

Behandlungsjournal

Erstellt von Doris Ostermann

Für den Abschluß in Sozialtherapie – Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe
im Verfahren der Integrativen Therapie / Gestalttherapie Kompaktcurriculum

Am Fritz Perls Institut für Integrative Therapie,
Gestalttherapie und Kreativitätsförderung (FPI)
Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Kreativitätsförderung
(EAG), Hückeswagen / Düsseldorf

November 2001

Gliederung

1. Einleitung

2. Angaben zur Person

3. Körperliche/psychische/geistige Situation

- 3.1 Erkrankungen/Unfälle in der Lebensgeschichte
- 3.2 Körperliche Behinderungen
- 3.3 Geistige Behinderungen
- 3.4 Psychiatrische Erkrankungen (Co-Morbidität)
- 3.5 Klassifikation nach ICD-10
- 3.6 Einschätzung der Leistungsfähigkeit
- 3.7 Spezielle Behandlung/Förderprogramm

4. Anamnese

- 4.1 Familienstand
- 4.2 Herkunftsfamilie
- 4.3 Suchtverlauf
- 4.4 Juristische Situation
- 4.5 Wirtschaftliche Situation
- 4.6 Schulische und berufliche Situation

5. Kreatives Potential

6. Therapievorerfahrung

7. Therapieverlauf

8. Prozessuale Diagnostik

- 8.1 Diagnosephase
- 8.2 Bedürfnis- und Motivationsanalyse
- 8.3 Problem- und Konfliktanalyse
- 8.4 Kontinuumsanalyse
- 8.5 Ressourcenanalyse
- 8.6 Interaktionsanalyse
- 8.7 Spezifische Beobachtungsfelder
- 8.8 Zielstrukturen

9. Prozessuale Analyse

- 9.1 Gruppentherapie
- 9.2 Einzeltherapie
- 9.3 Netzwerktherapie
- 9.4 Sozialarbeiterische Hilfen
- 9.5 Arbeitsbündnis / Therapeutische Beziehung

10. Zusammenfassung und Prognose

- 10.1 Klärung des Suchtgeschehens

- 10.2 Klärung der psycho- / pathologischen Symptomatik
- 10.3 Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit
- 10.4 „4 Wege der Heilung“
- 10.5 Zusammenfassung

11. Journal von einzelnen therapeutischen Einheiten

- 11.1 Therapeutische Wirkfaktoren

Literaturverzeichnis

1. Einleitung

Nach dem Studium der Sozialarbeit und –pädagogik 1991 absolvierte ich das Berufsanerkennungsjahr in der Wohnungslosenhilfe und war dort bis September 1995 als Sozialarbeiterin tätig. Ab Oktober 1995 arbeitete ich als Gruppen-therapeutin in einer Fachklinik für alkoholranke Männer. Seit Juni 1999 bin ich als therapeutische Mitarbeiterin in der Therapeutischen Gemeinschaft Nettetel beschäftigt.

Die TG Nettetel ist eine Einrichtung des Caritasverbandes für die Diözese Osnabrück e.V. und Teil des Therapieverbundes im Referat Gefährdetenhilfe, Abt. Suchtberatung / -behandlung. Seit 1982 bietet sie drogenabhängigen Männern ein sozialtherapeutisches Rehabilitationsangebot an. Zur Zeit stehen in der TG Nettetel 33 Therapieplätze zur Verfügung.

Ihr Ziel ist es, den Patienten personale und soziale Handlungskompetenzen zu vermitteln, die es ihnen ermöglichen, die eigene Zukunft in einem zufriedenstellenden Kontext drogenfrei zu gestalten. Hierzu bietet die Einrichtung zwei Angebote: die Langzeitentwöhnungsbehandlung und die Kurzzeittherapie.

Die Langzeittherapie dauert ca. zehn Monate, da per Konzept die Entwöhnungs- und die Adaptionsbehandlung verbunden sind und unter „einem Dach“ stattfinden. Sie kann entsprechend der individuellen Entwicklung verkürzt bzw. durch eine Anschlußbehandlung und Nachsorge ergänzt werden.

Das Angebot der Kurzzeittherapie wendet sich an Drogengebraucher, die entweder eine Therapie ganz oder im wesentlichen absolviert haben, aber in einer Lebenskrise anhaltendes Rückfallverhalten zeigen und ihre momentanen Schwierigkeiten in einem Wechsel zwischen ambulanter und stationärer Phase beheben möchten. Der stationäre Selbstfindungsprozeß orientiert sich an der individuellen Entwicklung von Lösungen innerhalb eines Zeitraumes von bis zu sechs Monaten.

Seit 2000 gibt es für die Region Osnabrück das spezielle Angebot „Psychose und Sucht“ im Verbundsystem, d.h. eine Rehabilitation für Menschen mit psychischer Erkrankung und einer stoffgebundenen Suchtproblematik. Die Maßnahmen werden entweder in einem Reha-Zentrum für psychisch Kranke oder in der TG Nettetel durchgeführt. Das Landeskrankenhaus Osnabrück steht zur stationären Akutbehandlung, umfassenden Diagnostik und Krisenintervention zur Verfügung.

Für das Behandlungsjournal habe ich einen Patienten der Langzeittherapie (in der ich tätig bin) ausgewählt, der im Rahmen unseres Angebots „Sucht und Psychose“ zur Aufnahme kam. Der Patient beendete die Behandlung nach sechs Monaten gegen ärztlichen Rat. Der Therapieprozeß war phasenweise schwierig. Es bestanden in der Diagnosephase viele Fragen zum Krankheitsbild und zeitweilig Zweifel an der Behandlungsstrategie, mit denen ich mich sowohl mit meinen Kollegen/Innen in der TG als auch in der externen Supervisionsgruppe und in Seminaren am FPI-Institut fachlich auseinandersetzte.

Nach dem Therapieabbruch hielt der Patient den Kontakt zu uns und bat um eine Wiederaufnahme. Entsprechend unseres Therapiekonzepts machten wir ihm das Angebot, ihn nach drei Monaten wieder aufzunehmen. Meines Erachtens ist eine Weiterführung des therapeutischen Prozesses in unserer Einrichtung erfolgversprechend.

Es ist erfreulich, dass der Patient sich an die notwendigen Aufnahmemodalitäten gehalten hat und sich voraussichtlich noch in diesem Monat einer Fortführung des begonnenen Prozesses und eine Bearbeitung der Rückfalldynamik anschließen kann. Aus therapeutischer Sicht kann der Rückfall als wichtige Lernerfahrung verstanden werden, die ihm einen Erkenntnisprozeß auf einer weiterführenden Ebene im Sinne der „hermeneutischen Spirale“ ermöglichen kann. Ich freue mich - trotz des Wissens, dass die Zusammenarbeit nicht immer leicht sein wird – auf die weitere Begleitung des Patienten im therapeutischen Kontext. Dieses kommt auch und insbesondere durch die intensive Auseinandersetzung und Reflektion meiner therapeutischen Arbeit, die für die Erstellung dieses Behandlungsjournals notwendig und bereichernd war. Die Arbeit an dem Behandlungsjournal erlebte ich als einen weiteren Schritt der Theorie-Praxis-Verschränkung.

2. Angaben zur Person

Name: Schmidt (der Patientenname wurde selbstverständlich geändert)

Vorname: David

Geburtsdatum: 11.06.1977

Nationalität: deutsch

3. Körperliche/psychische/geistige Situation

3.1. Erkrankungen/Unfälle in der Lebensgeschichte

Im Alter von sieben Jahren erlitt der Patient einen schweren Verkehrsunfall, wobei ihm ein LKW über den Fuß fuhr (es handelte sich um eine Mutprobe). Das Bein konnte gerettet werden. Herr Schmidt trug jedoch eine knöcherne Fußverletzung mit weitgehender Sprunggelenksversteifung davon. Er war damals drei Monate in stationärer Behandlung und benötigte länger als ein Jahr, um neu gehen zu lernen. Seitdem neigt der Patient zu Rückenschmerzen.

Seit ca. vier Jahren ist eine Hepatitis C bekannt. Eine Hepatitis B ist ausgeheilt.

3.2 Körperliche Behinderungen

Herr Schmidt ist seit dem Verkehrsunfall körperlich eingeschränkt. Es besteht eine Deformität und Bewegungseinschränkung der Zehen des rechten Fußes. Der Patient hat einen Behindertenausweis (30 %).

3.3. Geistige Behinderungen

Keine

3.4. Psychiatrische Erkrankungen (Co-morbidität)

Ein prä-psychotischer Zustand erfolgte 1997 nach intensiven Ecstasymißbrauch. Während der Entwöhnungsbehandlung im Jahr 2000 wurde aufgrund der ausgeprägten Kontakt- und Beziehungsstörungen eine Persönlichkeitsstörung vermutet.

Die Verdachtsdiagnose bestätigte sich im therapeutischen Prozess zunehmend. Eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus wurde diagnostiziert.

3.5. Klassifikation nach ICD 10

10 F 19.2 Polytoxikomanie

10 F 60.31 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline–Typus

3.6. Einschätzung der Leistungsfähigkeit

Herr Schmidt kam aus der JVA zur Aufnahme in unsere Einrichtung. Zügig fiel bei dem Patienten die deutlich eingeschränkte körperliche Belastbarkeit, das vermehrte Schlafbedürfnis sowie wiederkehrend auftretende Gliederschmerzen auf. Eine Laborkontrolle bestätigte eine chronisch aktive Hepatitis C. Dementsprechend wurden die körperlichen Belastungen für Herrn Schmidt reduziert und er bekam zu Beginn im Arbeitsalltag unübliche zusätzliche Pausen. Subjektiv steigerte sich die Leistungsfähigkeit: Herr Schmidt konnte nach sechs Wochen an den sportlichen Aktivitäten und nach zwei Monaten am normalen Arbeitstherapieprogramm teilnehmen.

Trotz der massiven Verhaltensauffälligkeiten und der defizitären Gruppenintegrationsfähigkeit zu Behandlungsbeginn bestand eine Therapiefähigkeit. Herr Schmidt konnte seine bestehende intrinsische Therapiemotivation und –bereitschaft immer wieder verdeutlichen.

3.7. Spezielle Behandlungen / Förderprogramme

- Entspannungsübungen im Rahmen der Abendaktivitäten (zur Streßreduktion)
- Medikamentöse Therapie (aufgrund anhaltender erheblicher Stimmungsschwankungen und prä-psychotischer Zustände wird eine niedrig dosierte Taxilan-Medikation notwendig)
- Akupunktur
- Walking (zur nachhaltigen Veränderung der Streßphysiologie und Steigerung des körperlichen Wohlbefindens und Selbstwertgefühls)
- Förderung des vorhandenen kreativen Potentials (Übergabe der Verantwortung für den Kreativitätsraum)

4. Anamnese

4.1. Familienstand

ledig, keine Kinder
Eine Partnerschaft bestand nicht.

4.2. Herkunftsfamilie

Mutter:

Hausfrau, in zweiter Ehe verheiratet, wurde vom Patienten „launisch“, kalt, reizbar und dominant erlebt; er verstand ihr Verhalten oft nicht, unter anderem fühlte sie sich ständig beobachtet von Nachbarn, so dass die Vorhänge in der Wohnung tagsüber zugezogen waren; der Patient durfte zwar als Kind spielen, jedoch sollte kein Spielzeug in der Wohnung herumliegen; die Mutter hatte ein massives Putzbedürfnis; aus den Schilderungen des Herrn Schmidt wurden zwanghafte Persönlichkeitszüge deutlich.

Vater:

gelernter Bürokaufmann, Tätigkeit als Arbeiter im Industriebetrieb, wurde als ver-ständnisvoll, kumpelhaft, schweigsam, durchsetzungsschwach und konfliktscheu beschrieben; Alkoholmissbrauch; Patient begleitete im Jugendalter seinen Vater, um mit ihm zu trinken und von den ehelichen Problemen zu hören.

Geschwister:

Herr Schmidt ist Einzelkind. Über seinen Onkel erfuhr er, dass es einen Sohn aus erster Ehe seiner Mutter gab; dieser sei im Alter von sieben Jahren bei einem Verkehrsunfall

verunglückt; danach habe sich die Mutter sehr verändert; Patient versuchte später mit seinen Eltern darüber zu reden; hier erhielt er keine Aussagen.

Großeltern:

Inzwischen verstorben; die Großmutter väterlicherseits wurde als warmherzig, verständnisvoll erlebt; er verbrachte die Ferien öfters bei ihr; sie habe ihm Mut gemacht und ihm oft „gut zugeredet“.

Andere Familienmitglieder:

Herr Schmidt berichtete von einem Onkel, dem Bruder seines Vaters; mit ihm und dessen Ehefrau kiffte und trank er; von ihnen fühlte sich der Patient ernst genommen.

Freundschaften:

Vom vierten bis sechsten Lebensjahr verbrachte er viel Zeit mit einem ca. acht Jahre älteren Nachbarjungen und dessen jüngerer Schwester. Sie spielten miteinander; es gab „Doktorspiele“, die immer regelmäßiger wurden und sich zu sexuellen Handlungen entwickelten. Herr Schmidt konnte damals sein Unwohlsein zwar zum Ausdruck bringen, war jedoch froh mit ihnen spielen zu dürfen. Durch einen Umzug wurde der Kontakt abgebrochen.

Nach dem Verkehrsunfall gab es längere Krankenhausaufenthalte, die feste Spielkameraden für Herrn Schmidt unmöglich machten. Er mußte das Laufen neu erlernen und verbrachte viel Zeit allein. Während der Schulzeit hatte er große Schwierigkeiten, da er mit seinen Klassenkameraden nicht zurechtkam, oft gehänselt wurde („Behinderter“, „Krüppel“), sich zu prügeln begann und zum Außenseiter wurde.

Im Alter von ca. 14 Jahren fand er Anschluß an eine Motorradclique. Die Mitglieder waren bis zu zehn Jahre älter als der Patient; Herr Schmidt suchte und fand Bestätigung. Er rauchte und trank mit ihnen, fuhr am Wochenende mit ihnen zum Zelten und war begeistert vom Motorradfahren. Ein Mitglied dieser Clique begann nach einigen Monaten sich ihm körperlich zu nähern und mißbrauchte ihn sexuell (Traumata). Herr Schmidt entlastete sich bei den Anderen; diese lachten ihn aus und unterstellten ihm dieses „doch gewußt“ und letztlich provoziert zu haben. Herr Schmidt brach den Kontakt ab, traf jedoch in den folgenden Jahren vereinzelt Cliquenmitglieder, was zunehmend Wut- und Rachegefühle bei ihm auslöste. Alkoholisiert versuchte der Patient, den Täter körperlich anzugreifen. Es gelang ihm nicht; Herr Schmidt fühlte sich erneut hilflos und ohnmächtig.

Ab ca. 16 Jahren hatte er „Kumpels“ auf der Straße, mit denen er Drogen konsumierte und viel „Mist“ machte. Herr Schmidt gab an, dass er bis dato keine festen Kontakte und Freundschaften entwickelte. Er beschrieb sich als „einsamen Wolf“.

Eine dreimonatige Beziehung zu einer 16 Jahre älteren Frau erlebte Herr Schmidt als wertvoll und wichtig. Er fühlte sich verstanden und gemocht und war in dieser Zeit clean. Aufgrund erneutem Drogenkonsums beendete die Frau die Beziehung.

Wohnsituation:

Herr Schmidt wurde in P. geboren und wuchs dort bei seinen Eltern in einer Mietwohnung bis zu seinem sechsten Lebensjahr auf. Die Familie zog nach B. um. Mit seinem achten Lebensjahr gab es einen erneuten Umzug und lebte bis zu seiner Inhaftierung in einer ländlichen Kleinstadt. Aufgrund von Spannungen zwischen seinen Eltern und ihm und der zunehmenden Aggressivität des Patienten „warfen“ die Eltern ihn mehrmals aus der Wohnung. Vor vier Jahren mietete der Vater für seinen Sohn ein Appartement; trotzdem hielt sich der Patient meistens in der elterlichen Wohnung auf. Das Appartement wurde während der Inhaftierung aufgekündigt.

4.3. Suchtanamnese

Im 10. Lebensjahr rauchte Herr Schmidt seine erste Zigarette. Ab dem 13. Lebensjahr trank er regelmäßig Alkohol. Der Konsum von Cannabis folgte und ab dem Alter von 15 Jahren nahm er mit anderen auf der Straße LSD und Amphetamine ein. Sein erster Rausch war ein Horrortrip. Schließlich kamen Ecstasy und Speed hinzu. Zu der Zeit besuchte er die Berufsschule, konnte jedoch keinen Abschluß erreichen. Inzwischen befand er sich oft auf Technopartys, konsumierte verstärkt Heroin, um vom Ecstasyrausch „herunterzukommen“. Mit 17 Jahren begann er Kokain zu spritzen. In dieser Zeit scheiterte seine erste Arbeitsbeschaffungsmaßnahme, aufgrund seiner Aggressivität warfen ihn seine Eltern aus der Wohnung und es kam zu ersten gerichtlichen Auflagen aufgrund seiner Kriminalität. Herr Schmidt absolvierte seine erste Entgiftung wurde nach fünf Wochen jedoch wieder rückfällig. Mit 18 bemühte er sich um eine erneute Arbeitsmaßnahme, konsumierte jedoch ununterbrochen weiter und steckte sich über eine benutzte Spritze mit Hepatitis B und C an, die einen schweren Verlauf genommen hatte. Nach der Ausheilung der Hepatitis B war er für ca. drei Monate clean. Nach erneuter Rückfalligkeit mit ca. 19 Jahren bemühte er sich nach einer weiteren Entgiftung um einen Therapieplatz. Nach 2 ½ Monaten brach er die Therapie ab, wurde sofort rückfällig und inhaftiert. Nach der Haftzeit konsumierte er wiederum Heroin und Benzodiazepinen. Im Hause seiner Eltern brach er zusammen und wäre beinahe gestorben. Die Eltern kümmerten sich um eine weitere Versorgung, woraufhin Herr Schmidt ins Methadonprogramm aufgenommen wurde. Für etwa 14 Monate hatte er keinen Beikonsum. Stabilisierend wirkte 1997 eine berufliche Aufgabe. Er ließ sich vom Methadon herunterdosieren, setzte dieses letztlich ab und entgiftete zu Hause. Mit ca. 22 Jahren war Herr Schmidt etwa sechs Monate clean. Nachdem er mit einem aus der Haft entlassenen Bekannten zusammenkam, begann er wieder Heroin zu konsumieren. Herr Schmidt ließ sich erneut ins Methadonprogramm einweisen, absolvierte eine Entgiftung und schloß im März 2000 eine weitere Therapie an. Nach seiner Entlassung im Juni 2000 bis zum Aufnahmeterrin in unserer Einrichtung saß er in der JVA ein. Während der Haftzeit konsumierte er gelegentlich Cannabis, vom Methadon ließ er sich herunterdosieren. Die bei der Aufnahme durchgeführten Drogenscreenings waren negativ.

4.4. Juristische Situation

Es bestand eine gerichtliche Auflage nach § 35. Herr Schmidt wurde wegen diverser Delikte, u.a. BTM–Verstöße, Raubüberfall, Diebstahl verurteilt. Der Patient hat insgesamt 21 Monate Strafhaft verbüßt. Es bestand eine 3-monatige Meldepflicht als gerichtliche Auflage in der Therapiezeit.

4.5. Wirtschaftliche Situation

Herr Schmidt erhielt Sozialhilfe.

Er hatte ca. 9000 DM Schulden. Eine Schuldenregulierung strebte Herr Schmidt während der hiesigen Therapie an. Er bat seine Schuldner um Stundung und Ratenzahlung. Nach zweimonatiger Therapiezeit begann er von seinem Taschengeld die erste Rate zu zahlen.

4.6. Schul- und Berufsanamnese

Herr Schmidt wurde verspätet eingeschult, besuchte nach Grund- und Orientierungsstufe die Hauptschule. Nach abgeschossenem Hauptschulabschluß brach er ein BGJ im Bereich Holz sowie eine anschließende Zweiradmechanikerlehre ab. 1995 scheiterte nach wenigen Monaten ebenfalls eine Arbeitsbeschaffungsmassnahme als Fahrzeuglackierer. 1997 arbeitete er im Rahmen eines Jugendprojekts für einige Monate im Gartenlandschaftsbau. Während der Inhaftierung beendete er erfolgreich einen Lehrgang zum Schweißer.

5. Kreatives Potential

Sport: Herr Schmidt berichtete, dass er schon als Kind gerne sportlich aktiv war. Er verspürte schon immer einen „Drang nach Bewegung“, konnte diesen jedoch nur bedingt aufgrund seiner Fußbehinderung nachgehen. Mit zunehmendem Alter verbesserte sich dieser Zustand. Herr Schmidt fuhr viel Fahrrad und Inline-Skating; teilweise exzessiv, manchmal sei er stundenlang „durch die Gegend gefahren“ – insbesondere nach „Streß“ mit seiner Mutter. Aufgrund seiner Geschicklichkeit beim Inline-Skaten wurde er öfters angesprochen. Während der sportlichen Aktivitäten im Rahmen der hiesigen Therapie zeigte Herr Schmidt motivierten, engagierten Einsatz und Freude an der Bewegung. Die bestehende körperliche Beeinträchtigung konnte der Patient nicht akzeptieren; er versuchte sie zu ignorieren.

Begabung im Malen und Zeichnen: Während der Haftzeit entdeckte er seine Freude am Malen. Er zeichnete Motive nach und entwickelte seine Fähigkeit weiter. Herr Schmidt konnte andere Mitpatienten mitbegeistern und malte gemeinsam mit ihnen. Aus diesem Grund wurde dem Patienten auch die Verantwortung für den Kreativitätsraum übergeben.

Sonstige Aktivitäten: Der Patient zeigte Begabungen im handwerklichen Bereich. Ein Interesse am Lesen von Abenteuer Geschichten, Phantasieromanen sowie Bücher über Esoterik wurde deutlich.

6. Therapievorverfahren

6.1. Ambulante Behandlung

Seit 1996 unterhielt Herr Schmidt unregelmäßig Kontakt zur Drogenberatung im Gesundheitsamt seiner Heimatstadt. Er bereitete mit Hilfe des Drogenberaters die beiden ersten Therapieversuche vor. Eine Sozialarbeiterin in der JVA leistete die psychosoziale Betreuung sowie die Vorbereitungen für die jetzige Therapie.

Subjektive Bewertung: Die ambulante Behandlung durch den Drogenberater bewertete Herr Schmidt als wenig sinnvoll. Letztlich sah er jedoch seinen eigenen Anteil. Er sei extrensisch motiviert gewesen; seine gesundheitliche Situation sowie die juristische Situation hätten ihn „gezwungen“ etwas zu tun. Zu der Zeit habe er selbst nichts verändern wollen. Die Betreuung während der Haftzeit bewertete Herr Schmidt positiv. Er habe zu der Beraterin Vertrauen entwickeln und mit ihr über seine Probleme sprechen können.

6.2. Stationäre Entwöhnungsbehandlungen

Während des ersten Therapieversuchs 1996 zeigte Herr Schmidt sich laut Entlassungsbericht der Einrichtung als ein „kindlicher Patient“, dem es im Rahmen der Einrichtung zu langweilig, zu wenig Aufregung und zu wenig „Aktion“ gab. Herr Schmidt versuchte ständig, in der Gruppe durch Abbruchdrohungen um Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen und ließ sich nur langsam auf therapeutische Regeln ein. Die Einschränkungen im Bereich Musik- und

Fernsehkonsument waren für ihn nicht akzeptabel und er wertete ständig die therapeutischen Prozesse ab. Der Versuch, Herrn Schmidt relativ schnell in Einzeltherapie zu nehmen, gelang nicht. Herr Schmidt erzählte zwar sehr viel über seine Kindheit, ließ sich jedoch nie auf eine therapeutische Beziehung ein. Aufgrund des therapeutischen Verlaufs kam es bereits nach sechs Wochen zu einem Abbruchversuch, den der Patient jedoch nicht durchführte. Er ließ sich noch einmal zu einem Verbleib in der Einrichtung bewegen, brach jedoch kurz darauf die Behandlung ab.

Subjektive Bewertung: Herr Schmidt sieht die erste Therapie als für ihn wenig gewinnbringend. Er habe sich auf die Therapie nicht eingelassen und nach wie vor in seinem Leben nichts ändern wollen. Die Gruppentherapie sei neu und „bedrohlich“ für ihn gewesen.

Der zweite Therapieversuch im Frühjahr 2000 endete nach drei Monaten mit einer disziplinarischen Entlassung. In der Einrichtung fiel Herr Schmidt von Beginn an durch seine extreme Aggressivität auf, die ihren Ausdruck in aggressiven Ausbrüchen fand und in einer beobachtenden, taxierenden und fixierenden Mimik, die auf äußerst mißtrauische Wachsamkeit in Bezug auf andere Menschen schließen ließ. Er wurde vermehrt von Gruppenmitgliedern darauf hingewiesen, sich zu „zügeln“, da er deswegen täglich im Mittelpunkt der Kritik stand und in der Lage war, Gruppensitzungen „zu sprengen“. In Gesprächen fiel sein verbissen, starr wirkender Gesichtsausdruck auf, der keinen Anflug von Lächeln erkennen ließ. Auf beschwichtigende und freundliche, klare Hinweise reagierte Herr Schmidt positiv und konnte sich für bestimmte Zeiträume immer wieder eingliedern. Dies gelang ihm jedoch nur vorübergehend, so dass bis zu seinem Weggang seine Gruppenfähigkeit in Frage gestellt war. In den ersten Wochen seiner dortigen Therapie entstand der Eindruck, dass Herr Schmidt noch unter ausschleichenden halluzinogenen Drogeneinflüssen gestanden hatte. Zum Ende der drei Monate hin besserte sich sein Zustand. Die Phasen, in denen er sich zurücknehmen und besser eingliedern konnte, wurden größer, so dass die Einrichtung mutmaßte, dass seine befremdlich wirkenden Reaktionen und Verhaltensweisen weiterhin rückbildungsfähig seien. Es wurde vermehrt integrierend, ernsthaft mit klaren Verhaltensanforderungen auf ihn eingewirkt, wobei Herr Schmidt durch seine Ausbrüche, sein tiefes Mißtrauen in andere Menschen und seine Kontakt- und Beziehungsstörungen die Frage aufkommen ließ, wie weit er sich in Gruppen integrieren und wie weit das dortige Therapieangebot greifen konnte.

Herr Schmidt wurde letztlich wegen eines Alkoholrückfalls entlassen. Herr Schmidt bekam während der Entlassungsregularien noch einen aggressiven Ausbruch und beschimpfte die Mitarbeiter. Herr Schmidt wurde aus disziplinarischen Gründen entlassen. Die weitere Therapiebedürftigkeit stand für die Einrichtung außer Frage; eine Wiederaufnahme dort kam für sie jedoch nicht in Betracht.

Subjektive Bewertung: Herr Schmidt bedauerte die zweite Therapie nicht regulär abgeschlossen zu haben. Er habe sich dort gut eingelebt. Es sei ihm zu „nah und eng“ geworden; der beginnenden Auseinandersetzung mit der Vergangenheit habe er „aus dem Weg“ gehen wollen.

Herr Schmidt war sich sicher, daß die beiden Therapieversuche ihm bei der jetzigen Behandlung hilfreich sind.

7. Therapieverlauf

Herr Schmidt kam im Februar 2001 aus der JVA in unsere Einrichtung. Er wirkte zu Beginn sehr angespannt, hatte Schwierigkeiten, Hilfe zu erbitten und war in seinem Verhalten stark auffällig: er verließ Gruppensitzungen, beleidigte Mitpatienten, lachte in emotional dichten Situationen und zeigte insgesamt wenig Einfühlungsvermögen bei sich und anderen.

Gleichzeitig war Herr Schmidt bemüht, sich den vorgegebenen Strukturen anzupassen und bekundete trotz der Auffälligkeiten seine Behandlungsmotivation.

Schon frühzeitig wurden erhebliche sowohl selbst als auch fremdaggressive Tendenzen bei dem Patienten deutlich, deren Wurzeln in kindlichen und jugendlichen Traumatisierungen liegen (siehe 8.3.).

Entsprechend dieser ersten Diagnostik und vor dem Hintergrund einer Verdachtsdiagnose einer Persönlichkeitsstörung ging es in den ersten Therapiewochen (siehe 8.1.) vornehmlich darum, einen verlässlichen, kontinuierlichen Kontakt zu Herrn Schmidt aufzubauen. Dabei zeigte sich eine deutliche Nähe-Distanz-Problematik; der Patient stellte den Kontakt zu mir wiederholt in Frage und durch unangemessene Verhaltensweisen auf die Probe und äußerte insbesondere nach vertrauensvollen Gesprächen immer wieder vermehrt Mißtrauen (siehe 8.6.). Dabei führte die Erfahrung, dass trotz dieser Verhaltensweisen Verlässlichkeit von meiner Seite gegeben war, zu einer allmählichen Reduktion der Auffälligkeiten. Diese vorsichtig positive Entwicklung ging auch mit einer Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens einher.

Im April 2001 fand die erste sogenannte „Orientierungsgruppe“ des Patienten zur Überweisung in die folgende Therapiephase statt. Die Vorbereitung dieser Gruppensitzung, die auch die Darstellung des Lebenslaufes beinhaltet, war von großen Unsicherheiten und Zweifeln begleitet. Mehrfach wurde Herrn Schmidt die Sicherheit gegeben, dass die erheblichen Traumata in seiner Biographie nicht in der Gruppe thematisiert werden müssen; Herr Schmidt nutzte den einzeltherapeutischen Rahmen zur Entlastung. Dabei wurde der Schwerpunkt auf konservativ-stützende und palliative Interventionen gelegt. Unterstützend wirkten hier vermehrte Freiräume und abendliche Entspannungsübungen sowie Akupunktur. Der Therapieprozeß gestaltete sich zufriedenstellend, so dass eine Überweisung in die folgende Therapiephase erfolgen konnte.

In der Folgezeit wurden die Anforderungen etwas höher dosiert. Der Patient reagierte erneut mit vermehrten Stimmungsschwankungen, potentiell aggressivem Verhalten und Infragestellung des therapeutischen Kontaktes. Diese Instabilität wurde noch forciert durch ein familientherapeutisches Gespräch mit seinen Eltern, das von Herrn Schmidt zwar gewünscht war, jedoch nur teilweise adäquat toleriert werden konnte. In der vornehmlich stützenden und ressourcen-orientierten Begleitung konnte das Hobby Malen reaktiviert werden. Diese erlebniszentriert-stimulierende Modalität nutzte er zur Darstellung eigener Gefühle, Ängste und Befürchtungen. Es kam mehrfach zu Krisen, Craving und Abbruchgedanken, die letztendlich im therapeutischen Rahmen gut abgefangen werden konnten.

Im Juni 2001 rückten körperliche Symptome bei Herrn Schmidt verstärkt in den Vordergrund. Der Patient versuchte die körperliche Behinderung (siehe 3.2.) vollständig zu ignorieren. Die Anforderungen im arbeitstherapeutischen Alltag führten jedoch dazu, dass Herr Schmidt genötigt war, die eigenen Grenzen wahrzunehmen.

Anfang Juli 2001 kam es zu einer krisenhaften Entwicklung, nachdem Herr Schmidt im Einzelgespräch erneut erhebliche Traumata aus seiner Jugendzeit verbalisiert hatte. Stützende Interventionen wehrte der Patient ab, das bestehende Vertrauen zu mir wurde negiert und eigen- und fremdaggressive Tendenzen traten auf. Zunächst bat Herr Schmidt darum, in ein psychiatrisches Krankenhaus überwiesen zu werden, konnte sich nach entsprechenden Gesprächen dazu entscheiden, die Krise im Rahmen unserer Einrichtung mit medikamentöser Unterstützung durchzustehen. Herr Schmidt wurde für einige Tage von der Gruppentherapie befreit. Durch die Vermittlung substitutiver, korrekativer und alternativer emotionaler und kognitiver Erfahrungen wurde im Sinne des zweiten Weges der Heilung versucht Herrn Schmidt im Übertragungsprozess „nachzubeeltern“. Unter dieser Vorgehensweise konnte eine Stabilisierung binnen fünf Tagen erreicht werden. Stimmungsschwankungen und Abbruchgedanken klangen ab; der Patient war wieder in der Lage am „Therapiealltag“ teilzunehmen.

Im weiteren therapeutischen Prozess ging es darum, positive und protektiven Erfahrungen und Erlebnissen eine stärkere Bedeutung zu geben. Herr Schmidt neigte dazu, lediglich

negative Faktoren seines Lebens zu sehen und „nährende Inseln“ abzuwerten. Durch Beobachtungsaufgaben und Dokumentation wichtiger Erfahrungen gelangte Herr Schmidt sukzessiv zu einer differenzierteren Sichtweise, was sich günstig auf seine Stimmung niederschlug. In der Folge zeigte sich Herr Schmidt konstruktiver in der Zusammenarbeit mit anderen Patienten. Spontane Überreaktionen, in denen Herr Schmidt alles abwertete, provozierte und den Sinn der Therapie in Frage stellte, waren in dieser Phase gegeben, konnten jedoch schneller vom Patienten in einen Zusammenhang mit Vorangegangenem reflektiert und dann korrigiert werden.

Seine liebenswerten Anteile, die zunehmend zum Vorschein kamen, brachte Herr Schmidt Sympathien im Kreise seiner Mitpatienten ein. Emotionale Offenheit auch in diesem Kontext führte dazu, dass Herr Schmidt aus den anfänglich vermehrten oberflächlichen Beziehungen nach eigenem Ermessen eine Auswahl traf, die er dann kontinuierlich vertiefte. Dabei machte er die Erfahrung von gegenseitiger Akzeptanz und Wertschätzung, was sein Selbstbewußtsein und Selbstvertrauen deutlich stärkte.

Im Rahmen dieser Erfahrungen äußerte Herr Schmidt erneut den Wunsch nach einer Beziehungsklärung mit den Eltern. Nach wiederholter Abwägung in einzeltherapeutischen Settings entschied er sich, mit seinen Eltern über die Vergangenheit und seine Zukunftspläne zu sprechen. Es gelang Herrn Schmidt seinen Eltern seine vergangenen Verletzungen und seine Wünsche mitzuteilen, In der Reflektion dieses Gesprächs wurde Herrn Schmidt deutlich, dass zum einen er selbst viel zu dem gestörten Verhältnis zu seinen Eltern beigetragen hat, zum anderen jedoch die bekannten Gefühle von „ich werde nicht verstanden“ und „ich habe Schuld, es liegt nur an mir“ reaktiviert wurden. Herr Schmidt erkannte, dass er zukünftig nicht mehr mit seinen Eltern zusammenleben kann und darf, wenn er clean leben möchte. Durch diese Klarheit geriet der Patient erneut in eine Krise, da er dadurch mit den bekannten Gefühlen des „Allein-seins“ konfrontiert wurde. Herr Schmidt stellte alles in Frage, entwertete sich selbst, was zu fremd- und autoaggressiven Tendenzen führte. Diese waren vornehmlich Ausdruck unterdrückter Trauerreaktionen, die Herr Schmidt kaum zuzulassen vermochte. Infolgedessen verfiel er in Selbstzweifel, die er kaum auszuhalten wußte und zu Abbruchgedanken führten. In situationsnahen und lösungsorientierten Gesprächen mit den therapeutischen Wirkfaktoren der „emotionale Annahme und Stütze“ und der „Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrung“ wurden mehrfach Verhaltensstrategien erarbeitet, die ihn jeweils kurzfristig stabilisierten.

Im weiteren therapeutischen Prozeß ging es um die langsame Verselbständigung des Patienten. Wir besprachen mit ihm Möglichkeiten von Probeausgängen, um in begrenztem örtlichen Umfang neue Erfahrungen machen zu können. Zum einem entsprach dies dem Wunsch des Patienten – der im Vorfeld vermehrt auf die Teilnahme an einem Sportverein drängelte - auf der anderen Seite lösten diese beim Patienten Ängste und Zweifel aus, die er jedoch überspielte bzw. hinter einer verbal aggressiven Fassade verbarg. Die Krise spitzte sich zu, was wiederum zu Abbruchgedanken bei Herrn Schmidt führte. Er läutete eine sogenannte Akutgruppe ein, um der Gruppe mitzuteilen, dass er die Therapie abbrechen möchte. In dieser Gruppensitzung berichtete der Patient sehr offen von seinen Schwierigkeiten, erstmalig von seinen Traumata wie auch von seinen Wünschen nach Nähe und Geborgenheit, die erhebliche Ängste aber auch Aggressionen auslösten. In dieser Situation gelang es zunächst, Herrn Schmidt zu stabilisieren und in der Einrichtung zu halten. Es war noch einmal möglich, den Patienten für die Zusammenhänge zwischen seinem Verhalten und seinen Problemen zu sensibilisieren. Herr Schmidt erfuhr von der Gruppe viel Verständnis und Zuwendung (Solidaritätserfahrung) und in den folgenden beiden Tagen vor seinem Therapieabbruch erhielt Herr Schmidt Beziehungsangebote von einigen Patienten. Dieses tat dem Patienten sichtlich gut, andererseits verwirrte es ihn emotional entsprechend seines Narrativs: „Wenn dir jemand zu nahe kommt, musst du aufpassen“ (siehe 11.). Herr Schmidt entwickelte wiederum Abbruchgedanken und verließ im August 2001 unsere Einrichtung. Er suchte das Gespräch zu mir, bedankte sich für die Hilfestellung und entwertete im gleichen Moment die gesamte Zusammenarbeit. Herr Schmidt verzichtete

auf die Verabschiedung von seinen Mitpatienten und ging dadurch einer erneuten Auseinandersetzung mit seiner Entscheidung aus dem Weg. Herr Schmidt brach die Therapie mit sehr widersprüchlichen Gefühlen ab.

Entsprechend dem tetradischen Modell befand sich Herr Schmidt in der Integrationsphase. Das in der Aktionsphase Erlebte wurde in einer Rückschau durchgearbeitet, reflektiert, zusammengefaßt und konnte beginnend in den Lebenskontext integriert werden. Herr Schmidt erfaßte sein Leben kognitiv besser und war sich seines Verhaltens und seiner Emotionen bewußter. Beim bevorstehenden Übergang in die Konsolidierungs- und Neuorientierungsphase beendete Herr Schmidt die Therapie.

8. Prozessuale Diagnostik

8.1 Diagnosephase

Herr Schmidt kam aufgrund der bisherigen Diagnosen im Rahmen des Verbundsystems „Psychose und Sucht“ zur Aufnahme in unsere Einrichtung. Eine Persönlichkeitsstörung wurde aufgrund ausgeprägter Kontakt- und Beziehungsstörungen sowie der stark auffälligen sozialen Desintegration vermutet.

In der Diagnosephase (ca. vier Wochen; danach prozessuale Diagnostik) folgt die medizinische, psychologische und arbeitstherapeutische Diagnostik sowie die Prüfung der Rehabilitationsfähigkeit, die Definition der persönlichen Therapieziele, die Analyse der Ressourcen, einer Rückfallanalyse und die individuelle Therapieplanung mit anschließender Fallkonferenz zur Formulierung von Arbeitshypothesen und Zuweisung in unseren verschiedenen Angeboten. Unser therapeutisches Vorgehen lag zunächst in der sorgfältigen Beschreibung der Symptome im bio-psycho-sozialen Bezugsrahmen. Die Diagnosephase bei Herrn Schmidt dauerte länger, weshalb er vermehrt von mir in unsere Fallbesprechungen eingebracht wurde. Zum einen zeigte Herr Schmidt sich in den verschiedensten Therapiebereichen unterschiedlich; zum anderen wollten wir eine vorschnelle Zuschreibung und „Etikettierung“ verhindern.

Im Aufnahmeverfahren wurde deutlich, dass Herr Schmidt wußte, dass er an unserem Sucht- und Psychoseangebot teilnimmt, er jedoch selbst nichts von einer Psychose wußte – er habe während einer Entgiftungsbehandlung Halluzinationen gehabt, ebenfalls kenne er „Flashbacks“, die bis zu einer Stunde Dauer hatten und die begleitet waren von Unruhezuständen, Wahrnehmungsveränderungen und Herzrasen, ansonsten sei er jedoch „normal“. Ich informierte Herrn Schmidt, dass wir dieses in den ersten Therapiewochen überprüfen und abklären und ihn über den jeweiligen Stand in Kenntnis setzen, gegebenenfalls ihn aus den Doppeldiagnoserahmen herausnehmen. Über den hergestellten „informed consent“ war Herr Schmidt positiv überrascht und stimmte zu. Dadurch wurde dem Patienten Mitwirkung am therapeutischen Vorgehen eröffnet und die „client dignity“ gewährleistet.

Im Folgenden habe ich im Sinne der prozessualen Diagnostik die Phänomene, die Herr Schmidt zeigte, ermittelt, zugeordnet und überprüft, ob und welche psychische Erkrankung vorliegt. Unterstützend war hier meine Fortbildung; sowohl im Seminar „Sucht, seelische Erkrankung und Persönlichkeit“ sowie die begleitende externe Gruppensupervision nutzte ich zur Besprechung von Herrn Schmidt (siehe 11.).

Die ausgeprägten Stimmungsschwankungen kombiniert mit erheblichen aggressiven Impulsen, Suiziddrohungen und einem negativen Selbstbild führten nach fachlicher Auseinandersetzung außerhalb als auch innerhalb unserer Einrichtung zur Diagnoseerhebung einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus. Nach dieser diagnostischen Klarheit waren Verhaltensweisen von Herrn Schmidt nachvollziehbarer, verständlicher (dadurch wurde die Arbeit mit Herrn Schmidt für mich auch weniger „anstrengend“).

8.2. Bedürfnis- und Motivationsanalyse

Herr Schmidt hatte nach zwei Therapieversuchen trotzdem das Gefühl, das er nur über eine Therapie sein Leben wieder „in den Griff“ bekommt“. Darunter verstand er, dass er eine Ausbildung absolviert, einer geregelten Arbeit nachgeht und eine Beziehung zu einer Frau aufbaut. Er wollte drogenfrei leben, weil er das Gefühl hatte, dass sein Körper den massiven Drogenkonsum nicht länger mitmachen würde. Körperlich sei er schon so „heruntergekommen“ und mehrfach dem Tode „gerade noch ausgewichen“. Er habe die Gefühle von Einsamkeit, die Erinnerungen an die negativen Erfahrungen nach Drogenkonsum (Horrortrip, Halluzinationen, Alpträume) „satt“ und für das harte Leben auf der Szene keine Kraft mehr.

Herr Schmidt hatte Cleanzeiten, in denen er sich gut fühlte; er baute zu einer Frau eine Beziehung auf, bezeichnete diese als die „schönsten Monate seines Lebens“ und hoffte diesen Zustand zukünftig wieder zu erreichen.

8.3 Problem- und Konfliktanalyse

Defizite:

Herr Schmidt erlebte in seinem Elternhaus eine Unter-Stimulierung. Seine Mutter war aufgrund ihrer scheinbar zwanghaften Persönlichkeitsstruktur nicht in der Lage, das Kind emotional zu versorgen bzw. seine Entwicklung zu fördern. In der Familie wurde nicht darüber gesprochen, wie es den einzelnen Familienmitgliedern geht (prävalentes Milieu von kalter und interessenloser Atmosphäre gekennzeichnet). Herrn Schmidt war bewußt, dass er mit Schwierigkeiten nicht zu seinen Eltern gehen konnte, da diese besonderen Wert darauf legten, dass er sich ruhig verhielt und gegenüber der Nachbarschaft der Schein gewahrt blieb. Herr Schmidt nahm Rücksicht auf seine Mutter, versuchte sich anzupassen und es ihr recht zu machen. Bei Fehlern beschimpfte die Mutter ihn. In dieser entwertenden Umgebung wurde auf das Mitteilen von Gefühlen in unangemessener, extremer Weise reagiert; es wurde nicht ernst genommen, sondern stattdessen bestraft. Die vom Patienten zum Ausdruck gebrachten Erklärungen, Motive und Absichten für sein Verhalten wurden als falsch zurückgewiesen. Als der 10-jährige Patient seinen Eltern vom erfahrenen Mißbrauch informierte (siehe Traumata), wurde ihm mitgeteilt, dass er sich das „ausgedacht“ hätte. Der Patient erlebte seine Mutter oft als „komisch“, „irgendwie kalt und krank“; er konnte sich an positive, liebevolle Worte und Zuwendungen nicht erinnern.

Der Vater verhielt sich schweigsam und passiv. Obgleich der Patient wahrnahm, daß der Vater sich ebenfalls über seine Ehefrau ärgerte, sagte und unternahm er in der Konfliktsituationen nichts; vielmehr versuchte er den Sohn zu „besänftigen“ mit dem Kauf von Spielsachen und später mit gemeinsamen Kneipenbesuchen, bei denen der Vater abwertend über seine Ehefrau sprach.

Traumata:

Die Traumatisierungen erfolgten nicht in der Primärfamilie, wurden hier jedoch aufgrund fehlender Unterstützung reaktiviert.

Im Alter von ca. 5 Jahren wurde Herr Schmidt vom Nachbarjungen über einen ca. dreimonatigen Zeitraum regelmäßig mißbraucht (Überstimulierung bei mangelndem Beistand im Elternhaus). Im Alter von 10 Jahren berichtete er seinen Eltern davon, die ihm nicht glaubten bzw. der Lüge beschuldigten.

Als Herr Schmidt ca. 14 Jahre alt war, wurde er erneut sexuell mißbraucht (siehe Freundschaften, 4.2). Auf der Suche nach Unterstützung wurde ihm vorgeworfen, „es

gewollt“ zu haben. Seinem Vater vertraute er sich an, der mit Empörung, Unverständnis und Abwertung reagierte („Warum treibst Du Dich auch mit diesen Leuten herum“; „Wenn Du Dir die Pest (der Vater meinte Aids) eingefangen hast, schlage ich Dich tot“).

Störungen:

In der Kindheit des Patienten gab es regelmäßige inkonstante und uneindeutige Stimulierungen. Herr Schmidt schilderte seine Mutter als „völlig unberechenbar“. Wenn er als Kind spielte, schimpfte seine Mutter mit ihm, weil das Spielzeug herum lag; sie schmeichelte dem Patienten, wenn sie etwas von ihm haben wollte; sie schimpfte ständig bei der „kleinsten Kleinigkeit“ und der Patient konnte es ihr nie recht machen; als der Vater nach Alkoholabusus zusammenbrach, reagierte die Mutter auf das Drängeln des Patienten, einen Arzt zu holen, mit Schreien, Beleidigungen und sorgte sich mehr um den verschmutzten Teppich als um ihren zusammengebrochenen Mann; der Patient wurde von der Mutter gefragt, warum er „jetzt“ schon aus der Schule komme, sie hätte ohne ihn viel mehr Ruhe gehabt.

Während die Mahlzeiten in der Woche weitestgehend allein eingenommen wurden, sollte am Wochenende ein gemeinsames Mittagessen stattfinden. Das Essen wurde in der beengten Küche eingenommen, an einem Tisch, wo nur zwei Personen, der Vater und der Patient, sitzen konnten. Die Mutter aß im Stehen. Während der Vater mehrfach den Hinweis gab, dass man im Wohnzimmer an dem großen Tisch essen könnte, blieb es beim Essen in der Küche, da die Mutter darauf hinwies, dass dann noch mehr „schmutzig werde“. Herr Schmidt erlebte diese Mahlzeiten als „grausam und kaum auszuhalten“; der Vater gab auf, schwieg, die Mutter versuchte irgendwie ein Gespräch zu führen, was scheiterte.

Herr Schmidt blieb öfters ohne Absprache mit seinen Eltern bei Klassenkameraden und kam einige Male nachts nicht nach Hause. Es gab keine Reaktionen von den Eltern; „Ich schien ihnen egal zu sein“.

Herr Schmidt konsumierte ab seinem 13. Lebensjahr Alkohol; seine Mutter beschimpfte ihn zwar („Du bist ein Trunkenbold wie dein Vater“), unternahm jedoch sonst nichts. Später trank er gemeinsam mit seinem Vater in Kneipen.

Konflikte:

Konträre Stimulierungen kennzeichnen vor allem Kindheits- und Jugendzeit des Patienten.

Im Hinblick auf seine Mutter empfand Herr Schmidt Wut aber auch Mitleid; er nahm wahr, dass seine Mutter irgendwie „eine Macke hat“. Er hatte Schuldgefühle, wenn er durch sein provozierendes Verhalten die Mutter „reizte“ und Streitigkeiten zur Eskalation brachte, obgleich er die Hilflosigkeit der Mutter spürte. Es bestand ein intrapsychischer Konflikt.

Herr Schmidt hatte Aggressionen gegenüber seinen Eltern, die eng mit den Szenen beim Mittagessen am Wochenende in Zusammenhang standen. Er ärgerte sich sowohl über das Verhalten seiner Mutter als auch über das Schweigen seines Vaters. Der Patient hatte Angst, dass sich seine Aggressionen unkontrolliert entladen könnten.

Das Selbstwertgefühl von Herrn Schmidt war stark beeinträchtigt; er hatte das Gefühl „er sei nicht in Ordnung“, „er mache seinen Eltern das Leben schwer“; er empfand sich aufgrund seiner körperlichen Behinderung für unattraktiv, unansehnlich und konnte sich selber nicht leiden.

Herr Schmidt lebte während der Therapie ständig in dem Konflikt zwischen Angst vor Überforderung sowie vor Auseinandersetzung mit der Vergangenheit und dem Verlust der emotionalen Kontrolle sowie der Angst vor dem erneuten Abbrechen der Therapie.

Herr Schmidt wollte einerseits von den Drogen „weg“, andererseits steckte er in dem Konflikt, dadurch alles aufzugeben, was ihm in den letzten Jahren Sicherheit gegeben hatte.

Herr Schmidt hatte den Wunsch, sich anderen / mir mitzuteilen und anzuvertrauen, gleichzeitig hatte er Angst, enttäuscht zu werden. Dieser Appetenz-Aversions-Konflikt / Nähe-Distanz-Konflikt war während der hiesigen Behandlung stets präsent.

8.4 Kontinuums-Analyse

Prävalente pathogene Milieus:

Herr Schmidt fehlten in seiner Kindheit beschützende, „nährende“ Eltern. Die Atmosphäre zwischen seinen Eltern und auch ihm gegenüber hat er als kalt und lieblos empfunden. Die Mutter wurde als unberechenbar erlebt, die Herr Schmidt schon sehr früh durch ihr Verhalten verunsicherte. Sie gab double-binds und reagierte auf persönliche Mitteilungen und Gefühle von Herrn Schmidt in unangemessener und extremer Weise. Herr Schmidt fühlte sich nicht ernst genommen, sondern wurde stattdessen bestraft oder beschimpft. Das anfangs schweigende und sich anpassende Kind, später provozierende, auffällige und „aufmüpfige“ Kind wurde von den Eltern ignoriert. Die Versuche von Herrn Schmidt, seine Bedürfnisse auszudrücken sowie Motive für sein Verhalten zu benennen, scheiterten; vielmehr wurde ihm gesagt: „Es liegt an Dir“. In dieser entwertenden Umgebung lernte Herr Schmidt nicht, wie er Emotionen richtig benennen, regulieren und emotionale Belastungen aushalten kann. Herr Schmidt empfand seine Gefühle oft als falsch, war dadurch stark verunsichert.

Herr Schmidt nahm wahr, dass sein Vater auf das Verhalten der Mutter mit Rückzug und Schweigen reagierte und vermehrt Alkohol konsumierte. Der Vater verließ oft die Wohnung und kam nach Kneipenbesuchen betrunken zurück. Nach einem Streit zwischen dem Patienten und der Mutter nahm der Vater seinen Sohn mit und sie tranken gemeinsam. Ab dem 13. Lebensjahr konsumierte Herr Schmidt regelmäßig Alkohol, was zwar zu Ärger mit der Mutter führte, jedoch kaum Auswirkungen hatte.

Im Jugendalter erfuhr der Patient über den Onkel etwas aus der Biographie der Mutter (siehe 4.2). Dadurch glaubte er, seine Mutter besser zu verstehen, hatte Mitgefühl, nahm Rücksicht, wurde jedoch nach einfühelndes Zugehen auf die Mutter erneut frustriert.

Kritische Lebensereignisse / Brüche:

Herr Schmidt erinnerte verschiedene Lebensereignisse, die für seine Persönlichkeitsentwicklung als kritisch eingestuft werden müssen:

- Der erlebte Mißbrauch als 5-jähriger, der von den Eltern als „ausgedacht und phantasiert“ mißachtet wird.
- Durch den (unter 3.1. beschriebenen) Verkehrsunfall und dessen körperlichen Auswirkungen wurde das soziale Netzwerk des Patienten stark beschädigt. Er konnte nicht mehr wie zuvor mit Klassenkameraden spielen und wurde in den folgenden Jahren oft gehänselt.
- Ein Bruch der Beziehung zur Mutter stellte eine Szene im Schlafzimmer der Eltern dar. Der Patient hatte Angst, dass der zusammengebrochene alkoholisierte Vater stirbt, wurde von der Mutter gehindert, den Notarzt zu rufen („die Nachbarn sollen nichts merken“) und bemerkte, wie die Mutter sich um den verschmutzten Teppich sorgt.
- Im Alter von 14 Jahren fand Herr Schmidt Bestätigung und das Gefühl von Zugehörigkeit in einer Motorradclique. Er wurde sexuell mißbraucht. Er erfuhr keine Unterstützung von den anderen Claqueenmitgliedern, auch nicht von seinen Eltern; vielmehr wurde er erneut entwertet und fühlte sich von seinem Vater, dem er sich anvertraute, gedemütigt (siehe Traumata, 8.2).
- Dramatisch schilderte Herr Schmidt seinen Horrortrip nach Einnahme von LSD. Er sei fast verrückt geworden, im Anschluß von nächtlichen Alpträumen aufgewacht und habe sich seit dem „nicht mehr so wie vorher gefühlt“. Danach sei der erstmalige Wunsch nach Drogenfreiheit aufgetaucht.

Einschätzung des bisherigen Lebenslaufs:

Herr Schmidt schätzte sein bisheriges Leben als erniedrigend, schlecht, bedrohlich ein und erlebte sich als „nicht erwünscht, überflüssig und lästig“. Er wollte sein Leben ändern, von den Drogen wegkommen, obwohl diese ihm sein bisheriges Leben überhaupt erträglich machten. Er strebte ein neues Leben an, obwohl er Angst davor hatte, den Anforderungen nicht gewachsen zu sein.

Die Lebensgeschichte von Herrn Schmidt weist eine Kette „schädigender Stimulierungen“ auf, sehr früh beginnende, lang anhaltende Defiziterfahrungen, wiederkehrende Traumatisierungen, mangelnde Verlässlichkeit der Eltern, eine negative Attribuierung durch die Mutter und grundsätzliche, die eigene Existenz in Frage stellende Konflikte.

Auswirkungen auf das „Hier und Jetzt“:

Herr Schmidt wuchs in einer Umgebung auf, die seine Gefühle für falsch und ungültig erklärt und wodurch er nicht lernen konnte, die eigenen Gefühle in einer angemessenen Art und Weise zu benennen und auszudrücken. Infolgedessen zeigte Herr Schmidt große Schwierigkeiten in der Modulation seiner Erregungen und in der Regulation von Gefühlen. Er neigte zu extremen Stimmungsschwankungen und einer erhöhten Verletzbarkeit.

Herr Schmidt zeigte die Tendenz, seine emotionalen Reaktionen, Gedanken, Überzeugungen und Verhaltensweisen zu entwerten. Er stellte unrealistisch hohe Anforderungen an die eigene Person, denen er nicht gerecht wurde und entwickelte demzufolge Selbsthaß. Insbesondere Gefühlsreaktionen, die mit Trauer und Verlust zusammenhängen, überforderten ihn und er versuchte, diese Gefühle zu unterdrücken und zu kontrollieren.

Deutlich wurde eine Suche nach Strukturen und Sicherheit. Er neigte dazu, die Umgebung ständig nach Richtlinien abzusuchen, wie er sein und was er denken und fühlen sollte. Gleichzeitig testete er diese immer wieder aus. Herr Schmidt wollte oft wissen, was die anderen von ihm denken und kann Schweigen nicht auszuhalten.

Er fühlte sich sehr schnell abgelehnt. Die nicht sofortige Befriedigung seiner Wünsche wertete Herr Schmidt als grundsätzliche Ablehnung seiner gesamten Person und reagierte beleidigt und verärgert.

8.5. Ressourcenanalyse

Soziales Netzwerk / Bildung / Lebenserfahrung:

Die Beziehung zu den Eltern erlebte der Patient nach dem zweiten Therapieversuch verändert; insbesondere durch die erste Auseinandersetzung mit seinem Verhalten und dem Erkennen seiner Mitverantwortung an dem Entstehen von vergangenen Situationen. Während der Haftzeit gab es einen regelmäßigen Briefkontakt, den Herr Schmidt zwar als oberflächlich, jedoch als „ersten positiven Schritt“ bewertete. Der Vater besuchte ihn zweimal in der JVA. Herr Schmidt berichtete, dass er hier vom Vater Unterstützung erfuhr – wie er es in seinem Leben öfters erlebte - jedoch war der Vater dann nur mit dem Patienten allein. Sobald die Mutter anwesend war, erlebte er den Vater wie zuvor schweigend und zurückhaltend. Herr Schmidt hatte weiterhin die Befürchtung, dass es zu Spannungen mit der Mutter kommt, hoffte jedoch auf eine Klärung und Verbesserung der Beziehung zu ihr. Sowohl der Vater als auch die Mutter hatten sich im Vorfeld bereit erklärt, ihn in der Therapie zu unterstützen und an Gesprächen teilzunehmen.

Bei seinem Onkel und dessen Ehefrau fand der Patient Rückhalt. In der Vergangenheit konsumierte er mit ihnen Cannabis. Beide seien jedoch inzwischen clean. Herr Schmidt fühlte sich gesehen und verstanden; es bestand ein sporadischer telefonischer Kontakt.

Herr Schmidt zeigte sich interessiert an Bildung, Wissen und Ausbildung. Er äußerte sein Bedauern darüber, dass er trotz bestehender Fähigkeiten „zu faul“ gewesen sei, etwas aus sich zu machen. Letztendlich scheiterten Ausbildungsversuche am Drogenkonsum. Die

positiven Rückmeldungen von Arbeitgebern, die der Patient in verschiedenen Arbeitsbereichen in Cleanzeiten erlangte, stimmten ihn optimistisch.

Die Hobbys des Patienten (siehe 5.) boten ihm Ausgleich; er konnte darüber Spannungen abbauen und Zufriedenheit erlangen. Stolz war Herr Schmidt über seine früheren sportlichen Leistungen. Er wußte, dass er in Cleanzeiten eine gute körperliche Konstitution und Leistungsfähigkeit hat.

Herr Schmidt erfuhr Bestätigung und Zuspruch bezüglich seiner malerischen und zeichnerischen Fähigkeiten. Er wurde in diesem Bereich von Mitpatienten angesprochen und um Unterstützung gebeten.

Zu den Ressourcen von Herrn Schmidt gehörte auch die gute Erinnerung an seine Großmutter, bei der er als Kind mehrfach die Ferien verbrachte. Er erfuhr von ihr Wertschätzung, Rückhalt und das Gefühl von Geborgenheit.

Die soziale Unterstützung von seiner Drogenberaterin, von der er sich angenommen und gesehen fühlte, konnte ebenfalls als positive Ressource genutzt werden.

Bewältigungsstrategien (Coping):

Herr Schmidt verhielt sich in seiner frühen Kindheit angepaßt und versuchte trotz Verunsicherung seiner Mutter „alles recht zu machen“. Frustrierend war für den Patienten, dass er keine positive Rückmeldungen erhielt, wenn er etwas gut gemacht hatte, wenngleich er beschimpft wurde, sobald er einen Fehler machte. Herr Schmidt berichtete, dass er ab ca. seinem achten Lebensjahr auffälliger wurde; so zeigte er häufige Wutanfälle, zerstörte sein Spielzeug und schlug mit dem Kopf und Händen gegen die Wand. Dieses habe er öfters provoziert, um eine Reaktion von der Mutter zu bekommen, Da Herr Schmidt davon ausging, alles falsch zu machen, provozierte er diese Situation immer häufiger. Es half ihm, seine Anspannungen abzubauen. Sein Vater reagierte oft erst bei Extremen (z.B. Diebstahl, Besuche von der Polizei). Herr Schmidt lernte, dass Impulshandlungen helfen, seine Anspannung abzubauen und provoziert infolge dramatische Situationen, um „sich selbst auszuhalten“.

Herr Schmidt war gewohnt, sich minderwertig, einsam, nicht beachtet und ungeliebt zu fühlen; machte er andere Erfahrungen, war er verunsichert und versuchte den gewohnten Zustand der Ablehnung zu erfahren. Herr Schmidt kontrollierte seine Gefühle, konnte, wie er sagte, „blitzartig eine Maske aufsetzen“, „den Schalter umlegen“ und er rechnete stets, dass seine Gefühle ausgenutzt werden.

Herr Schmidt hatte eine große Sehnsucht nach einer festen Beziehung. Aufgrund seines hohen Mißtrauens testete er ständig die Glaubwürdigkeit von Mitpatienten, die ihm Beziehungsangebote machten, da er davon ausging „sowieso fallengelassen“ zu werden.

Als sich Herr Schmidt in der Beziehung zu einer Frau (siehe 4.2.) sicher und aufgehoben fühlte und emotionale Nähe spürte, tauchten Verlustängste und Angst vor einer erneuten Enttäuschung auf. Diese Ängste bewältigte er über Drogenkonsum, der letztlich zum Beziehungsende führte. Insgesamt versuchte Herr Schmidt seine Gefühle von Angst, Einsamkeit, Traurigkeit und Wut mit Alkohol und später Drogen zu betäuben und darüber ihn belastende Lebensereignisse zu bewältigen.

Da er emotionale Belastungen nicht aushalten konnte, reagierte er mit Rückzug (zu Beginn der Therapie mit Verlassen des Gruppenraumes). Insbesondere wenn für ihn bedrohliche Themen besprochen wurden, reagierte er unangemessen lustig, aggressiv oder beleidigend. Erkennbar wurde die Tendenz, sich mit Arbeit zu überlasten, um nicht über sich selbst nachzudenken zu müssen, denn sowohl die Erinnerung über sein Leben wie sein eigenes Bild von sich selbst waren so negativ, dass das Nachdenken für ihn schon bedrohlich und belastend war. Ebenfalls überschritt er häufiger die Grenzen seiner Leistungskraft und gestand sich keine Schwächen zu, denn er hatte Angst als Versager zu gelten.

Deutlich wird, dass Herr Schmidt überlebensnotwendige Ressourcen besitzt. Es galt in der Therapie, die Situationsangemessenheit dieser selbst- und fremddestruktiven Tendenzen zu überprüfen und zu verändern, um sie schließlich um sozial angemessenere Bewältigungs-

stille und Interaktionskompetenzen anzureichern. Wichtiges Therapieziel war es, dass Herr Schmidt lernt, seine Bedürfnisse genauer wahrzunehmen, seine Gefühle besser zu regulieren, die Unkontrollierbarkeit destruktiver Behandlungen zu unterbrechen und im Gegenzug die bewußte Verantwortung für das eigene Handeln insgesamt zu stärken.

8.6. Interaktionsanalyse

Relationen der Bezogenheit:

Zu Beginn der Therapie hatte Herr Schmidt keinen guten Kontakt zu sich. Er beschrieb seine Lebensgeschichte distanziert, ohne Emotionen, wobei die Kontrolle und Anspannung deutlich spürbar war. Herr Schmidt fiel durch sein ernste, beobachtend-taxierende Mimik auf. Hinter dieser Fassade verdeckte er zu Beginn seine Gedanken und Gefühle der Ablehnung. Sukzessiv wurde jedoch deutlich, dass er schon erste Erkenntnisse über sich und sein Verhalten hat. Er erklärte, dass es sich nicht um sein „eigentliches Gesicht“ handelt, dass er seine Kontrolle wahrnimmt, er sich jedoch nicht in der Lage sieht, sich „echt“ zu zeigen. Schon zu Beginn benannte Herr Schmidt seine Schwierigkeiten, sich in andere einzufühlen und bezeichnete sich als „abgestumpft“. Er fiel in den therapeutischen Settings durch seine inadäquaten Haltungen auf (z.B. lachte er in einer Gruppenstunde, in der es um Abschied und Tod ging). Zunehmend gelang es dem Patienten, sich für sein Verhalten zu entschuldigen und verbal seine eigene Enttäuschung und Traurigkeit hierüber zum Ausdruck zu bringen.

Da die zwischenmenschlichen Beziehungen des Herrn Schmidt von Ablehnung, Anschuldigungen, Feindsehnlichkeiten und Mißbrauch gekennzeichnet waren, wird verständlich, dass er jeglichen Kontakt zunächst durch einen „Filter“ der vergangenen Erfahrungen kritisch und mißtrauisch bewertet. So zeigte Herr Schmidt die Fähigkeit, jeden Kontakt durch das Aufsetzen seines „harten Gesichts“ abubrechen oder aber auf die Probe zu stellen. Ich versuchte mit ihm immer wieder Kontakt herzustellen und die Unterschiede zwischen ihm und mir und anderen Menschen deutlich zu machen.

Übertragungsqualität:

Wie oben erwähnt wurde jeder neue Kontakt mißtrauisch bewertet und mehrfach „angetestet“. Vom Übertragungsgeschehen schien Herr Schmidt mir Mutterprojektionen entgegenzubringen. So bemühte er sich anfangs (wie in seiner Herkunftsfamilie) sich anzupassen, regelmäßig um Einzelgespräche zu bitten und „testete“, wie verlässlich bzw. wie sicher er bei mir sein konnte. So reagierte der Patient beleidigend als ein Gesprächstermin aus organisatorischen Gründen nicht zustande kam oder ein Einzelgespräch aus seiner Sicht zu kurz war. Er stellte den Kontakt zu mir in Frage, provozierte, beobachtete mich dabei sehr genau. Deutlich wurde, dass er Sicherheit brauchte, inwieweit ich für ihn da bin. Weil ich ihm klar und offen entgegentrat und nicht auf seine Provokationen einging, wechselte Herr Schmidt sein Verhalten. Hilfreich war es hier ihm zu spiegeln, was er gerade tat und ich fragte, ob er sicher ist, dadurch das zu erreichen, was er möchte. Sehr schnell erkannte Herr Schmidt den Hintergrund seines Verhaltens und im Verlauf der Therapiezeit wurden die Provokationen weniger. In den letzten beiden Wochen vor Therapieabbruch schien Herr Schmidt vom Übertragungsgeschehen her mir erneut Mutterprojektionen entgegenzubringen.

Nachdem die therapeutische Beziehung tragfähiger war und Herr Schmidt sich mir anvertraute, erstmalig über seine Traumata sprach und er sich von mir akzeptiert fühlte, übertrug er Liebesgefühle auf mich. Er fühlte sich in dem Maße von mir verstanden wie durch seine damalige Freundin. Er sprach seine Gefühle von Zuneigung mir gegenüber an und war überrascht, dass ich nicht einen Therapeutenwechsel vorschlug. Trotz der klaren Grenzziehung von meiner Seite, erlebte Herr Schmidt diese Situation als positiv, da er mit Ablehnung und Beziehungsabbruch gerechnet hatte. Abwechselnd brachte er mir positive Gefühle (Zuneigung, Liebe) entgegen, wenn er mir die Rolle als Freundin und Partnerin zuwies, und negative Gefühle (Ablehnung, Haß, Wut) in der Rolle als Mutter, von der er sich Zuneigung wünscht, die ihn jedoch ablehnt.

Widerstandsphänomene / Abwehrmechanismen:

- Herr Schmidt verhielt sich in emotional intensiveren Gesprächen und Gruppensitzungen auffällig: er war unruhig, stand auf, verließ den Gruppenraum, wurde blitzschnell aggressiv und entwertete Personen.
- Der Patient gab sich teilnahmslos in der Gruppe und starrte vor sich hin.
- Bei Behandlungsbeginn setzte er sich zu Beginn des Einzelgesprächs so hin, als sei er „auf dem Sprung“ und beabsichtige, sofort wieder herauszulaufen.
- Er antwortete nicht auf eine Frage, sondern fing ein anderes Thema an oder aber häufte er Probleme an.
- Der Patient machte sich über den therapeutischen Prozess lustig, „verstand“ bestimmte Fragen nicht und stellte die therapeutische Beziehung in Frage.
- Herr Schmidt drohte nach der Bearbeitung von ihm belastenden Themen mit Abbruch oder reagierte mit körperlichen Beschwerden.
- Er bemühte sich im Arbeitsbereich alles richtig zu machen und ging über seine Grenzen.
- Herr Schmidt verleugnete seine Wünsche nach Geborgenheit; in Situationen, in denen er eigentlich mit Traurigkeit und Enttäuschung reagieren müßte, wurde diese nicht spürbar.
- Herr Schmidt versuchte mit unterschiedlichen Erklärungen, nicht am Kaffeetrinken im Speisesaal am Wochenende teilzunehmen.

Die Widerstandsphänomene können als psychophysische Überlebenstechniken, als Veränderungs-widerstände gedeutet werden. Herr Schmidt hatte Angst vor Überforderung in der Therapie, in der bislang gelernte Rollen und Verhaltensweisen nicht mehr tragfähig waren und zusammenbrachen und er neue Schritte üben musste. Einige Male äußerte Herr Schmidt den Wunsch aber auch die Angst vor dem Sterben; dies könnte ein Hinweis auf die Verzweiflung als Ergebnis des inneren Konfliktes sein. Herr Schmidt fühlte sich zerrissen zwischen seinen bisherigen Lebensstrategien und den ersehnten neuen aus seiner Sicht kaum erreichbaren Lebensmöglichkeiten und betrachtete den Tod als einen letzten Ausweg aus seiner unerträglichen Lebenssituation.

Bei Herrn Schmidt lassen sich folgende Abwehrformen vermuten:

- archaische Retrofektion: Gefühle und Impulse von Wut, die eigentlich einer anderen Person gelten, werden auf die eigene Person zurückgelenkt. (Selbstentwertungen, unrealistisch hohe Anforderungen an die eigene Person; er hielt sich für häßlich, sprach abwertend über seinen Fuß)
- archaische Anästhesierung: Abschalten der eigenleiblichen Empfindungen und Gefühle. Herr Schmidt sah sich manchmal wie eine „Roboter“, der nur noch funktionierte, fühlte sich dabei innerlich leer und empfand dabei alles sinnlos.
- archaische Spaltung: Deutliche Störungen in der Wahrnehmung seines Selbst und anderer Personen. Herr Schmidt hatte diffuse Ängste, Träume, Bilder (als Selbst-Zustände) und Stimmungen, die dem Bewußtsein greifbar nahe waren und ihn bedrohen. Herr Schmidt wußte nicht, wer er ist und was mit ihm los war.

Gegenübertragungsresonanzen:

Während der Behandlung waren unterschiedlichste Gegenübertragungsresonanzen vorhanden. Überwiegend trat bei mir eine konkordante Gegenübertragung auf, d.h. ich

konnte mich gut in den Patienten einfühlen. In diesen Situationen fühlte ich meinen Wunsch, dem Patienten Erfahrungen von Unterstützung und Akzeptanz zu ermöglichen.

Öfters war ich in der Komplementärrolle d.h. ich fühlte mich wie die damalige strenge Mutter. Wenn der Patient mich provozierte und beleidigte, reagierte ich streng, klar und brachte meinen Ärger zum Ausdruck. Aufgrund des Impulses, ihn auch zu schützen, wandte ich die Interventionsform der Konfrontation jedoch vorsichtig an.

Es waren Doppel –oder Dreifach – Übertragungen gegeben. So z. B. wenn Herr Schmidt mich so behandelte, wie er seine Mutter damals behandelt hat, gleichzeitig aber auch als der kleine Junge verstanden werden wollte, (also Mitgefühl von mir erwartete) und darüberhinaus unbewußt erwartete bzw. befürchtete, dass ich ihn wie seine strenge Mutter behandle („Sie wird sicher böse auf mich sein“). In diesen Situationen fühlte ich mich angespannt und verwirrt. Hier erfuhr ich Hilfestellung und Klarheit in der externen Gruppensupervision und geriet infolgedessen weniger in Verwirrung und konnte klarer und schneller die Gegenübertragungsphänomene erkennen (unter Punkt 11 wird hierauf ausführlicher eingegangen).

Insgesamt war mir bewußt, dass im Mittelpunkt der Therapie die Beziehungsgestaltung steht d. h. das die therapeutische Beziehung sich immer wieder aufs neue bewähren muss. Nicht zuletzt durch die fachliche Auseinandersetzung wurde mir immer wieder deutlich, dass meine Haltung von Mitgefühl, Beständigkeit, Geduld geprägt sein muss und dass insbesondere mein Glaube und Zuversicht in die Effektivität der Behandlung größer sein muss als der Glaube von Herrn Schmidt an dessen Ineffektivität. (Anmerkung: Zeitweilig geriet ich hier persönlich an meine eigenen Grenzen).

Interaktionsverhalten in der Therapie:

Die Anfangszeit in unserer Einrichtung gestaltete sich recht schwierig. Herr Schmidt versuchte selbstsicher aufzutreten; dahinter wirkte er jedoch angespannt und erregt, wobei anfangs noch ein offenes aggressives Verhalten unterdrückt wurde. Sehr schnell kam jedoch diese Seite zum Vorschein. Er zeigte sich spontan in seinen Reaktionen, fiel durch seine beleidigende, aggressive Haltung auf. Statt für eine konstruktive Klärung zu sorgen, verhielt er sich abwertend gegenüber einzelnen Gruppenmitgliedern, was zu vielen Konflikten und infolge zu sogenannten Akutgruppen führte. In diesen Momenten war der Patient uneinsichtig, versuchte zu verhindern, dass eigene Schwächen erkannt wurden. Er konnte nicht begreifen inwieweit sein Humor, seine Witze verletzend sowie seine Umgangssprache beleidigend wirkten. Seine Eigenwahrnehmung unterschied sich stark von der Wahrnehmung der Gruppe; „Ich sage doch nur meine Meinung“. Herr Schmidt fühlte sich von der Gruppe mißverstanden, reagierte auf Kritik mit einer Trotzhaltung in lauter Weise. Erst nach zeitlichem Abstand gelang ihm eine selbstkritischere Betrachtungsweise dieser Situation, die er häufig provozierte. Aufgrund dieser Haltung hatte er massive Integrationsprobleme in die Patientengruppe. Im Gruppenalltag versuchte er die gruppengültigen Normen und Regeln zu umgehen bzw. auszutesten, er begab sich in Grenzbereiche, bis er eine „bedingte Kündigung“ erhielt. Seine Haltung erzeugte viel Mißtrauen und Ablehnung.

Durch eine klare Haltung sowie kontinuierliche Bindungsarbeit insbesondere in Einzelgesprächen konnte eine Basis geschaffen werden, in der er sich langsam in die Gruppe integrierte. Das Bewußtsein für Konsequenzen seiner grenzüberschreitenden und destruktiven Verhaltensweisen führten zu einer Veränderungsmotivation. Im weiteren therapeutischen Prozess entwickelte er ein realitätsgerechteres Selbstbild, was sich auf sein Interaktionsverhalten in der Gruppe günstig auswirkte. Zunehmend knüpfte er durch seine Späße und Sprüche oberflächliche Kontakte und verschaffte sich auch von einigen Anerkennung. Allerdings hatte dieses Verhalten auch zur Folge, dass Herr Schmidt mit seinen persönlichen Belangen bedingt ernst genommen wurde. Insgesamt ist festzuhalten, dass bis zum Therapieabbruch das Mißtrauen sowie die Angst vor „Gesichtsverlust“ beim Patienten dominierte. Die Solidarität und Akzeptanz, die er bei vorsichtiger Öffnung in

gruppen- und einzeltherapeutischen Settings erfuhr, führten zu begrenzter Vertrauensfähigkeit.

8.7. Spezifische Beobachtungsfelder

Körper / Leiblichkeit:

Bei Behandlungsbeginn fielen bei dem Patienten die eingeschränkte körperliche Belastbarkeit, das vermehrte Schlafbedürfnis sowie wiederkehrend auftretende Schmerzen auf. Dementsprechend wurden die körperlichen Belastungen für Herrn Schmidt reduziert; er bekam im Arbeitsalltag unübliche zusätzliche Pausen und konnte nach ca. zwei Monaten ohne Pausen an der Arbeitstherapie sowie am Sportprogramm teilnehmen. Seine körperliche Fitness steigerte er in seiner Freizeit, indem er freiwillig mit Mitpatienten Gymnastikübungen machte. Herr Schmidt erfreute sich an seinem körperlichen Wohlbefinden, jedoch wirkten sich Stimmungsschwankungen bei ihm sofort körperlich aus, was wiederum erneuter Grund zur Unzufriedenheit war. Herr Schmidt konnte körperliche Einschränkungen nicht akzeptieren, wertete sich und seinen Körper vehement in diesen Situationen ab. Ebenfalls traten für den Patienten unberechenbar koenästhetische Leibgefühle und Körperhalluzinationen auf, d. h. Herr Schmidt klagte über abstruse und kaum empfindbare Körperempfindungen, die nicht von außen gemacht empfunden wurden sowie Steifigkeitsgefühle, Druck- und Bewegungsempfindungen, Herzrasen und Größenveränderungen. Diese wurden psychiatrisch abgeklärt und infolge auch medikamentös behandelt. Vorstellungen beim Orthopäden fanden ebenfalls statt, da bei Herrn Schmidt (infolge seines Verkehrsunfalls) unter der regelmäßigen körperlichen Betätigung vermehrt Beschwerden im Bein auftraten. Es wurden orthopädische Schuhe empfohlen. Diesbezüglich konnte der Patient sich zunächst nicht überwinden, da er sich stark an frühere „Hänseleien“ beim Tragen von orthopädischen Schuhen erinnerte. Er bat um Bedenkzeit, nutzte die Empfehlung jedoch bis zum Therapieabbruch nicht.

Die bei Behandlungsbeginn starke psychomotorische Unruhe ließ zunehmend nach.

Herr Schmidt fiel durch eine starr wirkende Körperhaltung auf. Sein Gesichtsausdruck wirkte verbissen; er erhielt oft die Rückmeldung „nicht zu lachen“ und „hart und kalt“ zu wirken. Negativen Gefühlen konnte er gut Ausdruck geben, während sein Gesicht bei Gefühlen von Traurigkeit, Enttäuschung starr und unbewegt war. Durch Selbstbeobachtungen im Spiegel, durch das Einholen von Rückmeldungen bezüglich seines Gesichtsausdrucks veränderte sich die Gesichtsphysiologie; Herr Schmidt bekam weichere Gesichtszüge, Freude war ihm mehr anzusehen.

Emotionalität:

Herr Schmidt zeigte eine deutliche Fehlregulation emotionalen Erlebens und eine ausgeprägte emotionale Verletzbarkeit. Entsprechend der Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung beziehe ich mich auf die Ausführungen des Borderline – Verständnisses von LINEHAN, welche ich als sehr zutreffend erachte.

Borderline-Persönlichkeiten sind sowohl emotional verletzbar als auch unfähig, ihre Emotionen zu steuern. Sie können unangepasste, stimmungsabhängige Handlungen kaum unterlassen. Die emotionale Fehlsteuerung bezieht sich zwar am ausgeprägtesten auf negative Emotionen; es fällt ihnen aber auch schwer, positive Emotionen und deren Folgen auszusteuern.

Die Betroffenen haben eine „ausgeprägte“ Empfindlichkeit, d. h. sie besitzen eine niedrige Schwelle für emotionale Reaktionen und reagieren sehr schnell. Es bedarf nur schwacher Auslöser für eine emotionale Reaktion. Selbst Ereignisse, die andere Menschen völlig unberührt lassen, belasten sie. Ferner neigen sie dazu, Dinge zu dramatisieren.

Im negativen Spektrum heißt das, dass Situationen, die für andere Menschen nur ein wenig peinlich sind, eine schwere Demütigung bedeuten können; Verärgerung wird zur Wut; aus

leichten Schuldgefühlen kann sich ein intensives Schamgefühl entwickeln; leichte Besorgnis kann zu einer Panikattacke oder lähmenden Schmerz eskalieren.

Im positiven Spektrum sind sie idealistisch und neigen dazu, sich „Hals über Kopf“ zu verlieben.

Die Intensität der Emotionen führt zu einer Einengung der Aufmerksamkeit, so dass die Wahrnehmung emotionsrelevante Reize verstärkt wird. Dies führt u. a. zu einer Verzerrung von Interpretationen, Projektionen, persönlichen Vorhersagungen und sozialen Urteilen in Richtung der aktuellen Stimmung. Affekte wirken bei Borderline–Persönlichkeiten oft selbstverstärkend, weil sie so intensiv sind. Sie klingen oft erst nach Tagen wieder ab.

Herr Schmidt befand sich ständig in emotionale Krisen und zeigte o.g. Muster.

In der Selbsteinschätzung bezüglich seiner Emotionalität, die im Freiburger Persönlichkeitsinventar untersucht wurde, beschrieb sich der Patient selbst als labil, empfindlich, ängstlich und mit Problemen belastet.

Kognitiver Bereich:

Herr Schmidt wies geordnete formale Gedankengänge auf, es gab keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen, keine Wahrnehmungsstörungen. Die Konzentration und mnestischen Fähigkeiten waren gegeben. In der Anfangsphase schien die Instruktionfähigkeit unterentwickelt, konnte jedoch im Therapieprozess ausgebaut werden. Das Reflektionsvermögen und die Fähigkeit der Exzentrizität von Herrn Schmidt erweiterte sich mit zunehmender Übung.

Problemlösungskompetenz war gegeben, jedoch im Hinblick auf emotional besetzte Themen oder Konflikte wenig ausgeprägt. Hier wurden festgefügte kognitiv – affektive Schemata deutlich. Zu Beginn gab es bei Herrn Schmidt oft nur ein „Entweder – Oder bzw. Schwarz-Weiß Denken“. Dieses ist lt. LINEHAN ein Ergebnis der Störungen der Modulation von Gefühlen sowie das Nichtvorhandensein eines differenzierten emotionalen Beurteilungssystems. Persönlichkeiten mit einer Borderline–Struktur können einerseits für eine gewisse Zeit an einem affektiven Interaktionsmuster stark festhalten, jedoch unvermittelt in einen anderen Gefühlszustand wechseln. Diese - für die Interaktionspartner häufig uneinsichtigen und überraschenden Gefühlsschwankungen - ergeben sich daraus, dass die Betroffenen nicht die rational inhaltlichen Strukturen zwischenmenschlicher Beziehungen zum Orientierungspunkt wählen, sondern sie richten sich unmittelbar an den jeweils vorhanden aktuellen Stimmungen und Affekten aus. Bei Herrn Schmidt heißt das, dass er z. B. bestimmte Meinungen und Einstellungen zu Personen kaum oder gar nicht aufgeben mochte, es führte zu kognitiven Verunsicherungen. Erst wenn Herr Schmidt zu Beobachtungen und Erklärungen für ihn positive Gefühle empfand, konnte er seine Einstellung verändern. Im therapeutischen Prozess ließ er neue Gedanken und Ordnungen erstmal nicht an sich heran. Ich mußte genau, strukturiert und klar Themen und neue Gedanken vorbringen, dabei erlebte ich Herrn Schmidt sehr aufmerksam und überprüfend, jedoch erstmal an seiner Meinung festhaltend. Überraschend war es für mich, wie er das Gesagte dann für sich umsetzte und weiterentwickelte.

Werte, Normen, Prinzipien:

Herr Schmidt zeigte Gemeinschaftssinn und war bereit, etwas für die Gruppe zu tun, scheiterte oft aufgrund seiner o.g. Schwierigkeiten daran. Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit und Ordnung waren ihm wichtig; bei „Stimmungstiefs“ hielt er sich nicht daran, was zur weiteren Unzufriedenheit beitrug. Hilfsbereitschaft und der Einsatz für andere, insbesondere Schwächere, waren ihm wichtige Werte. Insbesondere wenn Patienten die Therapie abbrechen wollten, redete er ihnen vehement „ins Gewissen“ und kämpfte für und um sie.

Herr Schmidt legte Wert darauf, dass er für seinen eigenen Lebensunterhalt selbständig sorgen kann, möglichst nicht von Behörden abhängig ist. Aufgrund seines Wunsches selbständig zu werden, verzichtete er auf Geldangebote seiner Eltern wie auch auf deren Angebot für ihn eine Wohnung anzumieten. Der Patient hat in materieller Hinsicht niedrige

Ansprüche, wirkt eher bescheiden und kann auch mit dem in der Therapie zur Verfügung stehendem Taschengeld vom Sozialamt zu seiner Zufriedenheit auskommen. Seine aus der Drogenzeit resultierenden Schulden belasten ihn und er beginnt konsequent eine Ratenzahlung.

Alkohol- und Drogendistanz:

Herr Schmidt hatte in seiner Drogenkarriere viel Kontakt zur Drogenszene unterhalten, hier jedoch keine Beziehungen aufgebaut. Er bediente sich der Szene- und Knastsprache, war stolz auf seine Tätowierungen am Oberarm, kleidete sich jedoch nicht szenentypisch. Herr Schmidt legte Wert auf modische Kleidung und auf Körperpflege.

Die Distanz zu Alkohol war für den Patienten schwer; hinsichtlich einer zukünftigen Abstinenz war er unentschlossen. Bei Gruppenaktivitäten außerhalb der Einrichtung hatte er mehrfach den Wunsch, Alkohol zu trinken. Er konnte sich ein Leben ohne Alkohol nicht vorstellen und bagatellierte seinen früheren Alkoholgenuss. Er machte mehrfach deutlich, dass er nach der Therapie trinken möchte und provozierte mit dieser Thematik andere Gruppenmitglieder. In der letzten Woche vor seinem Therapieabbruch sprach er häufig seine Trinklust an.

8.8 Zielstruktur

Das wichtigste Ziel zu Beginn der Therapie war der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. In dieser Zeit beabsichtigte ich bzw. war mir folgendes wichtig:

- Wertschätzung, Zuspruch, Bestätigungen und Bekräftigungen geben
- Definition mit Herrn Schmidt der positiven und negativen Verhaltensweisen sowie Auflistung in der Reihenfolge seiner Wichtigkeit
- Aufbau eines stabilen Behandlungsrahmens.
- Geben eines haltenden Raums für die Wut des Patienten
- Setzen und Einhalten von Grenzen
- Fokus auf die Interventionen im „Hier und Jetzt“
- Vermeiden einer passiven therapeutischen Haltungen
- Konfrontativer, aktiver Umgang mit selbstzerstörerischem Verhalten
- Herstellen einer Verbindung zwischen Gefühlen und Handlung
- Entwicklung von grundlegenden Bewußtseinsfertigkeiten wie beobachten, beschreiben, teilnehmen, aushalten

Insgesamt ging es um eine geduldige Haltung mit dem Prinzip der kleinen Schritte.

Nach ca. 8 Wochen erfolgte gemäß Konzept die sogenannte Orientierungsgruppe, in der es um die Überweisung in die neue Therapiephase ging. Im Rahmen dieser Gruppensitzung müssen neben Lebenslauf und Reflektion der ersten Wochen auch die Ziele vorgestellt werden. Herr Schmidt hatte für sich folgende Ziele formuliert:

1. Umgang mit Menschen wieder lernen
2. Ich möchte ein bißchen mehr Mitgefühl zu anderen Menschen zeigen können
3. Streß abbauen und Hektik vermeiden
4. Schöne oder positive Dinge zu sehen und für mich auch anzuerkennen
5. Mehr auf mein körperliches Wohlbefinden achten
6. Regeln einhalten
7. Bei Negativem nicht sofort aggressiv und beleidigend werden
8. Mich mit meiner Familie und Vergangenheit auseinander setzen.

Für den Übergang in die Außenorientierungs- und Adaptionsphase sollten die Ziele von dem Patienten erweitert und ergänzt werden. Kurz vor Beginn dieser Phase brach Herr Schmidt die Therapie ab.

9. Prozessuale Analyse

9.1. Gruppentherapie

Motivation / Eigeninitiative / Beteiligung:

Wie im Therapieverlauf (Punkt 7) und in der Interaktionsanalyse (Punkt 8.6) deutlich wird, war Herr Schmidt in der Gruppentherapie stets sehr „präsent“; zu Beginn „automatisch“ oder „am Rande“ (weil im Fokus eigentlich ein anderer Patient stand), da er durch verschiedenste akute reaktive Störungen auffiel, die durch besondere Erregung oder Hemmung, impulsives Verhalten, heftige Entladung oder Ausagieren innerer Spannung gekennzeichnet waren. So verließ er einmal „türknallend“ die Gruppe, was meines Erachtens weniger ein Zeichen mangelnder Motivation und Beteiligungsbereitschaft darstellte als ein Widerstandsphänomen. Insgesamt beteiligte sich Herr Schmidt engagiert an den Gruppensitzungen und brachte zunehmend eigene Themen von sich aus ein. Öfters wirkte er desinteressiert, lustlos und blickte starr vor sich hin, wurde er jedoch angefragt, zeigte sich, das er wach zugehört hatte, das Gehörte mit seiner Lebensgeschichte verglich, eigene Überlegungen anstellte und das in Gruppen Erlebte für sich verwertete. Wenn Herr Schmidt von meinen Kollegen oder mir in den Fokus genommen wurde, verhielt er sich in der Regel erst abwehrend, konnte sich aber meist auf die Themen einlassen; oft war es abhängig von seiner aktuellen Stimmung. Anderen Gruppenmitgliedern stellte er kritische, provozierende Fragen. Bei psychodramatischen Gruppensitzungen ließ sich der Patient bereitwillig in Rollen wählen, gab diese jedoch einige Male auf, wenn es ihm zu nah wurde (z.B. als er in der Rolle des Sohnes vom Vater angeschrien wurde).

Sharing / Feedback:

Zu Beginn drückte sich in seinen Resonanzen wenig Anteilnahme an dem Erleben seiner Mitpatienten aus. Dieses war meines Erachtens als Abwehrform zu verstehen. Herr Schmidt selbst thematisierte von sich aus sein geringes Einfühlungsvermögen und Mitgefühl für andere Menschen im Einzelgespräch. Nach verschiedensten Interventionen (siehe Punkt 11) waren hier Veränderungen zu verzeichnen. Ebenfalls war Herr Schmidt bereit, seine eigenen Erfahrungen der Gruppe offen mitzuteilen; die ihn emotional belastenden Themen (Traumata) deutete er nur an, machte sie von sich aus jedoch überraschend (kurz vor seinem Abbruch) auf.

Seine Feedbacks waren klar, kritisch und „hart aber ehrlich“. Herrn Schmidt fiel es nicht schwer, eine Position einzunehmen und diese trotz Gegenargumente anderer konsequent zu vertreten.

Mehrfach äußerte er in den Gruppen sein Interesse an einem Feedback der Mitpatienten. In der letzten Woche vor seinem Abbruch forderte er aktiv dazu auf, ihm ein Feedback zu seinem Therapieverlauf zu geben. Kritik an seinem Verhalten und Auftreten konnte er gut annehmen; die lobenden und bestärkenden Beiträge kaum.

Bearbeitete Themen:

- Verhaltensweisen in Beziehungen
- Vermeidungsverhalten / Angst vor Therapie und vor Veränderungen
- Umgang mit Stimmungsschwankungen

- Auseinandersetzung mit der Lebensgeschichte
- Umgang mit Alkohol, Rückfallgefahr
- Abbruchgedanken
- Reflektion des Besuchs seiner Eltern

Im gesamten Therapieprozess ging es oft um sein Konfliktverhalten. Gerade in der Anfangsphase kam es zu einigen sogenannten Akutgruppen, in denen Mitpatienten in der Großgruppe ihre Konflikte mit Herrn Schmidt zu klären versuchten bzw. klärten. Diese wurden auch mehrfach von dem Patienten selbst eingeläutet. Im Laufe der Therapie nahm die Häufigkeit dieser Akutgruppen ab; in den letzten beiden Wochen gab es zu seinen Abbruchgedanken drei Großgruppen.

Rolle / Status:

Zu Beginn der Therapie nahm Herr Schmidt die Außenseiterrolle ein, die ihm bekannt war und ihm Sicherheit gab. Die Bezeichnung „Außerirdischer“, die er von einem Mitpatienten aufgrund seines auffälligen Verhaltens erhielt, gefiel ihm auf der einen Seite, da er sich abhebt und auch bewußt gerne anders war. Im Laufe der Zeit mißfiel sie ihm jedoch, kränkte ihn, wie es im Einzelgespräch deutlich wurde. Zunehmend merkten und spürten die Mitpatienten seinen Wunsch nach Veränderung und sahen seine Bemühungen, bemerkten gleichfalls seine Hilf- und Ratlosigkeit, wodurch er bei einigen Sympathien erfuhr. Kam ihm ein Gruppenmitglied „zu nah“, tat er schnell etwas dafür, seine ihm bekannte Rolle wieder einzunehmen. Herr Schmidt war hier ambivalent.

Im Laufe der Therapie wurde die Meinung von dem Patienten gehört. Herr Schmidt galt als einer, der sagt, was er denkt, der ohne Angst vor Sympathieverlust andere kritisch konfrontiert, was geschätzt wurde.

Störungen:

Nachdem Herr Schmidt im Einzelgespräch erneut erhebliche Traumata seiner Kindheit verbalisiert hatte, kam es im Juli zu einer krisenhaften Entwicklung mit eigen- und fremdaggressiven Tendenzen. Nach Gesprächen konnte er sich entscheiden, die Krise mit medikamentöser Unterstützung in unserer Einrichtung durchzustehen. Herr Schmidt wurde für einige Tage von der Gruppentherapie befreit.

Herr Schmidt verließ einmal eine Gruppensitzung und gab an, die Toilette aufzusuchen. Deutlich wurde, dass er sich in den Aufenthaltsraum setzte und eine Zigarette rauchte. Dieses erzählte er provozierend, hämisch am nächsten Tag. Herr Schmidt erhielt für dieses Verhalten einen Verweis.

9.2. Einzeltherapie

Durch kontinuierliche Einzelgespräche mit mir konnte das anfängliche Mißtrauen des Herrn Schmidt reduziert werden, somit die Basis für eine Zusammenarbeit gelegt werden. Es gab diverse Einzelsitzungen zu unterschiedlichen Themen; emotional belastende Ereignisse, wie z.B. die Mißbrauchserfahrungen wurden nur hier besprochen. Weil die Themen sehr angstbesetzt waren, erhielt er hier den besonderen Schutz. Wichtig war es Herrn Schmidt, diese Themen möglichst nicht im Büro, sondern an besonderen Plätzen z.B. auch in der Natur zu besprechen. Er fühlte sich beengt und hatte Sorge, dass andere Personen „irgendwie zufällig“ zuhören könnten oder unbeabsichtigt in den Raum kommen.

(Ausschnitte der Einzelgespräche mit dem Hinweis auf deren therapeutischen Wirkfaktoren werden unter Punkt 11 wiedergegeben).

9.3. Netzwerktherapie

In unserer Einrichtung erfolgen grundsätzlich sogenannte Einführungsgespräche mit allen Personen, die einen Patienten erstmals besuchen. Im Fall von Herrn Schmidt erfolgten Gespräche mit seinen Eltern, seinem Onkel und dessen Ehefrau. In diesen Gesprächen werden die Angehörigen nach der bisherigen Beziehungsgestaltung gefragt, ihren Erwartungen an die Therapie, ihren Vorstellungen, was der Patient verändern müsste, um künftig clean leben zu können. Die Eltern des Patienten hatten wenige konkrete Vorstellungen: ihr Sohn habe falsche Freunde gehabt und müsse lernen, sich von Drogen abzugrenzen.

Die Eltern besuchten Herrn Schmidt insgesamt fünfmal; es erfolgten zwei Familiengespräche. In dem ersten Gespräch konnte Herr Schmidt erstmalig seine Gefühle und Eindrücke zu seiner Kindheit schildern, war dabei vorsichtig und angespannt. Die Mutter fühlte sich angegriffen, sah sich als die Schuldige und begann zu weinen. Dieses konnte Herr Schmidt nicht aushalten und bat mich um Beendigung des Gesprächs. Er sagte in der Situation, dass er mit seinen Eltern nichts zu klären habe.

Das zweite Gespräch fand nach fünfmonatiger Therapiezeit statt. Hier gelang es der Familie, besser miteinander zu kommunizieren. Herr Schmidt erhielt mehr Akzeptanz und mehr Verständnis für die hintergründige Dynamik. Klar wurde, dass er wieder mit seinen Eltern ins Gespräch kommen, jedoch nicht mehr mit ihnen zusammen leben kann.

9.4. Sozialarbeiterische Hilfen

Es erfolgten Telefonate und Schriftverkehr mit dem Haupt- und Nebenkostenträger, dem zuständigen Rechtsanwalt, Hilfestellung im Umgang mit Gläubigern sowie Hilfen in Bezug auf seine Krankenversicherung.

9.5. Arbeitsbündnis / Therapeutische Beziehung

Das Arbeitsbündnis mit Herrn Schmidt gestaltete sich schwierig. Es war von ambivalenten und krisenanfälligen Momenten gekennzeichnet, aber meines Erachtens ist in den sechs Monaten eine tragfähige therapeutische Beziehung entstanden.

Laut LINEHAN tendieren Borderline-Patienten dazu, gegenwärtige Interaktionen mit den Möglichkeiten anzugehen, die ihnen als überlebenswichtige Kompetenz in traumatischen Situationen oder in konflikthaltigen Beziehungen zur Verfügung standen. Daher ist die wesentliche Voraussetzung der Therapie in der Herstellung eines grundlegenden Gefühls von zwischenmenschlicher Sicherheit.

So wurde ich zunächst durch einen „Filter“ der vergangenen Erfahrungen kritisch und mißtrauisch bewertet und die Beziehung wurde trotz positiver Erfahrungen von Herrn Schmidt wiederholt auf ihre Tragfähigkeit geprüft. Dieses war zu Beginn anstrengend und da ich bislang nur über wenig Erfahrung in der Behandlung von Borderline-Patienten verfügte, kam ich an einigen Stellen an meine Grenzen. Hilfreich waren hier - wie schon erwähnt - die fachliche Auseinandersetzung am FPI. Mir wurde bewußt, dass eine geduldige Haltung ebenso notwendig ist, wie eine positive Einstellung zur Behandlung, auch wenn dies oft nicht einfach war. Herr Schmidt achtete zu Beginn sehr genau auf das, was ich sagte, achtete auf Zeiten, verglich diese mit den Zeiten, die ich mit anderen Patienten verbrachte. Ihm war es wichtig, was ich über ihn denke, er deutete meine Mimik und Gestik; letztendlich war Herr Schmidt verunsichert und brauchte von mir viel Sicherheit und Bestätigung.

Als er mir gegenüber sein Verliebtsein in meine Person thematisierte sowie Beziehungswünsche äußerte, war er sich ebenfalls bewußt, dass ich Grenzen setze, war aber verunsichert, inwieweit ich den Kontakt zu ihm verändern würde.

Im Verlauf der Therapie bekam Herr Schmidt Übung, sich adäquat mitzuteilen, reduzierte die Provokationen und konnte direkt sagen, was er möchte und sich wünscht. Herr Schmidt beschrieb die erfahrene Unterstützung als wohltuend, war hier jedoch schwankend, lehnte den Kontakt auch öfters zu mir ab, weil er die Nähe zu mir nicht aushielt, da sie sexuelle Wünsche bei ihm auslöste. In diesen Situationen ging er auf meinen Kollegen zu, kam letztendlich jedoch auf die Zusammenarbeit mit mir zurück. In Urlaubs- bzw. Fortbildungszeiten schien er gekränkt zu sein und machte mir den Vorwurf, durch meine Abwesenheit „nicht weiter“ zu kommen.

Das Übertragungsgeschehen war am Anfang und vor Therapieabbruch vorherrschend; zwischenzeitlich erlebte ich die Beziehung phasenweise als gleichberechtigt.

In dem letzten Gespräch mit Herrn Schmidt ging es um die Entscheidung, die Therapie fortzuführen oder zu beenden. Er schwankte hier, verabschiedete sich dann jedoch von mir mit der Mitteilung, dass er nur wenig Unterstützung von mir bekommen und ich ihn nicht richtig verstanden hätte. Er entwertete die Zusammenarbeit.

Herr Schmidt wurde am gleichen Tag rückfällig, nahm telefonisch Kontakt zu uns auf und konnte durch unsere Unterstützung in das Landeskrankenhaus überwiesen werden. Er ließ mir über den Sozialarbeiter der Entgiftungsstation Grüße zukommen und ausrichten, dass die Zusammenarbeit ihm manchmal zu nah, ihm jedoch grundsätzlich gut getan habe.

Hinzufügen möchte ich, dass Herr Schmidt eine gute Beziehung zu unserer Ärztin hatte, die er wegen seiner Stimmungsschwankungen und seiner anderen körperlichen Beschwerden oft aufsuchte. Hier entlastete er sich öfters auch über die Schwierigkeiten mit mir. Der regelmäßige kollegiale Austausch war sehr hilfreich und für die Entwicklung von Herrn Schmidt äußerst günstig.

10. Zusammenfassung und Prognose

10.1. Klärung des Suchtgeschehens

Herr Schmidt wuchs in einer Familie auf, die ihm nicht den notwendigen Schutz für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung geben konnte. Emotionale Geborgenheit war kaum vorhanden. Der Patient suchte mittels Drogen bzw. in dem dazugehörigen Umfeld einen Zufluchtsort, einen Ort für Wärme und Geborgenheit. In diesem neuen Bezugspunkt erfuhr er auch Traumata und Defizite, die er nicht verarbeiten konnte. Der Konsum wurde erhöht, um die Wahrnehmung für die Realität zu betäuben. Aufgrund der frühen Schädigungen wurde der Patient von seinen Gefühlen und den Inhalten seines Primärprozesses überschwemmt. Das führte zu massiven Ängsten. Die Droge stellte eine Schutzmaßnahme und Anpassungsfunktion des kranken, labilen Ichs dar. Herr Schmidt lernte schon früh –„am Vorbild“ seines Vaters- dass man Spannungen und Schwierigkeiten mit Alkohol zu lösen versuchen kann. Im Vordergrund stand bei Herrn Schmidt die Angst vor Einsamkeit, Abwertung und das Gefühl von Ohnmacht, zu deren Abwehr und Bewältigung Herr Schmidt Drogen konsumierte.

Die Einsicht in die Suchtstruktur und –dynamik war bei Herrn Schmidt grundsätzlich vorhanden und im Laufe der Therapie gewachsen. Die Entscheidung zu einem drogenfreien Leben schien zu Behandlungsbeginn eindeutig und klar. Suchtdruck und Abbruchgedanken traten zu Behandlungsbeginn vermehrt auf, ließen nach und traten kurz vor der sogenannten Außenorientierungs- und Adaptionphase erneut auf. Herr Schmidt hatte sich gut eingelebt und fühlte sich in unserem therapeutischen Rahmen sehr sicher. Er wünschte „Freiheit“ und neue externe Erfahrungen, die er massiv forderte. Laut FIEDLER haben jedoch insbesondere Personen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eine schlechte Kontrolle von Triebimpulsen, eine mangelnde Angsttoleranz und ein intensives Gefühl der Angst vor

Veränderung und neuen Erfahrungen. Dieses wird besonders dann als sehr stark erlebt, wenn Ereignisse aus der subjektiven Sicht schwer vorhersehbar oder kontrollierbar sind. Herr Schmidt hatte bezüglich seiner Alkoholabstinenz eine indifferente Haltung. Er wußte um die Gefahr, machte jedoch mehrfach deutlich, dass er weiter Alkohol konsumieren werde. In der letzten Woche vor dem Abbruch sprach er immer wieder seinen Wunsch zu trinken an. Herr Schmidt brach die Therapie ab, wurde zuerst alkohol-, dann rückfällig mit Kokain. Meines Erachtens verfiel Herr Schmidt in Zukunftsängste und Selbstzweifel, die sich im Erleben von Herrn Schmidt zuspitzten und für ihn nicht mehr kontrollierbar waren.

10.2. Klärung der psycho- / pathologischen Symptomatik

Herr Schmidt hatte zu Beginn der Therapie wenig Einsicht und Verständnis für seine Problematik und eine gestörte Selbstwahrnehmung. Im therapeutischen Prozess konnten hier Veränderungen festgestellt werden. So konnte Herr Schmidt sich selbst als sehr empfindsam und sensibel wahrnehmen. Ihm wurde bewußt, dass er sein Gegenüber gut einschätzen und seine ausgeprägte Beobachtungsgabe nutzen konnte, wenn er sich von anderen abgrenzen wollte oder sich in die Enge getrieben fühlte. Er hatte die Fähigkeit, den Anderen durch Provokation an dessen sensibelsten Punkten zu treffen und zu kränken. Er war selbst leicht verletzbar, von starken Minderwertigkeitsgefühlen geplagt, selbstbezogen und wenig belastbar. Er erkannte, dass er seine Gefühle überstark empfand und manchmal irrationale Vorstellungen von dem hatte, was andere ihm antun könnten. Um sich zu schützen, wehrte er dieses heftig ab. Die Umwelt erlebte er als unzuverlässig (ein Resultat multipler Schädigungen in seiner Lebensspanne bei der Abwesenheit protektiver Faktoren) und war deshalb mißtrauisch und leicht reizbar. Dem Patienten wurde bewußt, dass er seine Angst nicht aushalten konnte und diese in Aggressivität umschlug, die er im Laufe der Therapie selbst als unangebracht einschätzen konnte. Durch die Bearbeitung seiner Lebensgeschichte erkannte er den Zusammenhang zu seinem Drogenkonsum, den er als äußere Stütze für sein zerbrechliches Selbst brauchte.

Die biographischen Arbeiten ermöglichten Herrn Schmidt einen besseren Umgang mit seiner Vergangenheit. Er erkannte, dass er die Erinnerungen an seine Kindheit nicht unbedingt vermeiden muss, dass er über seine Traumata sprechen kann, wenn er will. Hier gab es große Schwankungen; aufgrund des Therapieabbruchs konnte diese Erfahrung nicht stabilisiert werden. Insgesamt hat Herr Schmidt mehr Verständnis für sich entwickelt und fühlte sich nicht länger als Versager. Er war in der Lage, sich mit seinem „Schwarz-Weiß-Denk-Schemata“ wahrzunehmen und seinen destruktiven Gedanken seine neuen positiven Erfahrungen entgegen zu setzen. Dieses gelang jedoch nur selten und hielt nicht lange an. Herr Schmidt lernte noch unzureichend, Fehler ohne negative Selbstbewertung zu akzeptieren und so negative Effekte zu begrenzen.

Günstig wirkten sich bei dem Patienten verhaltenstherapeutische Methoden aus wie z.B. Selbstbeobachtung, Artikulierungen und Beobachtungen der Umwelt. Er erkannte dadurch den Zusammenhang zwischen seinem eigenen Verhalten und vorausgegangenen und nachfolgenden Ereignissen. Hinderlich war hier die noch unzureichende Fähigkeit des Patienten, langsamen Fortschritt zu akzeptieren. Herr Schmidt konnte nur schwer ertragen, wenn es ihm schlecht ging. Er zeigte wenig Geduld bei Veränderungsprozessen und konnte nicht abwarten. Dass trotz erfolgreicher Schritte ebenfalls negative Gefühle vorhanden sind, wollte Herr Schmidt nicht akzeptieren.

10.3. Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit

Herr Schmidt war in den Arbeitsbereichen Reinigungsdienst, Gartenbereich, Fahrradwerkstatt sowie Küchenbereich eingesetzt. Anfänglich bekam der Patient im Arbeitsalltag zusätzliche Pausen. Insgesamt zeigte sich der arbeitstherapeutische Verlauf schwankend, da der Patient aufgrund seiner körperlichen Beschwerden und Stimmungsschwankungen erhebliche Fehlzeiten hatte. Hinzu kam, dass er nur bedingt in der Lage war,

auf seine Bedürfnisse zu achten, seine Grenzen aufzuzeigen. Die Motivation zur Arbeitstherapie war wechselhaft; abhängig von seiner Stimmungslage. Grundlegende Voraussetzungen wie Ordnungsbereitschaft, Pünktlichkeit, Selbständigkeit und Sorgfalt waren ausreichend ausgeprägt.

Erhebliche Schwierigkeiten zeigten sich insbesondere anfänglich im Rahmen von Teamarbeit, da Herr Schmidt kaum kritik- oder kontaktfähig war. Entsprechend seiner Doppeldiagnose bekam der Patient einen Arbeitstherapeuten zugeordnet, der ihm in Teamarbeitssituationen eng zur Seite stand. Durch diese Unterstützung gelang es Herrn Schmidt allmählich, sich in die Patientengruppe zu integrieren, so dass ein Einsatz in der Küchenmannschaft (enge Zusammenarbeit, hohes Streßpotential) möglich war. Die Fähigkeit, im Team Kritik zu äußern und Konflikte auszutragen, blieb allerdings bis zuletzt unterentwickelt.

Schwierigkeiten zeigte er darüber hinaus bei der Übernahme von Verantwortung, da er häufig mit der eigenen Person beschäftigt und nicht dazu in der Lage war, sich zusätzlich auf andere zu konzentrieren. In Gesprächen konnte eruiert werden, dass Herr Schmidt sich durch die Verantwortungsübernahme überfordert fühlte, dieses jedoch nicht akzeptieren konnte.

Insgesamt kam Herr Schmidt am besten mit kontinuierlichen Tätigkeiten in einem klar strukturierten Rahmen zurecht. Eine berufliche Perspektive konnte in Anbetracht des Therapieabbruchs nicht erarbeitet werden.

10.4. Betrachtung der „4 Wege der Heilung“

In der Arbeit mit dem Patienten wurden alle 4 Wege der Heilung besprochen:

Erster Weg der Heilung: Bewußtseinsarbeit, Sinnfindung

Wie unter 10.2 beschrieben wurde die Bewußtheit des Patienten gestärkt. Anhand von lebenslaufbezogenen Instrumenten, wie z.B. Lebenslaufpanorama und Lebensbericht wurden Strukturen in der Lebensgeschichte verdeutlicht. Herr Schmidt verstand seine wesentlichen Narrative und lernte, sich und seine Rolle in der Familie klarer zu sehen. Er konnte sich als Agierender in seiner Lebensgeschichte verstehen, dem sowohl adverse als auch protektive Events widerfahren sind; letztlich vom Patienten jedoch nicht akzeptiert und aufgrund des Therapieabbruchs nicht genügend stabilisiert werden konnte.

Zweiter Weg der Heilung: Nachsozialisation, Grundvertrauen

Aufgrund des Therapieverlaufs und Abbruchs war es nur bedingt möglich, von „Nachbeelterung“ zu sprechen. Es ist mir jedoch gelungen, an bereits vorhandene innere Beistände (Großmutter, Onkel, Freundin) anzuknüpfen, so dass Vertrauen entwickelt und gefördert werden konnte. Die Defizite der Kindheit konnten (natürlich) nicht revidiert werden, jedoch machte Herr Schmidt korrigierende emotionale Erfahrungen. Die ins Gedächtnis verankerten aggressiven Muster gegenüber seinen Eltern wurden abgeschwächt und in Ansätzen modifiziert.

Dritter Weg der Heilung: Erlebnisaktivierung, Persönlichkeitsentfaltung

Im Laufe der Behandlung vertiefte sich das emotionale Erleben, der verbale Ausdruck von Emotionen wurde prägnanter und die Kommunikationsstruktur verbesserte sich. Insbesondere durch das Malen lernte Herr Schmidt, sich selbst darzustellen und dadurch sein Selbst neu zu erfahren. Die Fähigkeit der reflektiven Selbstbetrachtung war zu Beginn defizitär, d.h., Herr Schmidt hatte ein verzerrtes Selbstbild; diese Fähigkeit konnte gefördert werden.

Vierter Weg der Heilung: Solidaritätserfahrung

Während der Behandlung konnte Herr Schmidt die Erfahrung machen, dass er mit seiner Problematik nicht alleine ist, wenngleich er oft betonte, dass ihn letztlich keiner versteht und er sich bewußt mit seinen Erfahrungen als „besonders schwierig“ darstellte. Die

Gruppenarbeit ermöglichte ihm, seine Kompetenzen im sozialen Miteinander zu überprüfen und erproben sowie neue Rollen zu definieren. Es entstand eine Bewußtheit für Beziehungsnetzwerke und er erfaßte seine Lebenszusammenhänge deutlicher. Aus dieser Erkenntnis heraus, ergab sich für Herrn Schmidt der Wunsch nach Veränderung, was zu bedrohlich für ihn war (siehe 10.1).

Zusammenfassung und prognostische Einschätzung

Nach einem insgesamt schwankend verlaufenen therapeutischen Prozess mit wiederholten Verhaltensrückfällen kam es bei dem Patienten zu einem Therapieabbruch. Herr Schmidt hat Verhaltensveränderungen in vielen Therapiebereichen gezeigt, diese jedoch letztlich nicht durchhalten können. Herrn Schmidt ist es gelungen, eine Krankheitseinsicht zu erarbeiten. Aufgrund neuer Erfahrungen im arbeitstherapeutischen und sozialen Bereich konnte er einen Gewinn an Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen für die eigene Person verzeichnen. Über kontinuierliche Reflektionen und Erarbeiten von Verhaltensalternativen konnte Herr Schmidt soziale Kompetenzen, insbesondere im Bereich der Kritik- und Auseinandersetzungsfähigkeit ausbauen. Er nutzte das umfangreiche Angebot im arbeitstherapeutischen Bereich zur Wahrnehmung eigener Fertigkeiten und Grenzen sowie seine Interessen und kreativen Fähigkeiten zur Gestaltung einer sinnvollen Freizeit. Im Verlauf der Therapie konnte er angemessener Wünsche und Bedürfnisse zum Ausdruck bringen und damit eine Grundlage für eine tragfähige Beziehungsgestaltung legen. Er schaffte es, Sozialkontakte innerhalb der Einrichtung aufzubauen, wenngleich er diesbezüglich wenig Kontinuität zeigte. Dass eher diffuse, durch Resignation, Selbstabwertung und Insuffizienzgefühle geprägte Problem-Erleben des Patienten konnte phasenweise deutlich relativiert, jedoch aufgrund des Therapieabbruchs nicht weiter stabilisiert werden. Die Symptome der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung standen bei Herrn Schmidt deutlich im Vordergrund, die immer wieder Krisen und Suchtverlangen mit Abbruchgedanken hervorriefen.

Zum Therapieabbruch kam es vor dem Hintergrund einer anstehenden Außenorientierung, die von Herrn Schmidt zwar gewünscht, gleichzeitig jedoch auch gefürchtet war. In dieser Situation vermochte er auf keines der Entlastungsangebote einzugehen und entschloß sich zum Behandlungsabbruch gegen ärztlichen Rat.

Insgesamt führte die Therapie bei Herrn Schmidt zu einer Zunahme der emotionalen Stabilität und Beziehungsfähigkeit. Die mit ihm erarbeiteten Therapieziele konnten nicht zufriedenstellend erreicht werden, dennoch ist der Prozess grundsätzlich als konstruktiv zu bezeichnen. Eine Weiterverfolgung des therapeutischen Prozesses ist meines Erachtens erfolgversprechend. Dementsprechend machten wir dem Patienten das Angebot einer Wiederaufnahme in unserer Einrichtung nach 3 Monaten. Eine sofortige Wiederaufnahme, die vom Patienten gewünscht wurde, war aufgrund unseres Therapiekonzeptes nicht möglich. Sie wurde aufgrund der besonderen Problematik von Herrn Schmidt zwar im Team diskutiert, jedoch letztlich entschieden wir uns dagegen, da dem Patienten im Vorfeld bewußt war, welche Konsequenzen sein Abbruch hat. Wir verfolgten auch in dieser Situation eine klare und konsequente Haltung, die im gesamten Therapieprozess dem Patienten zu positiven Entwicklungsschritten befähigte.

11. Journal von einzelnen therapeutischen Einheiten

Bei der Auswahl der therapeutischen Einheiten habe ich mich auf jene beschränkt, welche die besonderen Schwierigkeiten des Patienten verdeutlichen. Der Schwerpunkt lag, wie bereits erwähnt, auf der Förderung des emotionalen Zugangs des Patienten zu sich selbst sowie dem Erlernen von sozialen Kompetenzen.

Im Folgenden werde ich den Patienten mit Vornamen nennen, weil sich in unserer Einrichtung Patienten und Mitarbeiter duzen. Im Journal werde ich die jeweiligen therapeutischen Wirkfaktoren abgekürzt (siehe 11.1) angeben.

Gruppensitzung: Widerstand des Patienten

David sitzt nach vorn gebeugt auf seinem Stuhl in der Gruppe und blickt starr mit heruntergezogenem Mund vor sich hin. Beim Eingangsblitzlicht sagt er: „Mir geht es Scheiße“ und beteiligt sich ansonsten nicht am Gruppengespräch, in dem sich ein Mitpatient zum Thema macht. Dieser berichtet von seinen Ängsten, die er mit Drogen zu beseitigen versucht habe. Ich arbeite mit dem Patienten vergangenheitsorientiert. Der Patient erzählt von seinen Ängsten in der Kindheit, von der Alkoholabhängigkeit und Gewalttätigkeit seines Vaters. Anschließend frage ich den Patienten, wie er mit diesen Belastungen umgegangen sei.

Plötzlich, unerwartet schreit David aufgebracht dazwischen: „Was soll der ganze Mist? Ändert doch nichts!“; dabei schaut mich David wütend an.

Ich: „Du bist ja sehr betroffen. Was macht Dich so wütend?“ (Aufmerksam machen, EV, EA).

Er: „Das bringt doch nichts, über das Alte zu reden. Mir geht es damit richtig scheiße, das halte ich hier nicht mehr aus!“

Ich: „Kann es sein, dass bei Dir durch die Erzählungen von T. Erinnerungen hochgekommen sind?“

Er: „Das geht Dich nichts an!“

Ich: „Das mußt Du entscheiden. Vielleicht hilft es Dir, wenn Du uns sagst, was Dich jetzt so wütend macht“ (EA, LB, KK).

David springt auf und rennt aus der Gruppe.

Einzelgespräch: Reflektion des Vermeidungsverhaltens:

Im Einzelgespräch nach dieser Gruppensitzung setzt sich David direkt neben die Tür und es wirkt so, als sei er „auf dem Sprung“, um schnellstens wieder rauslaufen zu können.

Ich frage ihn nach seinem Befinden (EV, ES, EA, Kontakt aufnehmen).

David wartet ab, schaut mich an und sagt, dass er nach der letzten Gruppensitzung verunsichert ist und sich „bescheuert“ vorkommt. Er weiß nicht, was ich nun von ihm denke. Er habe das Gefühl, den Ansprüchen der Therapie nicht gerecht zu werden und es nicht zu schaffen, sich konstruktiv mit seinen Themen auseinanderzusetzen.

Ich frage ihn, ob er am liebsten jetzt aus dem Raum rauslaufen möchte.

David schaut mich verwundert an und fragt, wie ich darauf komme.

Ich antworte ihm, dass er sehr nahe an der Tür sitzt und er unruhig mit seinen Beinen wackelt (Aufmerksam machen; LB).

Er: „Ja, Du hast recht. Am liebsten möchte ich hier jetzt abhauen“.

Ich: „Ist das so, wie gestern in der Gruppe, als Du wütend rausgerannt bist?“

David schaut mich mißtrauisch an; das Wackeln des Beines verstärkt sich und zischt: „Tut mir leid“.

Ich antworte, dass er sich dafür nicht zu entschuldigen braucht, ich jedoch daran interessiert sei, was ihn dazu bewegt hätte, rauszurennen.

David berichtet von seiner Anspannung und dem Gefühl, es in der Gruppe nicht mehr ausgehalten zu haben, er habe das Gefühl sich blamiert zu haben und außerdem sei es ihm sowieso egal und keiner würde auf ihn achten.

Ich: „Du hast Dich blamiert gefühlt. Woher kennst Du so etwas?“ (Spiegeln, Tiefen).

David erzählt von seiner Mutter, die ihn ausgelacht habe, wenn er über seine Ängste als Kind gesprochen habe, sie habe gelacht und gemeint „Du bist doch kein Baby mehr“. Ferner hätten Mutter und Vater ihn nicht ernst genommen, als er ihnen von dem Mißbrauch erzählte. David berichtet vom Klima zu Hause und von seinen Gefühlen. Zunehmend wird er körperlich ruhiger und setzt sich richtig angelehnt auf den Stuhl.

Auf meine Fragen geht David ein und er berichtet mir erstmalig von dem erlebten kalten Klima, von der Unberechenbarkeit seiner Mutter, von den Beleidigungen, Beschimpfungen. Er habe es als Kind oft nicht ausgehalten und habe bei Freunden geschlafen, was von der Mutter ohne Kommentar angenommen wurde. Er berichtete vom Vater, der trank und sich aus allem heraus hielt.

Ich sehe David an und schildere ihm meine spürbare Resonanz von Angst und Beklemmung (EV, ES).

David bestätigt dieses und sagt: „Ich habe als Kind Angst gehabt“ und berichtet von Szenen, in denen die Mutter schimpft und der Vater betrunken vor dem Fernseher sitzt.

Ich mache David darauf aufmerksam, dass er von seiner Angst und seinen Erfahrungen so distanziert spricht, als gehe ihn das nichts an und er von einer anderen Person berichtet. Weiter frage ich, wie er sich jetzt fühlt, wenn er mir davon erzählt (Spiegeln, Konfrontation; EV, ES, EA, LB).

David schaut mich an und meint, dass er das schon einmal in seiner letzten Therapie gehört habe. Irgendwie sei er „abgestumpft“ und könne nicht mehr fühlen. Dabei wirkt David traurig, was ich ihm spiegele.

David sagt: „Ich wünsche mir, mal wieder richtig mitfühlen zu können, auch in Gruppen und auch weinen möchte ich mal wieder“.

Ich frage ihn erneut, wie es ihm hier jetzt mit mir geht.

David sagt, dass er im Vorfeld keine Lust gehabt hätte, mit mir zu sprechen, dass er jetzt froh sei über das Gesagte und es ihm besser gehe als vorher.

Nach Abschluß des Gesprächs stelle ich ihm meine Beobachtung zu seiner Körperhaltung zur Verfügung (Spiegeln, LB).

David sagt zum Abschluß, dass er immer dann angespannt sei, wenn er sich angegriffen fühle wie z.B. in der Gruppe, dieses Gefühl sei während des Gesprächs gewichen.

Daraufhin ermuntere ich ihn, dass Gefühl des Angriffs beim nächsten Mal in der Gruppe anzusprechen, damit würde er dazu beitragen, von den anderen besser verstanden zu werden.

Einzelgespräch: Bearbeitung von Übertragung

Ein vereinbartes Einzelgespräch am Vortag konnte ich wegen einer durchgeführten Krisenintervention bei einem anderen Patienten nicht führen. Am nächsten Tag erklärte ich David die Situation und sagte ihm, dass es mir leid tut.

Der Klient konnte die Erklärung nicht annehmen und sagte: „Auf Dich kann ich mich nicht verlassen. Im Vorfeld hast Du mich auch schon mal 10 Minuten warten lassen, alle anderen sind wichtiger als ich, ich bin Dir doch unwichtig!“.

Im Vorfeld hatte ich bereits mit ihm daran gearbeitet, wie er sich als Kind von seinen Eltern im Stich gelassen und „nicht gesehen“ fühlte.

David führte beobachtetes Verhalten von mir, welches aus seiner Sicht falsch war, weiter auf und nahm dabei eine provozierende Haltung ein.

Ich fragte ihn, ob er mich wie seine Mutter im Vorfeld provozieren wolle und ob das sein wirkliches Bedürfnis sei (Spiegeln, EA).

David: „Ich wollte gestern mir Dir reden und Du hattest keine Zeit. U. war wichtiger als ich. Meiner Mutter war ich auch unwichtig...“.

Ich: „Ich bin aber nicht Deine Mutter. Weil sie Dir damals weh getan hat, tust Du mir jetzt weh“ (Konfrontation).

David: „Dir? Du hast mir weh getan!“.

Ich: „Du provozierst und beleidigst mich und tust so, als wenn unsere Gespräche nichts wert seien, nur weil ich einen Termin nicht eingehalten habe“.

Im weiteren Verlauf der Sitzung sprechen wir darüber, wie der Patient die schlimmen Erfahrungen mit seiner Mutter auf alle Beziehungen überträgt, wie sie immer wieder zu negativen Interpretationen kommen. David findet wieder Vertrauen zu mir und spürt, dass ich

mich nicht so verhalte wie seine Mutter und beginnt sein „Schwarz-Weiß-Denken“ zu überdenken.

Akutgruppe: Vermeidungsverhalten

Sogenannte Akut-Gruppen sind in unserer Einrichtung ein Setting, das sowohl von Mitarbeitern als auch von Patienten einberufen werden kann. In einer solchen Gruppensitzung nehmen in der Regel alle Patienten sowie mehrere MitarbeiterInnen teil. In diesem Fall war ich nicht im Dienst, gebe hier trotzdem den Gruppenverlauf wieder, weil er für den Prozess von Bedeutung war.

Ein Mitpatient hatte die „Akut“ einberufen, weil David nicht am verpflichtenden Kaffeetrinken am Samstag teilgenommen hatte. An den Samstagen zuvor hatte David schon mehrfach durch Ausreden, insbesondere durch plötzlich auftretende körperliche Beschwerden versucht, das Kaffeetrinken zu umgehen.

In der Gruppe fühlte sich David ungerecht behandelt, weil er nicht am Kaffeetrinken teilnehmen wollte und sich nicht durchsetzen konnte. Wiederholt zeigte sich David uneinsichtig und stur, erklärte nicht die Hintergründe seines Verhaltens, sondern gab Lustlosigkeit und „keinen Kaffee zu mögen“ an. David stellte den Sinn der Therapie in Frage, wenn wir ihn dazu zwingen würden. Er äußerte Abbruchgedanken.

Im Verlauf der Gruppensitzung wurde David zugänglicher und ruhiger, konnte seine Verzweiflung darüber äußern, dass er es nicht schafft, das 20minütige „Kaffeetrinken“ auszuhalten. Er fühle sich beengt, beobachtet und in ihm würden „alte Bilder“ hochkommen und er hätte das Gefühl, „explodieren zu müssen“. Im weiteren konnte mit ihm erarbeitet werden, dass es für ihn einen Gewinn bringe, sich seiner Vergangenheit zu stellen, die ihm während des Kaffeetrinkens wieder einholen. David bekam einen Zugang dazu, dass er nicht sein Leben lang vor seiner Vergangenheit „weglaufen“ kann (EE, SE, EV, ES).

Gruppensitzung: Erarbeitung der ursprünglichen Szene:

Nach einleitenden Worten thematisiere ich das Verhalten von David am Wochenende („Teilnahme am Kaffeetrinken“). David fühlt sich offensichtlich dadurch angegriffen.

Ich spiegele ihm sein Verhalten und erkläre ihm, dass ich genauer verstehen möchte, was ihm daran Schwierigkeiten bereite. David erklärt daraufhin verärgert, dass er Kaffee nicht mag und er diese Zeit lieber für sich alleine sei.

David hatte schon einmal in einem Einzelgespräch kurz erwähnt, dass es bei Mahlzeiten in seiner Herkunftsfamilie oft zu Streitigkeiten gekommen sei. Weil ich einen Zusammenhang vermute, frage ich nach, wann seine Abneigung gegen gemeinsame Einnahme von Mahlzeiten bzw. von Kaffee begonnen habe.

Er erzählt, dass es schon immer so gewesen sei. David wird ruhiger und nach einer längeren Pause erklärt er, dass er diese Abneigung schon im Elternhaus verspürt habe. Er habe die gemeinsamen Mahlzeiten gehaßt. Die Erfahrungen aus der Vergangenheit „sprudelten“ dann aus David heraus. Der Vater und er hätten an einem kleinen Tisch in der Küche gegessen, während seine Mutter, weil kein Platz gewesen sei, hinter ihm gestanden und gegessen hätte. Die Situation sei deswegen so absurd gewesen, weil es ein Esszimmer gab, was jedoch nicht benutzt werden durfte, da es „schmutzig“ gemacht würde. Die Mutter habe darauf bestanden, in der Küche zu essen und habe oft „hinter seinem Rücken“ über Erlebnisse des Tages und insbesondere von Davids „Fehlverhalten“ berichtet. Es sei regelmäßig zu Streitereien gekommen; er habe als Kind „sitzenbleiben müssen“. Deshalb aß er hastig, um schnell wieder in sein Zimmer gehen zu können.

Ich frage nach, wie er sich damals fühlte (EV, EA).

David beschreibt, dass er sich hilflos, ohnmächtig gefühlt habe, schon Angst vor dem Essen sowie gar keinen Appetit verspürt habe, er immer unruhiger, zappeliger geworden sei, worauf seine Mutter geschimpft habe.

Ich zeige David meine Anteilnahme und Verständnis (EV, ES).

Die Atmosphäre in der Gruppe wird schwer, auch andere Gruppenmitglieder wirken in sich gekehrt. Um David Solidaritätserfahrungen (4.Weg der Heilung) zur Verfügung zu stellen, bitte ich die Gruppenteilnehmer um ihre Resonanzen.

David erfährt darüber viele emphatische Reaktionen, hört von den Erlebnissen Anderer (DV, SE). Er fühlt sich von seinen Mitpatienten gestützt.

Zum Abschluß frage ich David, was er aus dieser Gruppensitzung für sich mitnehmen könne. Er beschreibt, dass er sich noch verwirrt fühle, er diesen Zusammenhang bislang noch nicht gesehen habe. Er wolle darüber noch mal nachdenken.

Seinen Wunsch respektiere ich, da es David schwer fällt, seine Bedürfnisse wahrzunehmen und Grenzen zu setzen. Von diesem Zeitpunkt an war er bereit, sich mehr in Gruppen mit sich selbst und seinen Gefühlen auseinanderzusetzen.

Einzelgespräch: Ressourcenaktivierung

Im Vorfeld war mir in den unterschiedlichsten therapeutischen Settings aufgefallen, dass David mit seinem Ring spielt. In einem Einzelgespräch spreche ich ihn auf seinen Ring an. Sofort verändert sich die Gesichtsphysiologie und David schaut mich überrascht an und fragt: „Was ist mit meinem Ring?“.

Ich berichte ihm von meinen Beobachtungen im Vorfeld sowie auch der scheinbaren positiven Rührung bei ihm im Augenblick. (LB, EA). Ich sage: „Mir scheint es als sei es ein besonderer Ring“.

David ist sichtlich erfreut über meine Beobachtung und berichtet von dem Ring. Er habe den Ring in einer Cleanzeit gekauft, in einer Phase, in der er sich richtig wohl gefühlt habe und bei dem Kauf habe sich ein nettes Gespräch mit der Verkäuferin entwickelt. Er sei schon oft auf diesen Ring von anderen aufgrund seiner Größe angesprochen worden; man habe ihm sogar schon viel Geld dafür angeboten.

Ich sage ihm, dass mir scheint, dass dieser Ring ihn an positive Erfahrungen und an seine Cleanzeit erinnert und dass der Ring scheinbar positive Gefühle bei ihm auslöse.

David nickt und schaut seinen Ring an.

Ich bitte ihn seinen Ring weiter zu betrachten und vielleicht zu berühren und mir dabei von den damaligen positiven Erfahrungen zu erzählen. Während David erzählt, verstärke ich den Ressourcenzustand zunehmend; ich lasse mir seine Empfindungen, seine Körperhaltungen, seine Gedanken beschreiben und stärke diese.

David hatte bislang die Neigung, alles düster zu beschreiben und hatte mehrfach betont, dass es fast nichts Positives gebe. Von daher versuche ich, David über den Ring einen Zugang zu verborgenen Ressourcen zu schaffen und ihm zu ermöglichen diese positive Erfahrung immer wieder abzurufen.

Ich frage ihn, ob er sich vorstellen könne, zukünftig Situationen, in denen er negativ denkt, auf seinen Ring zu schauen und ich sei gespannt, inwieweit sein Ring ihn an die schöne Zeit in seinem Leben erinnere.

David lächelt und sagt zu, dass er seinen Ring dafür nutzen möchte.

Zum Abschluß leite ich eine kleine Entspannungsübung ein, bei der David mehrmals, ohne von mir aufgefordert, seinen Ring berührt.

Vereinzelt knüpfen wir in den folgenden Einzelgesprächen an den Ring an. David teilt mir mit, dass „unser Experiment“ Erfolge zeige.

Einzelgespräch: Aktivierung des kreativen Potentials als Ausdrucksmöglichkeit seines Erlebens

David bittet um eine Einzelgespräch. Er thematisiert seine Schwierigkeiten mit der in zwei Wochen auf ihn zukommenden Gruppensitzung, in der er seinen Lebenslauf vorstellen soll. David berichtet, dass er nicht richtig wisse, wie und wo er anfangen soll, dass er mit seinen Gedanken eigentlich wo anders sei, dass er gar nicht wisse, was er davon habe und auch nicht ob die anderen an ihn und seinen Lebenslauf interessiert seien. David hat viele Erklärungen.

Ich schaue David ruhig an und frage ihn, was ihn denn „eigentlich“ beschäftige.

David weicht mir aus, wird trotzig und sagt, dass er darüber nicht sprechen wolle, dass er es doch gesagt habe, er käme mit dem Schreiben des Lebenslaufes nicht zurecht.

Da David mir im Vorfeld von seinem früheren Hobby, dem Malen, erzählt hatte, schlage ich ihm vor, ob er sich vorstellen könnte seine Erinnerungen und Erfahrungen in seinem Leben zu malen. Ich erkläre die Erstellung des „Lebenspanoramas“.

David hört mir zu und sagt, dass er sich dieses vorstellen kann, er jedoch noch unentschieden sei.

Am folgenden Tag kommt David mit einem gemalten Bild zu mir, welches er erst verdeckt, dann damit kokettiert, dabei ganz unruhig ist und es mir dann zeigt. Auf dem Bild ist eine nackte Frau sitzend auf einen Stein gemalt, im Hintergrund war ein Wasserfall, dessen Wasser am Stein entlang läuft. Die Frau hat beide Hände im Wasser.

David beobachtet mich genau beim Betrachten des Bildes und fragt: „Wie findest Du das Bild?“.

Ich bin irritiert, habe das Gefühl, dass er mit der Frau mich meint, kann in dem Moment jedoch nichts sagen.

David fragt erneut, worauf ich ihm mitteile, dass ich das Bild schön finde; was ehrlich ist. David hat gute zeichnerische Fähigkeiten und ein Talent für die Auswahl der Farben. Ich sage nicht, um David nicht weiter zu verunsichern, wie irritiert ich selber in diesem Moment bin und dass die Aufgabenstellung gestern eine andere war.

David sagt: „Ich schenke Dir das Bild“, fügt sofort hinzu: „Aber wenn es Dir nicht gefällt, mußt Du es nicht nehmen“.

Ich sage David, dass mir das Bild gefällt und ich das Bild gerne erstmal annehme und mir es in Ruhe anschauen möchte. Ich frage ihn, ob er damit einverstanden ist.

David fragt: „Was willst Du mit dem Bild machen?“.

Ich sage ihm: „Ich werde mir zu dem Bild Gedanken machen und wenn Du einverstanden bist, würde ich gerne in der nächsten Woche mit dir darüber erneut sprechen“.

David ist damit einverstanden.

Seminar am FPI – Institut:

Im Vorfeld hatte Wolfgang Scheiblich uns angeschrieben und um Fallvorstellungen gebeten, was ich nutzte. Ich stellte David, den bisherigen Behandlungsverlauf, meine Haltung vor und berichtetet von meiner derzeitigen Irritation und auch Verunsicherung bezüglich der weiteren Therapieschritte. Zu diesem Zeitpunkt bestand bei mir und meinen Kollegen noch diagnostische Unklarheit, (wie ich unter 8.1. schon erwähnte). Es war hilfreich, sich in David hineinzusetzen und in dessen Rolle zu agieren. Bei diesem Rollentausch erhielt ich viel Klarheit über das Erleben von David. Ich selbst spürte viel Verunsicherung und Angst in dieser Rolle und suchte bei meinem Gegenüber Sicherheit, Wertschätzung und Zuneigung. Hilfreich war es auch für mich, dass die Seminarteilnehmerin, die meine Rolle als Therapeutin einnahm, sich ebenfalls irritiert und verunsichert im Kontakt „mit David“ erlebte. Sie empfand das geführte Gespräch als anstrengend und fühlte sich „durcheinander“. Deutlich wurde, dass diese Irritationen der Patient auslöste, da er selbst irritiert war und dieses über sein unruhiges, forderndes, provozierendes Verhalten zu verdeutlichen versuchte. Deutlich wurden die Übertragungsphänomene, die Nähe–Distanz–Problematik von David sowie die für die emotional instabile Persönlichkeitsstörung nach dem Borderline–Typus typischen Symptome.

Infolgedessen setzten wir uns fachlich über die Verhaltensmuster, Probleme, Behandlungsansätze und Ziele bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung auseinander. Ich erhielt viele Hinweise, wie die nächsten Schritte, insbesondere auch die Bildbesprechung verlaufen könnte. Ich erhielt Literaturhinweise und insbesondere die Bestätigung, dass zum einen meine Irritation „ganz normal“ sei und gerade Personen mit einer Borderline-Struktur „anstrengend“ sind, da sie immer wieder den Kontakt in Frage und auf die Probe stellen, da sie Sicherheit und Kontinuität suchen.

In unserem Team in der Einrichtung berichtete ich von den Erkenntnissen aus dem Seminar und besprach im Team die weiteren Behandlungsschritte. Dieses war insofern auch wichtig, da David im Team unterschiedlich gesehen und empfunden wurde. Da er oft den therapeutischen Alltag „störte“, gab es im Vorfeld unterschiedlichste Diskussionen über die Vorgehensweise. Laut FIEDLER ist Uneinigkeit im Therapeuten-Team bei der Behandlung von Borderline-Patienten typisch und nachvollziehbar.

Einzelgespräch: Sehnsucht nach Beziehung und Geborgenheit

Ich informiere David darüber, dass ich das Bild mit Kollegen besprochen habe und ich ihn diesbezüglich Fragen stellen möchte. David ist einverstanden und wir besprechen einzelne Aspekte des Bildes.

Die Frau stellte tatsächlich meine Person dar; sie war nackt dargestellt, was seine sexuelle Anziehung mir gegenüber verdeutlichen sollte; David selbst stellte den Wasserfall dar, dem es gut tat, dass sich jemand um ihn kümmert, was die Hände ausdrücken sollten.

Über die Bildbesprechung kommen die Sehnsüchte von David nach Körperlichkeit, Nähe und Zuneigung zum Ausdruck. Er habe oft den Wunsch, einfach in den Arm genommen zu werden und sich „fallen lassen zu dürfen“. Die Kontrolle und Anspannung würde dann für Augenblicke weichen.

Ich sage David, dass diese Wünsche in Ordnung und normal seien, ich diese jedoch nicht erfüllen könne.

David wird traurig, sage jedoch, dass ihm das bewußt sei. Er wirkt traurig, was ich ihm spiegele.

David bestätigt dieses und bittet um Beendigung des Gesprächs.

Bevor er die Tür verläßt, fragt er mich, ob ich das Bild immer noch haben will.

Ich sage ihm: „Es ist Dein Bild, wenn Du möchtest, werde ich es hier behalten und wenn Du willst, kannst Du es Dir jederzeit zurückholen“.

David sagt: „Ich möchte, dass Du das Bild behältst“.

Gruppensitzung: Ärger über Mitpatienten, Übertragungsphänomene

In der Gruppe wirkt David gereizt und verärgert; er beklagt sich heftig über die mangelnde Aktivität der Mitpatienten; diese würden hier die Zeit „absitzen“ und nicht konstruktiv an ihren Zielen arbeiten. David spricht laut, hat einen düsteren Gesichtsausdruck und „zappelt“ mit seinen Beinen hin und her.

Einige der Mitpatienten versuchen sich gegen diesen Angriff zu wehren.

David greift sich M. heraus und wirft ihm Faulheit, Interesselosigkeit vor. Dieser wehrt sich zunächst, woraufhin David ihn anschreit und beleidigt. Als M. merkt, dass er nicht gegen David ankommt, sagt er nach einer Pause, dass David schon Recht habe und er sei momentan voller Angst und glaube, dass er es nicht schaffen würde, seine Ziele zu erreichen und sein Leben ohne Drogen zu leben. Gleichzeitig würde er es ihm nicht gelingen, sich damit in der Gruppe zum Thema zu machen und zu sagen, wie es ihm geht. Dadurch würde es ihm noch schlechter gehen, da er eigentlich wisse, dass er dieses tun muss.

Ich frage David, an wen er sich bei M. erinnert fühle (EE, KK, LM).

David, der bei den Ausführungen von M. ruhiger und nachdenklicher wurde, antwortet: „Ich kenne das selber!“

Ich frage David weiter, ob er wisse, worauf sich sein vorheriger Wutausbruch beziehe – schließlich sei doch M. für sich selbst verantwortlich.

David überlegt einen Augenblick und sagt, dass er sich derzeit über sich selbst ärgert, dass er bestimmte Dinge, die er sich vornimmt, nicht angeht und schafft. M. sei ein gutes „Ventil“ gewesen, seine Anspannung und Wut über sich selber loszuwerden.

Ich stelle der Gruppe die Frage, ob andere ähnliche Übertragungssphänomene kennen, was einige Mitpatienten bejahen. David wirkt ernst und bittet M. um Entschuldigung, fragt ob er ihm helfen kann. Darüber entwickelt sich ein Gespräch in der Gruppe darüber, wie einzelne sich gegenseitig helfen können.

Nach der Gruppe beobachte ich, wie David auf M. zugeht und wie sie noch längere Zeit zusammensitzen und miteinander sprechen.

Einzelgespräche: Förderung von Selbstsicherheit und Selbstvertrauen

Wie unter Punkt 8.7. beschrieben, hatte David die Tendenz, eigene emotionale Reaktionen, Gedanken und Verhaltensweisen zu entwerten oder nicht zu erkennen sowie unrealistisch hohe Standards und Anforderungen an die eigene Person zu stellen. Dieses wurde in Einzelgesprächen besprochen und bearbeitet und als äußerst hilfreich zeigten sich hier, der Einsatz von Übungen und Hausaufgaben, d. h. David bekam z.B. die Aufgabe, sich und die Umwelt zu beobachten, Problemsituationen und Veränderungen, die sich im Alltag zwischen den Therapiesitzungen ereigneten, genau zu registrieren. Diese protokollierte David und wir besprachen sie gemeinsam.

Ebenfalls hilfreich waren klare Absprachen in Bezug auf den Umgang mit seinen Aggressionen, die wir auch schriftlich fixierten. Hierdurch wurde er einerseits ermutigt, da ich ihm zutraute, dass er seine Probleme selbstständig kontrollieren konnte, zum anderen waren es Selbst-Verpflichtungen, die seiner Spontaneität und geringen Impulskontrolle entgegenwirkte.

Ferner waren „positive Verstärker“ sehr wichtig. David hatte ein Lob vom Arbeitstherapeuten erhalten, was er einerseits kaum annehmen konnte, was ihm aber doch sehr gut tat. Ich ermutigte David auf Grundlage dieser Erfahrung, sich ruhig selbst mit seiner inneren Stimme zu loben. Sich selber anzuspornen, konnte er nicht. Ich fragte nach einem Vorbild, bei dem er ein solches Verhalten evtl. schon einmal beobachtet hatte. Spontan nannte er Boris Becker. Ich vertiefte die Selbstverstärkung. David sprach zuerst sehr mühsam, später freier „Gut gemacht „ und „Klasse, ich hab es geschafft“. Dieses wurde von mir erneut verstärkt. Ich schlug David vor, diese beiden Sätze auf eine Karte zu schreiben und sie an einem Platz in seinem Zimmer zu plazieren, damit er sie öfter am Tag laut oder leise lesen kann. David führte dieses wie erklärt aus, jedoch entfernte er die Karte schon nach wenigen Tagen von dem ausgesuchten Platz, da er entsprechend seiner Ungeduld keine „großen Veränderungen“ sah. Es war für David sehr schwer abzuwarten und langsamen Fortschritt zu akzeptieren.

Einzelgespräch: Arbeit am Narrativ

Ich nahm in der mittleren Phase von Davids Therapiezeit wahr, dass ich nach jeder Sitzung angestrengt und enttäuscht, manchmal verärgert zurückbleibe und ich aber gleichzeitig dem nächsten Gespräch mit ihm positiv entgegen sehe. Daraufhin nutzte ich die externe Supervisionsgruppe. Um mehr Klarheit darüber zu bekommen, nahm ich erneut die Rolle von David ein und spürte Angst in mir.

Ich betrachtete daraufhin die folgende Sitzung mit David unter diesem Aspekt genauer und ich stellte fest, dass David zu Beginn des Gesprächs interessiert, aufmerksam und freudig

wirkt und wir angenehm und konstruktiv zusammenarbeiten. Kurz vor Schluß der Stunde wurde es im Kontakt schwieriger; David war skeptisch, wertete das Gespräch ab und machte sein Mißtrauen bezüglich der besprochenen neuen Schritte deutlich und gab mir das Gefühl, dass ich als Therapeutin „nichts bringe“.

Nach zwei Sitzungen sprach ich David darauf an, d. h. ich teilte ihm meine Beobachtung mit und fragte ihn, ob es sein könne, dass es für ihn wichtig ist, dass er mit keinem guten Gefühl aus dem Gespräch geht.

David schaute mich verwundert, mißtrauisch an und fragte: „Wie meinst Du das?“.

Ich sagte: „Was wäre eigentlich, wenn Du aus einem Gespräch mit mir zufrieden herausgehen würdest?“.

David: „Dann würdest Du mir immer wichtiger werden“.

Ich: „Und was ist wenn ich Dir wichtiger werde?“.

David: „Dann könntest Du mich verletzen .. dann bin ich in deiner Hand .. und wenn Du dann nicht mehr da bist, dann wäre ich wieder allein“.

Ich fragte ihn, ob es sein kann, dass er so dafür sorgt, dass ich bzw. andere Menschen ihm nicht wichtig werden. David verstand, worauf ich hinaus will und bestätigte meine Annahme. In der Sitzung fanden wir heraus, dass die Beziehungen von David entsprechend folgender Struktur verliefen: „Wenn jemand Dir wichtig wird und Du ihn magst, dauert es nicht mehr lange und er verläßt Dich“. Sein Narrativ war: „Ich laß nicht zu, dass mir jemand zu nah kommt, denn er wird mich wieder verlassen und das tut weh“. David war in der Lage zu verstehen, dass sein Bedürfnis nach Verständnis und Vertrauen kurz vor Ende des Kontakts durch Mißtrauen blockiert wird. David konnte eingestehen, sich auf die Gespräche mit mir zu freuen und konnte ebenfalls sein ihm bislang nicht bewußtes Mißtrauen am Ende und dessen Bedeutung erkennen (EE, AK, LM).

Diese Erkenntnis brachte Veränderungen. Zum einen achtete der Patient zum Ende mehr auf das, was er sagte, zum anderen konnte ich ihn bei erneuter Abwertung des Gesprächs zum Ende konkret fragen, ob es um seine irrationale Überzeugung gehe, dass er niemand vertrauen dürfe oder aber ich ließ mir von ihm beschreiben, was ihm an dem Gespräch nicht gefallen hatte.

Hierdurch wurden die Einzelgespräche entspannter und konstruktiver; in den Gruppensitzungen gelang es David kaum, diese Haltung aufzugeben; für ihn gab es fast in jeder Gruppensitzung etwas zu bemängeln oder aber gab es „kein Ergebnis“ für David. Diese Kritik kam oft erst zum Ende der Gruppensitzung.

Gespräche beim Spaziergang

David fühlte sich aufgrund von Erfahrungen in seiner Kindheit sehr schnell eingeengt, fühlte sich beobachtet und kontrolliert. Seine Mutter wies ihn als Kind oft darauf hin, dass Nachbarn von außen schauen könnten und von daher wurden die Vorhänge zugezogen. David machte von sich aus den Vorschlag, einen Spaziergang zu machen, weil er sich in der Natur besser fühle. Während David in Räumen schnell unruhig wurde, sich von Gesprächen außerhalb gestört fühlte, zeigte er sich bei Gesprächen in der Natur wesentlich offener und es tat ihm gut, sich zu bewegen. Die Gespräche fanden an einem bestimmten Ort auf einer Bank statt. Ich erwähne es hier, weil es meines Erachtens für David ein wichtiges therapeutisches Mittel darstellte. Wenn David mich bat, einen Spaziergang zu machen, war dies oft ein Hinweis, dass er mit mir ein ihn belastendes Thema besprechen wollte. Zusätzlich förderte es die leibliche Bewußtheit und psychophysische Entspannung (LB).

Einzelgespräch: Ressourcenaktivierung

David bittet morgens um ein Einzelgespräch, wirkt hektisch, unruhig und berichtet, dass er nicht mehr in der Einrichtung bleiben könne, da er nachts nicht mehr schlafen könne und gar nicht zur Ruhe komme. Nachts würde er ständig nachdenken und gar nicht schlafen. Um endlich wieder in Ruhe schlafen zu können, würde er überlegen die Therapie abzubrechen.

Ich: „Du sagtest gerade, dass Du heute nicht geschlafen hast. Wann war das zuvor so?“

David: „Vor 3 Tagen“.

Ich: „Vor 3 Tagen. Ist das ungewöhnlich für Dich, 3 Tage schlafen zu können?“

David: „So einigermaßen, meist sind es nur 2 Tage, die ich durchschlafe.“

Ich: „Was war denn anders in den 2 Tagen, in denen Du gut geschlafen hast?“

David: „Ich weiß nicht...“.

Ich: „Überleg mal, was hast Du anders gemacht an den 2 Tagen?“.

David: „Ich habe mich besser gefühlt“.

Ich: „Was war noch anders?“.

David: „Ich war mehr unter den anderen, ich habe abends mit den anderen Backgammon gespielt, habe mich auch ganz gut unterhalten...ich habe mich nicht alleine gemacht“.

Ich: „Wenn Du statt 2 Tage 5 Tage lang gut schlafen würdest, was wird dann anders sein?“.

David: „Oh, das wäre klasse.....das ist eine schwierige Frage. Vielleicht muss ich mir dann ziemlich viel vornehmen abends“.

Ich: „Wie sieht das in etwa aus?“.

David beschreibt daraufhin die Dinge, die nach seiner gegenwärtigen Einschätzung am ehesten geeignet sind, ihm Schlaf zu garantieren.

Am Ende der Stunde gebe ich David lediglich einige anerkennende Worte über die gute Kenntnis, die er über seine Schwierigkeiten hat und wie gut er sich in den letzten Tagen verhalten hat (LH, LB).

In den folgenden Tagen achtete David mehr auf sein Aktiv-werden am Abend und hatte das Gefühl, etwas für seinen Schlaf zu tun. Er fühlte sich im Vorfeld „machtlos“ und er erkannte, dass er selbst etwas aktiv besser oder anders gemacht hat, als an den schlaflosen Nächten.

Einzelgespräch: Brief an die Eltern

David hat zu diesem Gespräch einen Brief mitgebracht, den er an seine Eltern geschrieben hat. (Dieser Brief war eine Intervention meinerseits, nachdem ein Besuch seiner Eltern, Anspannungen und Wut bei ihm ausgelöst hatte. Ich hatte David erklärt, dass er seine Gefühle seinen Eltern gegenüber über einen Brief eventuell „los werden“ könnte).

Zunächst frage ich nach, wie es ihm beim Schreiben ergangen sei.

David erzählt, dass es ihm schwergefallen und er dabei immer wütender geworden sei. Er habe gar nicht gewußt, wie er anfangen soll. David beginnt den Brief vorzulesen; deutlich werden viele Vorwürfe. Die Wut kommt klar zum Ausdruck.

Ich frage ihn, bei welchem Elternteil er seine Wut deutlicher verspürt.

Er benennt sofort seine Mutter.

Deshalb bitte ich ihn, seine Mutter auf den leeren Stuhl zu holen (aus einer vergangenen Arbeit kannte David dieses Vorgehen schon). Er holt einen Stuhl und reguliert nach einem Hinweis von mir Nähe und Distanz. David schaut mich an und sagt, dass er das nicht kann und auch nicht möchte.

Ich akzeptiere seine Grenze und spüre als Resonanz Traurigkeit. Ich nehme mir meinen Stuhl und setze mich neben David und sage: „Du wirkst sehr traurig“.

David schaut weg und versucht zu verhindern, dass ich seine feuchten Augen sehe.

Ich lege meine Hand auf seinen Arm (ES, EV) und frage ihn, ob das in Ordnung ist.

David nickt und langsam fängt er an, zu sprechen. Deutlich wird, wie lieblos er seine Mutter empfunden habe, wie sehr er sich Geborgenheit und Akzeptanz gewünscht habe und er seine Mutter nicht verstehe. Gleichzeitig habe er immer das Gefühl gehabt, dass auch sie „irgendwie krank“ sei. Da er den Kontakt zur Mutter oft nicht ausgehalten habe, sei er oft rausgelaufen und habe sich stundenlang draußen aufgehalten. Wichtig sei es für ihn heute noch, nach draußen gehen zu können, was er sich jetzt auch wünsche.

Ich begleite David bei einer bekannten Runde im Wald. Hier wird er zunehmend ruhiger. Ich frage ihn, ob er Zusammenhänge zwischen seiner Kindheit, dem Verhalten seiner Mutter, seinem jetzigen Verhalten sowie seiner Drogenabhängigkeit sehen könne. Bislang war David davon überzeugt, dass er an allem Schuld trage und in seinem Leben versagt habe. Nun äußerte David Verständnis für sich selbst, dass er bei seiner Mutter nicht habe lernen können, wie er mit Gefühlen umgehen kann und ebenfalls – wie sein Vater - statt Probleme zu lösen, Alkohol konsumierte. Später habe der Vater ihm ja auch zum Alkohol trinken eingeladen mit dem Hinweis „Dann wird alles besser“. David äußert erneut sein Unverständnis, beschreibt jedoch auch, dass er nun besser nachvollziehen kann, warum er schon früh Alkohol und später Drogen genommen habe. Zum Ende des Spaziergangs frage ich David, wie sich seine neuen Erkenntnisse auf ihn auswirken würden (EE, PI). David beschreibt, sich besser zu fühlen. Er habe Zusammenhänge zwischen seiner Lebens- und Suchtgeschichte erkannt. Ebenfalls macht er deutlich, dass er aber seinen Eltern nicht die ganze Schuld zuweisen könne. Letztendlich habe er ab einem bestimmten Alter gewußt, was er tut. David schien mehr Einsicht und Akzeptanz sich selbst gegenüber gewonnen zu haben.

Einzelgespräch: Krisenintervention

Etwa eine Woche vor seinem Therapieabbruch bittet David um ein Einzelgespräch, da er starke Abbruchgedanken hat. Deutlich werden seine Ängste bezügl. der anstehenden Außenorientierungsphase. Im Vorfeld hatte der Patient sehr deutlich seinen Wunsch zum Ausdruck gebracht, endlich nach draußen gehen zu können. Nun spüre er Ängste; ferner sei ihm deutlich geworden, dass er nicht mehr zurück zu seinen Eltern kann und will und er sich absolut alleine fühlt. Tränen kommen auf.

Ich setze mich näher zu David und lege tröstend den Arm um ihn (empathische Reaktion, um Kontakt herzustellen, aber auch David Beistand zu sein).

David erzählt, wie unsicher er sich fühlt, dass alles sinnlos sei, er es nicht schaffen würde. Um David die Folgen seines Abbruchs deutlich zu machen, nutze ich die „Zeitmaschine“ und bitte ihn, sich vorzustellen, dass er heute die Einrichtung verläßt.

David berichtet, dass er Alkohol trinken würde und es nicht lange dauern werde, bis er zu harten Drogen greife.

Ich erinnere David an Krisen, die er zu Beginn seiner Therapie bewältigt hat und frage ihn danach, was ihm dabei geholfen hat (Ressourcenaktivierung).

David hat Schwierigkeiten, sich darauf einzulassen.

Ich frage David deshalb, was T., sein bester Kontaktpartner in der Einrichtung, sagen würde, wenn er heute die Einrichtung verlassen möchte (Rollentausch anbieten als Technik der inneren Distanzierung). Ich bitte David, sich auf einen leeren Stuhl zu setzen, der für T. steht. David bekommt schnell Zugang zu seinen Ressourcen; warnt „David“ in der Rolle als T. vor den „Gefahren“ und gibt ihm Hinweise, was er tun kann und macht „David“ bewußt, wie viel er hier schon erreicht hat und ob er das alles „weschmeißen“ will. Außerdem macht er verschiedene Vorschläge, wie es „David“ besser gehen könne.

Ich bitte David wieder auf seinem ursprünglichen Stuhl Platz zu nehmen und lasse ihn überprüfen, was er von dem Gesagten für sich nutzen könne.

David entscheidet sich für das naheliegende; das er zunächst mit seinem besten Kontakt, nämlich T., sprechen möchte.

Ich frage ihn nach seiner Befindlichkeit.

David sagt, dass er sich nicht grundsätzlich besser fühle, er jedoch nicht mehr abrechnen müsse, sondern sich gerade erinnert habe, dass er hier in der Einrichtung ähnliche Situationen „durchgehalten“ habe.

Im weiteren spreche ich noch die kognitive Ebene des Patienten an, weshalb ich ihm erkläre, dass seine Ängste zu seinem Therapieprozess gehören und dass diese in der bisherigen Therapiezeit stets dann aufgetaucht seien, wenn er vor „Neuem“ gestanden habe. Andere

Menschen würden ebenfalls wie er, in neuen Situationen Ängste empfinden. Ich erinnere ihn daran, wie viele belastende Situationen er schon in den vergangenen Monaten bewältigt hat (Bewußtseinsarbeit) und vergewissere mich, ob bei David die Erklärungen angekommen sind.

Zum Abschluß des Gesprächs kläre ich mit ihm ab, was er an dem Tag noch tun wird und wie er das Wochenende für sich nutzen möchte. Ich weise ihn auch darauf hin, welche Kollegen im Wochenenddienst sind (Notfallhelfer), an die er sich wenden kann. Ebenfalls füge ich hinzu, dass es gut möglich sein kann, dass dieselben Gefühle ihn erneut am Wochenende beschäftigen und dass das auch „normal“ ist. (Dieses war mir besonders wichtig, da David bislang wenig Geduld bei Veränderungsprozessen gezeigt hatte).

Ein Einzelgespräch für den Montag wird vereinbart.

11.1 Therapeutische Wirkfaktoren

1. Einführendes Verstehen (EV)
2. Emotionale Annahme und Stütze (ES)
3. Hilfe bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung (LH)
4. Förderung emotionalen Ausdrucks (EA)
5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrung (EE)
6. Förderung kommunikativer Kompetenzen und Beziehungsfähigkeit (KK)
7. Förderung leiblicher Bewußtheit, Selbstregulation und psychophysischer (LB) Entspannung
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM)
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (KG)
10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven (PZ)
11. Förderung eines positiven persönlichen Wertebezugs (PW)
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens (PI)
13. Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke (TN)
14. Ermöglichung von Solidaritätserfahrungen (SE)

Literaturverzeichnis

- FUNK, Kurt und SCHEIBLICH, Wolfgang. Behandlungsplan und Behandlungs-journal für ambulante und stationäre Therapie mit Suchtkranken auf der Basis der integrativen Therapie. Borlheim / Roisdorf und Köln.

- FIEDLER, Peter. Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Hogrefe - Verlag, Göttingen 2000.

- LINEHAN, M. Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. München:CIP-Medien.1993.

- OSTEN, Peter. Die Anamnese in der Psychotherapie: Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis. München, Basel 2000.

- PETZOLD, Hilarion, Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Paderborn 1993.

- PETZOLD, Hilarion und THOMAS, Günther (HRSG), Integrative Suchttherapie und Supervision. Sonderausgabe Gestalt und Integration 1/1995.

- RAHM, D., OTTE, H., BOSSE, S., RUHE-HOLLENBACH, H., Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn 1993.

- FPI-Seminar: Sucht, seelische Erkrankungen und Persönlichkeit
Unterlagen, Materialien von Wolfgang Scheiblich

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich diese Arbeit ohne fremde Hilfe verfaßt habe. Ich habe mich keiner anderen als der angegebenen Hilfsmittel bedient und dieses Thema nicht bereits im Rahmen einer früheren Prüfung schriftlich bearbeitet.