Aus H. Kunze (2015) Psychisch krank in Deutschland ... Kohlhammer-Verlag, S. 80f.

3.2.1 Familien- und Gemeindeorientierung – Psychotherapie und mehr in einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Bernward Vieten

Zusammenfassung: Die als kontinuierliche Behandlung zu wertenden zwei längeren stationären Phasen eines jungen Studenten mit der Diagnose einer Agoraphobie mit Panikstörung und einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung bei einer familiären Konfliktsituation fanden im Ablauf von etwa zwei Jahren in einem Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik statt.

- Die psychiatrisch und psychotherapeutisch orientierte Behandlung knüpfte einerseits bei der subjektiven Verarbeitung des Störungsbildes an, nutzte Elemente der Verhaltenstherapie zur direkten Bearbeitung der Kernsymptomatik und bezog andererseits auch die Familie, das soziale Umfeld sowie die berufliche Orientierung des Patienten mit ein. Bei der Wiederaufnahme war dem Patienten die Rückkehr auf dieselbe Station zur Wahrung der Kontinuität wichtig.
- Schließlich gelang es, am Studienort einen neuen Lebensmittelpunkt aufzubauen und die soziale Isolierung zu durchbrechen. Nicht zuletzt auch mit Hilfe der Integration in das dortige Therapiesetting (Psychiatrische Ambulanz) konnte der Patient weitere Schritte der Individualisierung und Ablösung aus dem direkten familiären Umfeld gehen und sich letztlich langfristig stabilisieren. Auch im beruflichen Bereich konnte er seine Laufbahn mit großem Erfolg nach exzellentem Studienabschluss starten.

Erste stationäre Behandlung

Beschwerden bei der Aufnahme: Im Vordergrund standen Angstattacken, die zu Paniken eskalierten, erlebte Veränderungen seien Ausdruck eines drohenden Hirnschadens. Je nach Situation ging es um Kopfschmerzen, Zittern, Schwindel, Tunnelblick oder Ohrgeräusch, nicht mehr richtig denken können, nicht mehr er selbst sein. Die eigene Wohnung erlebe er als sicheren Ort, er bleibe meist zu Hause und könne seit sechs Monaten seinem Studium der Informatik nicht mehr nachgehen.

Vorgeschichte: Schon seit Jahren kenne er solche und ähnliche Beschwerden. Seine Belastbarkeit habe deutlich abgenommen. Er könne sich schlecht konzentrieren, sei auch ständig müde. Ein Behandlungsversuch mit einem Benzodiazepin habe ihm zusätzlich Beschwerden bereitet.

Ein Jahr vor der stationären Aufnahme war Herr G. mit einem diffusen Beschwerdebild in unsere Ambulanz gekommen, die eine neurologische Abklärung veranlasste. Die Verdachtsdiagnosen waren Narkolepsie mit Kataplexie, möglicherweise Panikstörung. Außerdem unterzog er sich einer stationären neurologischen Rehabilitation.

Seine erste und bislang einzige Beziehung habe er mit 16 Jahren gehabt. Diese habe ein Jahr gedauert, sei dann aufgrund des Umzugs der Freundin in eine andere Stadt beendet worden. Es sei eine intime Beziehung gewesen. Seitdem habe er keine Freundin mehr gehabt. Er verspüre auch kein Verlangen nach Intimität.

Seine Kindheit und Jugend sei durch die Erkrankung der Mutter, die an einer Psychose und einer Alkoholabhängigkeit leide, geprägt gewesen. Sein Vater, leitender Angestellter, sei immer viel unterwegs gewesen. Die engste Bezugsperson sei seine Großmutter mütterlicherseits, bei der er häufig die Ferien verbracht habe.

Diagnose: Vollbild einer Agoraphobie mit Panikstörung, sowie eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung. Zielführend für diese Diagnostik war die Beobachtung der massiven Anspannung des Herrn G., seine Unsicherheit in sozialen Kontakten sowie die Vermeidung von beruflichen und sozialen Aktivitäten aus der Furcht heraus, durch Ablehnung beschämt zu werden.

In familiendynamischer Hinsicht kann das Störungsbild verstanden werden als ein Beitrag zum Zusammenhalt der Gesamtfamilie, angesichts langjähriger psychischer Störung der Mutter und eines eher am Rande der Familie stehenden Vaters, der durch berufliche Einbindung häufig abwesend war. In der Folge misslang die Verselbstständigung und Ablösung des einzigen Sohnes.

Der therapeutische Prozess folgte einem verhaltenstherapeutischen Konzept: Vorbereitungsphase, Informationsvermittlung, dann die Konfrontationsphase, Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen, in Verbindung mit Einzel- und Gruppengesprächen, Gestaltungstherapie, Körperwahrnehmung, Sporttherapie, Ergotherapie und weitere soziotherapeutische Maßnahmen.

Die Funktionalität und Komplexität der Angststörung wurde Herrn G. bei diesen therapeutischen Aktivitäten zunehmend deutlich: Er hatte Angst vor dem peinlichen Gefühl, berechtigten Anforderungen in der therapeutischen Beziehung und in Alltagssituationen nicht gerecht werden zu können.

Er lernte verstehen, dass Vergessen, Müdigkeit mit Verschlafen und Angstattacken Strategien zum Umgang mit drohender Beschämung sind. Mit den vermeintlichen Defiziten sein Äußeres, seine körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit betreffend, verband er auch die Befürchtung, dass sein Gehirn einen Schaden nehmen könnte und er durch Kontrollverlust der Scham hilflos ausgeliefert wäre.

Im Verlauf konnte erarbeitet werden, dass auch große Angst, seine Wut zu zeigen, sehr bedeutsam war. Diese Wut kam ihm maßlos vor und er bewertete sie als unerträglich beschämend. Lerngeschichtlicher Hintergrund ist, dass seine adäquate Verärgerung auf permanente Provokationen seitens der kranken Mutter wirkungslos verpuffte und er zweimal „ausrastete“, was er als sehr beschämend verarbeitete.

In der *zweiten Behandlungsphase* kam es zu einem deutlichen Rückgang der Panikattacken. Herr G. erweiterte seinen Aktionsradius einschließlich Fahrten mit Bus und Bahn und steigerte die Belastung.

Während seines Aufenthaltes auf der Sektorstation der gleichen Klinik ging Herr G. eine Beziehung zu einer Mitpatientin ein. Eine besondere Belastung trat für ihn ein, nachdem er erfuhr, dass er Vater wird. Dies hat nicht unerheblich zu den oben geschilderten Schwierigkeiten geführt. Er sieht sich den fordernden Wünschen seiner Partnerin nach Nähe, Unterstützung und Beginn von Familienleben ausgesetzt. Er steht der Vaterschaft ambivalent gegenüber, fühlt sich von seiner Partnerin ausgenutzt und als Mann auch austauschbar. Er bemühte sich, seiner Verärgerung und Enttäuschung darüber in Einzel- wie Paargesprächen Ausdruck zu verleihen und aus seinem Muster, das aus Ängsten mit diffusen körperlichen Beschwerden und Rückzug besteht, auszubrechen. Er erkannte, dass dieses Verhalten die Partnerschaft gefährdet, die er jedoch weiterhin aufrechterhalten will.

In einem Familiengespräch im Januar wurde die weitere Wohnperspektive, die Wiederaufnahme anstehender Uniarbeiten und Möglichkeiten der ambulanten Weiterbehandlung besprochen. Es wurde vereinbart, dass Herr G. mit zwei Bekannten eine WG gründet, und dass er Uniarbeiten in der „Arbeitstherapie Bürotraining“ erledigt.

Ihm wurde unsere Unterstützung bei der Suche eines ambulanten Psychotherapieplatzes angeboten, auch schlugen wir ihm vor, am ambulant betreuten Wohnen teilzunehmen.

Es fiel Herrn G. sehr schwer, diese Ziele umzusetzen, da sie ein Heraustreten aus seinem

Muster bedeuteten. Neben der Arbeit an einer beginnenden kognitiven Umstrukturierung versuchten wir, ihn auch durch engeres Führen zu unterstützen. Er schob jedoch die anstehenden Aufgaben vor sich her, vertröstete uns oder blieb uns Antworten schuldig. Ängste traten wieder vermehrt auf.

Bei der Vorbereitung der Entlassung gab er an, in der Uni Anschluss gefunden zu haben. Er habe eine positive Resonanz auf seine abgelieferten Arbeiten erhalten. Die Wohnungssuche war erfolglos geblieben, er plante zunächst, nach Hause zurückzukehren. Vier Tage vor Entlassung hatte er noch keinen definitiven ambulanten Behandler.

Es wurde ihm deutlich gemacht, dass er zum jetzigen Zeitpunkt an einem Teil der Angst weiter festhalten wolle und nach Legitimation für ihr Dasein suche, so durch Rückkehr in ein krankes Umfeld und fehlende ambulante Weiterbetreuung. Die Angst bedeute Schutz, indem sie ihn als krank stempelt und er damit für jeden ersichtlich nur eingeschränkt leistungsfähig sei. Zum Abschluss war geplant und vorbereitet durch entsprechende Kooperationsgespräche, dass Herr G. in der Institutsambulanz des Studienortes psychiatrisch und psychotherapeutisch weiterbehandelt wird.

***Zweite Stationäre Behandlung* etwa 1 ¾ Jahr nach der letzten Entlassung**

Herr G. wünschte, auf derselben Station wieder behandelt zu werden. Er berichtete davon, dass er seit drei Monaten unter ähnlichen körperlichen und psychischen Störungen leide wie vor der ersten stationären Behandlung. Er könne nicht mehr richtig denken, leide unter Konzentrationsstörungen, sei ständig müde, und er habe das Gefühl, nicht mehr er selbst zu sein. Er vermeide zunehmend berufliche und soziale Aktivitäten aus Furcht, sich unangemessen zu verhalten.

Es war möglich, bei einer nur milden depressiven Symptomatik, Herrn G. schnell in das Stationsgeschehen zu integrieren. Er nahm an den verschiedenen Therapieprogrammen teil, auch am Cogpack-Training [neuropsychologisches Therapieprogramm am PC; Anm. HK], und konnte seine Konzentration deutlich steigern. Eine unterstützende Medikation bezüglich seiner Störung der Konzentration und seiner Müdigkeit wurde besprochen, Herr G. blieb vorerst ambivalent, hielt sich aber die Option offen.

In den Einzelgesprächen konnten zunächst mit dem Patienten die wesentlichen Problembereiche herausgearbeitet werden. Hierzu zählten die Spannungen und Konflikte zwischen ihm und seiner Ex-Freundin, die einen Umgang mit seinem Sohn deutlich erschwerten, sowie eine Angst vor Kontrollverlust (über seine Körperfunktionen) und Angst vor einer geistigen Einschränkung und die damit verbundene Beschämung, den alltäglichen Anforderungen nicht gerecht zu werden.

Es wurde deutlich, dass der Patient mit Hilfe seiner Ängste andere relevante problematische Themenbereiche kognitiv vermied, wodurch diese weiter aufrechterhalten wurden. Dennoch wurde von Herrn G. wiederholt seine wahrgenommene eingeschränkte Leistungsfähigkeit thematisiert. Aber zunächst gelang es dem Patienten nur ansatzweise, seine Denk- und Reaktionsmuster zu modifizieren. Gegen Ende der Behandlung wurden ihm diese Zusammenhänge immer deutlicher und er konnte erste Schritte in diese Richtung bewältigen.

Hinsichtlich seiner sozialen Isolation und seines Kontrollverhaltens konnten mit dem Patienten schrittweise Übungen geplant werden, die seine sozialen Kompetenzen erweiterten und zu einer höheren Aktivitätsrate führten.

Ein Gespräch mit seiner Ex-Freundin wünschte der Patient während der Behandlung nicht. Es konnte jedoch mit ihm eine bessere Einsicht in die Problematik mit seiner Ex-Freundin erzielt werden. Dies hatte in der Folge positive Auswirkungen auf die Kontakte mit seiner Ex-Freundin bei Besuchen mit seinem Sohn. Seine große Angst, von seiner Ex-Freundin verletzt zu werden, sobald er seine wahren Gefühle zeige, wurde ihm in den Kontakten nicht bestätigt.

Erneut wurde Herr G. zur weiteren Behandlung nach einer entsprechenden Vorbereitung und Kooperationsgesprächen an die Ambulanz des Studienortes zurückverwiesen. Katamnestischen Auskünften an uns konnten wir entnehmen, dass Herr G. einen exzellenten Studienabschluss erreichte und von der Universität in eine Stelle als wissenschaftlicher Mitarbeiter übernommen wurde. Seine soziale Situation hatte sich umfassend stabilisiert.

Kommentar – Voraussetzungen für das Gelingen dieser Behandlung

- Kontinuität und Vertrauen, auch bei Wiederaufnahme, ermöglichen dem Patienten, seine Ängste, Scham und Wut einzubringen.
- Die therapeutische Perspektive bezieht auch Familie und Alltag des Patienten ein.
- Die Bewährung der Behandlungsergebnisse findet im realen Leben und in der Verantwortung des Patienten statt, in Schritten therapeutisch dosiert und mit Wiederholungen.