

Wie Sie uns vielleicht noch nicht kennen

# Berufsporträts von Psychotherapeuten





# Editorial

## *Liebe Leserinnen und Leser,*

*zu Psychotherapeuten kommen Menschen, die etwas so sehr aus der Bahn geworfen hat, dass sie deshalb unsere Hilfe benötigen. Wir helfen Menschen mit dem Leben nach einem Schlaganfall, der so Vieles so gravierend verändert. Wir behandeln chronische Schmerzen zusammen mit Ärzten und Physiotherapeuten, weil es häufig mehr um psychische Veränderungen geht als um körperliche. Wir therapieren Menschen mit wahnhaften Überzeugungen und einem unkontrollierbaren Verlangen nach Alkohol. Wir sind für unsere Patienten da, auch wenn es dauert. Wir helfen Kindern, die von ihren Eltern vernachlässigt wurden und nicht bei ihnen bleiben konnten, auch ohne Vater und Mutter einen Halt im Leben zu finden. Wir unterstützen aber auch Familien bei eskalierenden Konflikten, damit es in Zukunft gar nicht mehr so weit kommt. Und manchmal helfen wir auch Menschen, damit zurechtzukommen, dass ihr Leben bald zu Ende gehen wird beispielsweise bei unheilbaren Krebserkrankungen.*

*Dabei sind wir vor allem stolz auf unsere Patienten, denn sie leisten die entscheidende Arbeit. Wir können mit Rat und Tat zur Seite stehen und auch stützen, wenn es notwendig ist. Aber unsere Patienten müssen die Schritte machen, die sie wieder ins Leben zurückführen, und wir wissen, wie schwer das ist.*

*Die Berufsporträts erlauben einen eindringlichen Blick in psychotherapeutische Behandlungen, den Sie vielleicht noch nicht kennen. Psychotherapeuten arbeiten häufig in ihrer eigenen Praxis, aber auch als Angestellte im Team mit anderen Behandlern zusammen. Sie behandeln Patienten mit vielen unterschiedlichen Erkrankungen, nicht nur Depressionen und Angststörungen, auch wenn diese besonders häufig sind. Bei den Berufsporträts lassen wir vor allem die Patienten erzählen, wie sie ihre Psychotherapie erlebt haben. Ich wünsche mir, dass die Geschichten Sie genauso berühren und gefangen nehmen wie mich. Es sind Berichte davon, wie das Leben trotz allem wieder gelingen kann.*

Mit den besten Grüßen



Dr. Dietrich Munz

Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer



# Inhaltsverzeichnis

## **Der Abschied kann gelingen**

Begleitung von Sterbenden und ihren Angehörigen. ....6

## **„Lassen Sie uns die Katastrophe zu Ende denken“**

Die Tür – Suchtberatung Trier ..... 10

## **Wenn Überzeugungen wahnhaft werden**

Psychotisch kranke Menschen am Universitätsklinikum Tübingen ..... 16

## **Im Leben wieder Halt finden**

Die stationäre Jugendhilfe in Diepholz ..... 22

## **Mitten im Alltag erwischt**

Neuropsychologische Therapie bei Gehirnverletzungen ..... 26

## **Erst gar nicht in den Strudel geraten**

Erziehungsberatung in Duisburg ..... 30

## **Wenn Psyche und Muskeln die Ursachen sind**

Die Behandlung am Schmerz-Zentrum Mainz ..... 34

## **Wieder Gründe finden weiterzumachen**

Psychotherapie bei Krebserkrankungen ..... 38



# Der Abschied kann gelingen

Begleitung von Sterbenden  
und ihren Angehörigen



Manchmal geht es nicht um Genesung. Manchmal geht es darum, dass in Momenten, in denen es darauf ankommt, Gespräche gelingen und innerer Frieden und Abschied möglich werden.

Peter P. wurde 62 Jahre alt. Seit mehr als zwei Jahren wusste er, dass er nicht mehr lange zu leben hatte. Offen war nur, wie viel Zeit ihm der Darmkrebs noch lässt. Als ihm vor einem Jahr der Psychotherapeut Urs Münch Gespräche anbot, hatte er Metastasen in der Leber und in den Knochen. Noch vor einem Monat wollte Peter P. darüber berichten, wie hilfreich für ihn die Gespräche mit dem Psychotherapeuten waren. Dazu kam es nicht mehr. Kurz vor Jahresende war seine Zeit zu Ende.

Die zwei Jahre bis zu seinem Tod waren allerdings weit weniger angstvoll, als er für möglich gehalten hatte. Peter P. erlebte sich getragen von Frau und beiden Töchtern, die Gespräche mit ihnen waren nicht vor dem Tod verstummt. Ganz im

Gegenteil: Die Familie vergewisserte sich ihrer Verbundenheit, ließ das gemeinsame Leben noch einmal in der Erinnerung passieren und regelte, was vorab zu regeln war.

---

„Das hielt immer nur fünf Minuten,  
dann war die Todesangst wieder da.“

Die Entscheidung von Urs Münch, Menschen beim Sterben beizustehen zu seinem Beruf zu machen, beruhte auf eigenen familiären Erfahrungen. „Sehr ohnmächtig und völlig hilflos“ habe er sich als 24-Jähriger dabei erlebt, seinen schwer erkrankten Bruder mit zu begleiten.

Drei Monate vor seinem Tod erlebte dieser starke Todesängste. Weil er gleichzeitig sein Kurzzeitgedächtnis verlor, nutzte alle Beruhigung wenig. „Das hielt immer nur fünf Minuten, dann war die Todesangst wieder da“, berichtet Urs Münch noch heute „sehr berührt“ über diesen alptraumhaften Teufelskreis. Die Todesangst war über Wochen in einer Endlosschleife gefangen und zermürbte den Kranken und alle, die sich um ihn kümmerten.



Dass das Sterben nach dem ersten Schrecken anders verläuft, dafür setzt sich Urs Münch heute in den DRK Kliniken Berlin | Westend ein. „Jede Lebensphase birgt das Potenzial zu wachen und zu reifen – auch die letzte Phase, wenn es auf den Tod zugeht“, erklärt der Psychotherapeut. Von seiner Arbeit berichtet er so einfühlsam wie lebensfroh. Der Tod hat für ihn nichts an seiner Unausweichlichkeit verloren, wohl aber an seinem einschüchternden bis niederschmetternden Charakter.

Auch das Gespräch mit Peter P. und seinen Angehörigen gelang. Als er erfuhr, dass Peter P. erneut in der Klinik war und seine Erkrankung sehr fortgeschritten war, bot er das Gespräch mit ihm an. Die Familie habe es dankbar angenommen. Vom Erkrankten verlangt das Sterben etwas, was für einen Menschen, der gelernt hat, sein Leben lang auf den eigenen Beinen zu stehen, seit Langem Ungewohntes: „mehr und mehr abzugeben“, so Münch, „abhängig zu sein von Ärzten, Pflegern sowie Familie und Freunden. Am Ende geht es sogar darum, sein Leben abgeben zu können und vielleicht seinen inneren Frieden damit zu machen.“

---

„Ich kann nicht aufgeben, das kann ich ihnen nicht zumuten.“

Urs Münch kann auf diesem Weg begleiten, den medizinischen Stand der Dinge vermitteln und das Gespräch darüber führen, was dies für die Zeit heißt, die bleibt. Er kann über Patientenverfügung und Testament beraten und helfen, die dafür notwendigen Dokumente zu erstellen. Urs Münch kann aber vor allem eins, nicht sprachlos werden angesichts des Todes, auf den die wenigsten vorbereitet sind.

*Empfehlungen für das Gespräch über unheilbare Krankheiten, das Thematisieren von Sterben und Tod und der Begleitung in der Sterbephase finden sich in der S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten:*  
[www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/128-0010Lk\\_S3\\_Palliativmedizin\\_2015-07.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-0010Lk_S3_Palliativmedizin_2015-07.pdf).

„Das Gespräch darüber, wie die bleibende Zeit gemeinsam verbracht werden soll, kann gelingen, wenn Angst und Traurigkeit es nicht niederdrücken“, sagt Urs Münch. Der Tod sei plötzlich kein Gedanke mehr, sondern stehe so unsichtbar wie gewiss vor der Tür. Die allermeisten Menschen erleben sich in der direkten Konfrontation mit ihrer Endlichkeit und drohendem Verlust von Eigenständigkeit erst einmal sehr hilflos und ohnmächtig.

Peter P. war in seinem Lebensmut nicht unterzukriegen, er hing an seinem Leben und war bereit, viel zu ertragen, um länger am Leben zu bleiben. Dabei spielte auch die Rücksicht auf seine Familie „eine ganz, ganz wichtige Rolle“, wie

Urs Münch in Gesprächen mit ihm erfuhr. Peter P. wollte seine Frau und die Töchter nicht enttäuschen: „Ich kann nicht aufgeben, das kann ich ihnen nicht zumuten“, sagte er sich. Doch als die Schmerzen kamen und zunahmen, untergruben sie die Erwartung an sich selbst, noch weiter für seine Familie da zu sein. Irgendwann kam der Punkt, an dem der Wunsch wuchs: „Ich möchte das nicht mehr ertragen.“ Als seine Ärzte ihm zu einer Pause der Chemotherapie rieten, erlebte er es als Erlaubnis, nicht weiter kämpfen zu müssen, was für ihn sehr erleichternd war.



Der Psychotherapeut half ihm dabei, seine Gedanken zu sortieren und erst einmal wieder Platz zum Atmen zu schaffen, so bedrückt und erschöpft kam ihm sein Patient vor. Eine Hilfe waren dabei imaginäre Reisen an „Wohlfühlorte“. In seinen letzten Wochen erlebte Peter P. noch sein Talent, sich in seiner Vorstellung an Orte zu versetzen, die er immer in Erinnerung behalten hatte, weil er an ihnen glückliche Momente erlebt hatte. Damit waren ihm bis zuletzt kleine Auszeiten möglich, die er sehr genoss. Diese Reisen erlaubten ihm auch, sich vorübergehend körperlich wohler zu fühlen. „Herr P. war in diesen hypnotherapeutischen Übungen außerordentlich begabt“, berichtet Urs Münch. Einer seiner liebsten Orte war am Meer, den er vor 40 Jahren in einem Urlaub entdeckt hatte.

Urs Münch erfuhr erst Tage später, dass Peter P. gestorben war. Sein Tod kam dann doch selbst für ihn und die Ärzte „überraschender“, als sie es erwartet hatten. „Würde-bewahrend“ beschrieb seine Frau später die Gespräche mit dem Psychotherapeuten. Er selbst erlebe es „als Privileg, dabei sein zu dürfen, wie Menschen noch Entwicklungssprünge vollziehen und Dinge hinbekommen, egal wie schwierig die Situation ist“. Dies mache auch den Kern seiner Arbeit aus, Menschen zu unterstützen, wie sie mit den Belastungen, die zum Sterben gehören, besser zurechtkommen. Dabei sterbe jeder Mensch auf seine Art. Manche verabschiedeten sich auch „wütend und bockig“, aber jeder Mensch hat das Recht, in der innerlichen

„Dinge hinbekommen, egal wie schwierig die Situation ist.“

Haltung zu sterben, die zu ihm passt. Auf dem Weg des Abschieds zu unterstützen, zu begleiten und zu beraten sei eine erfüllende Aufgabe.



# „Lassen Sie uns die Katastrophe zu Ende denken“

Die Tür – Suchtberatung Trier



Petra K. (Name geändert) ist zurück aus der Klinik. Nicht das erste Mal. Sie war sich zu sicher gewesen und wieder abgestürzt. Deshalb erneut eine stationäre Suchtbehandlung. Dabei hatte sie schon mehrere Jahre nicht getrunken und ein Leben ohne Alkohol geführt. Doch sie war „leichtsinnig geworden“, wie sie sagt. Sie hatte die Selbsthilfegruppe aufgegeben und gedacht: „Das brauche ich nicht mehr.“ Aber dann kamen eine neue berufliche Ausbildung und der Prüfungsstress. Ein Glas und der Stress war schon nicht mehr so spürbar, rückte in größere Entfernung. Erst ein Glas und auch nur „alkoholfreies“ Bier, das gar nicht völlig alkoholfrei ist, wie sie wusste. Dann wieder das normale Bier, dann Wein.

Die Stufen des Abstiegs in die Sucht kennt Petra K., seit sie trinkt. Seit ihrem 14. Lebensjahr. Es ist immer die gleiche Versuchung, der sie so schwer widerstehen kann: Erst Stress oder Krach, durch die enorm viel Druck entsteht und dann der Alkohol, der wieder entspannen lässt. Ihre Belastung ist durchaus real: der anstrengende Alltag einer alleinerziehenden Mutter, die ganztags arbeitet

und danach noch die Kinder versorgt. Das Gefühl, in ihrem Leben selbst nicht mehr viel vorzukommen. Schon auf dem Weg zur Kindertagesstätte fuhr

---

„Zwei Dosen trank ich schon auf dem Weg zur Kita.“

sie deshalb regelmäßig an der Tankstelle vorbei, um abends nicht auf dem Trockenen zu sitzen. „Zwei Dosen trank ich schon auf dem Weg zur Kita“, berichtet sie und gesteht damit ein, was sie sich im Nachhinein am wenigsten verzeiht. Dass sie alkoholisiert mit den Kindern Auto fuhr. Dass sie ihre Kinder einer solchen Gefahr aussetzte. Damals war es eine Rutschbahn ohne Halt. Vom ersten Glas an verlor sie die Kontrolle. Der Körper gewöhnte sich dabei an große Mengen Alkohol: „Am Ende konnte ich vier, fünf Flaschen Wein vertragen, ohne dass andere es merkten.“ Der Alkohol löste ihre Probleme nicht. Die Probleme blieben: die Belastungen, die sie als Zuviel erlebte, das „Wegdrücken“ der Spannungen mit dem Alkohol. Schließlich der Verlust des eigenen Lebens an die Sucht.

Irgendwann stand Petra K. vor der Suchtberatung in Trier. Ihr war klar geworden: „So geht es nicht weiter! Ich

brauche Hilfe.“ Eine der dringendsten Fragen vor der Behandlung war: „Wer kümmert sich in der Zeit, in der ich in der Klinik bin, um die Kinder?“ Auf die Frage fand sie zusammen mit der Suchtberatung eine Antwort. Damit stand sie jedoch vor der nächsten, noch viel schwierigeren Entscheidung: sich auf das Ziel der Behandlung einzulassen. Das Ziel sollte sein: „Nie wieder Alkohol!“ – „Das war der schlimmste Gedanke, den es damals für mich gab“, sagt Petra K. heute. Heute weiß sie auch, dass es nur so für sie geht. Ein Leben ohne einen Tropfen Alkohol. Damals kamen erst einmal die Zweifel, ob ein völliger Verzicht auf Bier und Wein wirklich notwendig ist. Es folgte der große Selbstbetrug des alkoholkranken Menschen: das Sich-Beruhigen und Sich-Täuschen mit Sätzen wie: „Du hast doch

---

„Wer kümmert sich in der Zeit, in der ich in der Klinik bin, um die Kinder?“

schon eine Woche nichts getrunken“ oder „Du kommst auch alleine klar“. Doch trotz der Zweifel gab sie die Termine in der Suchtberatung nie auf. Und die Suchtberatung gab nicht auf, ihr die Vorteile einer Behandlung immer wieder klar zu machen. Ohne Behandlung drohte der Verlust der Kinder an das Jugendamt.

In der Klinik dann die große Erleichterung, „dass jemand hilft“. „Zeit, sich nur noch um sich selbst zu kümmern.“ Gespräche mit den Therapeuten, die halfen „die Erkrankung zu verstehen“. Mit der Zeit die wachsende Einsicht: „Ich muss damit aufhören. Ich muss aufhören zu trinken“. „Vollständig.“ „Kein Glas mehr.“ Diese Sätze waren wie Meilensteine. Langsam fand der grundlegende Gedanke Platz. „Die Krankheit ist nie vorbei. Loslassen tut dich das nie mehr.“

So weit kommen die meisten in der Klinik, auch Petra K.

„Die eigentliche Prüfung kommt danach“, sagt Andreas Stamm, Leiter der Suchtberatung Trier „Die Tür“ und Psychologischer Psychotherapeut. „Zurück im familiären und beruflichen Alltag muss der Suchtkranke lernen, mit den Belastungen anders zu leben als vorher.“ Der Alkoholkranke muss lernen, die Auslöser zu erkennen, die in ihm wieder das Verlangen nach dem nächsten Glas wecken, und er muss lernen, anders als bisher darauf zu reagieren. Nicht mehr die Entspannung im Alkohol zu suchen, sondern eine andere Lösung zu finden. Sich die Gedanken an das nächste Glas einzugestehen, wenn sie auftauchen. Dass sie auftauchen, ist gar keine Frage. Doch darüber zu reden, macht den großen Unterschied. Dies im Alltag zu schaffen, wenn die normalen Belastungen des Lebens sie wieder bedrängen – das war für Petra K. einer der ganz entscheidenden Schritte in der Zeit nach der Klinik. Darum hat sie sich entschieden, die stationäre Behandlung ambulant fortzusetzen, um das, was sie in der Klinik erkannt und erprobt hat, auch im Alltag anzuwenden.

---

„Zurück im familiären und beruflichen Alltag muss der Suchtkranke lernen, mit den Belastungen anders zu leben als vorher.“

## **Die Tür – Suchtberatung Trier**

*Die Tür, Suchtberatung Trier, bietet Hilfe und Beratung bei:*

- Alkohol, Medikamenten und Drogen,
- Glücksspiel,
- krankhaftem PC- und Internetgebrauch,
- Schuldnerberatung.

*Jeder, der sich bei Suchtproblemen beraten lassen möchte, kann in eine offene Sprechstunde ohne festen Termin kommen. Die Beratung unterliegt der Schweigepflicht und ist auf Wunsch anonym.*





„Was stresst Sie heute?“, fragt Andreas Stamm. Petra K. berichtet: Ihre Söhne „kiffen“, sind in Gefahr, sich an eine andere Sucht als sie selbst zu verlieren. Sie riskieren damit Ausbildung und ihre berufliche Zukunft. „Was macht Ihnen dabei Angst?“, fragt der Psychotherapeut. „Dass sie so tief fallen wie ich!“, antwortet Petra K. „Lassen Sie uns die Katastrophe zu Ende denken“, fordert Andreas Stamm sie auf. „Was hätten Sie selbst früher geantwortet, wenn jemand Sie vor dem Alkohol gewarnt hätte?“

---

„Alkohol war früher nicht nur ein Mittel gegen zu viel Stress, sondern auch, um etwas zu feiern.“

– Petra K. muss lächeln und erwidert: „Dass ich alles im Griff habe! Dass überhaupt kein Grund zur Sorge besteht.“ – „Was möchten Sie, wie ihr Sohn stattdessen reagiert?“ – „Dass er aufhört zu kiffen, weil ich ihn davor warne!“ – „Wie lange haben Sie gebraucht, um sich Ihre Sucht einzugestehen?“ Petra K. zögert, kann den Gedanken nicht ertragen, dass ihr Sohn trotz ihrer Warnung

weiter in die Sucht abgleiten könnte. „Er könnte die Warnungen doch begreifen“, beharrt sie. „Er könnte aber auch weiter in die Sucht rutschen“, antwortet Andreas Stamm. Petra K. atmet tief ein und schwer aus – und dann kann sie nicken. Einen Menschen mit einer Alkoholerkrankung, der nicht umkehren will, hält kein anderer auf.



## **Behandlung eines alkoholabhängigen Menschen**

### **Krankenhaus**

Der **Entzug** im Krankenhaus dient der Behandlung der körperlichen Abhängigkeit, insbesondere der körperlichen Entgiftung. Die heftigen körperlichen Reaktionen beim Entzug sind ein wesentlicher Grund, weshalb alkoholabhängige Menschen weitertrinken.

Die Weiterbehandlung nach dem Entzug ist die eigentliche Behandlung der psychischen Erkrankung „Abhängigkeit“. Ohne eine solche anschließende Behandlung nach dem Entzug werden bis zu 90 Prozent der Alkoholkranken innerhalb eines Jahres rückfällig.

Diese Behandlung kann ambulant oder stationär oder als Kombinationsbehandlung durchgeführt werden. Wesentliches Ziel dieser Behandlung ist die dauerhafte Entwöhnung vom Alkohol, um die Funktions- und Leistungsfähigkeit des Alkoholkranken zu verbessern und wiederherzustellen.

### **Ambulant**

In einer ambulanten Sucht-Rehabilitation kann der Alkoholranke in seinem sozialen und beruflichen Umfeld bleiben. Er kann Erkenntnisse aus der Therapie unmittelbar im Alltag ausprobieren, umsetzen und festigen. Die ambulante Behandlung dauert in der Regel zwischen 12 und 18 Monaten.

### **Rehabilitationsklinik**

Eine Reha-Klinik bietet dem Alkoholkranken einen geschützten, suchtmittelfreien Raum. Er ist „raus aus dem Alltag“. In der Regel verfügen die Reha-Kliniken über umfangreichere Behandlungsmöglichkeiten als ambulante Angebote. Die Behandlung in einer Reha-Klinik dauert meist 6 bis 14 Wochen.

### **Suchtberatungsstelle: Ambulante Nachsorge**

Die Behandlung von Alkoholkranken ist mit der Entwöhnung nicht beendet. Auch nach der Behandlung in der Rehabilitationsklinik bleiben Alkoholranke gefährdet. Das Rückfallrisiko bei Alkoholkranken ist hoch. Deshalb schließt sich meist eine ambulante Nachsorge oder eine ambulante Weiterbehandlung unmittelbar an die Entwöhnungsbehandlung an. Sie dienen der Stabilisierung im Alltag. Dabei handelt es sich in der Regel um wöchentliche Gruppengespräche. Einzelgespräche können nach Bedarf vereinbart werden.

„Sie sind so stabil wie noch nie in ihrem Leben“, macht Andreas Stamm seiner Patientin klar. Das wichtigste Ziel ihrer Behandlung habe sie erreicht: „Die Kinder sind nicht im Heim gelandet.“ Heute sind sie erwachsen und führen ihr eigenes Leben. Ein Leben, für das sie nicht mehr verantwortlich ist. „Wie sie sich entscheiden, ist offen“, sagt Andreas Stamm.

„Ich habe immer die Entscheidungsfreiheit gehabt“, sagt sie heute. „Ich hätte immer entscheiden können, nicht das nächste Glas zu trinken. Letztlich liegt die Stabilität des trockenen Alkoholikers in der Entscheidung: „Ich lasse es. Ich trinke es nicht!“. „Alkohol war früher nicht nur ein Mittel gegen zu viel Stress, sondern auch, um etwas zu feiern“, hakt Andreas Stamm nach. „Was machen Sie heute, wenn etwas gut läuft?“ – „Ich kauf mir etwas Süßes und eine Tasse Kaffee“, antwortet Petra K., was sehr bescheiden klingt. „Und wenn mal eine große Belohnung ansteht?“, bleibt der Psychotherapeut dran. „Wäre dann nicht etwas Neues zum Anziehen oder ein Urlaub ein lohnenswertes Ziel?“ – „Nein, dafür brauche ich nicht wegzufahren“, antwortet Petra K. „Eher sechsmal in der Woche in die Sauna gehen, das wäre das Richtige für mich. Sich so viel Zeit für mich zu nehmen.“

„Eine schwere Alkoholerkrankung ist nicht selten eine lebenslange Erkrankung“, erläutert Andreas Stamm. Ein Alkoholkranker hat immer wieder Rückfallgedanken. „Jede Situation, in der es der Alkoholkranke aber schafft, nicht zu trinken, stärkt ihn in der Fähigkeit, sich weiter gegen die Sucht zu entscheiden.“ Das Paradox der Erkrankung ist: „So hilflos sich der Alkoholkranke anfangs fühlt, sich gegen das nächste Glas zu entscheiden, so sehr kommt es am Ende darauf an, dass er genau das schafft.“ Die Suchthilfe kann unterstützen und beraten. „Doch die Entscheidung, nicht zu trinken, trifft immer wieder der Alkoholkranke.“

„Ich bin mein Kapitän“, fasst Petra K. zusammen: „Da ist jemand zweites bei mir, der trinken will. Aber der Kapitän hat es satt, dass der Alkohol den Kurs bestimmt.“



# Wenn Überzeugungen wahnhaft werden

Psychotisch kranke Menschen am  
Universitätsklinikum Tübingen



Brigitte S. (Name geändert) hatte in der Therapie Schwerstarbeit geleistet. Sie dauerte Jahre und war nicht ohne Rückschläge. Sie forderte einen enormen Einsatz der Patientin, aber am Ende stand auch ein beeindruckender Erfolg. Sie hat heute ihren inneren Dämon bezwungen, ihn über Jahre und mit großer Ausdauer niedergerungen. Sie hat Abstand gewonnen von der Vorstellung, dass ihr „Chef“ sie überall und ständig verfolgt.

Brigitte S., 54 Jahre, fühlte sich rund um die Uhr beobachtet und abgehört, durch Spiegel, durch die sie zu beobachten war, über Mikrofone, die ihr in den Körper eingepflanzt worden waren. Im Internet fand sie ständig Berichte, in denen sie bloßgestellt wurde und die von ihrem „Chef“ lanciert wurden. Ihr „Chef“ hatte die Welt um sie herum völlig unter Kontrolle. Diese permanente Überwachung rieb sie auf. Immer wieder geriet sie in Angst und Schrecken. Sie fühlte sich ohnmächtig und ihrem „Chef“ ausgeliefert.

---

...fühlte sich rund um die Uhr  
beobachtet und abgehört.

Der große Erfolg der Psychotherapie bestand darin, dass sie heute nicht mehr von diesen Vorstellungen beherrscht wird. Brigitte S. hat Abstand zu ihnen gewonnen. Immer wieder tauchen sie noch als „Fetzen“ auf, doch sie haben ihren überwältigenden Einfluss verloren. Sie bringen ihr Leben nicht mehr völlig durcheinander.

Ihr Psychotherapeut Dr. Klaus Hesse begleitete sie auf dem Weg einer kritischen Hinterfragung der eigenen Überzeugungen: Er nahm die Vorstellungen der Patientin durchaus ernst. Er ließ sich ihre Verfolgungsängste im Detail schildern und begann, sie mit der Patientin zu überprüfen, regte sie an, hinter Spiegel zu schauen, nach versteckten Mikrofonen zu suchen, und las mit ihr die Berichte im

---

Wahnhafte Vorstellungen sind normaler, als wir  
meinen, eigentlich kennt sie jeder.

Internet, in denen vermutlich von ihr die Rede war. Manche Befürchtungen konnten so widerlegt werden, andere waren allerdings auch plausibel und nicht eindeutig zu entkräften.

„Frau S. hat eine unglaubliche Kopfarbeit geleistet“, erklärt Dr. Klaus Hesse, Psychologischer Psychotherapeut an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Tübingen. Dort war sie zweimal in stationärer Behandlung, dort ist sie noch lange danach ambulant behandelt worden. „Jeder hat sich schon einmal einen Abend um Kopf und Kragen geredet und sich am nächsten Tag gewundert, was er so alles behauptet hat“, erläutert Hesse. „Jeder hat als Jugendlicher mit Inbrunst an eine Überzeugung geglaubt und nichts anderes mehr gelten lassen.“ Ein Wahn ist erst einmal nichts anderes als eine felsenfeste Überzeugung, die ein Mensch auch nicht aufgibt, wenn alle anderen es anders sehen. „Wahnhafte Vorstellungen sind normaler, als wir meinen, eigentlich kennt sie jeder“, schildert Hesse seine Sicht der psychotischen Erkrankung und fährt fort:





„Wenn ich nachts im Dunkeln eine Gestalt sehe, die hinter mir herläuft, fühle auch ich mich verfolgt. Wenn ich etwas nicht wiederfinde und annehme, dass es gestohlen wurde, bin ich schon nahe an einem Verfolgungswahn. Und wenn ich dann noch annehme, alle meine Kollegen und Nachbarn stecken unter einer Decke und haben etwas gegen mich, dann wird der Wahn zu einer abgeschlossenen Welt, aus der ich nur schwer einen Weg zurückfinde.“

Auch bei einer krankhaften Wahnvorstellung muss nicht alles eingebildet sein. Viele Beobachtungen können durchaus zutreffen. Klaus Hesse gesteht dies jedem seiner Patienten zu.

Er geht mit seinen Patienten ihre Annahmen durch und bestärkt sie zu prüfen, ob sie nicht tatsächlich der Wirklichkeit entsprechen. Dafür untersuchen sie gemeinsam zum Beispiel Spiegel, um zu sehen, ob der Spiegel von der anderen Seite durchsichtig ist. Wenn sich der Spiegel als undurchsichtig erweist, hat er den ersten Zweifel an der Richtigkeit der Wahnvorstellungen gesät.

---

„Eine psychotische Erkrankung verletzt tief das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten.“

„Die meisten Patienten brauchen Zeit, um eine andere Sichtweise zu entwickeln“, erläutert Klaus Hesse. „Medikamente können dabei helfen, dass manche Gedanken für den Patienten nicht mehr so wichtig sind.“ Aber antipsychotische Medikamente allein reichen oft nicht aus, damit ein Patient wieder lernt, ein eigenes Leben zu führen. Dafür gelte es, das Selbstvertrauen der Patienten wieder aufzubauen. Eine psychotische Erkrankung verletze tief das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Sie sei eine sehr kränkende Erfahrung. Den Patienten sei es äußerst peinlich, was sie anderen gegenüber an Überzeugungen geäußert haben und auch wie andere sie erlebt haben. Viele Patienten erleben ihre Erkrankung als Grund für Ausgrenzung und Vereinsamung.

Deshalb erweitert Psychotherapeut Hesse mit seinen Patienten nicht nur ihre geschlossene Gedankenwelt, sondern richtet sie auch als Person wieder auf. „Ich habe mich wieder in die Welt hinaus getraut“, berichtet Brigitte S. „Ich habe wieder angefangen, in einer Band Musik zu machen, und dann habe ich mich sogar getraut, mich auf einen Job im Altenheim zu bewerben.“ Die Ängste, nicht zu genügen, die Anforderungen nicht erfüllen zu können, besprach sie mit ihrem Psychotherapeuten. Klaus Hesse machte mit ihr eine spezielle Art von Bewerbungstraining, in der es vor allem darum ging, der Angst möglichst keinen Raum zu geben. Angst ist für Brigitte S. bis heute ein sehr schnell aktivierbares Gefühl. Doch es gelingt ihr immer besser, Abstand von der Angst zu gewinnen.

---

... aus den Tiefen der Angst und Scham wieder in einen täglichen Ablauf zurückzufinden.

Ihre Zeit im Krankenhaus war noch sehr von Rückzug geprägt gewesen. Brigitte S. brauchte Zeit, sich die Decke über den Kopf zu ziehen und „um Gefühle abzubauen“. „Wenn man mich nicht gelassen hat, war das ein echter Eingriff für mich“, erinnert sie sich. Sie nahm ungern an den Gruppentherapien teil und hing allgemeinen Ängsten nach, alt zu werden. Auf das Abklingen der wahnhaften Überzeugungen folgte erst einmal eine depressive Phase. „Der Stationsalltag mit seinem festen Programm passt nicht immer für alle“, weiß Klaus Hesse. „Doch er aktiviert auch, aus den Tiefen der Angst und Scham wieder in einen täglichen Ablauf zurückzufinden.“

Nicht weniger schwierig ist die Zeit nach der Krankenhausbehandlung, in der der Patient wieder in sein normales Leben zurückfinden soll. „Die latente Angst



schnürt ein und raubt Lebensraum“, erklärt Klaus Hesse. Eine andere Patientin habe zum Beispiel große Probleme gehabt, im Supermarkt einkaufen zu gehen, weil sie dort schnell wieder Anzeichen entdeckte, dass sie verfolgt wird. „Bei dieser Patientin ging es darum, den Einkauf möglichst schnell zu erledigen, ohne sich dafür zu lange im Supermarkt aufhalten zu müssen.“ Hesse plante mit ihr zunächst minutiös den Gang durch den Supermarkt. Wo standen die Dinge, die sie kaufen wollte? Wie kam sie von einem Punkt zum nächsten? Wann waren die Schlangen an den Kassen am kürzesten?

Brigitte S. kann ihre Verfolgungsangst heute selbst als „Wahn“ bezeichnen und unbefangen davon berichten. Ihre überdurchschnittliche Neigung, sich verfolgt und bedroht zu fühlen, ist noch nicht völlig aus ihrer Welt verschwunden. Sie gerät aber nicht mehr unweigerlich auf eine Rutschbahn in eine andere Welt, in der sich alle gegen sie verbündet haben. Damit ist jedoch für sie nicht alles falsch, was sie gesehen und wovor sie sich gefürchtet hatte. „Viele Sachen waren auch eindeutig so“, wie sie sie erlebt hat, sagt sie. Aber ihr „Chef“ hat sie fallengelassen, er ist nicht mehr hinter ihr her. „Das finde ich richtig gut“, sagt sie stolz, denn dass sie sich aus der Überwachung durch ihren „Chef“ befreien konnte, das ist vor allem auch ihr Verdienst. Sie hat dafür mit ganzem Einsatz an sich gearbeitet.

## **Die Behandlung auf der Station 21**

### **Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie**

*Die Patienten bekommen alle Bausteine einer psychotherapeutischen Behandlung angeboten, wie sie in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen werden. In der Regel werden sie um Ergo-, Bewegungs- und Musiktherapie ergänzt.*

*Zunächst wird geprüft, dass keine körperlichen Ursachen für die psychische Erkrankung vorliegen. Danach beginnt eine intensive stationäre Behandlung durch ein multiprofessionelles Team. Oft ist es notwendig, nach dem Krankenhaus die Psychotherapie und Pharmakotherapie noch ambulant fortzuführen.*

#### **Einzelgespräche**

*Die Entscheidungen für eine optimale Behandlung werden gemeinsam mit dem Patienten getroffen. Dauer und Häufigkeit der therapeutischen Gespräche können an die Bedürfnisse angepasst werden (in der Regel 2 x 25 Minuten pro Woche). Bei jeder Behandlung empfehlen wir zusätzlich gemeinsame Gespräche mit Angehörigen.*

**Medikamente**

Medikamente können ein wichtiger Bestandteil der Behandlung sein. Der Oberarzt ist für die Medikation verantwortlich. Falls Unzufriedenheit mit der Medikation besteht, sollten die Bedenken mit dem Therapeuten oder in der Visite offen angesprochen werden.

**Einzelgespräch Pflege**

Während des Aufenthaltes ist eine Bezugsperson aus dem Pfllegeteam für jeden Patienten zuständig. Einmal in der Woche findet mit jedem Patienten ein 25-minütiges Gespräch statt, um gemeinsam herauszufinden, wie Unterstützung in Alltagssituationen auf Station aussehen könnte. Um einen individuellen Therapieplan anbieten zu können, gehört die Vor- und Nachbereitung des Therapieplanes zum Pflegegespräch dazu.

**Gruppentherapie**

Die Patienten bekommen jede Woche einen individuellen Wochenplan für die Gruppentherapien, die Ergotherapie, die Musiktherapie und die Bewegungstherapie ausgehändigt. Die Gruppenpsychotherapien haben folgende Schwerpunkte:

- Psychoedukation: Erarbeitung eines positiven Krankheitskonzepts,
- Sozial-Emotionales Training: Verbesserung der sozialen Beziehungen,
- Meta-Kognitives Training: Reflexion von Denkstilen.

**Sozialberatung**

Im Zusammenhang mit dem Auftreten einer psychischen Erkrankung können sich verschiedene soziale Fragestellungen ergeben. Die Sozialberatung unterstützt zum Beispiel bei der Sicherung des Lebensunterhalts, bei der beruflichen Planung oder der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen. Entsprechend dem Bedarf werden auch sozialpsychiatrische Hilfen für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt vermittelt. Die sozialpsychiatrische Gruppentherapie ermöglicht, einen Überblick über mögliche Hilfen zu bekommen und mit anderen Betroffenen zu diskutieren.

**Angehörigengruppe**

Für alle Angehörigen (Eltern, Partner, Kinder, Freunde) der Patienten findet alle zwei Wochen eine Angehörigengruppe statt. Die Termine hängen aus oder sind im Stationszimmer zu erfragen.

**Blutentnahmen**

Die regelmäßigen Blutentnahmen durch einen Assistenzarzt dienen der Kontrolle der körperlichen Gesundheit. Die medikamentöse Behandlung kann durch die Blutkontrollen optimiert werden und unerwünschte Nebenwirkungen können rechtzeitig erkannt werden.

**Außenaktivität**

Unternehmung gemeinsamer Ausflüge, zum Beispiel Spaziergänge, Museums- oder Ausstellungsbesuche, zum Kegeln oder zum Bowling gehen, Boot fahren.



# Im Leben wieder Halt finden

Die stationäre Jugendhilfe in Diepholz



Der Tod des Großvaters war kaum zu ertragen gewesen. „Auf der Beerdigung war ich kurz davor, die Urne zu klauen“, erzählt Sarah S. (Name geändert). Der „Opa“ war ihr letzter Halt, als ihre Eltern in Drogen und Kriminalität versanken. Sarah lebt schon lange nicht mehr mit ihrem Vater und ihrer Mutter zusammen. Aber der Opa hatte sich immer gekümmert und auch die Richtung gewiesen, als sie mit Freunden durch die Straßen zog und Autos stahl. Da brach er den Kontakt ab, weil er ihr Verhalten ganz und gar missbilligte. Sarah hatte daraufhin die Kurve gekriegt und sich ernsthaft auf ein Leben in der Wohngruppe im niedersächsischen Diepholz eingelassen.

Vor einem Jahr war der Großvater gestorben, aber Sarah fiel nicht in alte Gewohnheiten zurück. Früher hätte sie vielleicht die Brocken hingeschmissen und geschrien: „Jetzt ist mir alles egal!“ Diesmal kam sie stattdessen öfter in die Psychotherapie. „Da zeigte sich erstmals, wie stark Sarah ist“, berichtet Silke Blaesen, die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, die für sie da war, wenn es etwas zu besprechen galt. Dann kam Sarah zur Zentrale von „Bethel im Norden“ im niedersächsischen Diepholz, um dort mit der Psychotherapeutin zu reden.

Dabei hatte es mit dem „etwas besprechen“ anfangs durchaus etwas gedauert. „Die Brocken hinzuschmeißen“ und „dicht zu machen“ war so viel einfacher gewesen und hat bei den anderen meist auch mächtigen Eindruck hinterlassen. Bloß bei Silke Blaesen nicht. Die Psychotherapeutin hielt sie so aus, wie sie sich damals zeigte. „Sarah sollte erleben, dass ich sie annehme, auch wenn sie zickt oder schlimme Geschichten von früher erzählt“, berichtet Silke Blaesen.

Es dauerte bis Sarah, heute 13 Jahre alt, Vertrauen zu der Psychotherapeutin fassen konnte. Ihre Fähigkeit, sich bei anderen aufgehoben und sicher zu fühlen, war arg beschädigt worden. In ihrer Psychotherapie drehte es sich anfangs um Fragen wie: „Wer gehört zu dir? Wer ist dir wichtig? Was kannst du gut? Was magst du an dir? Was mögen andere an dir?“

---

Es dauerte, bis Sarah, heute 13 Jahre alt, Vertrauen zu der Psychotherapeutin fassen konnte.

Erst später ging es auch um die Frage: „Was macht dir Sorgen?“ Sorgen hatte Sarah mehr als genug. Sie waren so erdrückend, dass Sarah am liebsten gar nicht an sie dachte. Bevor sie die ein-

zelnen Sorgen besprach, packte Silke Blaesen deshalb erst einmal einen „Sorgenkoffer“ mit Sarah. In den kam alles, was ihr auf der Seele lag. Und am Ende wurde der Koffer gewogen. „Wie schwer ist der Koffer jetzt?“, wollte die Psychotherapeutin wissen. „Total schwer!“, stöhnte Sarah.

Das „Zicken“ war das erste große Thema gewesen. Andere lautstark vor den Kopf stoßen und beleidigen. Dann kamen die Alpträume zur Sprache. Immer stand in ihren Träumen „jemand vor der Tür, der mich umbringen wollte“. Der Horror und Schrecken ihrer Träume hatte sie nie ruhig schlafen lassen. Von den Träumen zu berichten und sie zu verstehen, ihre Gründe zu erkunden half, den inneren Film, der immer wieder ablief, zu verändern und wieder ruhiger zu schlafen, ausgeruhter aufzuwachen und mehr Energie für den Tag zu haben. „Krass, dass die jetzt



weg sind“, stellte sie eines Tages fest. „Das hast du geschafft, nicht ich“, erwiderte die Psychotherapeutin, denn sich zu öffnen und von ihren Ängsten zu berichten, war Sarahs erster Schritt, nicht mehr vor ihrer Vergangenheit wegzulaufen.

Zunehmend gelang es Sarah, ihre Unsicherheiten nicht mehr zu überspielen, etwa indem sie übertrieben gut drauf war. Mit der Zeit sah man Sarah wieder an, wenn sie traurig war. Es gelang ihr, wieder ehrlicher zu sich selbst sein und damit auch ehrlicher zu anderen.

Kinder, die wie Sarah mit Gürtel und Kochlöffel geschlagen und ohne Essen in ihr Zimmer gesperrt wurden, brauchen vor allem eins: Zeit. Manchmal viel Zeit. Meist dauert es Monate, damit sich Kinder wie Sarah wieder auf andere einlassen können. „Es gilt, das Tempo der Kinder zu gehen“, sagt die Psychotherapeutin. Hier und da ist es dann möglich, sich an die Zeit, für die es bisher keine Worte gab, zu erinnern.

Stück für Stück gelang es Sarah im Gespräch mit Silke Blaesens, die Erinnerungsfetzen in eine Reihenfolge zu bringen. Diese Fetzen schossen ihr bis dahin einfach durch den Kopf, auch wenn sie es gar nicht wollte, und schleuderten sie mit Wucht in die Momente zurück, als sie der Hieb traf oder sie verloren in ihrem Zimmer eingesperrt war. Sich mit der Psychotherapeutin hinzusetzen und die Ereignisse zu sortieren, half erstaunlich. Aus den Erinnerungen, die sich immer wieder in den Vordergrund drängten, wurden so Erinnerungen, die sich inzwischen auch aushalten lassen. Sarah konnte so eine neue Bilanz ziehen: „Mit Papa und Mama war zwar echt Vieles doof, Vieles macht mich auch weiter traurig. Aber das, was passiert ist, holt mich nicht mehr dauernd ein.“

---

Der Tod des Großvaters hatte durchaus das Potenzial für einen Rückfall.



Sarah lebt seit fünf Jahren in einer „intensivpädagogischen“ Wohngruppe von „Bethel im Norden“. „Intensivpädagogisch“ heißt vor allem: Sie hat immer einen Betreuer als Ansprechpartner. „Wohngruppe“ heißt aber auch: Sie lebt ohne ihre Eltern. Auf der Beerdigung des Opas hatte sie sie noch einmal wieder-gesehen. „Na Schatz, wie geht es dir, Süße“, hatte die Mutter gesäuselt. „Sarah hat diese Krise gut gemeistert“, stellt die Psychotherapeutin Silke Blaesen fest. „Der Tod des Großvaters hatte durchaus das Potenzial für einen Rückfall.“ Doch Sarah war nicht mehr dauerhaft aus dem Tritt zu bringen.

Neulich hat sie mit einer Freundin über Jungs geredet. Ob sie mit ihrer Mutter darüber reden könne, wollte die Freundin wissen. Das könne sie nicht, weil sie nicht mehr bei den Eltern wohne, hat sie geantwortet. „Wo wohnst du denn?“, hatte die Klassenkameradin gefragt. „In einer Wohngruppe“, hatte sie erwidert. Was das denn sei, war sie daraufhin gefragt worden. „Eine Wohngruppe ist für Kinder, die nicht mehr bei den Eltern leben, weil etwas Schlimmes passiert ist“, hatte Sarah erklärt, als sei das das Selbstverständlichste auf der Welt.

Kinder, die vor ihren Eltern geschützt werden mussten, suchen oft lange nach neuem Halt. „Um Sarah mache ich mir da wenig Sorgen“, sagt Silke Blaesen. Sarah ist ein besonders starkes Mädchen und weiß mittlerweile, was ihr gut tut und was sie dazu braucht. Sie hat gelernt, sich Hilfe zu holen, und wird ihren Weg im Leben gehen. Da bin ich ganz sicher.“

## „Bethel im Norden“

*Die „v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel“ sind eine diakonische Einrichtung, in der Menschen mit Behinderung, psychischen Beeinträchtigungen, Epilepsie, alte und pflegebedürftige Menschen, kranke Menschen, Jugendliche mit sozialen Problemen und wohnungslose Menschen betreut werden.*

### Wohngruppen in der Region Diepholz

*Im Landkreis Diepholz bietet „Bethel im Norden“ für mehr als 80 junge Menschen neun sozialpädagogische Wohngruppen an verschiedenen Standorten an. Dazu gehören auch intensivpädagogische Wohngruppen mit unterschiedlicher Ausrichtung, zum Beispiel eine Mädchenspezifische, eine Jungenspezifische sowie eine koedukative Wohngruppe. Der Tagesablauf ist hochstrukturiert mit geregelten und verbindlichen gemeinsamen Mahl-, Lern- und Arbeitszeiten, Gruppensitzungen sowie Freizeitgestaltung. Die Tagesstruktur stellt den äußeren Rahmen sicher, der den Kindern und Jugendlichen Halt und Orientierung bietet.*



*Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Wohnprojekte arbeiten im Doppeldienst und sind somit im engen Kontakt zu den Jugendlichen. Sie sind präsent, dranbleibend und deeskalierend tätig. Ein weiterer Schwerpunkt bildet neben der Flexibilität der Hilfen die Elternarbeit in Form von Klärung der familiären Beziehungen, Elterngespräche, Hausbesuche sowie die Vor- und Nachbereitung von Besuchswochenenden.*



# Mitten im Alltag erwischt

Neuropsychologische Therapie bei  
Gehirnverletzungen



Manchmal ändert sich das Leben von einem auf den anderen Tag völlig. Gerade, wenn man gar nicht damit rechnet. Auch noch im Alter von 67 Jahren. Rainer R. (Name geändert) war mit seiner Frau im Supermarkt einkaufen und an der Kasse umgekippt. Ein anderer Herr fing ihn auf und legte ihn auf den Boden. Rainer R. war nicht mehr ansprechbar. Er hatte eine schwere Hirnblutung.

Als er im Krankenhaus wieder zu Bewusstsein kam, musste er eine „schreckliche Bilanz“ ziehen: Das linke Bein war nur eingeschränkt zu bewegen, der linke Arm völlig gelähmt und sein Sichtfeld deutlich eingeschränkt. Am schockier-

rendsten aber war: Seine Stimme war weg. „Mein Beruf war, viel zu reden, Gespräche zu führen“, sagt Rainer R. Wie sollte er weiter arbeiten, ohne sei-

---

„Was wollen Sie, dass wir zusammen erreichen?“

ne Stimme. Im ersten Moment dachte er: „Das war es. Das ist das Ende. Unerträglich!“ Im nächsten Moment erwachte jedoch in ihm wieder sein Lebensmut, der ihn immer getragen hatte. Hängen lassen ging nicht: „Ich gebe nie auf“, sagt er auch jetzt, als er in der Praxis des Psychotherapeuten Dr. Sebastian Bodenburtz sitzt.

In dessen neuropsychologische Praxis in der Hamburger Innenstadt kommen viele Patienten, die nach einem Schlaganfall oder einem Unfall, bei dem ihr Gehirn verletzt wurde, wieder zurück ins Leben finden wollen. Denn das Leben nachher ist häufig ein ganz anderes als vorher.

Wie Rainer B. hat es fast alle mitten im Alltag erwischt, ganz ohne Vorbereitung, während sie am Herd standen und kochten oder während des Schlafs, aus dem sie morgens mit einer Lähmung erwachten. Das medizinische Notfallsystem ist meist sehr schnell und effektiv. Die erste Station ist die spezialisierte neurologische Abteilung eines Unfallkrankenhauses („Stroke Unit“) mit einer Überwachung durch ein interdisziplinäres Team rund um die Uhr.

Die rehabilitative Behandlung beginnt schon am Tag danach, noch im Krankenhaus, noch neben der Akuttherapie. Ein Rädchen greift ins andere, um zu aktivieren, was wieder zu aktivieren ist. Bis der Patient nach der Reha-Klinik zur weiteren Behandlung durch die Tür der neuropsychologischen Praxis von Sebastian Bodenburtz tritt, ist



fast alles für ihn geplant und organisiert. Bis dahin wollten sich die wenigsten Patienten auch gar nicht fragen: „Will ich das alles, was mit mir gemacht wird?“ Zu dringend und entscheidend war bis dahin das meiste der medizinischen Behandlung. Doch mit der Frage an den Patienten „Was wollen Sie, dass wir zusammen erreichen?“ beginnt die Arbeit des Psychotherapeuten Bodenburg.

„Für viele Patienten ist die psychotherapeutische Behandlung nach der Reha-Klinik eine gravierende Wende“, erläutert Bodenburg. Viele kämen mit der Erwartung: „Mach mich gesund, sodass mein Leben möglichst schnell wieder so ist, wie es war.“ „Der erste Schritt in der Psychotherapie ist jedoch, wieder die Verantwortung für die eigene Genesung zu übernehmen“, stellt der Spezialist für ein Leben mit einer schweren Hirnschädigung fest. Und auch noch eine zweite Sache müssen die Patienten lernen: Das meiste, was von jetzt an folgt, geht nicht mehr schnell. Ganz in Gegenteil. Meist erfordert es Zeit und Geduld, häufig viel Zeit und viel Geduld.

Rainer R. kann heute wieder allein laufen, sein linkes Bein kann er wieder so bewegen, dass er selbstständig vom Warte- ins Behandlungszimmer kommen kann. Rainer R. braucht keinen Rollstuhl und keine Krücken mehr. Das war der erste große Erfolg. Dafür hat er intensiv trainiert. „Ich gehe jeden Abend mit meiner Frau spazieren, immer eine längere Strecke“, berichtet er.

Seine linke Hand ist noch gelähmt, die Finger sind nach innen gebogen und steif. „Legen Sie die Hand auf ihren Schoß“, bittet der Psychotherapeut seinen Patienten. Rainer R. hatte es selbst gar nicht gemerkt, dass die Hand von seinem Bein gerutscht war und herunterhing. Das hatte er gar nicht gemerkt, weil der Arm gelähmt ist, aber auch, weil er es gar nicht gesehen hatte. Alles links von ihm gerät Rainer R. schnell aus dem Sichtfeld. Auf die linke Hand zu achten, fördert aber die Genesung der beeinträchtigten linken Körperhälfte.

Rainer R. greift seine gelähmte linke Hand mit der rechten und massiert die steifen Finger. „Wieder mit zehn Fingern Schreibmaschine schreiben zu können, das ist meine größte Hoffnung“, sagt er. „Mal sehen“, antwortet der Psychotherapeut. Rainer R. kennt die Antwort inzwischen und lächelt: „Ich bin zu ungeduldig. Alle raten mir, Tempo rauszunehmen“, sagt er. „Aber das ist mein Wesenszug! So bin ich! Ich habe immer voran gemacht.“

Die größte Überraschung in der psychotherapeutischen Behandlung ihrer Gehirnverletzung ist für viele Patienten: „Da sitzt dir jemand gegenüber, der Zeit für dich hat.“ Wie in jeder Psychotherapie besteht auch die neuropsychologische Behandlung aus Gespräch und Übung.

---

„Kann ich mit meinem Leben überhaupt wieder zufrieden werden, wo es doch so ganz anders verläuft als vorher?“



Dafür muss auch der Psychotherapeut seinen Patienten besser kennenlernen und feststellen, was der Patient noch kann und was genau nicht. Der Anfang der Behandlung besteht deshalb aus einer ganzen Reihe von Tests, um die Einschränkungen durch die Gehirnverletzungen möglichst genau zu erfassen. Bei Rainer R. stand danach fest: „Ihr Gedächtnis ist blitzblank! Überhaupt nicht eingeschränkt!“ – „Danke, Doktor! Danke!“, antwortet der Patient.

Rainer R. hatte einen Beruf, den er liebte, weil er ihn ganz forderte: „Ich war kein Mensch fürs Sofa“, erzählt er. Jetzt, nach dem Schlaganfall, ist er in Rente gegangen. Die Arbeit, die für ihn immer die Welt war, hat er nach 45 Jahren beendet. Psychotherapeut Bodenburg hat mit ihm immer wieder über die Einschränkungen gesprochen, die jetzt sein Leben prägen. Die Fragen, die Rainer R. mit sich herumtrug, mussten erst einmal ausgesprochen werden: „Welche Zukunft habe ich so? Was kann ich noch leisten? Kann ich mit meinem Leben überhaupt wieder zufrieden werden, wo es doch so ganz anders verläuft als vorher?“ Bodenburg spricht von einer „gewissen Akzeptanz mit dem eingeschränkten Leben, weil er weiß, wie selten eine völlige Genesung ist, und weil er weiß, wie schwer es für fast jeden ist, damit erst einmal klar zu kommen.“

Die Schäden am Gehirn sind nicht immer auszugleichen, häufig muss der Patient lernen, auf Dauer mit Einschränkungen zu leben. Die Erinnerung an die Zeit davor ist bei den meisten Patienten allerdings noch sehr wach. Der Verlust der Fähigkeiten, die immer selbstverständlich waren, holt deshalb viele Patienten regelmäßig ein. Bei manchen fließen dann plötzlich während einer Übung Tränen. „Das ist der Anfang der Krankheitsverarbeitung“, weiß Psychotherapeut Bodenburg. Nicht wenige empfinden tiefe Scham, weil sie nicht mehr so funktionieren können wie früher.

Rainer R. beginnt, die kleinen Fortschritte zu schätzen. „Ich fühle mich schon viel sicherer, wenn ich mich bewege“, berichtet er. „Ich sehe die Hindernisse auf meinem Weg jetzt und laufe nicht mehr dagegen.“ Das Training des linken Sichtfeldes zeigt die ersten Erfolge. Die Aufmerksamkeit für die eingeschränkte Körperhälfte wächst. Während des Gesprächs rutscht die linke Hand immer mal wieder vom Schoß des Patienten. Der Psychotherapeut muss ihn aber nicht mehr darauf hinweisen. Rainer R. bemerkt es allein und zieht sie zurück auf den Schoß.

## Neuropsychologische Therapie

*Wir untersuchen und behandeln die psychischen Folgen von Hirnerkrankungen.*

*Diese können dazu führen, dass*

- *die Konzentration,*
- *das Gedächtnis,*
- *die visuelle Informationsverarbeitung,*
- *das Denken, Planen und Handeln oder*
- *das emotionale Erleben und Verhalten*

*beeinträchtigt werden.*

*Die neuropsychologische Untersuchung und Behandlung dieser Beeinträchtigungen ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.*

### **Neuropsychologische Therapie:**

*Die Behandlung dient der Verbesserung der durch die Hirnerkrankung beeinträchtigten psychischen Funktionen, zum Beispiel der Konzentration, des Gedächtnisses oder des emotionalen Erlebens und Verhaltens. Sie findet als Einzel- oder Gruppentherapie und in der Regel zweimal wöchentlich statt.*

*Die Einzeltherapie dauert 25 oder 50 Minuten, die Gruppentherapie 100 Minuten. Die Gruppen bestehen aus maximal fünf Patientinnen oder Patienten.*

*Es wird zwischen zwei wesentlichen Behandlungsformen unterschieden, der wiederherstellenden (restitutiven) Behandlung und der ausgleichenden (kompensatorischen) Behandlung.*

*Für Schwierigkeiten mit der Krankheitsverarbeitung gibt es Gesprächsangebote.*



# Erst gar nicht in den Strudel geraten

Erziehungsberatung in Duisburg



Klara K. (Name geändert) verstand ihre Tochter nicht mehr, zumindest nicht ihre Wutanfälle. Was machte sie falsch, dass ihr Kind so ausrastete? Meist, wenn etwas nicht so gut klappte, wie sie es wollte. Dann schimpfte die Tochter: „Ich kann das nicht!“, dann schmiss sie Heft und Stift hin, legte sie sich mit der Mutter an, die doch nur helfen wollte. Emilie war selbst verzweifelt. Die Verzweiflung war nicht zu übersehen. Das Gesicht war verzerrt, mit den Armen fuchtelte sie erregt in der Luft herum und mit jeder Pore drückte sie aus, dass sie litt. Die Wut auf sich und die Welt war so groß, dass sie keinen Weg mehr zurückfand. Auch Klara K. konnte ihr dann nicht helfen. Einmal ausgelöst, war die Wut wie ein wildes Tier, das ausbrach und nicht mehr einzufangen war.

„Wütende Kinder finde ich erst einmal spannend“, sagt Ingeborg Stiller und lacht Klara K. schelmisch an, weil sie weiß, wie anders die Mutter den Ausnahmezustand ihrer Tochter erleben musste. Weil Klara K. nicht mehr weiterwusste, war sie vor vier Jahren in die Erziehungsberatung in Duisburg gekommen. Für die Mutter war es die erste Möglichkeit gewesen, jemandem von außen zu erzählen, was da passierte. Dass ihre Tochter sich schon in der Kita immer mit den anderen verglich und ihr das, was sie zeichnete oder bastelte, häufig nicht genügte. Alle anderen Kinder konnten alles immer viel besser. Die Angst zu versagen war für die Tochter immer akut und oft folgte der Angst das große Wüten und Toben.

Die Tochter war als Frühchen geboren und schon auf der Geburtsstation als eine lautstarke Kämpferin aufgefallen. Später war es häufig schwierig, wenn sie sich zum Beispiel beim Autofahren in den engen Kindersitz setzen sollte. Schon

das konnte die Wut auslösen. Psychotherapeutin Stiller hörte Klara K. zunächst zu und fragte nach: „Warum trifft Sie die Wut ihrer Tochter so stark? Was könnte helfen, dass Sie nicht immer in einen Machtkampf geraten? Was sind die frühen Signale dafür, dass der Tochter etwas zu viel wird? Wo ist ihre Tochter möglicherweise überfordert? Was könnte Ihnen helfen, die Situation ruhiger zu begleiten?“

---

Es geht dann in der Beratung nicht darum, nach Fehlern zu suchen, sondern die Situation zu verstehen.

„Eltern sind oft enttäuscht, wenn die Kinder wütend werden. Die Wut der Kinder kann dann auch Gegenwut oder Verzweiflung bei den Eltern auslösen, insbesondere wenn die Kinder schwer zu beruhigen sind“, stellt Ingeborg Stiller, die Leiterin der Duisburger Erziehungsberatung, fest. Es geht dann in der Beratung nicht darum, nach Fehlern zu suchen, sondern die Situation zu verstehen: Was macht das Kind so wütend? Was kann helfen, eine Eskalation zu vermeiden? Bei allem Wissen der Psychotherapeutin darüber, wie gutes Heranwachsen gelingen kann, ist es in erster Linie wichtig, die Eltern und Kinder zu verstehen und gemeinsam Lösungen dafür zu finden.

„Eltern sind manchmal selbst so vom Leben gefordert, dass sie ihre Kinder nicht ausreichend unterstützen können.“ Trennungen und Armut machen das Aufwach-

sen in manchen Familien schwierig. Beratung besteht für Psychotherapeutin Stiller oft darin, „zunächst zu verstehen, warum etwas schief läuft und wie es besser klappen könnte“. Anlass für eine Beratung sind nicht selten Schwierigkeiten in der Schule. „Konzentrationsstörungen können auch Sorgen der Kinder zugrunde liegen, dass sie sich zum Beispiel von Mitschülern nicht gemocht fühlen oder dass sich ihre Eltern trennen könnten.“ Die psychische Befindlichkeit ist häufig der entscheidende Punkt dafür, dass ein Kind nicht so gut lernt wie die anderen. „Unser Ziel ist es, mit den Eltern und Kindern einen gemeinsamen Weg zu gehen. Damit die Kinder gut unterstützt werden können, finden wir zusammen mit allen, also auch dem Kind, heraus, was hinter dem auffälligen Verhalten stehen könnte.“

„Ich finde es okay, was Du schaffst. Für mich musst Du nicht mehr schaffen.“

„Dein Ton sagt mir, dass es besser ist, das Mathebuch jetzt zuzuschlagen. Bist du müde?“

sagte: „Ich finde es okay, was Du schaffst. Für mich musst Du nicht mehr schaffen“, half ihr das nicht aus der Enttäuschung heraus. Im Konzert der inneren Stimmen und Erwartungen hatten die Worte gar kein Gewicht. Jede Unzulänglichkeit war für die Tochter gleich ein grundsätzliches Versagen.

In der Arbeit mit dem Kind setzte Ingeborg Stiller entspannende Phantasiegeschichten ein als Möglichkeit für die Tochter, besser mit Stress und belastenden Situationen umgehen zu können. In der Schule bekam die Tochter eine besondere Rechenförderung.

Auch mit der Mutter besprach die Psychotherapeutin Wege, auf die Wut der Tochter nicht selbst wütend zu werden. Klara K. erkennt jetzt früher, wenn ihrer Tochter etwas zu viel wird, und kann die Eskalation stoppen. Sie höre jetzt rechtzeitig an ihrer Stimme, „wenn sie wieder in Stimmung kommt“, berichtet sie. Heute kann ich dann sagen: „Dein Ton sagt mir, dass es besser ist, das Mathebuch jetzt zuzuschlagen. Bist du müde?“ Das hilft häufig, aber nicht immer. Und wenn das nicht hilft? „Dann gehe ich in ein anderes Zimmer.“

Ein erster entscheidender Schritt für Klara K. war „wieder den Blick für das Kind zu finden“. Die Wut ihrer Tochter „war keine böse Absicht“. Sie hatte den starken Wunsch, es für sich und alle anderen gut zu machen. Die Wut war eine große Enttäuschung über sich selbst und ausgelöst durch die Angst, nicht zu genügen. Auch wenn die Mutter dann

**Fragen und Probleme, mit denen man sich an eine Erziehungsberatung wenden kann:**

- **im frühen Kindesalter:** Schwierigkeiten einzuschlafen, Schreien;
- **Kita-Alter:** Trennungsängste, Beißen oder aggressives Verhalten, Trotzverhalten, Einnässen oder Einkoten, Entwicklungsauffälligkeiten (Sprache, Motorik, Verhalten);
- **Grundschulalter:** Ängste, aggressives Verhalten, Aufmerksamkeitsschwierigkeiten, Schulverweigerung, Leistungsschwächen, Belastungen durch Konflikte oder Erkrankungen der Eltern;
- **weiterführende Schulen:** Pubertätskonflikte, erste Liebesbeziehungen, psychische Auffälligkeiten, gestörtes Essverhalten, selbstverletzendes Verhalten, Probleme mit den Eltern, Gewalterfahrungen;
- **junge Volljährige:** Probleme mit Gleichaltrigen, Ängste, Probleme in Liebesbeziehungen, Berufswahl, Ablösung vom Elternhaus.

Klara K. ist froh, jetzt reagieren zu können, „bevor ich selbst in den Strudel gezogen werde“. Damit es erst gar nicht zur erneuten Eskalation von Konflikten mit der Tochter kommt, aber auch „damit nicht wieder die eigene Traurigkeit hochkommt, es nicht zu schaffen“. Wie die Tochter, so die Mutter: Auch sie will für die Tochter nur das Beste, auch sie möchte nicht als Mutter versagen. „Sich von sich selber zu distanzieren, zu erkennen, warum die Wut der Tochter sie selbst so verletzt, war ein wichtiger Schritt dafür, dass das Zusammenleben der beiden wieder besser gelingt“, erklärt Ingeborg Stiller. Die Wut ist damit nicht aus der Welt, sie droht aber nicht mehr, die Beziehung von Mutter und Tochter zu gefährden.

Frühe Beratung kann manches psychische Leid vermindern und verhindern, dass sich Probleme verfestigen“, sagt Ingeborg Stiller. Klara K. und ihre Tochter nutzten die Erziehungsberatung in Duisburg immer mal wieder über vier Jahre. Manchmal reichte ein Telefonat, manchmal führte Ingeborg Stiller mit ihnen Gespräche, gemeinsam, aber auch getrennt voneinander. Insgesamt waren dies nicht mehr als 20 Termine, die halfen, dass die Tochter mit sich und der Schule besser klar kommt und die Wut nicht die Zuneigung zwischen Mutter und Tochter zerstört hat.

### ***Das Angebot der Erziehungsberatung in Duisburg***

*Die Erziehungsberatung versteht sich als Entwicklungsbegleiter von Kindern, Jugendlichen und Eltern sowie jungen Volljährigen bis zum Alter von 21 Jahren. Das Angebot an Gesprächen ist kostenfrei, die Beratung unterliegt der Schweigepflicht. Jeder kann sich persönlich, telefonisch oder per E-Mail an die Erziehungsberatung wenden.*



*Die Beratungsstelle hilft bei allen Fragen zur Erziehung und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Sie berät bei heftigem Streit in den Familien und bei Trennung oder Scheidung. Sie unterstützt auch junge Volljährige, selbstständig zu werden.*

*Das Angebot der Erziehungsberatung umfasst: Beratung, Diagnostik und therapeutische Angebote.*



# Wenn Psyche und Muskeln die Ursachen sind

Die Behandlung am  
Schmerz-Zentrum Mainz



Vorher war er ein „sehr, sehr lebenslustiger Mensch“ gewesen, erzählt Daniel Schmenger. Aber nach sieben Jahren, in denen die Schmerzen nicht aufhörten, zog er sich immer mehr zurück. Morgens war er mehr gerädert als erholt, zu oft wachte er nachts auf, weil er falsch gelegen hatte und der Rücken ihn wieder folterte. Den nächsten Tag begann er dann schon gereizt und mit Angst vor der Zukunft: „Wie sollte das noch 30 Jahre weitergehen?“

Seit sieben Jahren lebte er mit der Angst, sich zu bücken oder eine falsche Bewegung zu machen. Ständig ging er in die Knie, damit er den Rücken gerade halten konnte. Denn mit einem Hinabbeugen, um ein Paket zu heben, hatte alles begonnen. „Als hätte mir jemand ein Messer in den Rücken gebohrt“, erinnert er

---

### Seit sieben Jahren lebte er mit der Angst, sich zu bücken oder eine falsche Bewegung zu machen.

sich noch heute an diesen Moment, so heftig und stechend sei der Schmerz gewesen. Die Ärzte diagnostizierten eine verletzte Bandscheibe. Doch dies reichte als Erklärung für die Schmerzen nicht aus, denn die daneben verlaufenden Nerven waren nicht in Mitleidenschaft gezogen. Sie rieten deshalb auch von einer Operation ab. Daniel Schmenger sollte erst „alles andere ausprobieren“.

fenden Nerven waren nicht in Mitleidenschaft gezogen. Sie rieten deshalb auch von einer Operation ab. Daniel Schmenger sollte erst „alles andere ausprobieren“.

Das „Alles andere“ sei zunächst auch erfolgreich gewesen. Die Physiotherapie führte dazu, dass er wieder arbeiten konnte. Sein Körper vertrug die Belastungen wieder.

Doch nach einem halben Jahr kehrte der Schmerz zurück. Nicht als Stich in den Rücken, sondern als lähmender Schmerz. Daniel Schmenger wachte eines Morgens auf und konnte sich nicht mehr bewegen. Endlos lange lag er da und war nicht einmal in der Lage, zum Handy zu greifen, um Hilfe zu rufen. Drei, vier Stunden war er Gefangener seines Körpers, der jede Bewegung mit unsäglichem Schmerz bestrafte. Dann gelang es ihm, das Handy zu fassen und seine Mutter anzurufen.

Danach begann die tägliche Tortur. Die Schmerzen blieben trotz der erneuten Behandlung und wollten einfach nicht mehr enden. Neun Monate war er arbeitsunfähig.

Die Psychotherapeutin Dr. Anke Diezemann hat täglich mit Patienten zu tun, die unter chronischen Schmerzen leiden. Sie weiß, dass dafür häufig nicht die Wirbel oder Knorpel die Ursache sind, sondern Muskeln und Psyche viel entscheidender sein können. Daniel Schmenger hatte sich aus Angst vor den Schmerzen nur wenig bewegt und wenn, dann so, dass er seinen Rücken möglichst schonte. Durch die wenige Bewegung bauten jedoch seine Muskeln erheblich ab. Insbesondere seine tiefere Stütz Muskulatur wurde so schwach, dass sie ihn nicht mehr trug. Seine Sehnen im unteren Rücken waren außerdem so kurz und steif geworden, dass sich die Schmerzen bis in den Nacken hochzogen.

Der verblüffende Rat der Psychotherapeutin lautete: „Trotz der Schmerzen die Muskeln wieder trainieren und stärken.“ Daniel Schmenger wurde für vier Wochen Patient der Tagesklinik am Schmerz-Zentrum Mainz. Vier Wochen lang baute er seine Muskeln wieder auf. Dafür besprachen jeden Morgen die Psychotherapeutin Anke Diezemann, die behandelnde Ärztin und die Physiotherapeutin das Training und die Therapie für den Tag. Es begann mit ausführlicher Information zu seinen Schmerzen, die ganz anders waren, als er bisher gehört hatte. „Der Patient bekommt sehr genau die muskulären Ursachen seiner Erkrankung erklärt“, sagt Anke Diezemann, „aber er lernt auch die psychischen Einflüsse kennen.“ Dazu gehörte auch, dass er sich immer weiter zurückgezogen, die Hoffnung auf Besserung aufgeben hatte und ständig betrübt und bedrückt war. „Kleinste Auslöser verschlechterten stark seine Stimmung“, berichtet die Psychotherapeutin. „Herr Schmenger war leicht reizbar, fühlte sich schnell angegriffen und meinte, nicht mehr zu genügen.“ Gegen diese depressive Erkrankung erhielt er ein Medikament sowie Einzel- und Gruppentherapie.

„Trotz der Schmerzen die Muskeln wieder trainieren und stärken.“



Die vier Wochen in der Tagesklinik, in denen er tagsüber ein strammes Programm absolvierte, aber nachts nach Hause zum Schlafen zurückkehrte, hatten es in sich. Danach war Daniel Schmenger nicht nur „um einiges beweglicher“, sondern hatte „sich selbst auch neu kennengelernt“. Das körperliche Training hatte ihm zunächst einige Tage Muskelkater beschert. Vorher war ihm aber auch nicht klar gewesen, warum seine Stimmung immer wieder so stark wechselte: „Woher so etwas kommt, wusste ich nicht.“ Die Gespräche mit der Psychotherapeutin und in der Gruppe halfen weiter. In der Grup-

pe habe „alles gepasst“, „alle hatten dieselben Probleme“, „alle haben mitgezogen“. In der Gruppe lernte er aber auch, „ein neues Verständnis der Schmerzen zu entwickeln“. Es waren die Gespräche über private und berufliche Sorgen und Probleme, die hinzukamen und ihm klar machten, wie Psyche und Körper voneinander abhängen.

„Schmerzen ohne eindeutige Schäden an Wirbeln und Knochen wurden lange zu Unrecht als nur psychisch bedingt betrachtet“, erklärt Psychotherapeutin Diezemann. „Es kann aber auch sehr schmerzhaft sein, wenn zum Beispiel das Zusammenspiel von Muskeln, Gelenken und Bändern nicht mehr richtig funktioniert. Dieses Zusammenspiel wird stark beeinflusst durch Stress, Überlastung und die Art, wie der Patient versucht, den Schmerz zu vermeiden.“

Den Rücken wieder zu beugen war für Daniel Schmenger der Anfang einer erfolgreichen Schmerztherapie, auch wenn das nicht immer schmerzfrei war. Doch die Übungen mit Bällen und Rollen zeigten ihm, was an Bewegungen wieder möglich ist.



Viel hängt jetzt davon ab, seine Muskeln auch nach der Klinik weiter zu trainieren und zu dehnen. Sonst sind steife und zu kurze Muskeln unweigerlich wieder die Folge. Aber es geht auch darum, sein Leben so zu führen, dass er nicht mehr so schnell an die Decke geht. „Bevor ich mich heute ärgere, frage ich mich erst einmal: Macht es überhaupt Sinn, sich aufzuregen?“ Auch dafür hat er eine Übung mitbekommen. Er hat gelernt, sich auf sein Atmen zu konzentrieren, auf eine Entspannungsreise zu gehen und so Abstand vom Alltagsstress zu gewinnen. Dass psychische auch zu körperlichen Spannungen führen und umgekehrt, ist für ihn heute „alles so logisch“. Genauso logisch, wie mit einer „Faszienrolle“ tiefe Muskeln und umhüllendes Gewebe zu massieren, „damit man weiter beweglich bleibt“. Dabei wusste er bis vor diesen vier Wochen im Schmerz-Zentrum Mainz nicht einmal, was Faszien überhaupt sind.

### **DRK Schmerz-Zentrum Mainz**

*Das DRK Schmerz-Zentrum Mainz ist eine Spezialklinik zur Abklärung und Behandlung akuter und chronischer Schmerzen. Mit 80 stationären Betten, 24 teilstationären Plätzen und einer Ambulanz mit mehr als 5.000 Patientenvorstellungen im Jahr gehören es zu den größten Schmerzkliniken Europas. In enger Zusammenarbeit beschäftigen sich verschiedene Fachgebiete in der Klinik – konservative und operative – mit akuten und chronischen Schmerzen:*

- Rückenschmerz,
- Kopf- und Gesichtsschmerz, auch bei Kindern,
- Schulter- und Nackenschmerz,
- neuropathischer (Nerven-) Schmerz,
- Gelenk- und Rheumaschmerz,
- Tumorschmerz.



*Gemäß unserem ganzheitlichen Krankheitsverständnis und Behandlungskonzept arbeiten bei uns Ärzte und Therapeuten der Fachdisziplinen Anästhesie, Allgemeinmedizin, Neurologie, Neurochirurgie, Orthopädie, Psychotherapie, Sport- und Physiotherapie, Pflegeherapie und Sozialmedizin in allen Versorgungsebenen eng zusammen.*

[www.drk-schmerz-zentrum.de/mz/](http://www.drk-schmerz-zentrum.de/mz/)



# Wieder Gründe finden weiterzumachen

Psychotherapie bei Krebserkrankungen



Die Krebsdiagnose war ein Schock, die Serie von Chemos und OPs ein Martyrium. Ihre Welt war dunkel und schwarz, als Anna A. (Name geändert) im Internet einen Psychotherapeuten suchte.

Vor rund zehn Jahren erfuhr Anna A., 45 Jahre, dass in ihren Eierstöcken ein Krebs wuchs. „Werde ich jetzt sterben?“, dachte sie im ersten, zweiten, dritten und noch vielen weiteren Momenten. Die Ärzte machten Hoffnung: Die Art des Eierstockkrebs, an der sie erkrankt war, wuchs sehr langsam und war gut behandelbar. Doch die Bedrückung und die Frage blieb: „Werde ich durch den Krebs früher sterben?“

## Ständig drehten sich ihre Gedanken um den Krebs.

Die ersten Jahre fiel es ihr schwer, über die Erkrankung zu sprechen. Eine Angst legte sich über ihr ganzes Leben. Ständig drehten sich ihre Gedanken um den Krebs. Sie waren kaum zu stoppen. In dieser Zeit lebte sie noch mit der Illusion, dass durch die Behandlung alles wieder so werden könne wie zuvor.

Zwei Jahre später fanden die Ärzte erneut Metastasen. Die Illusion, dass der Krebs „eine vorübergehende Sache ist“, war geplatzt. Ihr dämmerte die Erkenntnis, dass der Krebs „ein Thema ist, das mich weiter begleiten wird“. Ihr Leben war nicht mehr unversehrt. Es war ständig bedroht. Aus einem Leben ohne Gedanken an den Tod war ein Leben von einem Kontrolltermin zum nächsten geworden, alle drei Monate das Warten auf die Ergebnisse. Der Krebs gab keine Ruhe. Fast jährlich lag sie auf dem OP-Tisch, um wieder ein Geschwür entfernen zu lassen.

Das Leben erschien Anna A. immer häufiger dunkel und düster. Täglich fiel es ihr schwerer, noch Gründe für das Aufstehen zu finden. Die Zeit der „schwarzen Gedanken“ begann.

Fünf Jahre nach der Diagnose begann Anna A. schließlich eine Psychotherapie. „Um über ihre Ängste zu sprechen“, „ihren Lebensmut wiederzufinden“, „die Kraft zu finden weiterzumachen“. Die Psychotherapie begann mit einem Dammbruch. Die Tränen flossen und flossen. Psychotherapeut Dr. Klaus Lang fand ihre Tränen notwendig und ein gutes Zeichen. Endlich konnte Anna A. „ihr Unglück ausatmen“, wie er es in Anlehnung an ein Gedicht von Erich Fried formuliert. Anna A. war „erleichtert, verzweifelt sein zu dürfen“. Dankbar dafür, einen Gesprächspartner gefunden zu haben, den ihre Tränen nicht schreckten, der ihre Verzweiflung mitrug und mit dem sie auch die medizinischen Entscheidungen, die sie in ihrer Krebsbehandlung treffen musste, besprechen konnte. Klaus Lang ist Psychotherapeut mit dem Schwerpunkt Psychoonkologie. Er arbeitet in München.

In der Psychotherapie sprach sie zunächst ihre drängendsten Fragen: „Wie kriege ich das Auf und Ab um die Kontrolltermine besser in den Griff?“, „Wie kann ich leben in der Zeit zwischen einer OP oder einer Chemo bis zur nächsten?“ Anna A. sehnte sich nach Tagen ohne Angst. Ohne Angst davor, dass das Telefon klingelt

und sie die nächste Hiobsbotschaft erhält. In den Laborwerten fanden sich fast immer kleinste Veränderungen, die aber beunruhigten, weil sie stets damit zu tun hatten, dass ihr Leben bedroht war. Anna A. kam nicht mehr an der Erkenntnis vorbei, dass der Krebs fortan ihr „ständiger Begleiter“ war. Ihr Krebs „nichts, was wieder wegging“, er war eine „chronische Erkrankung“, er gehörte fortan zu ihrem Leben. Klaus Lang half „die schlimmsten Gedanken zu Ende zu denken“ und eine „neue Akzeptanz“ ihrer Erkrankung zu erreichen. Er trainierte mit ihr auch, das Gedankenkarussell zu stoppen, das sie ständig grübeln und brüten ließ. Doch er stellte vor allem eine neue Frage: „Wenn Sie sich vorstellen, dass Sie einmal von Ihrem Lebensende zurückschauen: Welches Leben möchten Sie dann geführt haben?“

Aus der Frage „Wie viel Zeit habe ich überhaupt noch?“ wurde die Frage „Wie nutze ich die Zeit, die mir bleibt, richtig?“ Die erste Frage machte Angst und nahm den Mut, die zweite aber erweckte das Leben wieder zum Leben. Die überraschende Wirkung der zweiten Frage war die Entdeckung, dass die Krankheit sie das Leben intensiver erleben ließ. Weil sie ihr die für alle gültige Tatsache vor Augen führte, dass das Leben endlich ist, für jeden, aber besonders für sie. Anna A. war klarer als anderen, dass sie keine Zeit zu vertrödeln hatte. Sie begann, ihren Alltag stärker nach ihren Wünschen zu gestalten. Was erst einmal bedeutete, gemeinsam mit dem Psychotherapeuten herauszubekommen, welche Wünsche ihr denn nun wirklich wichtig waren.

Diese Frage hatte es mehr in sich, als zunächst gedacht. Denn ein paar entscheidende Antworten standen bei ihr nicht mehr zur Auswahl. „Familie gründen?“, „Kinder kriegen?“. Das machten ihre Freundinnen, aber sie halt nicht mehr. Karriere machen und berufliche Veränderungen wagen? Da musste sie sich immer fragen: „Wann falle ich wieder aus?“. Anna A. gelang es trotzdem, für sie passende Antworten zu finden: Zu den „wichtigen Dingen“ in ihrem Leben gehören jetzt: „Mit Menschen in Kontakt zu sein“,



### **Dr. Klaus Lang**

*Praxis für Psychotherapie und Psychoonkologie*

#### **Fragen, die Betroffene bei einer Krebserkrankung beschäftigen:**

*Eine Krebserkrankung verändert Vieles im Leben der Betroffenen und ihrer Familien. Was zuvor selbstverständlich war, erscheint plötzlich zerbrechlich. Neue Fragen können sich stellen:*

- Warum ich? Habe ich Schuld an der Erkrankung?
- Was kommt in der Behandlung auf mich zu?
- Wie geht es danach für mich weiter? Werde ich wieder zurück in mein normales Leben finden?
- Wie komme ich mit körperlichen Langzeitfolgen (zum Beispiel Müdigkeit, verändertem Aussehen, Schmerzen) zurecht?
- Wie kann ich mit meiner Familie, den Freunden und den Kollegen darüber sprechen?
- Wie kriege ich meine Angst in den Griff?
- Wie kann ich besser schlafen?
- Der Krebs hat mir gezeigt, dass mein Leben endlich ist. Was ist mir angesichts dieser Begrenztheit wirklich wichtig im Leben? Welche Ziele habe ich?

„Emotionen leben zu können“ und „mehr riskieren“. Aber auch „ganz normalen Beziehungsstress zu haben“, weil das nun mal zu einem normalen Leben gehört. Oder dass „die Freundin von ihren Geldsorgen erzählt“, weil sie auch für andere da sein möchte.

Psychotherapeut Lang nannte diesen Prozess „Horizont erweitern“, für Anna A. war es „hinter die Wand schauen“. Denn die Krankheit war wie eine Wand gewesen, die den Blick auf das Leben versperrte. „Heute ist die Wand aus Plexiglas“, berichtet sie. „Ich sehe wieder eine Zukunft, aber sie ist verschwommen.“

Die Frage, wie viel Zeit ihr noch bleibt, ist weiterhin nur ungefähr zu beantworten: Eine gänzliche Heilung ist weiter unwahrscheinlich. Die Ärzte schätzten die Lebenszeit anfangs auf zehn bis zwanzig Jahre. Jetzt sind schon zehn Jahre vorbei. „Vielleicht sind es auch dreißig Jahre, die mir noch bleiben“, sagt sie heute. Das Entscheidende aber ist: Die Unsicherheit der Antwort führt nicht mehr zu einer ständigen Angst vor dem Tod. Es gibt Tage, an denen sie sich Sorgen macht, und Tage, an denen das nicht so ist. Die Kontrolltermine sind inzwischen nur noch alle sechs Monate. Kurz vor dem Gespräch für diese Reportage hatte Anna A. allerdings wieder eine OP. So ist halt das Leben mit einer Krebserkrankung.

Durch die Psychotherapie war Anna A. „nicht mehr alleine in der Dunkelheit“. Die Dunkelheit verlor durch die Gespräche mit Klaus Lang deutlich an Schrecken. Mit einer Taschenlampe, die der Psychotherapeut für ihre Schattenwelt mitgebracht hatte, suchten sie gemeinsam im Lichtkegel immer wieder nach dem nächsten Stein, auf den sie treten konnten. Aus den „schwarzen“ Gedanken, die sie in tiefe Verzweiflung stürzten, waren so „schwere“ geworden, die immer noch nicht leicht, aber besser auszuhalten waren. Aus Gedanken, die ständig um die Krankheit kreisten, Gedanken, die sich wieder mit ihrer Zukunft und dem Leben beschäftigten.



#### Erich Fried: Aufhebung\*

Sein Unglück  
ausatmen können  
tief ausatmen  
so dass man wieder einatmen kann

Und vielleicht auch sein Unglück  
sagen können  
in wirklichen Worten  
die zusammenhängen  
und Sinn haben  
und die man selbst noch verstehen kann  
und die vielleicht sogar  
irgendwer sonst versteht  
oder verstehen könnte

Und weinen können

Das wäre schon  
fast wieder  
Glück

\*Copyright: Erich Fried, Aufhebung  
aus: Erich Fried, Beunruhigungen  
© 1984, 1997 Verlag Klaus Wagenbach, Berlin



#### **Bildnachweise**

Alle Bilder: Kay Funke-Kaiser

## **Impressum**

#### **Herausgeber**

**Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)**

Klosterstraße 64

10179 Berlin

Tel.: 030. 278 785-0

Fax: 030. 278 785-44

info@bptk.de

www.bptk.de

#### **Satz und Layout**

PROFORMA GmbH & Co. KG, Berlin

März 2019



