamt vier Geschwistern geboren. Die Eltern der Patientin ließen sich bald nach der Geburt von Frau S. scheiden; sie kannte ihren leiblichen Vater nicht. Die Mutter war immer berufstätig, da der Vater die zurückgelassene Familie finanziell nicht unterstützte und beträchtliche Schulden hinterlassen hatte.

Frau S. besuchte die Pflichtschule und absolvierte eine Verkaufslehre. Die Patientin lernte mit 16 Jahren ihren Mann kennen, mit 18 heiratete sie und bekam ihre ältere Tochter. Als die Patientin 21 Jahre alt war, gebar sie ihre zweite Tochter. Frau S. übte ihren Beruf nicht aus. Sie blieb trotz Hausbau und den damit verbundenen finanziellen Belastungen bei den Kindern zu Hause.

Zum Zeitpunkt des Therapiebeginnes lebten sowohl die jüngere Tochter (15a), als auch die ältere Tochter (18a) im elterlichen Haushalt bei Frau S. und ihrem Mann. Das Familienleben wurde als harmonisch beschrieben.

Therapieverlauf

In den ersten Wochen der psychotherapeutischen Behandlung ging es um das Aufbauen eines Vertrauens zu mir und um eine Stützung in ihrer depressiven Befindlichkeit. Ich verschrieb der Patientin neuerlich ein mildes Neuroleptikum und ein Antidepressivum. Frau S. sah die Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie zwar ein, blieb ihr gegenüber aber skeptisch. Die Patientin hatte schon immer eine kritische Haltung zu Medikamenten, ob-

wohl weder sie noch Menschen ihrer Umgebung negative Erfahrungen mit Medikamenten gemacht hatten. Anfänglich drängte Frau S. auf eine schnelle Reduktion bzw. auf ein Absetzen des Antidepressivums und des Neuroleptikums. Im Zuge des wachsenden Vertrauens zu mir als ihrer behandelnden Ärztin traten diese Wünsche jedoch in den Hintergrund. Die Patientin zeigte eine gute Compliance bezüglich der Medikamenteneinnahme und war sogar überrascht, als ich ihr einige Monate nach Abklingen der depressiven Phase zum Ausschleichen der Medikamente riet.

Die Therapie konzentrierte sich gleich am Beginn auf jene Bereiche, wo sich die Patientin überforderte. Überlegungen wurden angestellt, wie sie sich vor dem ständigen „Zuviel“ schützen könnte. Frau S. klärte langsam für sich, daß das Überengagement für andere, das oft in eine völlige Aufgabe ihrer eigenen Bedürfnisse mündete, aus ihrer tiefen Sehnsucht herrührte, von der Mutter gehalten und geliebt zu werden. Diese alte Sehnsucht übertrug sich heute auf ihren Mann, der ihr der einzige Halt in ihrem Leben war.

Die Patientin konnte sich mit Hilfe der PEA (Personale Existenzanalyse) schrittweise an die Wut und im späteren Verlauf an die Trauer darüber heranwagen, daß ihr Vater sie verlassen hatte und daß ihre Mutter nur wenig Wärme und Halt gegeben hatte. Der nächste Schritt der PEA gestaltete sich zunächst etwas schwierig. Im Ergründen, was Frau S. von der Vorgangsweise ihres Vaters und dem eher kalten Verhalten der Mutter hielt, machte sich anfangs nur Wut über das Versagen beider Elternteile breit. Die Patientin meinte, daß das Verhalten ihrer Eltern eigentlich eine Zumutung gewesen sei und daß diese verantwortungslos gehandelt hätten. Erst nach einem gewissen Distanzgewinn, der durch die Überlegung, wie es wohl einer ihrer Töchter an ihrer Stelle ergangen wäre, gewonnen worden war, war es Frau S. möglich, Trauer über das Verlassenwerden durch den Vater und die Versäumnisse ihrer Mutter zu verspüren.

Nach Abklingen der depressiven Phase wurde Frau S. zunehmend ambivalent bezüglich der Frage, ob sie die Therapie weiterführen sollte. Sie hielt vereinbarte Termine nicht ein, die Therapiefrequenz gestaltete sich über zwei Monate unregelmäßig. In dieser Zeitspanne kamen vor allem die zunehmende psychische Belastung durch die Gesichtslähmung und die Veränderung der Lebenssituation zur Sprache: Die Kinder waren erwachsen und brauchten die Mutter nicht mehr so wie früher. Das warf für Frau S. die Frage nach dem Inhalt ihres Lebens auf. In dieser Situation mußte die Therapiemotivation neu geklärt werden. Nachdem Frau S. wieder eine

Therapiestunde vesäumt hatte, zeigte ein phänomenologisches Betrachten des Fernbleibens, daß es sich um ein Nicht-Hinschauen, ein Vergessen-Wollen von unangenehmen Lebensabschnitten handelte. Die Patientin bemerkte in der Folge, daß sie durch das ständige Wegschieben von schmerzlichen Dingen immer mehr unter Druck geriet.

Nach dieser phänomenologischen Klärung der Therapiemotivation hielt die Patientin die vereinbarten Termine pünktlich ein.

Die Durcharbeitung

In der nächsten Behandlungsphase ging es darum, den gesamten Krankheitsverlauf nochmals zu betrachten. Frau S. erinnerte sich an körperliche Symptome, die schon ein Jahr vor der psychotischen Episode aufgetreten waren. Ärger erfaßte die Patientin, als sie sich erinnerte, daß sie von den behandelnden Ärzten als Hypochonderin hingestellt worden war, weil ein Jahr vor dem psychotischen Geschehen keine aussagekräftigen Befunde erhoben werden konnten. Mit diesem Nicht-ernst-genommen-Sein wurde eine tiefe, alte Wunde berührt. In der Kindheit hatte sie von der Umgebung oft gehört: „Ja, alle Mayers sind nichts wert. Was will man bei einem solchen Vater?“.

So schlimm der CT-Befund mit der Diagnose „Gehirntumor“ auch war, war er psychisch doch eine Erleichterung und geistig eine Rehabilitation für Frau S.: „Ich habe ja gespürt, daß mit mir etwas nicht in Ordnung war. Ich hatte also doch recht!“.

Das Verkannt-Werden als Hypochonder, das schrittweise Abgleiten in die psychotische Symptomatik, die Notbehandlung in einem allgemeinen Krankenhaus und die Zwangsbehandlung auf der Psychiatrie wurden mit der personalen Existenzanalyse durchgearbeitet. Doch war allein schon die Aufklärung, daß ein Gehirntumor die erlebten psychotischen Symptome auslösen kann, entlastend für die Patientin.

Ein wichtiges Thema in der Verarbeitung ihrer Psychose war die Frage, warum sie in der Psychose geglaubt hatte, daß ihr Mann sie verlassen würde, und warum sie ihren Vater gesehen und gehört hatte. Sie verstand, daß sie durch den Gehirntumor in eine Extremsituation geraten war. Durch diese Drucksituation kamen ihre biographischen Themen zum Vorschein, die ihr noch immer zu schaffen machten: Verlust von Halt und Verlassen-Werden durch den Vater. Hilfreich für ihre Heilung war auch, daß Frau S. die gesamte Zeit nach Abklingen der akut psychotischen Symptomatik ihren Mann und ihre beiden Töchter als Stütze und Kraftquelle

erleben konnte.

Nur zögernd sprach Frau S. ein anderes Thema an, das durch ihre Krankheit aufgewühlt wurde. Sie war überzeugt, daß die Krankheit eine Strafe für die vor 7 Jahren durchgeführte Abtreibung war.

Die Thematisierung der Abtreibung geschah behutsam und von ihrer Seite sehr zaghaft. Unter Zuhilfenahme einer zeichnerischen Familiendarstellung gelang es, die Bedeutung der Abtreibung im Erleben der Patientin zu verdeutlichen und zu einer emotionalen Stellungnahme zu kommen. Im Zentrum dieser Darstellung stand ein nicht näher ausgeführtes kreisrundes Gebilde, um das der Mann von Frau S., die beiden Töchter und die Patientin selbst waren. Nur Frau S. hatte in dieser Zeichnung körperlichen Kontakt zu dem kreisförmigen Gebilde, das das abgetriebene Kind symbolisierte. Ein Fuß der Patientin ragte in den Kreis hinein. Alle anderen Personen waren dem Kreis nahe, aber berührten ihn nicht. Über ein phänomenologisches Betrachten der Zeichnung wurde Frau S. klar, daß die Abtreibung vor sieben Jahren kein abgeschlossenes Kapitel in ihrem Leben war, wie sie immer gesagt hatte. Die Anordnung der übrigen Familienmitglieder verstand die Patientin so, daß die Familie immer zusammenhielt, auch während der Zeit der Abtreibung. Nur für sie selbst war die Angelegenheit noch nicht erledigt - das abgetriebene Kind hielt sie am Fuß fest. Die Frage, ob die Patientin diesem abgetriebenen Kind noch etwas zu sagen habe, griff sie bereitwillig auf. Durch die Therapie wurde es Frau S. möglich, einen Dialog mit dem abgetriebenen Kind zu führen, ihre Beweggründe darzustellen und die immer verdrängte Trauer darüber zuzulassen.

In dieser Zeit ging es der Mutter der Patientin, die im selben Ort wohnte, wieder schlechter. Sie war eine schwere Alkoholikerin und hatte wieder vermehrt Alkoholexzesse. Es bedurfte einer genauen Bestimmung des Verantwortungsbereichs der Mutter gegenüber, damit sich die Patientin von der Mutter authentisch abgrenzen konnte.

Aufgrund der aktuellen Vorfälle stieß die Patientin auf frühe Erlebnisse ihrer Kindheit. Die Kindheit war geprägt von überfordernden Verpflichtungen im Haushalt, da die Mutter berufstätig war. Die Patientin und ihre Familie galten im Ort als „Nichtsnutze“ der Vater als „Taugenichts“. Die Mutter ging in der ihr verbleibenden Freizeit viel aus und überließ die Kinder sich selbst. Sie hatte viele Affären mit verschiedenen Männern und wurde alsbald zur Alkoholikerin. Frau S. entwickelte ein Verständnis für die Bedeutung all dieser Vorfälle in ihrem Leben und bezog Stellung dazu. Sie meinte, daß es nicht ihre Aufgabe sei, die Fehlritte ihrer Mutter auszubügeln. Das hatte sie seit ihrer Kindheit versucht. Die Patientin grenzte ihre Verantwortung der

Mutter gegenüber dahingehend ein, daß sie eine adäquate medizinische Versorgung sicherstellte und sie im Haushalt unterstützte, wo sie aufgrund ihrer Altersschwäche Hilfe brauchte.

Zuletzt wurde in der psychotherapeutischen Behandlung die Bedeutung der Gesichtslähmung besprochen. Auch hier war es schwer, einen emotionalen Zugang zu finden. Anhand mitgebrachter Fotos von ihrem entstellten Gesicht betrachteten wir die Auswirkung der Lähmung und empfanden, welche Entwertung diese Lähmung für sie bedeutete. Dabei wurde auch deutlich, wie entwertend sie mit sich umging.

Im Gegenzug dazu verbrachten wir geraume Zeit damit herauszufinden, was die Patientin an sich schätzen konnte und was nicht und wie sie mit ihren nicht so liebenswerten Seiten umgehen könnte. Frau S. merkte, daß sie dazu tendierte, eine schlechte Eigenschaft als „pars pro toto“ zu nehmen und meinte, daß sie nicht gerade gerecht mit sich umgehe. Im Nachspüren, wo Frau S. in ihrem Leben so angenommen worden war bzw. angenommen wurde, wie sie eben sei, gelang es ihr langsam, ihr Gesicht mit der Entstellung anzunehmen.

In der Folge ging sie auch nicht mehr so entwertend mit sich selbst um. Sie erlebte sich als Frau wieder begehrenswert und legte vermehrt Wert auf ihr Äußeres. Einem eventuellen kosmetisch-chirurgischen Eingriff sah sich Frau S. zu diesem Zeitpunkt noch nicht gewachsen. Das Risiko einer erneuten Operation war ihr zu groß.

Zum Zeitpunkt des Therapieabschlusses war die Patientin frei von jeglichen psychischen Beschwerden. Sie war dabei ihren neuen Lebensabschnitt zu organisieren und bewußt ihre Interessen, die aufgrund der Kinder und der Familie immer zu kurz gekommen waren, zu verwirklichen.

Nach ungefähr einem Jahr informierte mich Frau S., daß sie sich zu der kosmetisch-chirurgischen Korrektur der Gesichtslähmung entschlossen hatte. Die Operation war erfolgreich verlaufen. Die Patientin war nach wie vor psychisch ausgeglichen und benötigte keine Psychopharmaka.

Rückblick auf den Therapieverlauf

Während der ersten Wochen der psychotherapeutischen Behandlung, wo die Patientin depressive Symptome zeigte, war neben der Vertrauensbildung zu mir ein Klären der Verantwortungsbereiche von Frau S. notwendig. Die Patientin konnte sich kaum abgrenzen, fühlte sich für alles und jedes verantwortlich und übersah dabei völlig die Verantwortung für sich selbst.

Im späteren Therapieverlauf wurde dieser Themenkreis in Bezug auf die Mutter von Frau S. aktualisiert und in diesem Zusammenhang nochmals bearbeitet.

Ein Zulassen von Trauer (verlassen vom Vater, nie erlebte „Nestwärme“, Verlust des abgetriebenen Kindes) erschien mir sehr zentral in der Arbeit mit Frau S.. Nach dem Trauerprozeß über all die Verluste in ihrem Leben, war es der Patientin möglich, diese Lebensereignisse sein zu lassen - sie mußten nicht mehr verdrängt werden, und in dieser Gelassenheit war eine Neuorientierung möglich.

In der massiven Entwertung, die die Gesichtslähmung für Frau S. darstellte, war die Selbstannahme nicht nur im Sinne des Sosein-Dürfens in Frage gestellt, sondern auch im Sinne des Angenommen-Seins und Wert-sein-Mögens. Im Aufspüren jener Begegnungen, wo Frau S. sich angenommen erlebt hatte bzw. sich angenommen erlebte, fand die Patientin Halt, Sicherheit, ein Geliebt-Werden und ein Angenommen-Sein, so wie sie war, auch mit der Gesichtslähmung. D.h. die Patientin hatte kompensierende Erlebnisse in all jenen Bereichen, wo sie in ihren früheren Lebensabschnitten große Defizite erfahren hatte und konnte diese auch zulassen.

Anschrift der Verfasserin:

*Dr. Karin Luss
Seckendorfstraße 2/1/6
A-1140 Wien*