

CHRISTINA LENZ

THERAPEUTISCHE ALLTAGSGESCHICHTEN



SELBSTBEWUSST, eigenverantwortlich und zielorientiert – so zeigt sich Frau S. im Erstgespräch. Die 21-jährige wirkt mindestens zehn Jahre reifer. An der Färbung der Aussprache ist ihre deutsche Herkunft deutlich erkennbar.

Frau S. erzählt von ihrem Umzug nach Österreich vor zwei Jahren. Gemeinsam mit ihrem damaligen Freund, Alexander, ist sie von Deutschland nach Niederösterreich gezogen. Die Hoffnung auf bessere Arbeitsbedingungen und höhere Entlohnung veranlasst die beiden Einzelhandelskaufleute zu diesem Schritt. Sie finden Anstellungen bei einem Haus- und Gartengroßmarkt. Das Paar arbeitet in der gleichen Filiale, doch schon bald beendet Frau S. die viereinhalbjährige Beziehung. Sie hat sich in einen anderen Mitarbeiter, Tom, verliebt. Frau S. zieht bei Alexander aus und bei Tom ein. Trotzdem hängt sie nach wie vor an Alexander, an seiner Familie und an der gemeinsamen Zeit. Sie fühlt sich von Tom angezogen, zweifelt aber immer wieder an der Richtigkeit ihrer Entscheidung. Alexander wird zum geliebten Vertrauten.

Auf die Frage nach ihrer Herkunftsfamilie antwortet Frau S. gefasst: Ja, das wäre der Grund, warum sie therapeutische Gespräche in Anspruch nehmen möchte. Das Ziel wäre, mit ihrer Vergangenheit zurechtzukommen. Sie hat klare Vorstellungen.

Weiteren Fragen begegnet sie mit großer Offenheit: Ihr Vater hatte sich vor einem halben Jahr das Leben genommen. Er hatte sich erhängt.

Als Frau S. sieben Jahre alt war, trennten sich die Eltern. Die Mutter von Frau S. wurde schwanger. Sie bekam ihre zweite Tochter mit dem neuen Lebensgefährten. Frau S. wollte bei ihrem Vater wohnen. Das Gerichtsurteil, das nach einigen Monaten ausgesprochen wurde, verhinderte dieses Vorhaben. Sie sollte bei der Mutter und ihrer Halbschwester bleiben. Trotzdem verband die Klientin und ihren Vater eine enge Bindung. Von ihrer Mutter spricht Frau S. zunächst auffallend emotionslos. Die Mutter hatte seit der Geburt der Klientin ein Alkoholproblem. Zusätzlich rauchte sie viel. Frau S. erinnert sich, dass die Mutter sie oft geschlagen

und gewürgt hat. Ihr Wunsch, beim Vater zu wohnen, wird durch die Erzählung transparent. Jedoch die Gesetzgebung verhindert diesen. Die junge Frau S. beugt sich. Sie behält ihre Wut, ihre Verzweiflung und ihre Tränen für sich. Sie versorgt die jüngere Schwester und übernimmt Aufgaben bei der Erziehung, die die gemeinsame Mutter aufgrund ihrer Alkoholerkrankung vernachlässigt. Mit dreizehn nimmt sie ihre gesamte, größer gewordene Kraft zusammen und reißt aus. Sie flüchtet von der Mutter zum Vater. Das quälende Gefühl, die Schwester im Stich zu lassen, begleitet sie. Die Mutter, die zunehmend vom Alkohol beeinträchtigt ist, leistet keinen Widerstand und lässt ihre ältere Tochter gewähren.

Der Vater arbeitet als Tischler. Er ist auf Montage und daher eher selten und vor allem unregelmäßig zu Hause. Frau S. lernt, mehr noch als bisher, für sich zu sorgen. Sie geht zur Schule, führt den Haushalt, funktioniert einwandfrei. Ihre Gefühle hält sie fest verschlossen.

Die Zeit vergeht, die jugendliche Frau S. bekommt Routine im Funktionieren. Bei einem Spaziergang mit ihrem Vater kommen die beiden zufällig an einem Friedhof vorbei. Diese Gelegenheit nützt der Vater, um zu erwähnen, dass die Mutter von Frau S. vor einigen Tagen gestorben sei. Frau S. schildert sich in dieser Situation überrascht und auch erleichtert. Damit habe sie nicht gerechnet. Sie verspürt ein eigenartiges Gefühl, Tränen kommen jedoch nicht. Bis heute hat Frau S. lediglich die Vermutung, dass ihre Mutter wegen eines Tumors an der Milz gestorben sei. Sicherheit gibt es nicht. Bis jetzt.

Es ist offensichtlich, dass die Klientin einen Umgang mit ihrer Geschichte gefunden hat, der sie ihr Leben meistern lässt. Objektiv betrachtet: Meistern auf hohem Niveau.

Es ist nicht leicht zu verstehen, was die Erwartung der Klientin an die Therapie ist. Es gibt Hypothesen, aber womit genau kommt sie denn eigentlich nicht zurecht?

DIE KLARE, NAHEZU EMOTIONSLOSE Weise der Klientin, in der sie über ihre Vergangenheit berichtet, lässt zunächst ein falsches oder, besser gesagt, ein zum Teil falsches Bild entstehen: Man könnte glauben, Frau S. hätte die Geschehnisse gut und ohne weiteren Aufwand hinter sich gelassen.

Auf die Frage nach dem aktuellen Anlass für die therapeutischen Gespräche antwortet sie lediglich ausweichend, dass das Portraitfoto der Therapeutin, das sie im Internet entdeckt hat, sie zum Anrufen motiviert habe. Der Gesprächsverlauf gestaltet sich als zunehmend schwierig. Frau S. verharrt in der kühlen Beschreibung ihrer Lebensgeschichte. Die Therapeutin glaubt, einerseits den verzweifelten Wunsch von Frau S. nach Veränderung und andererseits die strikte Ablehnung genau dieser zu spüren.

Schließlich bringen Gespräche über das Äußere der Klientin die Dinge in Gang. Frau S. argumentiert ihr burschikoses Aussehen – Jeans, Sportschuhe, Sweatshirts in dunklen Farben, ungeschminkt – mit der Tatsache, dass ihre Mutter kein Mädchen wollte. Sie hätte sich einen Jungen gewünscht. Einen rothaarigen Jungen. Frau S. hat dunkelbraunes Haar. Es war Frau S. verboten, Röcke oder Kleider anzuziehen. Die Klientin erinnert sich kaum an Situationen, in denen ihre Mutter mit ihr zufrieden gewesen wäre. In der Erzählung von Frau S. machte die Mutter kein Hehl daraus, dass ihre Tochter nicht ihren Vorstellungen entsprach.

In der Therapie geht die Phase der Beschreibung in die Phase einer Reflexion über. Die Klientin lässt sich auf Fragen in einer neuen Weise ein. Worauf bin ich stolz an mir? Was ist gut so, wie es jetzt ist? Was soll sich auf keinen Fall ändern? Die Klientin entwickelt Begeisterung für diese Art der Arbeit: Sie überlegt, schreibt, malt, findet Symbole, stellt Figuren. Sie schafft sich eine Landschaft aus Ressourcen. Ihr Mut und ihr Vertrauen in sich helfen ihr. Frau S. kommt in Bewegung. Das verändert ihre stoische Haltung. Ihre Körperhaltung wird weicher, sie wirkt lockerer. Sie erkennt eine Richtung, in die ihre neue Beweglichkeit führen soll: die Kreation eines anstrebenswerten Frauenbildes.

Euphorie und Erleichterung sind gleichermaßen zu spüren. Frau S. ist begeistert bei der Arbeit. Sie beschreibt weibliche Personen aus ihrem Umfeld, sammelt die positiven Seiten, erkennt und verwirft die negativen. Sie zimmert sich ihr Vorbild. Die neue Lebensfreude bleibt auch zwischen den Gesprächen erhalten. Frau S. kauft sich einen Rock, Stiefel und Make-up. Sie strahlt. Angenehme Gefühle sind in Bewegung gekommen, sie erfüllen Frau S.

Es kommt der Geburtstag des Vaters – an diesem liegt sein Todestag ein halbes Jahr zurück. Die Klientin erscheint erschöpft und entmutigt in der Therapie. Sie wisse nicht, was plötzlich mit ihr los sei. Sie entdeckt die Trauer um den Vater. Nach einer Weile erkennt sie Wut. Wut auf den Vater, weil dieser sie durch seinen Selbstmord verlassen hat. Alleine gelassen. Frau S. freundet sich mit der Rolle der Wütenden an. Sie erlaubt sich, Dinge an ihrer Arbeitsstelle zu kritisieren, schimpft über ihren Partner, Tom. Sie lässt einen Termin für ein therapeutisches Gespräch sausen. Beim telefonischen Nachfragen der Therapeutin erklärt sie, dass sie im Moment keine Zeit habe – arbeitsbedingt. Sie würde sich wieder melden.

NACH SECHS WOCHEN findet das nächste Gespräch statt. Frau S. ist niedergeschlagen und verunsichert. Sie sei in der Zwischenzeit bei mehreren Ärzten gewesen. Herzrasen und eine flache Atmung würden ihr zu schaffen machen. Sie warte auf die Ergebnisse der Blutuntersuchung. Sie fühle sich wie im Körper einer Achtzigjährigen. Die Untersuchung der Blutwerte bringt einen unauffälligen Befund. Aufgrund der anhaltenden körperlichen Beschwerden will sich Frau S. damit nicht zufriedengeben. Gemeinsam mit ihrem Hausarzt plant sie einen einwöchigen Aufenthalt im Krankenhaus. Zur Durchuntersuchung.

„Bei der somatoformen autonomen Funktionsstörung werden hartnäckige und störende Symptome des vegetativen Nervensystems (kardiovaskuläres System, Verdauungstrakt, respiratorisches System, Urogenitalsystem) geschildert, verbunden mit nichtspezifischen subjektiven Beschwerden und einem Beharren auf einer ernsthaften Erkrankung.“ (Ruf, 2005, S. 225)

Abgesehen von dem jungen, hübschen Arzt ergab der Aufenthalt keine Neuigkeiten für Frau S. Die vielen Untersuchungen bringen das gleiche Ergebnis: alles in Ordnung. Frau S. ist ratlos. Der Druck im Hals, das Stechen in der Brust und der Druck im Kopf sind geblieben. Sie sucht nach Unterstützung in der Psychotherapie. Die Euphorie ist einer fragenden, einer suchenden Haltung gewichen. Was hat es mit diesen mysteriösen körperlichen Beschwerden auf sich?

Frau S. beschäftigt sich mit Struktur. Sie nimmt erst-

mals eine Armbanduhr mit in die Arbeit. So beginnt sie, Pausen einzuhalten und ein pünktliches Ende der Arbeit anzupeilen. So wie die Pausen in der Arbeit verschreibt sie sich auch Pausen von den Gedanken an ihre Familie. Nach der Arbeit und am Wochenende hat sie Zeit für ihre Mutter und ihren Vater. Während der Arbeit bleibt sie bei dem, was gerade zu tun ist. In den Pausen versucht sie ruhig zu atmen und zu essen. Wenn sie Gitarre spielt, macht sie ihren Kopf leer. Sie bleibt dran. Der Druck im Kopf beginnt zu weichen – wenn da nicht der Druck im Hals und das Stechen in der Brust wären.

Durch die Pausen in der Arbeit und das pünktliche Ende bleibt Frau S. nicht mehr genug Zeit, Aufgaben ihrer KollegInnen zu erfüllen. Sie macht das, was in ihren Arbeitsbereich fällt. Abgrenzen und Neinsagen sind neue Erfahrungen. Immer wieder fürchtet Frau S. Reaktionen, die sie von ihrer Mutter bei vermeintlichem Ungehorsam erlebt hat.

„Bestimmte Sinnesreize in einer aktuellen Situation erinnern manche Patienten an Lebenserfahrungen in der Kindheit (z.B. Krankheiten in der Familie, Gewalt, Missbrauch) und lösen eine emotionale und körperliche Aktivierung und damit einen chronischen Anpassungszustand aus.“ (Ruf, 2005, S. 226)

Sie lernt, zwischen Vergangenheit und Gegenwart sowie den unterschiedlichen Beziehungen zu differenzieren. Ihr Vertrauen wächst. Sie stärkt ihr Selbstbewusstsein. Während solcher Gespräche werden tiefe Atemzüge vereinzelt möglich. Als Hausaufgabe übt sie weiter.

Plötzlich kommt ein Anruf zwischen den Therapiegesprächen. Sie wolle nur fragen, ob der nächste Termin ... ob es eh bei dem bliebe ... Die Therapeutin ist verwundert, Hinweise zur Sorge sind für sie im Moment nicht ersichtlich.

BEIM NÄCHSTEN GESPRÄCH ist Frau S. unruhig. Ihre Ernsthaftigkeit ist verschwunden. Sie ist nervös und zeigt sich oberflächlich lustig. Nach einer Weile zeigt sie

verschämt und wortlos ihre Unterarme. Unzählige Narben teilen die Haut. Zwei davon sind neu und rot. Die Klientin wird ruhiger, ernst. Die Narben seien aus ihrer Jugend. Mit 13 und 14 habe ihr das Schneiden geholfen. Sie hätte am Wochenende weder ein noch aus gewusst, Tom war unterwegs, Frau S. alleine mit sich zu Hause. Die Gedanken an ihre Eltern, die Wut auf die Mutter,

„DIE VERGANGENHEIT HAT MICH IN DIE ECKE GEDRÄNGT. ICH STAND UNTER HOHEM DRUCK UND KONNTE NICHT MEHR AUS. JETZT SEHE ICH, DASS ALLES IMMER WIEDER DORTHIN, IN MEINE KINDHEIT, ZU MEINER MUTTER UND ZU MEINEM VATER FÜHRT. UND ICH AKZEPTIERE ES EBEN ...“

die Sehnsucht nach dem Vater, hätten sie überschwemmt. Ein Strudel, aus dem sie kein Entkommen sah. Schließlich brachte die alte Strategie, sich zu schneiden, Erleichterung.

Auch im Therapiegespräch weicht nun die Scham der Erleichterung. Frau S. will einen neuen Weg, sie will mit ihren Gefühlen anders umgehen. Sie will ihre Gefühle steuern können. Es fällt ihr schwer, Verständnis für ihr Vorgehen zu haben. Sie ist wütend auf sich und beginnt sich wieder einmal zu verhärten. Die gemeinsame Arbeit wird zunehmend schwieriger.

„Mache Familienkulturen vermeiden emotionalen Schmerz und besitzen keine Sprache für emotionale, sondern nur für physische Erfahrungen. Kinder in diesen Familien bekommen Zuwendung für physische, aber nicht emotionale Schmerzen und lernen daraus, jedes Bedürfnis als physisch zu betrachten und sich entsprechend sprachlich auszudrücken.“ (Ruf, 2005, S. 227)

Die junge Frau S., das sogenannte „Kind in der Klientin“, schafft schließlich Abhilfe: Für die junge Frau S., die so verzweifelt und wütend war, bringt Frau S. Verständnis auf. Sie versteht ihren Hass, ihre Wut, ihre Trauer und ihre Einsamkeit. Sie kann verstehen, dass die Junge sich Luft machen musste. – Das Atmen geht wieder leichter.

Frau S. übernimmt die Aufgabe, sich liebevoll um sich zu kümmern: Sie geht gemeinsam mit Tom einkaufen, sie kocht, und sie holt sich erstmals Unterstützung von ihrer Oma, indem sie sie nach Rezepten für leckere Speisen fragt. Langsam geht es Frau S. besser, sie gewinnt neue Stärke.

Der Todestag des Vaters, der sich jährt, bringt Verwirrung, Trauer und Erschöpfung mit sich. Frau S. bleibt jedoch auf ihrem „Weg der Stärke“ und ist bald wieder erholt. Auch ihr körperlicher Zustand fühlt sich immer gesünder an. Schließlich beschreibt sie auch Phasen eines noch nicht gekannten Glücksgefühls.

In Phasen der Einsamkeit hilft sie sich, indem sie ein Einkaufszentrum aufsucht und sich unter Leute begibt, indem sie Lieder komponiert und auf ihrer Gitarre spielt. Sie kommt gut mit ihren Gefühlen zurecht, kann sich helfen und findet immer neue Lösungen, nur das abendliche Weinen im Bett belastet Frau S. noch.

Frau S. erzählt, dass sie ihre Kreativität von ihrem Vater geerbt hat. Sie nützt sie für eine Collage, in der sie ihre Dankbarkeit und ihre starke Verbindung zu ihm ausdrückt. Sie beginnt das Schneiden zu verstehen, einen Sinn zu erkennen und den ungeliebten einstigen Lösungsversuch zu akzeptieren. Sie stimmt einem Zusammenhang zwischen ihren körperlichen Beschwerden und ihren Gefühlen zu. Gespräche darüber vermeidet sie jedoch. Im Moment will sie von einer Vergangenheit, die ihr so viel Schmerzen bereitet hat, nichts mehr wissen. Sie hat verstanden und will nun weiter. Immer wieder gibt es jedoch Phasen, in denen die Vergangenheit stärker ist als die Gegenwart und die Zukunft. Frau S. ist dann ungeduldig, sie will nicht mehr, sie will frei sein von ihren Erinnerungen.

Sie lenkt sich mit Themen der Arbeit und ihrer Beziehung zu Tom ab. Damit ist sie zufrieden. Die Abstände zwischen den Gesprächen werden größer, Frau S. zeigt sich in ihrer anfänglichen Stärke. Sie nützt die Gespräche, um an ihrer Gelassenheit und ihrer entspannten Körperhaltung zu arbeiten.

Sie pflegt die Kontakte zu ihren Großeltern, ihrer Tante und früheren Freundinnen aus Deutschland. Sie erlebt diese Personen als Ressourcen, die hinter ihr stehen. Frau S. ist zufrieden und blickt zuversichtlich in die Zukunft.

In der letzten Therapiestunde fasst sie die Geschehnisse zusammen: „Die Vergangenheit hat mich in die Ecke gedrängt. Ich stand unter hohem Druck und konnte nicht mehr aus. Jetzt sehe ich, dass alles immer wieder dorthin, in meine Kindheit, zu meiner Mutter und zu meinem Vater führt. Und ich akzeptiere es eben ...“ Bei diesen Worten streift Frau S. ihren Rock glatt. Verständnis, Ruhe und Zuversicht spiegeln sich in ihrem Lächeln wieder.

F45.3- SOMATOFORME AUTONOME FUNKTIONSTÖRUNG

Die Symptome werden vom Patienten so geschildert, als beruhten sie auf der körperlichen Krankheit eines Systems oder eines Organs, das weitgehend oder vollständig vegetativ innerviert und kontrolliert wird, so etwa des kardiovaskulären, des gastrointestinalen, des respiratorischen oder des urogenitalen Systems. Es finden sich meist zwei Symptomgruppen, die beide nicht auf eine körperliche Krankheit des betreffenden Organs oder Systems hinweisen. Die erste Gruppe umfasst Beschwerden, die auf objektivierbaren Symptomen der vegetativen Stimulation beruhen, wie etwa Herzklopfen, Schwitzen, Erröten, Zittern. Sie sind Ausdruck der Furcht vor und Beeinträchtigung durch eine(r) somatische(n) Störung. Die zweite Gruppe beinhaltet subjektive Beschwerden unspezifischer und wechselnder Natur, wie flüchtige Schmerzen, Brennen, Schwere, Enge und Gefühle, aufgebläht oder auseinander gezogen zu werden, die vom Patienten einem spezifischen Organ oder System zugeordnet werden. (ICD 10)

MAG. CHRISTINA LENZ

ist Pädagogin, Suchtberaterin und Psychotherapeutin SF in freier Praxis und in der Familienberatungsstelle des Hilfswerks in Schwechat; Absolventin des Lehrgangs 15 der Ia:sf

LITERATUR

Ruf Gerhard Dieter (2005): Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch. Klett-Cotta, Stuttgart.
ICD–10–GM 2011. Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision, Version 2011. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation (HG) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen. Deutscher Ärzteverlag, Köln.