

# GRÜNE TEXTE

## Die NEUEN NATURTHERAPIEN Internetzeitschrift für Garten-, Landschafts-, Waldtherapie, tiergestützte Therapie, Green Care, Ökologische Gesundheit, Ökopsychosomatik (peer reviewed)

2015 begründet und herausgegeben von  
Univ.-Prof. Dr. mult. *Hilarion G. Petzold* (EAG) in Verbindung mit:

### Gartentherapie:

*Konrad Neuberger*, MA, D Düsseldorf, *Edith Schlömer-Bracht*, Dipl.–Sup. D Brilon

### Tiergestützte Therapie:

*Dr. phil. Beate Frank*, D Bad Kreuznach, *Ilonka Degenhardt*, Tierärztin, D Neuwied

### Landschafts- und Waldtherapie:

*Bettina Ellerbrock*, Dipl.-Soz.-Päd. D Hückeswagen, *Christine Wosnitza*, Dipl. Biol., D Wiehl

### Gesundheitsberatung, Health Care:

*Doris Ostermann*, Dipl.-Soz.-Päd., D Osnabrück, *Dr. rer. pol. Frank-Otto Pirschel*, D Bremen

### Ernährungswissenschaft, Natural Food:

*Dr. med. Susanne Orth-Petzold*, MSc. Dipl. Sup., D Haan, *Dr. phil. Katharina Pupato*, Ch Zürich

### Green Meditation:

*Ilse Orth*, Dipl.-Sup. MSc., D Erkrath, *Tom Ullrich*, Dipl.-Soz.-Arb. D Ulm

### Ökopsychosomatik:

*Dr. med. Ralf Hoemberg*, D Senden, *Dr. mult. Hilarion Petzold*, D Hückeswagen

### Naturgestützte Integrative Therapie:

*Dr. med. Otto Hofer-Moser*, Au Rosegg, *Susanne Heule*, Psychol. Lic. rer. publ. CH Zürich

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 26/2016

## Integrative Behandlung einer mehrfachabhängigen Patientin im Rahmen einer ambulanten Nachsorge unter Einbeziehung der Methode „Integrative Tiergestützte Therapie“

*Anke de Almeida Duarte* \*

---

\* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Mailto: [forschung@integrativ.eag-fpi.de](mailto:forschung@integrativ.eag-fpi.de), oder: [info@eag-fpi.de](mailto:info@eag-fpi.de), Information: <http://www.eag-fpi.com> ).

## **Inhaltsübersicht**

### **1. Einleitung**

- 1.1. Persönlicher Bezug
- 1.2. Darstellung der Einrichtung
- 1.3. Zielsetzung der ambulanten Nachsorge
  - 1.3.1. Ziele im Einzelnen
  - 1.3.2. Indikationen für die ambulante Nachsorge
- 1.4. Ambulante Nachsorge im SHZ-Schwelm
  - 1.4.1. Gruppentherapie
  - 1.4.2. Einzeltherapie
  - 1.4.3. Angehörigenberatung

### **2. Vorstellen der Patientin, Diagnose und Vorbehandlungen**

- 2.1. Kurzvorstellung der Patientin
- 2.2. Diagnose nach IC-10
- 2.3. Vorbehandlungen

### **3. Anamnese**

- 3.1. Unfälle/Erkrankungen
- 3.2. Körperliche und geistige Behinderungen
- 3.3. Biografische Anamnese
- 3.4. Suchtanamnese
- 3.5. Sozialanamnese
  - 3.5.1. Wohnsituation
  - 3.5.2. Schulische und berufliche Anamnese
  - 3.5.3. Finanzielle Situation
  - 3.5.4. Herkunftsfamilie
  - 3.5.5. Freundschaften/Partnerschaften

### **4. Prozessuale Diagnostik**

- 4.1. Bedürfnis- u. Motivationsanalyse
  - 4.1.1. Bedürfnisse/Wünsche
  - 4.1.2. Ziele
- 4.2. Problem- u. Konfliktanalyse
  - 4.2.1. Defizite
  - 4.2.2. Traumata
  - 4.2.3. Störungen
  - 4.2.4. Konflikte
  - 4.2.5. Risikofaktoren
- 4.3. Leibfunktionsanalyse
  - 4.3.1. Perzeptiver Leib
  - 4.3.2. Expressiver Leib
  - 4.3.3. Memorativer Leib

- 4.4. Lebensweltanalyse
  - 4.4.1. Familie
  - 4.4.2. Arbeitssituation
  - 4.4.3. Sozialökologisches Setting
  - 4.4.4. Lebenslage
- 4.5. Kontinuumsanalyse
  - 4.5.1. Milieu
  - 4.5.2. Kritische Lebensereignisse
- 4.6. Ressourcenanalyse
  - 4.6.1. Leiblichkeit
  - 4.6.2. Soziales Netzwerk
  - 4.6.3. Arbeit, Leistung
  - 4.6.4. Materielle Sicherheit
  - 4.6.5. Werte und Normen
- 5. Interaktionsanalyse**
  - 5.1. Übertragungsqualität
  - 5.2. Widerstand und Reaktanz
  - 5.3. Gegenübertragungsphänomene
  - 5.4. Interaktionsverhalten im therapeutischen Setting
- 6. Behandlungsziele**
  - 6.2. Allgemeine Ziele
  - 6.3. Persönliche Ziele
- 7. Therapieverlauf**
  - 7.2. Dokumentation und Reflexion von acht Sitzungen
- 8. Abschluss**
  - 8.2. Behandlungsergebnisse
  - 8.3. Prognose
  - 8.4. Vier Wege der Heilung und Förderung
  - 8.5. Therapeutische Wirkfaktoren
- 9. Zusammenfassung/ Summary**
- 10. Literaturverzeichnis**

## **1. Einleitung**

### **1.1. Persönlicher Bezug**

Im Jahr 1988 habe ich mein Studium mit dem Titel Diplom Sozialpädagogin abgeschlossen. Zunächst arbeitete ich 3 Jahre in der Jugendhilfe. Seit 1991 bin ich im Caritas-Suchthilfezentrum Schwelm (im Folgenden SHZ genannt) tätig. Mein Hauptaufgabengebiet ist zurzeit die Suchtprävention, mit fünf Stunden wöchentlich bin ich in der Sucht- und Drogenberatung tätig. Durch die Weiterbildung zur Sozialtherapeutin, Schwerpunkt Sucht in der Integrativen Therapie, möchte ich meine Fähigkeiten vertiefen um im Beratungs- und Behandlungsbereich qualifizierter arbeiten zu können. Des Weiteren bietet unsere Einrichtung die ambulante Nachsorge und ambulante Rehabilitation an, und mit der Weiterqualifizierung kann ich mein Aufgabenspektrum erweitern.

### **1.2. Darstellung der Einrichtung**

Das Caritas-Suchthilfezentrum Schwelm (SHZ) ist eines von zwei Suchthilfezentren des Caritasverbandes Ennepe-Ruhr, angesiedelt in Hattingen. Es ist zuständig für die Städte Schwelm (ca. 27 000 Einwohner), Ennepetal (ca. 30 000 Einwohner) und Breckerfeld (ca. 8 000 Einwohner). Der zuständige Spitzenverband ist der Diözesan-Caritasverband für das Bistum Essen e.V.

Das SHZ arbeitet im Therapieverbund mit dem Netzwerk Adaption Dortmund (Nado) im Bereich Ambulante Rehabilitation und Nachsorge zusammen.

Die Finanzierung des SHZ erfolgt überwiegend aus kommunalen Mitteln, Landesmitteln, sowie Eigenmitteln des Trägers.

Der Hauptsitz des SHZ liegt in Schwelm. In Ennepetal und Breckerfeld ist je eine Außenstelle vor Ort, und bietet ortsnah, an mehreren Tagen, Beratung und Behandlung an. Die Beratungsräume liegen im Innenstadtbereich und sind mit der bestehenden Infrastruktur gut zu erreichen.

Zu den Aufgaben des SHZ gehören Beratung und Behandlung von Betroffenen, Angehörigen und Interessierten in Form von Einzel- (Dyadischen), Paar-, Familien- und Gruppengesprächen, Vermittlung in Entgiftungs- und Therapieeinrichtungen, Soziotherapeutische Gemeinschaften u.ä.. Die Weitervermittlung an Selbsthilfegruppen, Fachdienste, wie z.B. Erziehungsberatung, Ambulant Betreutes Wohnen, Schuldnerberatung und Psychotherapie gehören ebenso dazu wie die Unterstützung bei Behördengängen zu den Aufgaben des SHZ.

Im SHZ werden sowohl gefährdete, als auch abhängige Menschen, deren Angehörige und Multiplikatoren informiert, beraten und behandelt. Die Zuständigkeit umfasst illegale und legale Suchtmittel, sowie stoffungebundene Verhaltenssüchte, wie Essstörungen oder Glücksspielsucht.

### **1.3. Zielsetzung der ambulanten Nachsorge**

Die ambulante Nachsorge behandelt Patienten und Patientinnen, die nach erfolgreich absolvierter stationärer Therapie in ihren Wohnort zurückkehren. Die in der stationären Therapie erlernten Verhaltensweisen sollen in den häuslichen und beruflichen Alltag integriert werden.

#### **1.3.1. Ziele im Einzelnen (Curriculare Ziele)**

- stabile, zufriedene Abstinenz
- Vorbeugung von Rückfallgefahren
- Verbesserung der Bewältigungsfähigkeit von Krisen
- Stabilisierung der psychischen Gesundheit
- Stabilisierung von Selbstwert und Selbstvertrauen
- Aufbau oder Ausbau stabiler sozialer Netzwerke
- soziale und familiäre Wiedereingliederung
- individuelle Therapieziele

#### **1.3.2. Indikationen für die ambulante Nachsorge**

Die Voraussetzung für die ambulante Nachsorge:

- eine abgeschlossene stationäre Entwöhnungsbehandlung
- Wohnortnähe
- Wille zur langfristigen Abstinenz
- Fähigkeit zur Selbsthilfe
- Eigeninitiative
- Bereitschaft zu Verhaltens- und Einstellungsänderung
- Unterstützung durch das soziale Umfeld (z.B. Partnerschaft, Familie, Arbeitsplatz)
- Rehabilitationsvertrag

### **1.4. Ambulante Nachsorge im SHZ Schwelm**

Die ambulante Nachsorge wird von den Rentenversicherungsträgern finanziert und umfasst in der Regel 20 Therapieeinheiten, die in Form von Einzel (Dyaden)- und/oder Gruppentherapie angeboten werden und 2 Therapieeinheiten für Bezugspersonen. Im Bedarfsfall kann eine Verlängerung beantragt werden.

#### **1.4.1. Gruppentherapie**

Die Gruppentherapie umfasst zehn Therapieeinheiten á 100 Minuten und findet wöchentlich statt. Sie wird als geschlossene Gruppe mit 8-12 TeilnehmerInnen durchgeführt. Um wesentliche Therapieinhalte zu vermitteln, die mehr Zeit in Anspruch nehmen, werden ergänzend Intensivwochenenden eingesetzt. Einmal im Jahr wird eine Frauengruppe durchgeführt.

Die Themen können von der Gruppenleitung eingebracht werden oder sich aus Fragestellungen der TeilnehmerInnen ergeben.

- Themen:
- Erkennen von Risikosituationen
  - Einüben von Alternativverhalten
  - Bewältigung von Stress-, Konflikt-, Angstsituationen
  - Förderung kommunikativen Verhaltens
  - Entspannungsübungen

### **1.4.2. Einzeltherapie/ Dyadische Therapie**

Ergänzend zur Gruppentherapie werden zehn Sitzungen im dyadischen Setting durchgeführt, die jeweils 50 Minuten umfassen. Sie werden individuell im wöchentlichen, zweiwöchigen oder längerfristigen Rhythmus vereinbart.

### **1.4.3. Angehörigenberatung**

Die Rentenversicherungsträger sehen 2 Therapieeinheiten für Angehörigengespräche vor. Sie können alleine oder mit dem Betroffenen gemeinsam stattfinden. In der Regel finden Sie gemeinsam mit dem Betroffenen statt. Dieses Angebot wird von PartnerInnen, Eltern oder Kindern wahrgenommen.

## **2. Vorstellen der Patientin, Diagnose und Vorbehandlungen**

### **2.1. Kurzvorstellung der Patientin**

Frau S. wurde 1979 in einer ländlichen Gegend in Rheinland-Pfalz geboren. Seit 2005 lebt sie aus beruflichen Gründen in einer Kleinstadt in Nordrhein-Westfalen. Aufgrund eines Burn-out ist sie seit 2007 arbeitsunfähig und bezieht eine Berufsunfähigkeitsrente. Im Rahmen der Behandlung des Burn-out wurden bei ihr eine Borderline-Persönlichkeitsstörung, posttraumatische Belastungsstörung, Depressionen und Bulimie diagnostiziert. Es folgten weitere Behandlungen in verschiedenen Kliniken. Den Weg in unsere Einrichtung fand Frau S. mit Unterstützung ihrer Mutter, nachdem sie ca. 7 Monate Heroin konsumiert hatte.

### **2.2. Diagnose nach IC-10**

- F11.2 Abhängigkeitssyndrom Opiode
- F13.1 schädlicher Gebrauch von Sedativa und Hypnotika
- F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung
- F25.1 Schizoaffektive Störung, initial depressiv
- F60.31 emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline Typus
- F50.2 Bulimia Nervosa
- F50.4 Essattacken bei anderen psychischen Störungen
- E66.9 Adipositas

### **2.3. Vorbehandlungen**

Frau S. wurde aufgrund ihrer psychischen Erkrankungen in einem Zeitraum von vier Jahren achtmal psychiatrisch behandelt; dreimal in einer Tagesklinik, fünfmal stationär für jeweils 4 bis 12 Wochen, davon einmal mit DTB. Zuletzt begab sie sich in eine ambulante Psychotherapie, die seitens der Krankenkasse nicht weiter verlängert wurde, aufgrund der langen Dauer.

## **3. Anamnese**

### **3.1. Unfälle/Erkrankungen**

Nach Angaben der Patientin liegen folgende körperliche Erkrankungen vor:

- Diabetes, Behandlung mit Insulin
- Laktoseintoleranz
- Lebensmittelallergien
- Rückenschmerzen im Bereich Schultern, Hals, obere Wirbelsäule
- Schilddrüse wurde entfernt, aufgrund eines gutartigen Tumors

### **3.2. Körperliche und geistige Behinderungen**

Keine

### **3.3. Suchtanamnese**

Frau S. gab an, im Oktober 2010 im Kontext einer Freundschaft zu einer Frau begonnen zu haben Heroin zu konsumieren, indem sie es rauchte. Es kam schnell zu einer Steigerung auf täglichen Konsum morgens und abends um Gefühle zu betäuben und zu dämpfen. Gemeinsam mit der Freundin kam es auch zu experimentellem Cannabiskonsum und gelegentlichem Alkoholkonsum ohne Abhängigkeitsentwicklung. Sie trank gelegentlich 1 bis 3 Bier ohne Kontrollverlust. Frau S. bemerkte schnell, dass sich in Bezug auf Heroin eine Abhängigkeit entwickelt hat. Nach einem gescheiterten Selbstentzug wandte sie sich auf Anraten ihrer Mutter an die Suchthilfe. Frau S. wurde in eine qualifizierte stationäre Entgiftungsmaßnahme vermittelt, hat die Entgiftung abgeschlossen und seither gab es keine Rückfälligkeit mit Heroin. Nach der Entgiftung nahm Frau S. weiterhin Beratungsgespräche bei der Suchthilfe wahr, weil sie einen Umgang mit dem Suchtdruck erlernen wollte. Nach einigen Gesprächen wurde der Wunsch deutlich sich in eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme zu begeben, um den Suchtdruck in den Griff zu bekommen, aber auch um die in den letzten Gesprächen immer mehr zum Thema werdende Essstörung zu behandeln. Die Patientin leidet seit sie denken kann an Bulimie, die sich im Laufe der Zeit zu einer Adipositas entwickelt hat.

### **3.4. Biografische Anamnese**

Die Patientin wurde am 07.10.1979 nichtehelich geboren. Sie hat keine Geschwister, der Vater ist ihr unbekannt. Frau S. ist teils bei der Großmutter, teils in der Familie einer Tante, teils im Haushalt der Mutter mit deren wechselnden Partnern aufgewachsen. Die familiäre Situation war stark belastet durch die Alkoholabhängigkeit und Glücksspielsucht der Mutter und der häufig wechselnden Lebenspartner der Mutter. In diesem Zusammenhang machte sie extreme Erfahrungen sexueller Traumatisierungen im Alter zwischen 8 und 14 Jahren. In diesem Verlauf hatte sie zwei Schwangerschaftsabbrüche im Alter von 11 und 14 Jahren, der erste begleitet durch einen Suizidversuch. Die einzigen glücklichen Erinnerungen hat sie an die Zeit, die sie im Haushalt der Großmutter verbracht hat. Frau S. erinnert sich daran ein scheues, angepasstes, ruhiges Kind gewesen zu sein. Sie war immer kontaktscheu und fleißig. In der Schulzeit gab es keine Leistungsschwierigkeiten, Kontakt zu den MitschülerInnen bestand kaum. Nach ihrem Schulabschluss hat sie eine Ausbildung zur Einzelhandelskauffrau begonnen und wurde im Anschluss in dem Betrieb übernommen. Seit 2007 ist Frau S. aufgrund eines Burn-out arbeitsunfähig und bezieht eine Erwerbsunfähigkeitsrente auf unbestimmte Zeit. Seither hat sie sich in in verschiedenen Kliniken, aufgrund der Diagnosen Borderline-Persönlichkeitsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Depressionen und Bulimie, zur Behandlung befunden. Die Patientin gibt an, dass sie aufgrund ihrer traumatischen Erlebnisse seit ihrem 14. Lebensjahr keine sexuellen Beziehungen gelebt hat. Sie wohnt alleine in einer Mietwohnung, im gleichen Haus, in dem ihre Mutter auch eine Mietwohnung bewohnt. Frau S. fühlt sich für die Mutter verantwortlich, die mittlerweile seit mehreren Jahren nicht mehr trinkt und spielt.

Weitere tragfähige Kontakte bestehen nicht. Die Heroinabhängigkeit begann im Kontext mit einer Freundschaft, beginnend mit Probierkonsum von Cannabis, schließlich Ausprobieren von Heroin mit schneller Abhängigkeitsentwicklung. Der Kontakt zur Freundin ist mittlerweile abgebrochen.

### **3.5. Sozialanamnese**

#### **3.5.1. Wohnsituation**

Frau S. bewohnt alleine eine Mietwohnung in einem Mehrfamilienhaus. Die Mutter bewohnt ebenfalls eine Mietwohnung im gleichen Haus.

#### **3.5.2. Schulische und berufliche Anamnese**

Frau S. hat nach der Grundschule eine Hauptschule besucht, die sie 1998 mit der mittleren Reife abschloss. Daran schloss sich eine Ausbildung zur Einzelhandelskauffrau bei der Firma Kaufland an, die sie 2001 mit einem guten Abschluss beendete. Sie wurde von der Firma übernommen und war von 2005 bis 2007 stellvertretende Hausleiterin in verschiedenen Filialen, an unterschiedlichen Orten. Der Arbeitsbelastung von bis zu 100 Stunden in der Woche konnte Frau S. nicht mehr standhalten und erkrankte 2007 an einem Burn-out. Seither ist sie arbeitsunfähig und bezieht eine Erwerbsunfähigkeitsrente auf unbestimmte Zeit. Sie hat einen Schwerbehindertenausweis über 70 % MdE.

#### **3.5.3. Finanzielle Situation**

Die Patientin bezieht eine Erwerbsunfähigkeitsrente, zunächst immer auf 2 Jahre begrenzt, mittlerweile aber auf unbestimmte Zeit.

#### **3.5.4. Herkunftsfamilie**

Frau S. kommt aus einer sehr großen Familie in Rheinland-Pfalz. Sie wurde als nichteheliches Kind geboren und hat ihren Vater nie kennengelernt, weiß auch nicht seinen Namen. Die Mutter ist in der Erinnerung der Patientin schon immer alkoholkrank und glücksspielsüchtig. Der Großvater, ein Onkel und mehrere Cousins waren/sind auch alkoholabhängig, ein Cousin konsumiert auch illegale Drogen. Zwei Tanten, ein Onkel und drei Cousins sind auch psychisch krank. Da die Mutter die Versorgung der Tochter nicht immer gewährleisten konnte lebte sie zeitweise bei der Familie einer Schwester der Mutter oder bei der Großmutter. An die Zeit bei der Großmutter hat Frau S. ihre einzigen positiven Erinnerungen. Die Mutter hatte häufig wechselnde Partnerschaften, bis Frau S. 6 Jahre alt war. Danach gab es eine längerfristige Beziehung. Heute lebt die Mutter abstinente und ohne Partner. Die Großmutter ist verstorben.

#### **3.5.5. Freundschaften/Partnerschaften/Sexualität**

Frau S. war ein kontaktscheues, zurückgezogenes Kind und hat kaum Kontakte zu Gleichaltrigen gehabt. Auch als Jugendliche fühlte sie sich immer als Außenseiterin. Frau S. wurde von ihrem 8. bis 15. Lebensjahr von dem Lebenspartner der Mutter sexuell missbraucht und von ihm zur Prostitution gezwungen. Sie wurde zweimal schwanger (mit 11 und 14 Jahren), der Lebenspartner der Mutter sorgte beide Male für eine illegale Abtreibung. Die Mutter hat von den Vorfällen angeblich nichts gewusst. Diese trennte sich von ihrem Partner, als Frau S. 15 Jahre alt war. Seitdem hat die Patientin keinerlei sexuelle Erfahrungen gemacht und ist keine Partnerschaft eingegangen. Sie lehnt jeglichen körperlichen Kontakt ab.



## 4. Prozessuale Diagnostik

*In der Integrativen Therapie wird die Diagnostik als Prozess verstanden, der sich über die gesamte Behandlung erstreckt. Sie orientiert sich am Modell des „life span development approach“, des lebenslangen Lernens. Die integrative prozessuale Diagnostik berücksichtigt alle wahrnehmbaren Eindrücke, bekannten Tatsachen und Resonanzen, welche ein komplexes, ständig in Wandlung befindliches Bild über den Patienten ergeben.*

*Folgende Bereiche werden in der prozessualen Diagnostik berücksichtigt:*

- *Bedürfnis- und Motivationsanalyse, welche sich mit den Bedürfnissen, Wünschen und Motivationen der Patienten beschäftigt,*
- *Problem- und Konfliktanalyse, welche sich mit möglichen Defiziten, Traumatisierungen, Störungen und Konflikten beschäftigt,*
- *Leibfunktionsanalyse, welche sich mit den Fähigkeiten des perzeptiven, expressiven und memorativen Leibes beschäftigt,*
- *Lebensweltanalyse, welche die Familien-, Wohn- und Arbeitssituation, das ökologische Setting und das soziale Netzwerk berücksichtigt.*
- *Kontinuumsanalyse*

*Hilarion G. Petzold, Peter Osten(1998): Diagnostik und mehrperspektivische Prozessanalyse in der Integrativen Therapie\* Erschienen in: Petzold (1998h) (Hrsg.): Identität und Genderfragen in Psychotherapie. Soziotherapie und Gesundheitsförderung. Bd. 1 und 2, Sonderausgabe von Gestalt und Integration., 118-141 und gekürzt in Laireiter, A.(1998)(Hrsg.): Diagnostik in der Psychotherapie. Wien: Springer*

### 4.1. Bedürfnis- u. Motivationsanalyse

*Die Untersuchungen von Jäkel zur Motivation „führen zu dem Schluss, dass Grundmotive im Menschen genetisch angelegt sind. Diese sind implizit in seinem Menschen- und Weltbild vorhanden und werden in situativen Motivationsprozessen aktualisiert. Das Motiv der Hilfeleistung, das in therapeutischen oder beraterischen Prozessen beim Therapeuten aktiviert ist, findet ein Gegenüber im Motiv der Suche nach Hilfe beim Klienten“. Beide Seiten folgen einem von ihr dargestellten intersubjektiven Motivationsprozess:*

*Die IT sieht den Prozess der Motivation in drei Phasen: Eine prädezisionale Phase der Motivation, die das „Wählen“ zum Inhalt hat und eine „Zielintention“ bildet, die in die präaktionale Volitionsphase des Planens überleitet, dann zu einer „Ausführungsentention“ wird und in der aktionalen Phase Handeln bewirkt (Petzold 1997, 457). In der prädezisionalen und der präaktionalen Phase liegt die Hauptaufgabe erster prozessualer Schritte in der Aufnahme von Informationen, in der Einschätzung von Situationen, im Vergleichen der situativen Gegebenheiten mit eigenen persönlichen Fertigkeiten und Fähigkeiten, in der persönlichen Bewertung und Stellungnahme und schließlich in der Entscheidung und Zielbildung.*

*Jäkel, B. (2001): Überlegungen zu einer integrativen Motivationstheorie. Integrative Therapie 1-2, 145-172. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-13-2012-brigitte-jaekel.html>.*

#### **4.1.1. Bedürfnisse/Wünsche**

Bei ihrem ersten Kontakt in der Beratung gibt Frau S. an, dass sie kein Heroin mehr konsumieren möchte. Sie hofft zunächst, dass sie den Verzicht ohne stationäre Entgiftung hinbekommt. Nach mehreren kurz hintereinander folgenden Rückfällen, mit anschließendem stationärem Aufenthalt in einer qualifizierten Entgiftungseinrichtung wächst ihr Wunsch nach dauerhafter Abstinenz. Ihren Wunsch ohne stationäre Unterstützung zu bewerkstelligen stellte sie im Laufe der Beratungsgespräche schnell in Frage. Denn um ihren Wunsch nach Abstinenz zu erfüllen heißt es an der fehlenden Selbstregulation und Selbstunsicherheit zu arbeiten. Frau S. ist ausschließlich eigenmotiviert, extrinsische Motivationsfaktoren liegen nicht vor.

#### **4.1.2. Ziele (prozessuale Ziele)**

Frau S. erhofft sich von der Therapie:

- eine dauerhafte Abstinenz
- Erlernen von Konfliktfähigkeit und Abgrenzung
- mehr Selbstvertrauen
- ein zufriedenes und erfülltes Leben
- Freundschaften aufbauen und pflegen
- Wiedereinstieg ins Berufsleben

### **4.2. Problem- u. Konfliktanalyse**

#### **4.2.1. Defizite**

Frau S. wurde in ein dysfunktionales System hineingeboren. Ihre persönliche Entwicklung wurde geprägt durch die Suchterkrankung der Mutter (Alkohol und Glücksspiel), einen nicht präsenten leiblichen Vater, zahlreichen sporadischen Lebensgefährten der Mutter und wechselnden Aufenthaltsorten (mal bei der Mutter, der Tante, der Großmutter). Sie hatte Schwierigkeiten Kontakte zu knüpfen; Freundschaften zu Gleichaltrigen in Kinder- und Jugendzeit entstanden nie. Schon sehr früh hat Frau S. die Haushaltsführung übernommen, weil die Mutter der Aufgabe nicht gewachsen war (Rollentausch, Parentifizierung).

#### **4.2.2. Traumata**

Frau S. hatte bereits in früher Kindheit über Jahre bis ins Jugendlichenalter Erfahrungen extremer sexueller Gewalt. Sie wurde von dem damaligen Lebensgefährten der Mutter sexuell missbraucht und von ihm zum Geschlechtsverkehr mit mehr als 100 unterschiedlichsten Menschen, Männern und Frauen gezwungen. Im Alter von 11 und 14 Jahren kam es in diesem Zusammenhang zu Schwangerschaften, deren Abbruch der Lebensgefährte der Mutter heimlich vornehmen ließ. Die Mutter wisse angeblich bis heute nichts von diesen Erfahrungen. Der Lebensgefährte hatte Frau S. mit einer Pistole bedroht und gedroht sie und ihre Mutter zu erschießen, sollte sie irgendjemandem davon erzählen. Bis zu ihrem Burn-out und der daraufhin folgenden stationären Behandlung hatte sie sich niemandem anvertraut. Die Patientin reagiert bis heute noch mit Störungen auf diese Vorfälle. Sie kann keinen Körperkontakt ertragen und ist bisher keine sexuelle Beziehung eingegangen (PTBS).

### **4.2.3. Störungen**

Durch die Defizite in der Kindheit hat Frau S. keine emotionalen Bindungen und keine Beziehungskontinuität erfahren. Die Patientin kann Körperkontakt nicht ertragen, auch ein Händedruck zur Begrüßung kann zu selbstverletzendem Verhalten führen. Die bestehende Essstörung, zuerst in Form von Bulimie, jetzt eher in Form einer Adipositas, kann als Resultat der Abwertung des eigenen Körpers und als Schutzfunktion „Panzer“ gesehen werden.

### **4.2.4. Konflikte**

Frau S. lebt heute im gleichen Haus wie ihre Mutter, zwar in einer eigenen Mietwohnung, aber das Leben findet zu großen Teilen gemeinsam statt. Trotz der Wut von der Mutter nicht geschützt worden zu sein, fühlt sich Frau S. für das Wohlergehen der Mutter verantwortlich. Es fällt ihr schwer sich von ihr abzugrenzen.

## **4.3. Leibfunktionsanalyse**

### **4.3.1. Perzeptiver Leib**

Bei Frau S. handelt es sich um eine junge Frau, Anfang 30, von großer adipöser Statur, altersentsprechend entwickelt mit gepflegtem äußerem Erscheinungsbild. Sie ist freundlich-sachlich, verbalisiert ruhig ihre Lebenssituation und vermeidet jeglichen Körperkontakt. Ihr hohes Körpergewicht weist auf eine Schutzfunktion hin.

### **4.3.2. Expressiver Leib**

Die Haltung von Frau S. drückt zuerst einmal Misstrauen aus. Indem sie bei der Begrüßung auf den Boden schaut, kann sie meine dargereichte Hand übersehen, und somit die direkte Konfrontation mit dem unerwünschten Körperkontakt umgehen. Um den Händedruck zur Begrüßung zu vermeiden schaut sie auf den Boden und tritt schnell an mir vorbei.

### **4.3.3. Memorativer Leib**

Frau S. scheint nicht die Erfahrung gemacht zu haben als Person wertgeschätzt und wahrgenommen zu werden. Im Therapieprozess fiel Frau S. häufig durch dramatische, oft lebensbedrohliche Erkrankungen auf und sie erwartete immer das Schlimmste. Es war auch auffällig, dass sie selbst bei starken Verletzungen Schmerzen erst sehr spät oder gar nicht eigenständig wahrnahm, und erst von Dritten darauf aufmerksam gemacht werden musste. Sie nutzte häufig Erkrankungen, um Distanz zu Menschen (z.B. Bekannte, Verwandte, Therapeuten) zu schaffen. Abgrenzung verbal herzustellen war ihr nicht möglich. Des Weiteren bemerkte ich das Fehlen von jeglicher Kreativität bei Lösungsstrategien. Dies alles führe ich auf die erlebte Hilflosigkeit im Zusammenhang mit ihren traumatischen Erfahrungen zurück.

## **4.4. Lebensweltanalyse**

### **4.4.1. Familie**

Heute hat Frau S. einen sehr engen Kontakt zu ihrer Mutter. Diese ist die einzige Bezugsperson, mit der ein regelmäßiger Austausch und gemeinsame Aktivitäten stattfinden. Frau S. hatte sich, unterstützt durch ihre Berufstätigkeit, räumlich und

emotional stark von ihrer Familie abgegrenzt und konnte den Kontakt zur Mutter erst dann wieder zulassen, als diese sich in stationären Therapien mit ihrer Alkohol- und Glückspielabhängigkeit auseinander gesetzt hatte. Frau S. sorgte dafür, dass ihre Mutter eine Mietwohnung im gleichen Haus beziehen konnte.

Der Kontakt mit Verwandten aus ihrer ursprünglichen Heimat ist sehr sporadisch und wird von Frau S. als Verpflichtung angesehen. Sie besucht die Geschwister ihrer Mutter gemeinsam mit ihr, weil sie sich nicht traut, dieser den gemeinsamen Besuchswunsch abzuschlagen. Frau S. ist erleichtert, dass sie den Abstand zu ihrer Heimat geschafft hat und sich den Erinnerungen somit nicht mehr aussetzen muss.

#### **4.4.2. Arbeitssituation**

Frau S. hat eine Ausbildung zur Einzelhandelskauffrau absolviert. Der Arbeitgeber übernahm sie nach erfolgreichem Abschluss und lernte bald ihre berufliche Qualifikation zu schätzen. Sie wurde zur Hausleitung befördert und man traute ihr zu, neue Filialen in verschiedenen Bundesländern mit aufzubauen. Frau S. blühte in ihrem Beruf zunächst auf, fühlte sich akzeptiert und gebraucht, verließ ohne zu zögern ihre Heimat und löste sich dadurch von ihrer Herkunftsfamilie. Ihre fehlende Abgrenzungsfähigkeit führte aber dazu, dass sie immer mehr Überstunden machte, nicht „nein“-sagen konnte und es nach einem längeren Zeitraum zu einem Burnout kam, der zur Berufsunfähigkeit führte. Seit 2007 bezieht Frau S.

Erwerbsunfähigkeitsrente. Sie fühlt sich zur Zeit keiner regelmäßigen Tätigkeit gewachsen. Versuche, Honorartätigkeiten nachzugehen, scheiterten an Versagensängsten. Sie konnte z.B. Arbeitszeiten nicht pünktlich und zuverlässig einhalten, da ihr Schlaf-Wachrhythmus dysfunktional geworden ist.

#### **4.4.3. Sozialökologisches Setting**

Frau S. stammt aus einer ländlichen Umgebung. Nach mehreren Wohnortwechseln aus beruflichen Gründen, die nur einen kurzen Aufenthalt in den verschiedenen Orten mit sich brachten, wohnt Frau S. nun seit 8 Jahren in einer kleinstädtischen Gemeinde mit Nähe zum Ruhrgebiet. Sie lebt sehr zurückgezogen, fühlt sich in ihrer näheren Umgebung wohl, sucht keine Nähe zur Großstadt und es zieht sie auch nicht in ihre Herkunftsgegend zurück. Seit ca. einem Jahr hat Frau S. ein Wohnmobil und bereist Orte in der näheren Umgebung und lernt somit ihre jetzige Heimat etwas besser kennen.

#### **4.4.4. Lebenslage**

Durch die Erwerbsunfähigkeitsrente und eine Zusatzrente ist Frau S. finanziell abgesichert. Sie ist mit ihrer finanziellen Situation zufrieden, fühlt sich in der Mietwohnung zu Hause und ist froh über die räumliche Nähe zur Mutter. Ihr fehlen Kontakte zu Gleichaltrigen. Interessen und Hobbys nachzugehen traut sie sich aufgrund ihrer Erkrankungen nicht zu. Soziale Kontakte hat sie in Form von Selbsthilfegruppen und Gruppenangeboten, die die Beratungsstelle anbietet.

### **4.5. Kontinuumsanalyse**

#### **4.5.1. Milieu**

Die Herkunftsfamilie war ein dysfunktionales und pathogenes System, in dem Frau S. von Geburt an unter defizitären, konfliktreichen und störungsbedingten Mangel Erfahrungen leiden musste.

Hinzu kamen traumatisierende Erfahrungen über einen Zeitraum von mehreren Jahren. Frau S. wuchs in einem Milieu ohne materielle Sicherheit auf, hat kaum Geborgenheit und Liebe erfahren und wurde sehr früh in die Verantwortung genommen für die Familie zu sorgen (Parentifizierung). Einsamkeit, Angst, Überforderung, Abwertung, Gewalt und Zurückweisung ziehen sich als Erfahrungen durch ihr Leben.

Durch ihre berufliche Qualifizierung schaffte sie es, aus dem familiären, räumlichen und materiellen Milieu auszubrechen; die erlebten Traumata, Konflikte und Störungen holten sie in Form von Erkrankungen immer wieder ein.

#### **4.5.2. Kritische Lebensereignisse**

Kritische Lebensereignisse ziehen sich durch das gesamte Leben von Frau S. Besonders hervorzuheben sind hier folgende:

- ständig wechselnder Aufenthalt zwischen Mutter, Großmutter und Tante
- wechselnde Lebenspartner der Mutter
- Alkohol- und Glücksspielsucht der Mutter
- sexueller Missbrauch im Alter zwischen 8. und 15. Lebensjahr
- 2 Schwangerschaftsabbrüche im Alter von 11 und 14 Jahren, die im Rahmen des sexuellen Missbrauchs entstanden sind
- Tod der Großmutter, welche den einzigen stabilen Beziehungsfaktor in ihrem Leben darstellte
- Erwerbsunfähigkeit durch Burnout

#### **4.6. Ressourcenanalyse**

*Die Ressourcenanalyse prüft, was dem Patienten an Eigen- und Fremdressourcen, an Lebenserfahrung, an Coping- und Creatingstrategien zur Verfügung steht. Sie orientiert sich am Modell der „5 Säulen der Identität“ (Rahm et al. 1993; Ebert, Könncke-Ebert 2004; Ostermann 2010; Leitner 2010). „Leiblichkeit“, „Soziales Netzwerk“, „Arbeit und Leistung“, „Materielle Sicherheit“ und „Werte und Normen“ sind die fünf Bereiche, die die Identität des Menschen prägen und bilden.*

##### **4.6.1. Leiblichkeit**

Frau S. ist eine junge Frau von stark adipöser Statur. Sie trägt die Haare sehr kurz, wirkt stets gepflegt und kleidet sich in Hosen und weiten T-Shirts. Frau S. leidet unter Diabetes und muss Insulin spritzen. Sie hat sehr gerne Sport getrieben, würde es auch gerne wieder tun, traut sich aber aufgrund ihres Gewichtes nichts mehr zu. Die fehlende Bewegung führt auch zum Muskelabbau, sodass sie tatsächlich bei vielen Gelegenheiten umknickt und sich Verstauchungen und Überdehnungen der Gelenke zuzieht. Dennoch verfügt Frau S. über große körperliche Kräfte, die sie z.B. einsetzt, um selbständig schwere Möbel zu transportieren. Sie ist dann nicht auf die Hilfe von Männern angewiesen. Sie fällt durch häufige, dramatische, oft lebensbedrohliche Erkrankungen auf und erwartet immer das Schlimmste. Schmerzen nimmt sie, selbst bei schweren Verletzungen, erst sehr spät oder gar nicht wahr.

Ressourcen zeigt sie in ihrer kognitiven Introspektionsfähigkeit; es fällt ihr leicht den kognitiv orientierten Therapieangeboten zu folgen. Sie zeigt sich einsichtig und reflektiert ihr Verhalten. Sie wirkt insgesamt aufgeschlossen und sympathisch.

#### **4.6.2. Soziales Netzwerk**

Die Säule „Soziales Netzwerk“ ist stark geschädigt. Neben dem Kontakt zur Mutter bestehen nur Kontakte zu professionellen Hilfen (wie z.B. Suchtberatung, Ärzte) und Selbsthilfegruppen (Borderline). Der ständige Wechsel von Bezugspersonen, die Missbrauchserfahrungen und die Abhängigkeitserkrankungen der Mutter beschädigten diese Säule des Sozialen Netzwerks schon in der Kinder- und Jugendzeit stark. Positive Erinnerungen hat Frau S. nur an die Großmutter, bei der sie in den Schulferien Zeit verbringen durfte. Des Weiteren kam es zu stabilen sozialen Kontakten während ihrer Berufstätigkeit. Ihre Leistungsfähigkeit stärkte ihr Selbstwertgefühl und es entstanden Freundschaften zu Arbeitskolleginnen, die aber mit der Erwerbsunfähigkeit endeten.

#### **4.6.3. Arbeit, Leistung, Freizeit**

Frau S. hat die Schule mit der Fachoberschulreife abgeschlossen und eine Ausbildung zur Einzelhandelskauffrau erfolgreich beendet. Sie wurde in dem Betrieb übernommen und konnte erfolgreich dort arbeiten, bis sie aufgrund ihres großen Einsatzes mit einem Burnout reagierte und es zu einer Erwerbsunfähigkeit kam. Frau S. hat zu Beginn ihrer Erwerbsunfähigkeit versucht die Hochschulreife durch ein Fernstudium zu erlangen, musste dieses Ziel aufgrund von psychischer Überforderung aufgeben. Sie kann sich nicht vorstellen, den Rest ihres Lebens „untätig“ zu verbringen und möchte erneut versuchen ihre berufliche Qualifizierung zunächst durch die Erlangung der Hochschulreife zu verbessern. Intellektuell ist ihr dieses Ziel zuzutrauen. In ihren ursprünglichen Beruf möchte sie nicht zurück. Eine stationäre Maßnahme des Rentenversicherungsträgers zur Überprüfung der Erwerbsfähigkeit musste aufgrund von Überforderung abgebrochen werden.

Frau S. hat eine Vorliebe für Musik und Tiere. Sie hat sich in ihrer Jugend verschiedene Instrumente selbst beigebracht (Keyboard, Orgel, Gitarre) und bedauert es sehr diese Fähigkeiten nicht beruflich genutzt zu haben. Diese Ressource steht ihr aber weiterhin für die Zukunft zur Verfügung. Zu Tieren hat sie ein besonderes Verhältnis; sie sieht diese als hilfsbedürftig und schutzlos an und entwickelt schnell ein enges Verhältnis zu ihnen. Frau S. lebt mit einer gehbehinderten Katze zusammen und der vor ca. 2 Jahren verstorbene Kater ist noch heute Gesprächsthema.

#### **4.6.4. Materielle Sicherheit**

Frau S. bezieht eine Erwerbsunfähigkeitsrente und wird durch die monatliche Auszahlung einer privaten Zusatzversicherung unterstützt. Diese materielle Unabhängigkeit verhilft ihr zu einer Zukunfts- und Existenzsicherheit.

#### **4.6.5. Werte und Normen**

Insbesondere Ehrlichkeit und Selbständigkeit sind Werte, die für Frau S. sehr wichtig sind. Sie erlebt das Fehlen des Wertes Ehrlichkeit bei den wenigen Sozialkontakten als große Enttäuschung und kann hierfür kein Verständnis aufbringen. Sie ist über ihre finanzielle Unabhängigkeit sehr froh und wünscht sich für die Zukunft auch Eigenständigkeit im Umgang mit Lebenskrisen. Durch ihr „großes Herz“ übernimmt Frau S. häufig Verantwortung für Schwächere (Mutter, Tiere) und überfordert sich dadurch des Öfteren. Es fehlt ihr an Achtsamkeit für sich selbst, auch weil sie sich ihrer Wertigkeit nicht bewusst werden konnte.

Es stellt sich ihr immer wieder die Frage, ob es einen „Sinn des Lebens“ für sie gibt, eine Existenzberechtigung. Ihre fehlende Leistungsfähigkeit (Erwerbsunfähigkeit) scheint dieses in Frage zu stellen. Ihre Nähe zur Natur, den Tieren und der Musik, und der innere Wunsch noch etwas aus ihrem Leben zu machen (Abitur, Studium) stehen als Ressourcen daneben.

## **5. Interaktionsanalyse**

### **5.1. Die therapeutische Beziehung**

*„Die therapeutische Beziehung ist der entscheidende Faktor in der Therapie: Sie ist Rahmen, Basis und auch Medium des Entwicklungsprozesses“. (S.351, Einführung in die Integrative Therapie, Rahm u.a., 1993)*

*Seelische Erkrankungen sind aus Sicht der Integrativen Therapie Folge von defizitärer Beziehungserfahrungen. Die therapeutische Beziehung ermöglicht dem Patienten alternative und korrigierende Beziehungserfahrungen.*

Frau S. ist mir inzwischen seit über 4 Jahren bekannt und ich konnte sie beim Durchlaufen unterschiedlicher Stationen der Suchtentwöhnung begleiten. Bereits nach den ersten Gesprächen mit Frau S. hatte ich das Gefühl sie zwischenmenschlich erreicht und ihr Vertrauen ansatzweise gewonnen zu haben. Frau S. war von Beginn an offen und zugewandt, nahm Interventionen positiv auf und versuchte sie umzusetzen.

### **5.2. Übertragungen**

*Übertragungen sind unbewusste Erinnerungen alter Atmosphären und Szenen, die die Gegenwart verschleiern und die Realitäten anderer nicht wahrnehmen lassen. Sie werden aufgelöst, wenn die alten Szenen aufgelöst werden.*

Frau S. fasste schnell Vertrauen zu mir und wunderte sich regelmäßig über das Gefühl der Wertschätzung und des Angenommen - Werdens, obwohl sie doch „so unnützlich und unansehnlich“ sei. Sie war es gewohnt, als Kind und Jugendliche beschimpft und abgewertet zu werden und hat dieses Muster für sich übernommen (Selbstattribution und Internalisierung negativer Zuschreibungen). Nachdem dies im Laufe des Behandlungsprozesses deutlich wurde, erwartete sie nicht mehr für ihr „Fehlverhalten“ bestraft zu werden. Offensichtlich ist es ihr nun möglich mich als „Ersatzmutter“ zu sehen und ihr Mutterbild zu revidieren. Und im Gegensatz zu ihrer eigenen Mutter erlebte sie eine wertschätzende, annehmende, akzeptierende, liebevolle und zugewandte Beziehungsperson (Nachbeelterung).

### **5.3. Widerstand und Reaktanz**

*Widerstand wird in der Integrativen Therapie als Fähigkeit definiert, sich gegen als bedrohlich empfundene Einflüsse auf das Selbst und die Identität zu schützen. Er entwickelt sich im Laufe der Lebensspanne und dient der Abwehr von unangenehmen Gefühlen. Wenn Veränderungen nicht mehr möglich sind, dann spricht man von pathogenem Widerstand. (Einführung in die Integrative Therapie, Rahm u.a., 1993)*

*Reaktanz entsteht aus dem menschlichen Bedürfnis nach Unabhängigkeit und Selbstkontrolle und wird als Reaktion auf Einengung des persönlichen Freiraums verstanden. (Petzold, Müller, 2005/2007)*

Widerstand wurde bei Frau S. deutlich, wenn ich ihr die Hand zur Begrüßung oder zum Abschied reichte. Sie vermied in diesen Momenten den Blickkontakt, um die dargereichte Hand ignorieren zu können. So konnte sie der Konfrontation mit dem Thema „Körperkontakt“ aus dem Weg gehen.

Reaktanzphänomene konnte ich zu Beginn des Prozesses nicht wahrnehmen. Erst im Laufe der Behandlung konnte ich reaktantes Verhalten beobachten, in dem sie sich gegenüber der grenzüberschreitenden Handlungen der Mutter schützte und ihr Bedürfnis nach Eigenraum einforderte.

#### **5.4. Gegenübertragungsresonanzen**

*Die Integrative Therapie versteht unter Gegenübertragungsresonanz eine bewusste, empathische Reaktion des Therapeuten auf die Äußerungen der Patienten. Es wird unterschieden zwischen konkordanter (empathisches Mitfühlen, in seiner Haut stecken), komplementärer (Therapeut fühlt sich wie das frühere Gegenüber) und reziproker Gegenübertragung (der Therapeut fühlt sich vom Patienten so behandelt, wie er sich früher in seiner Rolle gefühlt hat und der Patient ist in der Komplementärrolle).*

Als Therapeutin konnte ich konkordante Gegenübertragungsphänomene wahrnehmen. Ich fühlte mit dem verletzten, unschuldigen Opfer sehr empathisch mit, welches von einem Ort zum anderen abgeschoben wurde und welches jahrelang missbraucht und misshandelt wurde. Als „Ersatzmutter“ hätte ich sie gerne getröstet und ihr das Unrecht abgenommen, welches ihr widerfahren ist.

Komplementäre und reziproke Gegenübertragungsphänomene nahm ich im Behandlungsprozess nicht wahr.

#### **5.5. Interaktionsverhalten im therapeutischen Setting**

Frau S. war in der gesamten Behandlung kooperativ. Sie hielt vereinbarte Termine pünktlich ein oder sagte frühzeitig, z. B. bei Erkrankung, ab. Ihre Bemühungen um das Erreichen einer Abstinenz waren konsequent und ausdauernd. Die therapeutische Beziehung basierte auf Ko-Respondenz, Ehrlichkeit und Vertrauen. Sie hat bis heute den starken Willen ihr Leben positiv zu verändern und kämpft um eine anhaltende Lebensqualität. Ihre Störungen und Traumata lassen nur sehr kleinschrittige Veränderungen zu, und es kommt immer wieder zu Rückschritten, die sie aber nicht aufgeben lassen.

Unterstützend im Vertrauensaufbau war meine Hündin Snoozy, die regelmäßig mit mir in die Beratungsstelle kommt. Snoozy ist eine sehr ängstliche Hündin, sehr unterwürfig, und ist aufgrund von Tierquälerei durch den Tierschutz in unsere Familie vermittelt worden.

Bei einem unserer ersten Termine war Snoozy im Beratungsraum, versteckte sich in der hintersten Ecke und wurde von Frau S. mit dem ersten Schritt in den Beratungsraum wahrgenommen und in ihr Herz geschlossen. Frau S. empfand sofort die Not der kleinen Hündin, die Angst vor Fremden und ließ sie nicht aus den Augen. Ich erklärte ihr, wie Snoozy zu uns kam, und dass ich sie an langen Arbeitstagen mit in die Beratungsstelle nehme, damit sie nicht so lange alleine ist. Frau S. war voller



Empathie und versuchte sehr behutsam Kontakt mit Snoozy aufzunehmen. Ich gab ihr den Tipp sie erst mal zu ignorieren, sich mit mir zu unterhalten und abzuwarten, bis Snoozy sich an ihr Dasein gewöhnt habe. Nach einiger Zeit traute Snoozy sich an Frau S. heran und beschnüffelte ihre Beine. Frau S. war ganz gerührt, ließ ihre Hand unauffällig herunterhängen und freute sich, als Snoozy sich traute auch daran zu schnuppern. Frau S. hatte mit Snoozy eine „Seelenverwandte“ gefunden, der es ebenso schwer fällt sich Menschen zu nähern, wie sie selbst, und die auch Erfahrungen von Misshandlungen gemacht hat.

## **6. Behandlungsziele**

Zu den Behandlungszielen gehören die allgemeinen Ziele, die durch den Leistungsträger benannt werden (curriculare Ziele) und die persönlichen Behandlungsziele des Patienten, die sich im Laufe des Therapieprozesses weiterentwickeln und einen hohen Stellenwert im individuellen Behandlungsplan einnehmen (prozessuale Ziele).

### **6.1. Allgemeine Ziele / curriculare Ziele**

- Abstinenz
- Erhaltung oder Wiedereingliederung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit
- Erhaltung oder Verbesserung der physischen Gesundheit
- Erhaltung oder Verbesserung der psychischen Gesundheit

### **6.2. Persönliche Ziele / prozessuale Ziele**

Die persönlichen / prozessualen Ziele wurden von Frau S. in den ersten Kontakten benannt. Im Verlauf des therapeutischen, ko-responsiven Behandlungsprozesses wurden sie noch erweitert.

- Vertiefung und Stabilisierung der Abstinenzmotivation
- Verstehen der Zusammenhänge des Suchtverhaltens
- Verbesserung der Gesundheit
- Wiedereinstieg in die Erwerbstätigkeit

Erweiterte Ziele:

- Seelische und körperliche Wiederherstellung erreichen
- Alternativen zu Suchtverhalten erarbeiten
- Aufbau eines tragfähigen sozialen Netzwerkes
- Entwicklung von Abgrenzungs- und Konfliktfähigkeit
- Förderung der Wahrnehmung von differenzierten Gefühlen und Wahrnehmungen
- Aufbau eines selbstbestimmten Lebens
- Entwicklung einer positiven Lebensperspektive
- Entwicklung eines aktiven Freizeitverhaltens
- Förderung von Selbstwert, Selbstvertrauen und Selbstsicherheit

## **7. Therapieverlauf**

Frau S. wurde von mir über einen Verlauf unterschiedlicher Behandlungsprozesse in der Beratungsstelle begleitet und behandelt. Im Mai 2011 wurde sie durch ihre Mutter, die durch eine Mitarbeiterin der Beratungsstelle betreut wird, zu einem

Informationsgespräch vermittelt. Im Verlauf weniger Gesprächssitzungen wurde Frau S. in eine stationäre Entgiftungsbehandlung vermittelt, und später in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung, da trotz stabiler Abstinenz vom Heroin der Suchtdruck nicht nachließ und die seit der Kindheit bestehende Essstörung immer mehr in den Mittelpunkt der Behandlung trat. Im Oktober 2011 trat sie die Therapie an und schloss diese regulär nach sechs Monaten ab. Sie kehrte an ihren Heimatort zurück und begann direkt im Anschluss eine ambulante Nachsorgebehandlung in unserer Beratungsstelle. Frau S. besucht heute noch Freizeitgruppen in unserer Einrichtung und nimmt regelmäßig das Angebot von Stabilisierungsgesprächen wahr. Sie wurde während des gesamten Prozesses von mir therapeutisch begleitet.

## **7.1. Dokumentation und Reflexion von acht dyadischen Sitzungen**

### **1. Termin**

Setting: Dyadisches Gespräch (Einzelgespräch)  
Vorherrschende Themen: Situationsbeschreibung der Klientin  
Allgemeine Information über therapeutische Angebote für Menschen mit Suchtproblemen  
Atmosphäre: Unsicherheit, Scham, Anspannung

#### **Verlauf:**

Frau S. kommt pünktlich zum vereinbarten Erstgespräch. Sie vermeidet Augenkontakt, übersieht die von mir zur Begrüßung dargebotene Hand, wirkt sehr nervös und angespannt. Als wir uns im Beratungszimmer gegenüber sitzen, sage ich ihr, dass ich merke, dass sie sehr nervös ist und ob sie mir erzählen möchte, was sie zu mir führt (EV, ES). Sie erzählt, dass ihre Mutter ihr empfohlen habe sich Hilfe zu suchen, weil sie seit 6 Monaten Heroin rauche und es nicht alleine schaffe, damit aufzuhören. Sie sagt, dass sie sich schäme, weil es ihr nicht gelingt es einfach zu lassen, obwohl es doch nur so ein kurzer Zeitraum ist. Ich informiere sie darüber, dass Heroin ein sehr hohes körperliches Abhängigkeitspotenzial hat, und dass sie sich nicht zu schämen brauche. Ich habe während meiner langjährigen Tätigkeit niemanden kennen gelernt, der es geschafft hat selbständig von Heroin weg zu kommen (LM, ES, SE). Daraufhin traut sie sich zum ersten Mal in Blickkontakt mit mir zu treten. Sie erzählt, dass sie vor einem halben Jahr eine junge Frau kennengelernt hat, die Interesse gezeigt hat ihre Freizeit mit Frau S. zu verbringen. Da sie sehr isoliert lebt, seit sie erwerbsunfähig ist, war sie sehr froh über diesen Kontakt. Es kam zu gegenseitigen Besuchen, bei denen die neue Freundin ihr sehr bald anbot mit ihr gemeinsam Heroin zu rauchen. Frau S. wollte die neue Freundschaft nicht auf's Spiel setzen und konsumierte zuerst unregelmäßig aber bald täglich Heroin. Die neue Freundin hatte kein Auto und keinen Führerschein und Frau S. verbrachte nun ihre Tage damit, gemeinsam mit der Freundin durch die Gegend zu fahren um Stoff zu kaufen. Ich fragte Frau S., ob sie sich nicht ausgenutzt fühlte (EV) und sie bejahte dieses nach kurzem Überlegen. Sie habe versucht den Kontakt abubrechen, aber da ihr die Kontakte fehlen um an den Stoff allein heran zu kommen, und sie es nicht schaffe auf das Heroin zu verzichten, sei sie von der „Freundin“ abhängig. Seit mehreren Wochen bezahle sie auch den Stoff ausschließlich allein für Beide, und die Schulden der „Freundin“ häuften sich. Wenn sie sie darauf anspricht, wird sie sehr wütend und droht ihr, keinen Stoff mehr zu besorgen. Als ich ihr signalisiere, dass ich es verstehe, dass sie die Situation im

Moment als schwer und kaum zu bewältigen erlebe (ES), schaut sie mich sehr überrascht, aber auch erleichtert an. Ich teile ihr mit, dass ich den Schritt, sich Hilfe zu holen, sehr mutig und richtig finde (EV) und frage sie, was sie als erstes ändern möchte. Sie sagt, dass sie kein Heroin mehr konsumieren möchte und den Kontakt zu der „Freundin“ abbrechen möchte. Ich gebe ihr einen kurzen Überblick über die Entstehung und Wirkung, aber auch über Gesundheitsmöglichkeiten (qualifizierte Entgiftungsbehandlung, Entwöhnungsbehandlung) bei Heroinabhängigkeit und über unsere Arbeit in der Beratungsstelle (EE). Sie bittet mich ihr einen Termin in einer qualifizierten Entgiftungsklinik zu besorgen, weil sie sich nicht vorstellen kann zu Hause dem Kontakt mit der „Freundin“ und somit dem Konsum zu entgehen (PZ, EE).

Ich verspreche ihr einen Termin zu vereinbaren und ihr diesen telefonisch mitzuteilen (SE, PZ). Wir vereinbaren einen neuen Termin. Frau S. wirkte entspannter und zuversichtlicher. Ihre Haltung ist weniger angespannt.

Reflexion:

Im Erstgespräch ging es darum Kontakt und Begegnung herzustellen, Frau S. sollte sich angenommen und verstanden fühlen. Ich zeigte einführendes Verstehen (EV) und emotionale Anteilnahme und Stütze (ES). Durch Informationen über Gesundheitsmöglichkeiten, Förderung von Einsicht, Sinnerleben und Evidenzerfahrung (EE) konnte ich ihr Hoffnung machen und habe ihr Möglichkeiten von positiven Zukunftsperspektiven (PZ) aufgezeigt.

## 2. Termin

Der Termin findet wenige Wochen nach der qualifizierten Entgiftung statt. Frau S. überlegt eine stationäre Entwöhnungsbehandlung zu beantragen.

Setting: Dyadisches Gespräch  
Vorherrschende Themen: Auseinandersetzung mit der Lebensgeschichte,  
Misstrauen gegenüber Menschen  
Beziehung zu Tieren  
Atmosphäre: Interesse, Neugier, Scham, Unsicherheit

Verlauf:

Frau S. erscheint wieder pünktlich zum vereinbarten Termin. Sie vermeidet wieder den Blickkontakt und die Begrüßung per Handschlag. Beim Eintreten in den Beratungsraum wird sie von einer weiteren Anwesenden abgelenkt. Heute ist meine Mischlingshündin Snoozy dabei. Sie versteckt sich ängstlich im hintersten Teil des Raumes und Frau S. kann den Blick nicht von ihr abwenden. Sie fragt sofort nach dem Hund: „Wie heißt er?“ „Ist das Ihrer?“ „Warum versteckt er sich?“ „Komm doch mal her!“ ... Frau S. wirkt sehr neugierig und interessiert, fast kindlich unbeschwert in dem Versuch, Kontakt mit der Hündin aufzunehmen. Ich rate ihr sich zuerst einmal hinzusetzen und Snoozy nicht zu beachten, denn ihre Vergangenheit hat bewirkt, dass sie sehr ängstlich Fremden gegenüber ist und lieber den Kontakt selbst sucht, wenn sie sich traut. Frau S. wollte sofort wissen, welche schlechten Erfahrungen Snoozy gemacht hat, und warum sie so ängstlich ist. Ich erzählte ihr, dass wir Snoozy aus dem Tierheim hätten, und dass sie aufgrund einer Anzeige wegen Tierquälerei dort gelandet sei. Frau S. konnte den Blick nicht von der Hündin abwenden und zeigte deutlich Mitgefühl für sie. Sie machte deutlich, wie wenig Verständnis sie für Menschen hat, die Gewalt an Schwächeren ausüben.

Man konnte deutlich spüren, wie ernst sie das meinte. Ich fragte sie, ob sie das an eigene Erfahrungen erinnere (SE) und Frau S. fing an zu erzählen, dass sie in Haushalten groß geworden ist, in welchen Gewalt immer eine Rolle spielte. Sie sei nicht-ehelich geboren und kenne ihren Erzeuger nicht. Die Mutter sei in ihrer Erinnerung schon immer alkoholkrank und habe immer wechselnde Partner gehabt. Aus Erzählungen der Großmutter weiß sie, dass diese ihre Mutter und sie häufig geschlagen haben. Zwischendurch wurde sie von der Tante und ihrer Familie aufgenommen, dort aber wie ein „Aschenputtel“ behandelt. Als die Mutter eine feste Partnerschaft einging, durfte sie wieder bei der Mutter leben und hoffte auf ein „normales“ Familienleben. Zuerst wirkte es auch so, als würde der neue Lebenspartner der Mutter väterliches Interesse an ihr entwickeln. Frau S. fühlte sich beachtet, gemocht und versorgt.

Während Frau S. erzählte, wagte sich Snoozy in ihre Nähe und schnüffelte vorsichtig an ihren Beinen. Frau S. bemerkte es sofort und freute sich über das Zutrauen. Ich ermunterte sie die Hand herunterhängen zu lassen, damit Snoozy daran schnüffeln könnte. Und wie beiläufig konnte Frau S. das Köpfchen streicheln und freute sich darüber diebisch (EE). Ich erzählte Frau S., dass es für Snoozy nicht leicht sei auf fremde Menschen zuzugehen, und dass sie sich etwas darauf einbilden könne, dass sie sich von ihr streicheln ließe (PW). Ich fragte sie, ob es ihr grundsätzlich leicht falle mit Tieren umzugehen. Frau S. erwiderte, dass sie eine Katze habe, die ihr sehr ans Herz gewachsen ist, und dass Tiere ihr noch nie wehgetan haben. Tieren könne sie vertrauen, sie wären dankbar und unschuldig. Mit Menschen hingegen hätte sie bisher wenig gute Erfahrungen gemacht. Ich wies sie darauf hin, dass es ihr da ja ähnlich ginge wie Snoozy, und ich fragte sie, ob sie auch so vorsichtig in der Kontaktaufnahme mit Menschen sei, wie Snoozy (EV). Daraufhin berichtete Frau S., dass sie eigentlich Angst vor allen Menschen habe, und dass sie sich manchmal nicht einmal traue einkaufen zu gehen aus Angst davor jemandem zu begegnen. Ich teile Frau S. mit, dass ich es nun umso eher verstehe, warum sie ein so tiefes Mitgefühl für Snoozy empfindet und ich mich sehr freue, dass sie beide sich so gut verstehen (EV, ES). Ich frage sie, ob es ihr gefallen würde, wenn ich Snoozy wieder mitbrächte. Sie stimmte voll und ganz zu, und ich schlug vor, auch einmal mit ihr spazieren zu gehen. Frau S. antwortet, dass sie sich das sehr schön vorstellen könne.

Wir vereinbarten einen neuen Termin und Frau S. verabschiedete sich vor allem ausgiebig von Snoozy.

Reflexion:

In dieser Sitzung kam mir die Ängstlichkeit meines Hundes und die Tierliebe von Frau S. entgegen. Die Erfahrungen des Hundes lösten bei Frau S. Solidaritätserfahrungen (SE) aus und ich konnte ihr Vertrauen durch emotionale Annahme und Stütze (ES) und einführendes Verstehen (EV) weiter ausbauen.

### **3. Termin**

Dem nun beschriebenen Termin gingen noch einige Treffen mit Snoozy voraus. Für die heutige Sitzung ist geplant die Familienanamnese für die Erstellung des Sozialberichtes zu besprechen. Frau S. hatte einen Lebenslauf eingereicht, in dem sie sehr ehrlich und „sachlich“ ihre Kindheit und Jugendzeit beschrieb. Diesen nehme ich als Grundlage für das Gespräch.

Setting: Dyadisches Gespräch  
Vorherrschende Themen: Familienanamnese (zur Erstellung des Sozialberichtes)  
Atmosphäre: Anspannung, Unsicherheit, Scham, erwartungsvoll  
Verlauf:

Frau S. betritt die Beratungsstelle in der Erwartung dort die ängstliche Snoozy vorzufinden. Sie ist freudig überrascht, als der bisher so ängstliche Hund direkt auf sie zukommt, um an ihrer Hose zu schnüffeln. Ich begrüße Frau S. und freue mich mit ihr über die Annäherung an den Hund (EA). Wir setzen uns in das Beratungszimmer und Snoozy bleibt bei Frau S. stehen und lässt sich kraulen. Frau S. kann sich mit mir unterhalten, ohne Blickkontakt zu mir aufnehmen zu müssen, denn der Blick bleibt an Snoozy haften. Ihrer Haltung kann ich entnehmen, dass sie sehr angespannt und unsicher ist. Ich spreche sie auf meine Wahrnehmung (EA) an und sie bestätigt dieses mit der Begründung, dass ich ja wahrscheinlich ihren Lebenslauf gelesen habe. Ich bestätige das und teile ihr mit, dass mich die Schilderungen ihrer Erlebnisse sehr erschüttert haben (ES). Sie fragt mich, was ich nun über sie denke. Ich versichere ihr, dass ich es bewundernswert finde, dass sie ihre Erlebnisse mitteilen kann (KK) und dass ich es verstehe, dass sie bisher versucht hat den Schmerz und die Angst durch den Missbrauch von Suchtmitteln und die Flucht in Verhaltenssüchte (Essstörungen) und Erkrankungen zu unterdrücken (EV). Des Weiteren mache ich ihr deutlich, wie bedeutsam ich es finde, dass sie den Mut und die Entschlossenheit aufbringt sich den Schwierigkeiten nun offen zu stellen (ES). Frau S. schaut mich kurz irritiert an, um sich sofort wieder Snoozy zuzuwenden. Sie teilt mir mit, dass sie die Erlebnisse bisher nur während eines Aufenthaltes in der Psychiatrie erzählt habe, und sich dort nicht ernst genommen gefühlt habe. Deshalb fiele es ihr schwer zu glauben, dass ich sie mit diesen Erlebnissen ernst nähme. Ich frage sie, ob sie in der Vergangenheit schon mal das Gefühl gehabt habe von mir nicht ernst genommen zu werden. Sie verneint das und ich bestätige ihr, dass ich ihr glaube und dass ich ihr aufgrund ihrer Erlebnisse empfehlen würde in eine Therapieeinrichtung zu gehen, die spezialisiert ist auf Indikationen mit PTBS, Essstörungen und Abhängigkeit von Suchtmitteln (ES, PZ). Frau S. wird sehr interessiert und fragt nach, ob ich eine solche Klinik kenne. Ich bestätige ihr, dass ich eine Klinik im Sinn habe, die nur Frauen und Mütter mit Kindern aufnimmt, und mir auch ansonsten für ihre Diagnosen geeignet scheint (LH, PZ). Ich gebe ihr einen Flyer von der Einrichtung, den sie mit nach Hause nehmen kann, um sich in Ruhe mit dem Konzept der Klinik zu befassen (LM). Dann komme ich noch mal auf ihre Befürchtung zurück, von mir nicht ernst genommen zu werden und frage sie, ob sie das aus anderen Situationen und mit anderen Menschen auch kennt. Daraufhin erzählt sie, dass ihre Mutter die gemeinsame Vergangenheit überall anders erzählt, als Frau S. sie in Erinnerung hat. Ich frage sie, ob Frau S. denn dann ihre Sicht der Dinge auch darstellt. Frau S. verneint das, weil sie ihre Mutter vor anderen Leuten nicht bloßstellen will. Und außerdem zweifle sie dann auch irgendwann an „ihrer“ eigenen Erinnerung. Ich frage Frau S., ob ihre Mutter versucht habe, sie vor den sexuellen Missbrauchserfahrungen zu schützen, woraufhin sie verneinte und erzählte, dass ihre Mutter entweder betrunken gewesen sei oder gar nicht zu Hause. Ich frage nach, ob sie ihrer Mutter oder einer anderen Bezugsperson niemals von ihren Erlebnissen berichtet hätte. Woraufhin Frau S. sagt, dass ihr Stiefvater sie mit einer Pistole bedroht habe und ihr gedroht habe sie und ihre Mutter zu erschießen, falls sie es jemals erzählen würde. Ich sage ihr, dass ich mir gar nicht vorstellen kann, wie man mit so einer Angst und

so viel Schmerz allein zurechtkommen soll (EV). Frau S. sagt, dass ihr das alles normal erschien, denn sie war ja immer schon für alles verantwortlich. Ich widerspreche ihr und sage, dass es überhaupt nicht normal ist als Kind die Verantwortung für die Mutter und deren Aufgaben zu übernehmen (LM), und dass sie eine enorme Leistungsfähigkeit bewiesen habe (PI) als sie diesen Job übernahm. Frau S. erwidert, dass ihre Mutter ja gar nicht in der Lage gewesen sei irgendetwas zu merken oder zu übernehmen, da sie ja entweder betrunken gewesen sei oder selbst geschlagen worden wäre. Ich frage Frau S., ob sie sich nicht häufig nach Trost und Verständnis gesehnt hätte (EA). Frau S. erklärt, dass sie sehr schöne Erinnerungen an die Zeiten habe, die sie in den Ferien bei ihrer Großmutter verbracht hätte. Dort habe sie sich sicher und geliebt gefühlt (EA). Ich frage Frau S. wie es ihr heute geht, wenn sie an die Zeit zurück denkt und darüber redet. Sie antwortet, dass sie jetzt gar nichts empfindet und sich so fühlt, als würde sie von jemand anderem erzählen (Abwehrreaktion). In der Hauptsache wünsche sie sich, dass ich ihr glaube. Ich bestätige ihr nochmals, dass ich ihr natürlich glaube, und dass ich bisher auch noch nie Grund gehabt hätte, an ihren Worten zu zweifeln (ES, KK). Da sich die Sitzung nun dem Ende zuneigt vereinbaren wir einen neuen Termin und Frau S. bekommt die Aufgabe sich mit dem Vorschlag für die Therapieeinrichtung auseinander zu setzen. Sie verabschiedet sich ausgiebig von Snoozy, die fast durchgehend von Frau S. gestreichelt wurde, und von mir mit einem kurzen Blickkontakt.

#### Reflexion:

Wenn Snoozy dabei ist, macht es das Gespräch für Frau S. leichter, weil sie ihre Hände beschäftigen und ihren Blick auf Snoozy richten kann. Somit kann sie ohne schlechtes Gewissen meinem Blick ausweichen und spürt die Wärme und Sympathie eines lebenden Wesens, dem sie vertrauen kann. Mir kam es so vor, als ob die Anwesenheit von Snoozy es Frau S. leichter macht, über ihre belastenden Erlebnisse zu berichten. Ähnliche Effekte werden vom EMDR berichtet. Das Thema Missbrauch wurde zwischen uns zum ersten Mal thematisiert und da ich durch den vorher eingereichten Lebenslauf vorbereitet war, konnte ich sensibel mit der Thematik umgehen. Ich habe die Erlebnisse nicht vertieft, da ich von einer Posttraumatischen Belastungsstörung ausgegangen bin, für deren Behandlung ich ein stationäres Setting als notwendig erachte. Während der Sitzung konnte ich folgende Heil- und Wirkfaktoren anwenden: Einführendes Verstehen (EV), Emotionale Annahme und Stütze (EA), Förderung von kommunikativer Kompetenzen (KK), Förderung von positiven Zukunftsperspektiven und Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserleben (PI).

#### **4. Termin**

Frau S. hat eine stationäre Entwöhnungsbehandlung in einer Klinik nur für Frauen, mit Schwerpunkt illegale Suchtmittel, Essstörungen, PTBS und anderen psychischen Erkrankungen regulär nach 6 Monaten abgeschlossen. Danach hat sie eine ambulante Nachsorgebehandlung in unserer Einrichtung begonnen, welche sich aus Gruppen- und dyadischen Gesprächen zusammensetzt. Die dyadischen Gespräche fanden mit mir statt, die Gruppe wurde von einer Kollegin geleitet und war eine reine Frauengruppe. Das war für Frau S. auch die Voraussetzung um an den Gruppensettings teilzunehmen. Das im Folgenden beschriebene Gespräch war das erste im Rahmen der ambulanten Nachsorge.

Setting: Dyadisches Gespräch  
Vorherrschende Themen: Reflexion der stationären Therapie, Erarbeitung von Therapiezielen in der ambulanten Nachsorge

Atmosphäre: Neugier, Tatendrang, Hoffnung

Verlauf:

Frau S. erscheint gut erholt, sehr gepflegt und deutlich schlanker zum Termin. Ich sage ihr, dass sie sehr gut aussehe, und ich mich freue, dass ihr die Therapie anscheinend gut getan habe, nach ihrem äußeren Erscheinungsbild zu urteilen (ES). Frau S. bestätigt, dass sie sehr zufrieden ist, einige Kilos abgenommen zu haben und auch keinen Suchtdruck mehr nach Heroin empfinde. Ansonsten sei es ihr aber sehr schwer gefallen die Therapie durchzuhalten, denn sie hätte sich von der Therapeutin nicht verstanden gefühlt. Ich bat sie mir von ihren Enttäuschungen bezüglich der Therapeutin zu berichten. Frau S. erinnerte mich an das Aufnahmegespräch mit der Therapeutin, zu welchem ich sie begleitet hatte. Frau S. erklärte der Therapeutin bei der Begrüßung, dass sie keinen Körperkontakt zulassen könne und ihr deshalb die Hand zur Begrüßung nicht geben würde. Ich hatte sie zuvor bestärkt sich diese Grenze gegenüber anderen Menschen zuzugestehen und sich nicht aus falsch verstandener Höflichkeit Situationen auszusetzen, die sie belasten (LM, PI). Ich bestätige, dass ich mich daran erinnern kann und sie erzählt weiter, dass die Therapeutin nach einiger Zeit darauf bestanden hätte ihr die Hand zur Begrüßung und zum Abschied zu reichen, obwohl es Frau S. weiterhin unangenehm war. Ich frage Frau S., ob sie diese Situationen als Grenzverletzungen (EV) erlebt habe. Das konnte Frau S. bestätigen. Ich frage sie, welche Idee ihr einfiel, die das Verhalten der Therapeutin erklären könne. Frau S. glaubt, dass die Therapeutin den Ehrgeiz hatte, ihr zu beweisen, dass sie von ihr nichts zu befürchten habe, und dass nicht jeder Körperkontakt negativ sei. Ich merke an, dass ich aber heraus höre, dass es ihr unangenehm war und von ihr doch als negativ empfunden wurde (EA). Sie bestätigt das. Ich frage sie, mit welcher Vorstellung sie heute zu mir in die Beratungsstelle gekommen sei; wie sie sich unsere Begrüßung nach mehr als 6 Monaten vorgestellt habe. Sie erklärt, dass sie davon ausgegangen ist, dass es wie immer abläuft, dass sie sich gar keine Vorstellung von unserer Begrüßung gemacht habe, da das nie ein Thema zwischen uns war. Sie habe immer das Gefühl gehabt, dass ich ihre Grenzen voll und ganz akzeptiere. Im Gegenteil, hätte ich sie immer darin bestärkt ihre Grenzen zu benennen (LM, KK). Ich schlage ihr vor, dass wir auch in Zukunft weiterhin daran arbeiten ihre Haltung dahingehend zu stärken, ihre Grenzen zu äußern und einzuhalten. Auf meine Nachfrage nach weiteren Themen aus der Therapie beschreibt Frau S. die Schwierigkeiten mit anderen Mitpatientinnen, besonders den Umgang mit den Kindern, die ihre Mütter in die Therapie begleitet haben. Ich frage sie, ob sie sich an ihre eigene Kindheit erinnert habe (SE) und werde von ihr bestätigt. Auf meine Frage, ob sie während der Therapie über einen Abbruch nachgedacht habe, nickte sie, sagte aber, dass es nicht in Frage gekommen wäre, weil es nicht in ihrer Natur läge etwas anzufangen und nicht zum Ende zu bringen. Das käme für sie nicht in Frage! Auf meine Frage, ob sie da nicht auch über ihre Grenzen gehen würde, überlegt sie etwas und erkennt dann, dass sie auch in solchen Fällen dazu neigt keine Rücksicht auf sich und ihre Wahrnehmung zu nehmen (EA, LB).

So arbeiten wir an diesem Termin folgende Therapieziele heraus:

- Wahrnehmen eigener Bedürfnisse
- Wahrnehmen der persönlichen Grenzen
- Durchsetzen der eigenen Bedürfnisse
- Erlernen von Abgrenzung und Konfliktfähigkeit

Am Ende der Sitzung erkundigt sich Frau S. nach meiner Hündin, die heute nicht anwesend ist. Ich erkläre ihr, dass ich heute keine Zeit hatte in der Pause eine Runde mit ihr zu gehen. Ansonsten ginge es ihr gut und beim nächsten Mal, sei sie wieder dabei. Frau S. freut sich darauf.

Reflexion:

Im ersten Gespräch nach der stationären Rehabilitation wird deutlich, dass ihre Themen mit Abschluss der Therapie nicht beendet sind. Sie geht hoffnungsvoll und motiviert die Schwierigkeiten an. Ich habe folgende Wirk- und Heilfaktoren angewandt: Einführendes Verstehen (EV), Emotionale Annahme und Stütze (ES) Förderung emotionalen Ausdrucks (EA), Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit (KK), Förderung von Lernmöglichkeiten (LM) und Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen (SE).

## 5. Termin

Im Laufe des Prozesses wird deutlich, dass Frau S. neben Kontakten zu professioneller Hilfe nur ihre Mutter hat. Wir nehmen uns vor die Netzwerkkarte der Vergangenheit und der Gegenwart gegenüber zu stellen und eine „Wunschnetzwerkkarte“ für die Zukunft zu erstellen.

Setting: Dyadisches Gespräch

Vorherrschende Themen: soziales Netzwerk (5 Säulen der Identität)

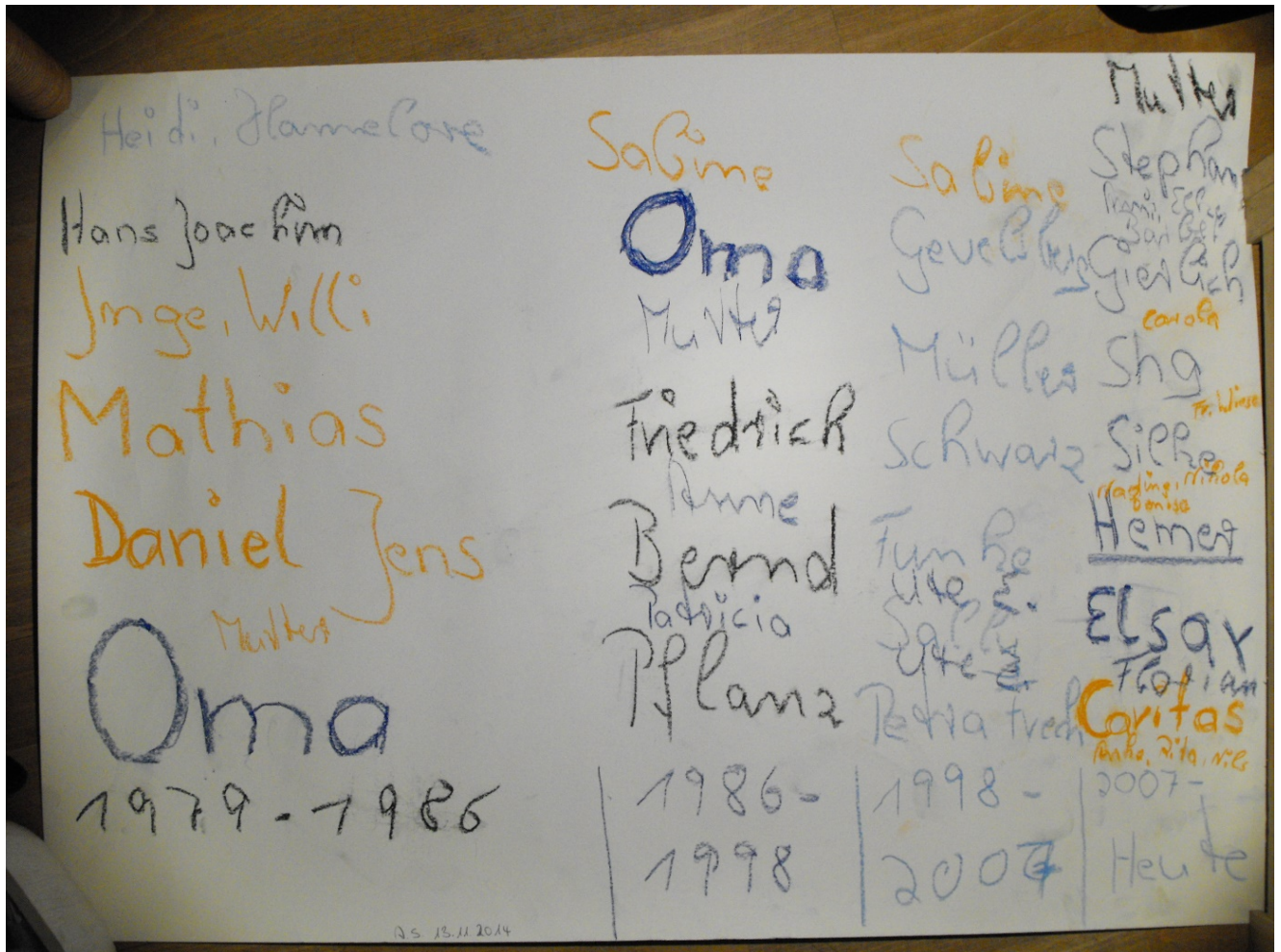
Atmosphäre: Neugier, Unsicherheit, Zuversicht

Verlauf:

Zu Beginn der Sitzung wird Frau S. von Snoozy begrüßt. Frau S. betritt ohne zu zögern das Beratungszimmer, begrüßt mich nebenbei und fängt an mit Snoozy zu sprechen. Ich bitte Frau S. sich zu setzen und teile ihr mit, dass ich mich über ihre gute Laune freue (EA). Frau S. setzt sich, streichelt aber die Hündin weiterhin, die ihr auch nicht von der Seite weicht. Ich merke deutlich, wie gut Beiden die gegenseitige Zuwendung tut. Dann komme ich auf das heutige Thema zu sprechen. Wir hatten uns vorgenommen an der Netzwerksäule zu arbeiten und ich bitte Frau S. Menschen, die sie auf ihrem bisherigen Lebensweg begleitet haben auf ein Plakat zu schreiben. Wir überlegen gemeinsam, wie man hierbei strukturiert vorgehen könnte. Nach einigen Vorschlägen entschied sich Frau S. die verschiedenen Personen nach Zeitepochen aufzuteilen.

So entstand folgendes Bild:





Aus ihren ersten sechs Lebensjahren ist ihr die Großmutter sehr präsent, die in orange geschriebenen Namen bezeichnen Tanten, Onkel und Cousins bei denen sie zwischenzeitlich untergebracht war, die oben in blau geschriebenen Namen gehören zu Tanten, die eine kleine Rolle in ihrem Leben gespielt haben, die Mutter hatte sie erst auf Nachfrage mit hinzugefügt. Der in schwarz geschriebene Männername ist ihrem Stiefvater zuzuordnen, der für den jahrelangen Missbrauch verantwortlich ist. Interessanterweise hat Frau S. die Spalte unten begonnen und nach oben weiter geschrieben.

In der zweiten Spalte (1986-1998) ist sie ebenso verfahren, kam dann aber mit dem Platz nicht aus und hat die blauen Namen zwischen gefügt. Die drei schwarz geschriebenen Namen sind Lehrer, die ihr das Leben schwer gemacht haben, die Mädchen waren Mitschülerinnen, die bereit waren bei verpflichtenden Gruppenarbeiten mit ihr zu arbeiten, die Oma bleibt sehr präsent, die Mutter ist da, aber weniger präsent. Der einzige Name der heraussticht ist Sabine, welche auch in den folgenden Spalten eine Rolle spielt. Hans Joachim wird nicht mehr aufgeführt, obwohl er noch bis 1994 ihr Leben bestimmt hat.

In der dritten Spalte (1998-2007) werden fast nur noch Arbeitskolleginnen, und Vorgesetzte benannt (blaue Schrift), mit Ausnahme von Sabine (orange), die sie kurz vor dieser Zeitepoche zufällig auf einem Kirchentag kennengelernt hat und mit ausschlaggebend dafür war, in ihre jetzige Heimat zu ziehen, als ihr dort ein Job angeboten wurde. Diese Spalte füllte sie von oben nach unten aus.

Ebenso die letzte Spalte (2007-heute), in welcher die Mutter wieder aufgeführt wird, ansonsten aber nur MitarbeiterInnen (blau, orange) aus therapeutischen Einrichtungen, Ärzte, Selbsthilfegruppen und deren TeilnehmerInnen (orange, blau). Die Farben deuten auf die Intensität des Kontaktes hin, orange = enger, blau = schwächer.

Die 90 Minuten, die uns für diese Sitzung zur Verfügung standen neigen sich dem Ende zu. Frau S. ist überrascht, wie schnell die Zeit verfliegen ist. Wir sitzen auf dem Boden und schauen uns das Ergebnis an. Snoozy hatte sich auf ihre Decke zurückgezogen und uns in Ruhe arbeiten lassen. Nun spürt sie die Aufbruchstimmung und kommt auf Frau S. zu, um sich noch ein paar Streicheleinheiten abzuholen, die Frau S. ihr bereitwillig gibt. Wir vereinbaren einen neuen Termin, um an diesem Thema weiter zu arbeiten.

Reflexion:

Es fiel Frau S. nicht schwer sich auf die Aufgabe einzulassen. Nach anfänglichen Strukturierungsproblemen fielen ihr die Namen der Personen, die sie in ihren verschiedenen Lebensphasen begleitet haben ein. Indem sie mir die Verhältnisse erklären musste, wurden ihr auch manche Verbindungen klarer. Bezeichnend war, dass sie völlig vergessen hatte die Mutter in den ersten Lebensjahren aufzuführen, sie auf Nachfrage dann aber hinzufügte. In der 3. Spalte kommt die Mutter wiederum nicht vor, aber auf Nachfrage wurde klar, dass zu der Zeit tatsächlich kein Kontakt bestand.

In dieser Sitzung stand die Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke (TN) als Heil- und Wirkfaktor im Mittelpunkt.

## 6. Termin

Dieser folgte eine Woche nach dem zuletzt dokumentierten Termin und führt die Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke fort.

Setting: Dyadisches Gespräch

Vorherrschende Themen: soziales Netzwerk (5 Säulen der Identität), Netzwerkkarte

Atmosphäre: Neugier, Zuversicht

Verlauf:

Nach der Begrüßung, bei welcher Snoozy wieder in den Mittelpunkt rückt (Frau S. bringt mittlerweile kleine Leckerchen für sie mit), frage ich Frau S., wie es ihr nach unserem letzten Gespräch gegangen sei (EA), und ob sie bereit sei an dem Thema weiter zu arbeiten. Frau S. sagt, dass sie gespannt sei, wie es weiter gehe und dass ihr erst nach unserer letzten Sitzung bewusst geworden sei, wie viele Kontakte sie im Laufe ihres Lebens hatte, und wie wenige private Kontakte im Moment da seien. Ich frage sie, ob sie das Gefühl habe, dass ihr etwas fehlt, woraufhin sie nur die Schultern zuckt.

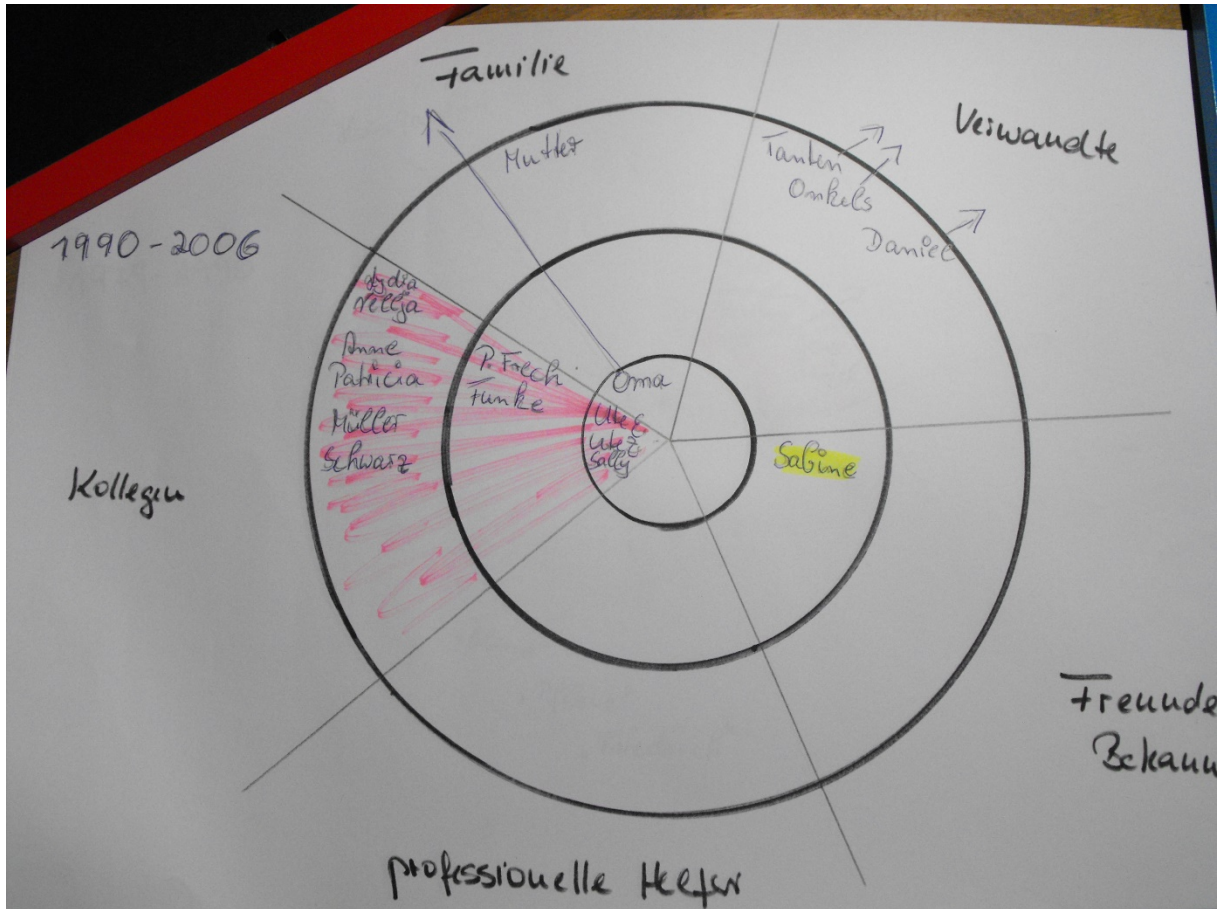
Ich lege Frau S. eine leere Netzwerkkarte, und ihre Aufzeichnungen aus der vergangenen Woche vor und bitte sie die Namen in die vorgesehenen Spalten zu schreiben, je nach Intensität der Beziehung dem Mittelpunkt (ihre Person) nah oder fern zugeordnet.

Es kommen vier Netzwerkkarten zu Stande, die in etwa die vier „Zeitepochen“ aus der vergangenen Sitzung widerspiegeln:

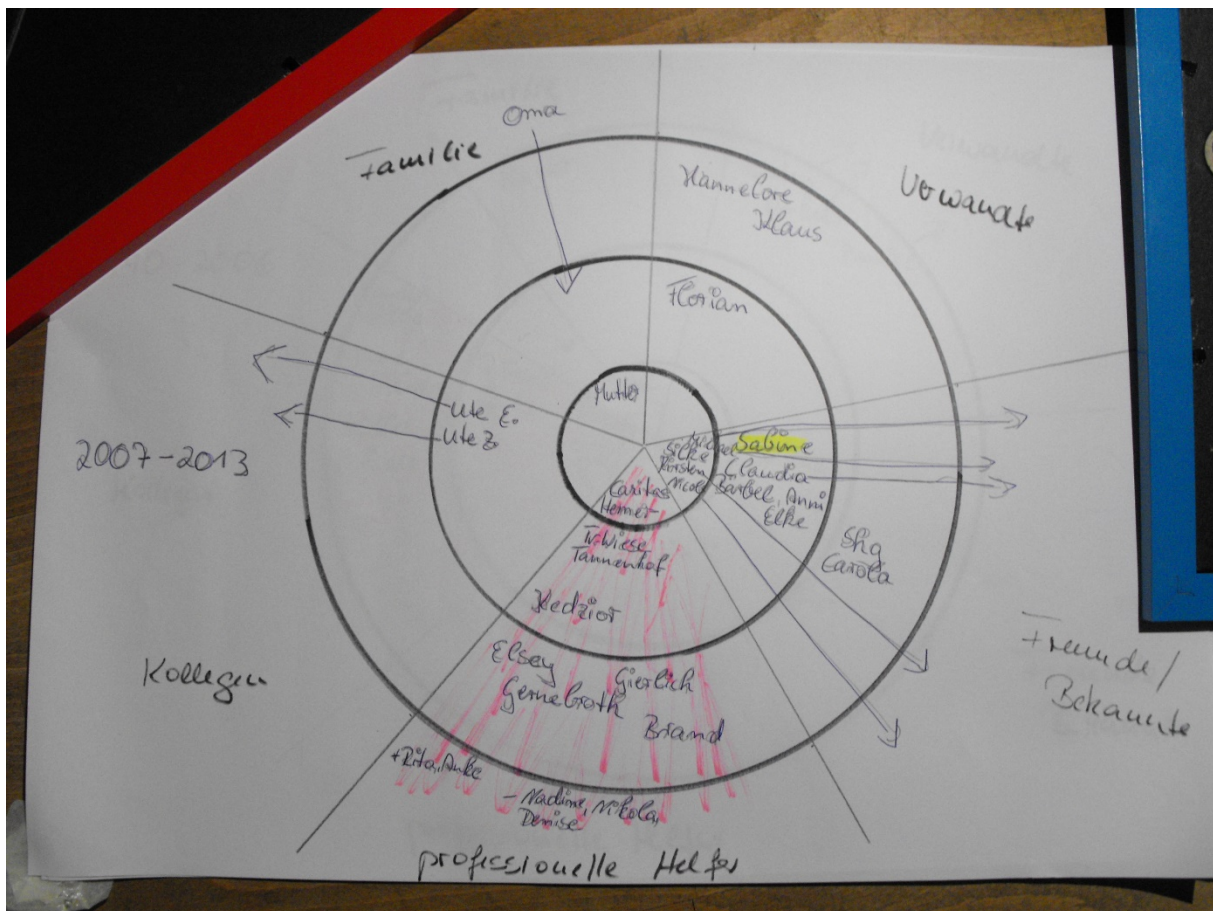


Frau S. beginnt ohne zu zögern mit dem Eintragen der Namen in den Feldern der Familie und der Verwandten. Die beiden Mädchennamen trägt sie unter Kollegen ein, weil sie niemals das Gefühl der Freundschaft in ihrer Kinder- und Jugendzeit gespürt hat. Ich erfahre auf Nachfrage, dass der Kontakt auch nur während der Stunden in der Schule vorhanden war, und nie in der Freizeit. Deshalb blieb das Feld Freunde/Bekannte auch leer. Das Feld mit den Namen der Verwandten wird von Frau S. rosa ausgemalt. Als ich mich darüber wundere, erklärt mir Frau S., dass sie ja doch in den ersten Jahren viel Zeit (rosa) bei den Tanten und Onkel verbracht habe, dann aber wieder zur Mutter zurück kehren durfte (Pfeile). Das professionelle Feld wurde durch Namen von Lehrern gefüllt. Als Schülerin hatte sie die Erwartung, dass Lehrer sich für ihre Schüler einsetzen und sie auch beschützen. Frau S. hat aber die Erfahrung gemacht, dass auch die ihre Augen verschlossen und lieber annahmen, dass Frau S. „ungewöhnlich“ sei. Hans-Joachim steht im Feld Familie, weil er als ihr Stiefvater zur Familie gehörte und anfänglich auch ihr Vertrauen genoss. Da er dann aber ihr Vertrauen ausgenutzt hat und für den jahrelangen Missbrauch verantwortlich ist, steht er weit von ihr entfernt mit einem Pfeil zur Mitte, der aber seinen Wunsch nach Nähe deutlich machen soll.



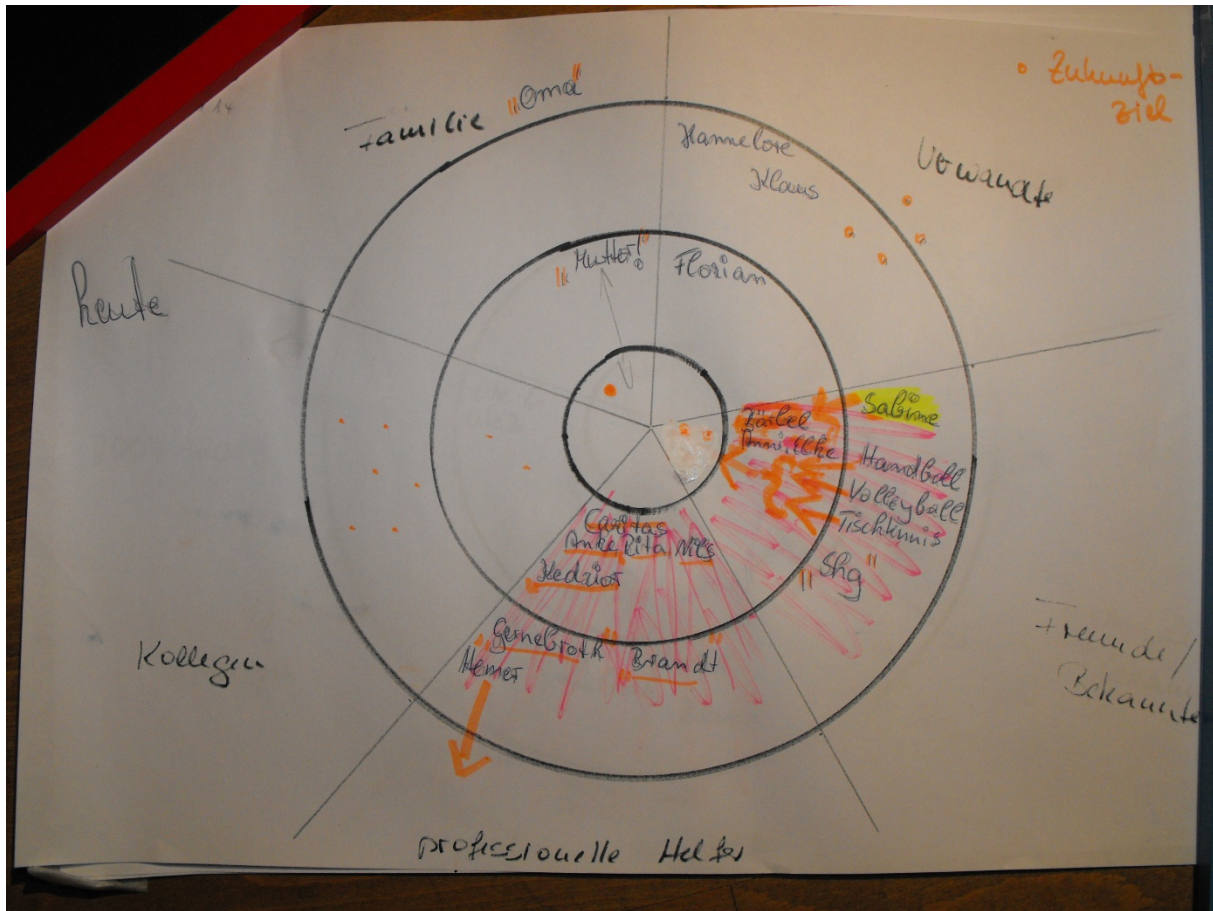


Auch wenn die zweite Netzwerkkarte die „Zeitepoche“ ab ihrem 10./11. Lebensjahr widerspiegeln soll, fällt mir auf, dass sie die Zeit zwischen Kindheit und Ausbildungszeit ausgeklammert hat. Ich frage sie, ob ihr das bewusst sei, woraufhin sie verneinte. „Irgendwie ist mir diese Zeit nicht mehr so präsent. Ich weiß nur, dass mir außer meiner Oma niemand mehr wichtig war. Niemand interessierte sich für mich. Ich wurde nur gehänselt oder ausgenutzt. Und deshalb habe ich auch keinen Kontakt mehr zu irgendjemanden gesucht. Und als meine Oma starb (Pfeil), hatte ich auch keine Familie mehr.“ Ich versichere ihr, dass ich ihre Trauer um den Tod der Großmutter gut nachvollziehen kann, und dass sie alles Recht der Welt hatte sich von ihrer Verwandtschaft abzugrenzen (EV, ES). Ich frage nach, ob das auch der Zeitpunkt war, als sich das Feld der Kollegen füllte. Frau S. kann sich nicht genau an die zeitliche Abfolge erinnern, plötzlich war die Arbeit der Mittelpunkt ihres Lebens. Sie bekam Anerkennung, konnte etwas, ihre Leistung wurde anerkannt. Ihr Leben bekam einen Sinn. Auf meine Frage, ob Sabine eine Kollegin war, die in das Freundschaftsfeld gerutscht sei, verneinte Frau S. Sabine sei eine Frau, die sie durch Zufall auf dem Kirchentag, der in ihrer Heimat stattfand, kennengelernt hat, und zu der sie solange Briefkontakt gehalten habe, bis es sie aus beruflichen Gründen in deren Heimat verschlagen habe. Nach dem Umzug war Sabine ihre einzige bekannte Bezugsperson vor Ort. Auch der Kontakt zu den meisten ehemaligen Kollegen brach ab, nur zwei Kolleginnen sind auch in die Nähe des neuen Standortes gezogen.



2007 ist Frau S. körperlich, wie seelisch dekompenziert, was sich auf der Netzwerkkarte widerspiegelt. Im Laufe dieser „Zeitepoche“ fallen die Kolleginnen komplett aus der Karte heraus, und die professionellen Helfer treten auf. Die Mutter steht ihr nun sehr nahe und ich frage nach, wie sich das entwickelt hat. Frau S. beschreibt, dass ihre Mutter durch mehrere stationäre Therapien den Absprung vom Alkohol und Glücksspiel geschafft hat und sich auch räumlich von ihrer alten Heimat gelöst hat und nun in dem gleichen Haus wohnt, wie Frau S. Frau S. fühlt sich zum Teil für die Mutter verantwortlich, und zum Teil auch von ihr abhängig. Ich frage sie, ob sie diese Aussage an etwas erinnert (LM) und nach kurzem Überlegen schmunzelt Frau S. und spricht über ihre Verantwortungsübernahme in der Familie als Kind. Ich frage nach der Position der Großmutter. Durch den Tod der Großmutter sei sie nun weit entfernt von ihr, aber die Erlebnisse mit ihr haben heute noch Einfluss auf ihr Leben (Pfeil). Im Feld der Verwandten taucht wieder eine Familie (Tante, Onkel, Cousin) auf, da Frau S. Patentante von dem Sohn Florian wurde. Frau S. ist bemüht den Kontakt zu Florian aufrecht zu erhalten, muss dadurch aber auch den Kontakt zu seinen Eltern (Hannelore, Klaus) in Kauf nehmen. Das Feld Freunde und Bekannte hat sich durch Selbsthilfegruppen, Bekanntschaften in Kliniken und Beratungsstellen gefüllt. Sabine als einzige stabile „Freundin“ aus den alten Netzwerkkarten bleibt im Feld, obwohl kein persönlicher Kontakt mehr besteht. Frau S. telefoniert unregelmäßig mit ihr.





Zurzeit sieht ihre Netzwerkkarte so aus. Durch ihre Berufsunfähigkeit gibt es keine Kollegen mehr, zur Familie zählen immer noch die Großmutter, durch die positiven Erfahrungen zu deren Lebzeiten und die Mutter, mal mehr oder weniger nah. Im Feld Verwandtschaft hat sich nichts verändert. Im Bereich professionelle Helfer sind einige herausgefallen, andere sind etwas entfernter. Die gravierendste Veränderung ist im Feld Freunde und Bekannte. Wenige Freundschaften, die sich aus den Selbsthilfegruppen und Therapiebekanntschaften ergeben haben sind geblieben, sind aber dafür näher an den Mittelpunkt gerückt und es sind Bekanntschaften durch gemeinsame Freizeitinteressen, wie Handball, Volleyball und Tischtennis hinzugekommen. Die orangenen Pfeile und Punkte zeigen auf, welche Veränderungen Frau S. noch in der Netzwerkkarte angehen will. Sie möchte die Beziehung zur Mutter stabilisieren. Das heißt, sie möchte sich unabhängig von ihr und sich nicht mehr für sie verantwortlich fühlen, sie möchte die sportlichen Kontakte intensivieren, und auf die professionellen nach und nach verzichten können. Des Weiteren wünscht sie sich einen Weg in die Berufstätigkeit zurück und würde somit in dem Feld Kollegen auch wieder Kontakte finden. Frau S. nimmt sich für die nächsten Sitzungen vor, an diesen Zielen verstärkt zu arbeiten.

#### Reflexion:

Das Ziel der Erarbeitung der verschiedenen Netzwerkkarten war die Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Kontakten zu den verschiedenen

Zeitepochen. Frau S. sollte erkennen, dass ihr Leben nicht statisch verläuft und sich zeitlebens verändert hat und veränderbar bleibt.

Frau S. hat sich ohne Hemmungen auf die Übung eingelassen und intensiv mit gearbeitet. Es fiel ihr leicht mit den Netzwerkkarten vor Augen ihre Kontakte als „gut“ und „schlecht“ zu sortieren. Als Wirk- und Helfaktoren kamen die Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke (TN), Einfühlerndes Verstehen (EV), Emotionale Annahme und Stütze (ES) und Förderung von Lernmöglichkeiten/Lernprozessen und Interessen (LM) zum Tragen.

## 7. Termin

Während des Prozesses wirkte Frau S. phasenweise unternehmungslustig und leistungsfähig, aber dann auch wieder antriebslos und schlapp. Als ich sie darauf ansprach, bestätigte sie, dass sie zurzeit zwar ihre Aufgaben, wie Aufräumen, Kochen, Einkaufen erledigt bekommt, sich aber nicht überwinden kann spazieren zu gehen oder anderen Freizeitbeschäftigungen nachzugehen. Wir vereinbarten zum nächsten Termin gemeinsam mit Snoozy spazieren zu gehen.

Setting: Dyadisches Gespräch unter Einbeziehung des Mediums Hund

Vorherrschende Themen: undifferenzierte Ängste, Freizeit (5 Säulen der Identität)

Atmosphäre: vertrauensvoll, aufgeregt, freudig

Verlauf:

Wir treffen uns an der Beratungsstelle. Von dort aus ist man schnell im Wald und kann einen Spaziergang beginnen. Frau S. begrüßt mich kurz, konzentriert sich aber auf die Begrüßung von Snoozy, die schon auf ihr Leckerchen wartet, welches Frau S. ihr auch zur Belohnung für die freudige Begrüßung reicht. Frau S. freut sich jedes Mal, dass Snoozy ihr so vorsichtig aus der Hand frisst. Ich frage sie, ob sie die Leine halten möchte und Frau S. nimmt das Angebot überrascht an. Sie fragt mich, ob sie auf etwas besonders achten muss, aber Snoozy bleibt brav an ihrer Seite und geht mit Frau S. mit. Als sie sich an die Situation gewöhnt hat, frage ich sie, mit welchem Gefühl sie heute zu unserem Treffen gekommen sei. Frau S. antwortet, dass es ihr schon etwas mulmig war, sie sich aber auch gefreut habe aus dem Haus zu kommen. Allein traue sie sich zurzeit nicht hinaus, und könne sich auch nicht überwinden mit ihrer Mutter spazieren zu gehen. Da reiche ihr schon die Zeit zum Einkaufen aus, die sie mit ihr verbringt. Ich frage sie, was sie befürchtet, wenn sie aus dem Haus geht. Das kann Frau S. nicht so einfach beantworten. Es ist so ein Gefühl von allen angesehen zu werden, aufzufallen, Angst davor angesprochen zu werden. Ich möchte gerne von ihr wissen, wie es sich jetzt anfühlt, wo sie mit mir und Snoozy unterwegs ist. Daraufhin antwortet sie, dass sie ja nicht allein sei, sie sich auf Snoozy und mich konzentrieren könne und die anderen Menschen ihr so nicht bewusst werden. Ich bitte sie doch mal die anderen Spaziergänger zu beobachten, um zu sehen, ob diese sich ihr gegenüber auffällig verhalten (EE, LM). Frau S. fällt auf, dass sich so gut wie niemand für sie und ihren Weg interessiert; der einzige Kontakt entsteht mit einem anderen Hundebesitzer, weil die Hunde sich begrüßen. Wir setzen uns auf eine Bank, Frau S. lässt Snoozy von der Leine und wir schauen ihr beim Toben zu. Frau S. lacht über die Kapriolen, die Snoozy veranstaltet und freut sich über deren Lebendigkeit. Ich sage ihr, dass ich sie selten so entspannt erlebt habe (LB). Frau S. erklärt, dass sie sich auch wirklich gut fühle und sie sich freuen würde, wenn wir so einen Spaziergang wiederholen könnten (EA, KG, EE).

Wir vereinbaren einen erneuten Spaziergang für die folgende Woche. Auf dem Rückweg unterhalten wir uns über Möglichkeiten, wie Frau S. sich solche Erlebnisse öfter ermöglichen kann. Mir fällt ein, dass es in unserer Stadt ein Tierheim gibt, und dass die Mitarbeiter vielleicht dankbar wären, wenn sie Unterstützung bei der Versorgung und dem Ausführen der Hunde bekämen (PZ, KG, EE). Ich frage Frau S., ob sie sich vorstellen könne Spaß an einer solchen Aufgabe zu haben. Frau S. wirkt sehr aufgeregt, fragt nach, ob ich ihr das zutrauen würde, kann sich aber vorstellen sich das genauer durch den Kopf gehen zu lassen. Ich biete ihr an, beim Tierheim grundsätzlich nach Möglichkeiten der Unterstützung zu fragen, und sie nimmt das Angebot dankbar an (LH). Zurück bei der Beratungsstelle verabschieden wir uns, Snoozy bekommt noch ein Leckerchen und eine Streicheleinheit und ich beobachte, wie Frau S. recht entspannt zu ihrem Auto geht.

Reflexion:

In der Hauptsache kommt bei diesem Termin der Heil- und Wirkfaktor Förderung kreativer Erlebnismöglichkeit (KG) zur Anwendung. Des Weiteren kamen folgende zum Einsatz: Hilfe bei der praktischen Lebensbewältigung (LH), Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrung (EE), Förderung von leiblicher Bewusstheit, Selbstregulierung und psychophysische Entspannung (LB), Förderung von Lernmöglichkeit, Lernprozessen und Interessen (LM). Frau S. genoss die Situation, sie erlebte ihre Naturverbundenheit bewusst und konnte spüren, auf was sie verzichtet, wenn sie sich nicht überwindet hinaus zu gehen. Ich hoffe dadurch ihre Motivation zu verstärken und den Eigenantrieb anzuregen.

## 8. Termin

Für den heutigen Termin hatten wir wieder einen Spaziergang mit Snoozy geplant. Es regnet aber in Strömen und Frau S. möchte lieber nicht in den Regen hinaus, da sie erkältet ist und sich nicht sehr wohl fühlt. Ich überlege kurz, ob ich sie überrede doch zu gehen, um ihr die Erfahrung zu ermöglichen, wie sie sich nach der Überwindung zur Natur und zur Aktivität fühlt. Ich entscheide mich dagegen, als ich sehe, dass sie keine Regenjacke an hat und im Hinblick auf das Thema „Grenzen“, welches in ihrem Leben eine wichtige Rolle spielt.

Setting: Dyadisches Gespräch unter Einbeziehung des Mediums Hund

Vorherrschende Themen: Stärken, Grenzen, Verantwortung, Werte/Normen (5 Säulen der Identität)

Atmosphäre: traurig, angespannt, bedrückt

Verlauf:

Frau S. erscheint pünktlich in der Beratungsstelle und bittet mich nach der Begrüßung nicht spazieren zu gehen, weil das Wetter so schlecht sei und sie sich erkältet habe. Sie bückt sich zu Snoozy hinunter, streichelt sie und fragt sie, ob sie ihr böse sei, dass sie nicht raus käme. Snoozy wuselt um Frau S. herum und wartet auf das gewohnte Leckerchen, welches auch prompt in Frau S. Hand auftaucht. Ich beruhige Frau S. und erzähle ihr, dass Snoozy schon in der Mittagspause eine Runde gedreht hat und wahrscheinlich froh ist, nicht wieder in das „Sauwetter“ hinaus zu müssen. Frau S. wirkt erleichtert.

Mir fällt auf, dass Frau S. bedrückt wirkt und ich spreche sie darauf an. Sie erzählt, dass sie sich schon den ganzen Morgen Gedanken darüber gemacht habe, ob sie



heute mit uns den Spaziergang machen soll oder nicht. Wir hatten das ja so vereinbart, und eigentlich sei es nicht ihre Art, sich nicht an Absprachen zu halten. Sie habe ein schlechtes Gewissen Snoozy gegenüber, und wisse ja auch, dass es ihr selbst nach einem Spaziergang besser gehe. Ich erwidere, dass ich gerade den gleichen Gedanken gehabt habe und mich gefragt habe, ob ich sie überreden sollte zu dem Spaziergang im Regen, damit sie spüre, wie es ihr nach der Überwindung ginge (LB, KG, LM). Ich erkläre ihr, dass ich mich dagegen entschieden habe, weil ich es sehr gut finde, dass sie ihre Bedürfnisse wahrnimmt und auch äußert (EA). Frau S. schaut mich fragend an. Ich frage sie, ob sie sich an Gespräche erinnern könne, in denen es darum ging anderen gegenüber klare Grenzen zu zeigen. Frau S. schaut mich erwartungsvoll an, scheint langsam zu verstehen und fragt, ob ich Situationen meine, wie, wenn ihre Mutter sich ihr Auto leihen möchte, sie es aber eigentlich selbst braucht. Ich bestätige, und frage, ob ihr noch andere Beispiele einfallen. Sie beschreibt unterschiedliche Beispiele, so wie sie regelmäßig in ihrem Alltag auftauchen. Häufig geht es um Situationen, die den anderen das Leben erleichtern, ihr aber erschweren. Ich frage sie, ob sie eine Idee habe, warum sie nicht nein sage. Daraufhin erwidert Frau S., dass sie andere Menschen nicht vor den Kopf stoßen wolle, und dass sie sie nicht enttäuschen wolle. Meistens wäre es ja auch nicht so wichtig, was sie vorhatte. Ich sage ihr, dass ich mich sehr über ihre „Stärke“ freue, die sie mir gegenüber gezeigt habe, als sie sich gegen einen Spaziergang entschied, und dass ich mich von ihr nicht vor den „Kopf gestoßen“ fühle. Frau S. richtet sich sichtlich in ihrem Stuhl auf (LB). Durch dieses Aufrichten ist es für Frau S. nun schwieriger Snoozy zu streicheln, die während des gesamten Gesprächs das Streicheln durch Frau S. genießt. Frau S. unterbricht das Streicheln und Snoozy fordert vehement durch anstupfen und hochspringen die Fortsetzung ein. Frau S. reagiert sofort, beugt sich wieder hinunter und streichelt weiter. Ich frage Frau S., ob es bequem für sie sei Snoozy ununterbrochen zu streicheln. Frau S. schaut mich fragend an, verneint das dann aber. Ich mache sie darauf aufmerksam, dass es ein weiteres Beispiel der fehlenden Abgrenzung ist (EE) und bitte sie doch mal die Situation zu nutzen und zu üben „nein“ zu sagen. Frau S. fällt es schwer sich auf das Experiment einzulassen, weil sie Snoozy nicht enttäuschen will. Ich erkläre ihr, dass es für Snoozy auch gut ist, sich zwischendurch auf die Decke zu legen, um sich auszuruhen. Ich weise Frau S. an ihre Hände hoch zu nehmen und das Streicheln einzustellen. Sie solle auf das Stupsen gar nicht reagieren und Snoozy ignorieren. Frau S. schafft es das Streicheln einzustellen, aber das Ignorieren fällt ihr sichtlich schwer. Snoozy ist aber auch sehr penetrant beim Einfordern ihrer Wünsche. Ich rufe Snoozy zu mir und fordere sie auf sich auf die Decke zu legen. Snoozy folgt meinen Anweisungen und ich bitte Frau S., Snoozy beim nächsten Versuch mit den Worten „nein – auf die Decke“ abzuweisen. Es dauert nicht lange und Snoozy versucht ihr Glück wieder bei Frau S. Sie befolgt meinen Tipp und Snoozy geht wieder auf die Decke. Das wiederholt Frau S. dreimal und dann wird Snoozy von Frau S. gerufen, um noch einmal ausgiebig, aber bewusst gestreichelt zu werden. Ich frage Frau S., ob sie das Gefühl habe, dass Snoozy ihr das Verhalten übel nimmt. Frau S. empfindet das nicht so, hatte das aber befürchtet. Nun ist sie froh sich auf das Experiment eingelassen zu haben und zu merken, dass es ihr gut tut „nein-sagen“ zu können.

## Reflexion:

In dieser Sitzung kam uns der Zufall zu Hilfe, um an dem Thema Abgrenzung und Übernahme von Verantwortung zu arbeiten. Da Frau S. schon von frühester Kindheit an die Verantwortung für die Familie übernehmen musste und ihre Grenzen nie respektiert wurden ist es für sie sehr schwer diese wahrzunehmen und zu transportieren. Die Wirk- und Helfaktoren Förderung des Emotionalen Ausdrucks (EA), Förderung von leiblicher Bewusstheit, Selbstregulierung und psychophysischer Entspannung (LB), Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens (PI) und Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM) kamen zur Anwendung.

## 9. Abschluss

### 8.1. Behandlungsergebnisse

Frau S. hat die ambulante Nachsorgebehandlung bei uns regulär abgeschlossen. Sie nimmt in schwierigen Situationen noch dyadische Gespräche in der Beratungsstelle in Anspruch. Aus der Therapiegruppe im Rahmen der ambulanten Nachsorge hat sich eine Frauengruppe gebildet, die sich regelmäßig, unverbindlich zu Freizeitaktivitäten trifft. Frau S. nimmt häufig an den Treffen teil. Dort macht sie Solidaritätserfahrungen im Sinne des vierten Weges der Heilung und Förderung. Es ist ihr gelungen viele schwierige Situationen zu meistern, und sie hat im Hinblick auf ihre zu Beginn der Behandlung vereinbarten persönlichen Ziele eindeutige Verbesserungen erreicht. Sie entwickelt mehr Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl. Sie nimmt eigene Bedürfnisse wahr und lernt diese zu benennen. Ihre Grenzen spürt sie vermehrt und achtet auf deren Einhaltung.

### 8.2. Prognose

Frau S. ist in ihrer Heroinabstinenz sehr stabil. Schon lange ist Suchtdruck kein Thema mehr. Weitere Gespräche mit mir unterstützen sie in ihrer allgemeinen Lebensführung.

- **Leiblichkeit:** Frau S. ist immer noch adipös, obwohl sie als Diabetikerin nach strengen Regeln isst. Ihre physische Gesundheit steht immer noch in engem Zusammenhang mit ihrer psychischen Gesundheit.
- **Soziales Netz:** Frau S. hat noch immer einen engen Kontakt zu ihrer Mutter. Des Weiteren hat sie einige Kontakte aus der Therapiegruppe. 2-3 x im Jahr besucht sie ihr Patenkind bei dessen Eltern aus ihrer ursprünglichen Heimat. Sie hat Kontakt zu einem Sportverein aufgenommen und besucht dort die Handballgruppe, Volleyballgruppe und Tischtennisgruppe, wenn es gesundheitlich geht. Hier nimmt sie ihre Bedürfnisse und Möglichkeiten ernst und überfordert sich nicht, wenn es ihr nicht gut geht.
- **Arbeit/Leistung/Freizeit:** Frau S. hat versucht Honorartätigkeiten nachzugehen, weil ihr Wunsch, wieder zu einem Menschen zu werden, der die Gesellschaft unterstützt und nicht belastet, groß war. Sie musste erkennen, dass sie dazu noch nicht in der Lage ist und überfordert sich nun nicht mehr. Sie hat sich einen Kindheitstraum erfüllt, indem sie sich ein Wohnmobil gekauft hat, und nun kleine Reisen unternimmt. Sie genießt die Unabhängigkeit von Hotels und Restaurants und die Natur.

- **Materielle Sicherheit:** Frau S. hat keinen finanziellen Druck, da sie über ihre Erwerbsunfähigkeitsrente und eine Zusatzrente gut versorgt ist. Sie hat gelernt das heute zu akzeptieren. Sie überlegt hin und wieder sich schulisch noch weiter zu bilden, um eine größere Auswahl an Berufen für die Zukunft zu haben.
- **Werte und Normen:** Frau S. schafft es immer besser sich auf ihre Werte zu besinnen. Ihr Gerechtigkeitsempfinden, Schutz Schwächerer war schon immer sehr ausgeprägt, fand aber keinen Einsatz, wenn es um ihre Person ging. Im Sinne des zweiten Weges der Heilung und Förderung im Zusammenhang mit dem ersten Weg konnte diese Säule auch für sie selbst aufgefüllt werden.

Die Prognose für eine heroinabstinente Lebensweise ist meines Erachtens sehr gut. Ihr Zugewinn an Lebensfreude zeigt, dass sie auf einem guten Weg ist. Dennoch stößt Frau S. noch heute auf existentielle Lebensaufgaben, die aufgrund ihrer Posttraumatischen Belastungsstörung schwer zu bewältigen sind. In ihrer Identität ist Frau S. noch nicht stabil.

Durch das Konzept des Suchthilfezentrums ist es weiterhin möglich Frau S. bei der Bewältigung von Alltagssituationen zu unterstützen und sie nimmt das Angebot auch dankbar an. Aufgrund ihrer Posttraumatischen Belastungsstörung ist sie aktuell in ambulanter Behandlung bei einer Traumatherapeutin.

Der Einsatz der Methode „Integrative Tiergestützte Therapie“ ergab sich zunächst zufällig. Durch die erste Begegnung zwischen der Patientin und meiner Hündin offenbarte sich mir die Chance für Frau S. durch den Hund einen leichteren Zugang zu ihren Problemen zu bekommen, dass ich die Auseinandersetzung mit dem Thema suchte und die Methode dann gezielt einsetzte. Man stellt immer wieder fest, dass gerade Menschen mit sozialen und psychischen Schwierigkeiten eine große Affinität zu Tieren haben. Tiere sind sehr feinfühlig, der Kontakt mit ihnen führt zu heilsamen Erfahrungen und insbesondere Menschen, die sich aus sozialen Kontakten herausgezogen haben, werden von ihnen erreicht. In unserer Situation waren die Solidaritätserfahrungen noch von großer Bedeutung; es schien ein wechselseitiges empathisches Gefühl entstanden zu sein. (*Polyloge, H. Petzold, Naturtherapie in der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie- ein „Bündel“ tiergestützter, garten- und landschaftstherapeutischer Interventionen, Ausgabe 25/2013*)

#### **8.4. Vier Wege der Heilung und Förderung**

Während der Behandlung kamen bei Frau S. alle vier Wege der Heilung und Förderung (*Petzold, Schay, Ebert, Integrative Suchttherapie, VS Verlag, 2004*) zur Anwendung.

- **Erster Weg der Heilung und Förderung:**  
**Bewusstseinsarbeit, Sinnfindung**  
Im Verlauf des Prozesses wurde Frau S. ihre dysfunktionale Lebensgeschichte durch maligne Narrative, z.B. im Sucht- und Lebenspanorama, deutlich. Sie erarbeitete sich in den Gesprächen positive Verhaltensmuster, verstand sich besser und konnte somit gesundmachende Faktoren erlernen.
- **Zweiter Weg der Heilung und Förderung:**  
**Nachsozialisation, Grundvertrauen, Nachbeelterung**

Neben positiven, liebevollen Erfahrungen durch ihre Großmutter, hatte Frau S. in ihrer Kinder- und Jugendzeit nur zerstörerische erlebt. Ihr Mutterbild war sehr negativ geprägt und sie konnte durch mich dieses Bild revidieren. Zwischenzeitlich konnte sie mich als „Ersatzmutter“ sehen und Erfahrungen von Annahmen, Akzeptanz, Wertschätzung, Zuwendung und liebevoller Zuneigung machen. Hier bekam sie die Chance der Nachbeelterung.

- **Dritter Weg der Heilung und Förderung**

- Erlebnisaktivierung, Persönlichkeitsentfaltung**

Frau S. fällt es auch heute noch schwer sich als wertvollen Menschen zu sehen. Sie braucht immer wieder die Bestätigung, dass sie „richtig“ ist, wie sie ist. Durch die Teilnahme an Selbsthilfegruppen und Sportgruppen bekommt sie Bestätigung und lernt weiterhin sich wahrzunehmen und zu akzeptieren. Die Anschaffung des Wohnmobils motiviert sie, sich „auf den Weg zu machen“ und sich zuzutrauen nach vorne zu gehen.

- **Vierter Weg der Heilung und Förderung**

- Solidaritätserfahrung**

Während des Behandlungsprozesses erlebte Frau S., dass sie nicht alleine mit ihren Schwierigkeiten da steht. Es entwickelten sich Kontakte durch Therapiegruppe und Selbsthilfegruppe, und sie konnte Solidaritätserfahrungen sammeln. Durch diese Menschen ergibt sich ein funktionierendes soziales Netzwerk.

## 8.5. Therapeutische Wirkfaktoren

*Hilarion Petzold*, Integrative Therapie, Band 3: Klinische Praxeologie, Jungermann-Verlag, 2003

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

## 9. Zusammenfassung

### **Integrative Therapie einer mehrfachabhängigen Patientin unter Einbeziehung der Methode „Tiergestützte Integrative Therapie“ im Rahmen einer ambulanten Nachsorgebehandlung**

Das vorliegende Behandlungsjournal beschreibt die Behandlung einer mehrfachabhängigen Frau, die an Posttraumatischen Belastungsstörungen leidet. Sie wurde im Rahmen der Integrativen Therapie, unter Einbeziehung der Methode „Tiergestützte Integrative Therapie“ auf eine stationäre Entwöhnungsbehandlung vorbereitet und hat im Anschluss an diese die ambulante Nachsorge in unserer Beratungsstelle absolviert. Der Einsatz der tiergestützten Einheiten ergab sich zuerst zufällig. In der näheren Auseinandersetzung mit der Methode, wurde sie bewusst eingesetzt. Durch die bestehende, positiv besetzte Beziehung zwischen der Patientin und der behandelnden Therapeutin, vor der stationären Entwöhnung, konnte in der ambulanten Nachsorge das Alltagsgeschehen der Patientin nahtlos therapeutisch begleitet werden.

#### **Schlüsselwörter:**

Integrative Therapie, Tiergestützte Therapie, ambulante Nachsorge, mehrfachabhängige Patientin, PTBS, Kind einer suchtkranken Mutter

#### **Summary:**

### **Integrative Therapy of a multiple dependent female patient, including the method "Animal-assisted integrative therapy" as part of an outpatient aftercare treatment**

This Journal describes the treatment of a multiple dependent woman who suffers from post-traumatic stress disorders. She was treated as part of Integrative Therapy, prepared with the involvement of the method "Animal-assisted Therapy Integrative" on an inpatient withdrawal treatment and it had followed an outpatient aftercare in our counseling center. The use of animal assisted units resulted first randomly. In the closer examination of the method, it was used deliberately. Because of the existing, favorable relationship between the patient and the therapist, before the inpatient withdrawal treatment, the everyday life of the patient was accompanied seamlessly therapeutically in outpatient aftercare.

#### **Keywords:**

Integrative Therapy, animal assisted therapy, outpatient aftercare, multiple dependent female patient, PTSD, child of an addicted mother

## 10. Literaturverzeichnis

*Leitner, Anton* (2010): Handbuch der Integrativen Therapie, Wien: Springer Verlag

*Ostermann, Doris* (2010): Gesundheitscoaching, Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 1. Auflage 2010

*Petzold/ Schay/ Scheiblich* (2006): Integrative Suchtarbeit, Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation,

*Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W. (Hrsg.)* (2007): Integrative Suchttherapie; Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften; 2. überarbeitete Auflage 2007

*Petzold, H.G., Orth I.* (1999): Mythen der Psychotherapie, Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis, Paderborn: Junfermann

*Petzold, H.G.* (1993): Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Paderborn: Junfermann; 2. Auflage 2003: Band I

*Petzold, H.G.* (1993): Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Paderborn: Junfermann; 2. Auflage 2003: Band II

*Petzold, H.G.* (1993): Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Paderborn: Junfermann; 2. Auflage 2003: Band III

*Petzold, H.G., Müller, M.* (2005/2007): Modalitäten der Relationalität- Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. Hückeswagen: europäische Akademie und in: Petzold, H.G., Integrative Supervision, 2. Auflage Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. 2007a, 367- 431. Polyloge: Materialien aus der europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 05/2010 <http://www.fpi-publikatione.de/downloads/download-polyloge/download-nr-05-2010-neueinstellung-aus-supervision-08-2003-petold-mueller.html>

*Petzold, H.G.* (2012c): Psychotherapie – Arbeitsbündnis oder „Sprache der Zärtlichkeit“ und gelebte Konvivialität? Intersubjektive Nahraumbeziehungen als Prozess affilialer „Angrenzung“ statt abgrenzender „Arbeitsbeziehungen“, *Integrative Therapie* 1 und <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/index.php>.

*Petzold, H.G., Leuenberger, R., Steffan, A.*, (1998): Ziele in der Integrativen Therapie In: Ambühl, H., Strauß, B. (Hrsg.), *Therapieziele*, Göttingen: Hogrefe. Und erweitert in: Petzold (1998h) (Hrsg.): *Identität und Genderfragen in Psychotherapie, Soziotherapie und Gesundheitsförderung*, Bd.1 und 2, Sonderausgabe von *Gestalt und Integration*. Düsseldorf: FPI-Publikationen, S.142- 188; <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/h-g-petzold-r-leuenberger-a-steffan-1998-ziele-in-der-integrativen-therapie.html>.

*Petzold, H.G.* (2012b): „Natürliche Resilienz“ – Wieder aufstehen nach Schicksalsschlägen. In: Bonanno, G., *Die andere Seite der Trauer*. Bielefeld: Edition Sirius; Aistheis. Bei: <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/petzold-hilarion-g-2012b-natuerliche-resilienz-und-bonannos-trauerforschung.html>.

*Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H.*,(1993): *Einführung in die Integrative Therapie, Grundlagen und Praxis*, Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, 3.Auflage 1995