

Case Study - „Es hört nie auf“- Beschreibung eine Krisensituation in der Behandlung eines Patienten mit Persönlichkeitsstörung in der Forensischen Ambulanz

Margarete Finger-Ossinger

Schlüsselwörter: Persönlichkeitsstörung-Selbstregulation-Trauma-Methodenkombination - Forensik

Im zur Diskussion gestellten Fallbericht soll von einer Krisensituation im Befinden eines Patienten mit Diagnose: „ Instabile Persönlichkeitsstörung“ berichtet werden. Der Patient wurde im Rahmen einer gerichtlichen Weisung zur Psychotherapie an einer forensischen Ambulanz behandelt, die nach den Kriterien der Personenzentrierten Psychotherapie und der Körperpsychotherapie durchgeführt wurde. Aufgrund der multiplen Traumatisierung des Patienten wurde auch die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie nach Reddemann angewandt.

In this case is illustrated a crisis situation in the being of a patient with the history diagnoses: "borderline personality disorder", "combined personality disorder" and "male depression". The patient was treated at a forensic outpatient department. The therapy was carried out according to the criteria of the person-centered psychotherapy and body psychotherapy. Due to the patient's multiple trauma the psychodynamic imaginative trauma therapy after Reddemann was applied.

1. Vorwort

2. Behandlungskontext

3. Falldarstellung

3.1. Diagnostik

3.2. Ätiologie - Schulenspezifische Zugänge

3.2.1. Analyse der Ätiologie

3.2.2. Indikation, Therapieziel, Therapieplanung

3.2.3. Behandlung und Behandlungsverlauf

3.3. Forschungsbasierte Bewertung (nach Evidenzgüte nach Chambless)

3.3.1. Wirksamkeit der Behandlung

3.3.2. Indikation, Therapieziel, Therapieplanung

3.3.3. Behandlung und Behandlungsverlauf

3.3. Forschungsbasierte Bewertung

3.3.1. Wirksamkeit der Behandlung

3.3.2. Prognostische Reflexion und Begründung

4. Abschließende Diskussion

4.1. Gesamtbewertung der Intervention

4.2. Fachliche Herausforderung

4.3. Positive und negative Aspekte der Intervention – Selbstkritik

1. Vorwort

Im zur Diskussion gestellten Fallbericht soll von einer Krisensituation im Befinden eines Patienten mit den Verlaufsdiagnosen: „instabile Persönlichkeitsstörung“, „kombinierte Persönlichkeitsstörung“ und „male Depression“ berichtet werden. Der Patient wurde im Rahmen einer Weisung zur Psychotherapie an einer forensischen Ambulanz behandelt, die nach den Kriterien der Personenzentrierten Psychotherapie und der Körperpsychotherapie durchgeführt wurde. Aufgrund der multiplen Traumatisierung des Patienten wurde auch die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie nach Reddemann angewandt.

In der Anfangsphase der Behandlung wurde vor allem auf die Entwicklung einer tragfähigen, sicheren therapeutischen Beziehung geachtet. Im gesamten Therapieverlauf waren sowohl der verbal-kognitive Bereich, die visuellen Bilder und die Emotionen des Patienten im Blickpunkt der Aufmerksamkeit. Aufgrund der Anamnese konnte auf eine frühe Deprivation des Patienten im vorsprachlichen Alter geschlossen werden, was eine besondere Beachtung der Bewegungsebene und der Empfindungsebene, beides wichtige Ebenen der Körperpsychotherapie, nahe legte. Die Anwendung der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie, die insbesondere zur Behandlung von komplexen Traumafolgestörungen entwickelt wurde, trug wesentlich dazu bei, dass der Patient trotz Krisen zunehmend das Gefühl für Selbstwirksamkeit entwickelte.

Der Fallbericht soll einerseits anhand eines Ausschnitts des psychotherapeutischen Prozesses die Veränderungsmöglichkeiten eines Patienten mit schlechter Prognose aufzeigen und die Hypothese untermauern, dass es sinnvoll ist, besonders bei frühen Störungen durch Bindungsstörung (vgl. Bowlby 2011; vgl. Biermann-Ratjen et.al. 2016, S. 112-116), mehrere psychotherapeutische Methoden anzuwenden bzw. anzubieten. Das schließt nicht aus, dass ein multimodales Vorgehen auch bei anderen Diagnosen sinnvoll sein kann.

2. Behandlungskontext

Die Behandlung des Patienten wurde an der Forensischen Ambulanz Linz durchgeführt. Die Firma pro mente plus GmbH - FORAM-Forensische Ambulanz OÖ hat ihren Sitz in Linz und wird als Beratungsstelle geführt. Die Patienten und Patientinnen werden aufgrund einer richterlichen Weisung zur Psychotherapie vorstellig. Es handelt sich um Personen, die entweder in der Maßnahme nach §21 Abs.1 oder nach § 21 Abs. 2 angehalten oder inhaftiert sind, jedoch schon vor der endgültigen Entlassung im Sinne der Betreuungskontinuität an die FORAM angebunden werden sollen. Der § 21 im Strafrecht regelt die Unterbringung in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher. Abs. 1 umfasst jene Patientengruppe, die eine Tat begangen hat, die mit einer ein Jahr übersteigenden Freiheitsstrafe bedroht ist und nur deshalb nicht bestraft werden kann, weil er oder sie unter dem Einfluss eines die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Zustandes begangen hat, der auf einer geistigen oder seelischen Abartigkeit von höherem Grad beruht. Nach Abs. 2 ist jene Personengruppe eingeschlossen, die zwar nicht zurechnungsunfähig ist, aber unter dem Einfluss der geistigen

oder seelischen Abartigkeit von höherem Grad eine Tat begangen hat, die mit einem über ein Jahr übersteigenden Freiheitsstrafe bedroht ist. In diesem Fall wird die Unterbringung zugleich mit dem Ausspruch über die Strafe angeordnet (vgl. Doralt 2012, S. 10-11) Die Freiwilligkeit zur psychotherapeutischen Behandlung ist aufgrund der Weisung bei den meisten Patienten/Patientinnen zumindest am Beginn nicht gegeben. Die erste Herausforderung besteht demnach, dass der Patient schließlich einer Behandlung zustimmt, was eine Psychotherapie erst ermöglicht.

3. Falldarstellung

3.1. Diagnostik

Aktenstudium: Im Gerichtsakt von Herrn S. findet sich eine Reihe von Gutachten, klinischen Befunden und Diagnosen aufgrund von psychiatrischen Klinikaufenthalten. Das Sachverständigengutachten vor Beginn der Gefängnisstrafe nennt als Diagnose eine schwere instabile Persönlichkeitsstörung mit progredientem Krankheitsverlauf.

Das gerichtspsychiatrische Gutachten der Sachverständigen vor der bedingten Entlassung fasst die Krankengeschichte und die Diagnosen zusammen, sodass an dieser Stelle darauf zurückgegriffen werden kann. Es beruft sich einerseits auf die eingesehene Krankengeschichte des psychiatrischen Krankenhauses als auch auf die Angaben des Patienten zur psychiatrischen Vorgeschichte. Herr S. hatte insgesamt 30 Voraufnahmen an einer psychiatrischen Klinik, davon 5 teilstationäre. Die Aufnahme erfolgte meist aufgrund von Substanzinfluss oder Alkoholintoxikation. Der Patient wird nach der Ausnüchterung als zurückgezogen und phasenweise parathym beschrieben. Die Aufenthalte wurden durch Entweichen beendet. Am Beginn lautete die Diagnose schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD 10; F32.2) und Borderline Persönlichkeitsstörung (F60.3). Zum Tatzeitpunkt, der Patient wollte sich suizidieren und attackierte die eintreffenden Helfer, wie Notarzt und Rettungssanitäter mit einem Messer, wurde im psychiatrischen Krankenhaus die Diagnose „Tobende Psychose“ gestellt. Er wurde in Polizeibegleitung mit amtsärztlicher Bescheinigung aufgenommen. Herr S. wies Schnittwunden am Arm auf. Während der U-Haft zeigte Herr S. eine depressive Grundstimmung, negierte aber Selbstmordgedanken. Allerdings versuchte er sich kurz darauf am Netzbett zu erhängen. Eine neue Diagnose wird nicht gestellt.

Erhobene Anamnese: Herr S., 34 Jahre, in Berufsunfähigkeitspension, wurde aufgrund von Widerstand gegen die Staatsgewalt und schwerer Körperverletzung verurteilt und zur Psychotherapie an die Forensische Ambulanz überwiesen.

Der Patient wurde im Alter von zwei Monaten in eine Pflegefamilie gegeben. Nach Angabe des Patienten konnte die leibliche Mutter die Versorgung des Kindes nicht übernehmen, da ihre linke Hand gelähmt war. Der Vater besuchte den Sohn alle zwei Wochen und holte ihn während der Weihnachtsfeiertage zu sich.

Herr S. hat an die Situation in der Pflegefamilie nur unklare Erinnerungen. Die Atmosphäre beschreibt er als von Angst geprägt. Mit seiner Ziehschwester habe er sich aber gut verstanden. Diese sei allerdings einmal von ihren „richtigen“ Eltern abgeholt worden, was bei ihm selbst zu einer großen Verzweiflung geführt habe. Herr S. beschreibt sich als ein „schlimmes“ Kind, das in der Schule auffällig gewesen sei. Zweimal habe er in der Schule etwas angezündet. Zur Pflegefamilie besteht kein Kontakt mehr.

Herr S. absolvierte die Studienberechtigungsprüfung und begann ein Philosophiestudium, das er nach ca. zwei Jahren abbrach. Eine engere Beziehung im Alter von 21 Jahren wurde von der Frau beendet. Vorher und nachher habe er nur „flüchtige Beziehungen“ gehabt.

Vor ca. 10 Jahren verlor Herr S. seinen besten Freund durch Suizid, was ihn in eine tiefe Krise stürzte. Damals habe er sich in Psychotherapie begeben, weil es ihm sehr schlecht gegangen sei. Im Laufe dieser Psychotherapie habe er eine Tochter der Pflegefamilie aufgesucht um „etwas zu erfahren“. Diese habe ihm gesagt, dass es den leiblichen Kindern ähnlich ergangen sei, habe aber keine Details benennen können oder wollen. Da er während der Therapie das Gefühl gehabt habe, dass es ihm „zu schnell“ gehe, habe er die Therapie nach einem halben Jahr abgebrochen.

Zur leiblichen Mutter hat der Patient nur sporadisch Kontakt. Die Besuche täten ihm nicht gut.

Differentialdiagnostik: Herr S. erhält im Laufe der Krankengeschichte und der Begutachtungen die Diagnosen instabile Persönlichkeitsstörung, multiple Persönlichkeitsstörung, male Depression und tobende Psychose. An der FORAM wird von der Psychologin die klinisch – psychologische Diagnostik durchgeführt: SPM: IQ 80; FAF Fb.; Ergebnis: nach außen gerichtete Aggressionsbereitschaft ist erhöht, SKID-II: auffällig in den Clustern selbstunsicher (2) 4, dependent (2)5 negativistisch (1) 4, depressiv (4) 5. Im Cluster Borderline ergibt sich ein Wert von 5 (6)Der Rorschachtest wird vom Patienten verweigert.

Aufgrund der interpersonalen Störungstheorie (vgl. Auckenthaler 2012, S. 74) und der Anamnese des Patienten kann auf eine Bindungsstörung geschlossen werden. Herr S. berichtet von massiven Verschlechterungen seines Zustandes nach dem Tod des Freundes, dem Verlust der Ziehschwester, der Trennung von der Freundin und den Besuchen bei der Mutter. Anders als in der Forschung ist die klassifikatorische Diagnostik nach z.B. ICD 10 oder DSM IV für das praktische Handeln in der Psychotherapie wenig hilfreich (vgl. Auckenthaler 2012, S.62). Rogers und Bowlby stellen mit ihren Störungstheorien eine Möglichkeit für die Diagnostik aber auch für die Behandlungsplanung dar. In beiden Theorien werden interpersonale Beziehungen zu einem zentralen Stellenwert für die Entstehung psychischer Störungen und stehen damit in kritischer Distanz zum medizinischen Modell psychischer Störungen und zum Konzept einer linearen Kausalität (vgl. ebd., Rogers 1979, S. 50 u.51; S. 74; Rogers 1987, S. 30f; Bowlby 2005, S. 15).

3.2. Ätiologie - Schulspezifische Zugänge

In deutlicher Abgrenzung zum medizinischen Modell werden psychische Störungen bei Rogers, dem bedeutendsten Vertreter des humanistischen Paradigmas, nicht auf zugrundeliegende Bedingungen, wie organische Ursachen, zurückgeführt, sondern als Ausdruck und Folge von Erfahrungen, die eine Person nicht zulässt oder verzerrt wahrnimmt, um das Selbstbild aufrecht zu erhalten. Rogers bezieht in seine Theorien immer die intra-, und interpersonalen Erfahrungen mit ein (vgl. Auckenthaler 2012, S. 44). Die Entwicklung von frühen Störungen ist die Folge von zu geringem „positive regard“ der Bedürfnisse des Babys, das die Äußerung jedweger affektiver Erfahrung einstellen kann. Die anaklitische Depression des Säuglings kann sogar zum Tode führen (vgl. Biermann-Ratjen 2016, S. 112). In Abhängigkeit vom Verlauf der weiteren Interaktion zwischen Baby und Pflegeperson entwickelt sich das Selbstkonzept, das bei mangelnder Empathiefähigkeit der Pflegeperson ein labiles ist. Personen mit labilem Selbstkonzept erleben Vernichtungsängste bei Verlassenwerden. (vgl. dazu auch ebd., S. 113, vgl. Fischer & Riedesser 1999, S. 40-115).

Im psychoanalytischen Modell, dem auch Bowlby zugerechnet werden kann und auch der Ansatz von Reddemann, wird den frühkindlichen Erfahrung ebenfalls besondere Bedeutung zugemessen. Der bewusste aktuelle Konflikt hat unbewusste Vorläufer in der Vergangenheit (vgl. ebd., S. 44). Das interpersonale Modell stellt sich klar gegen das medizinische Modell. Es ersetzt die lineare Kausalität. Im Mittelpunkt dieses Modells stehen nicht die Individuen, sondern die interpersonalen Beziehungen (vgl. ebd., S. 46). Während in Folge die Familientherapie besonderes Augenmerk auf die Muster von Beziehungen und Interaktionen, sowie auf die Wechselwirkungen zwischen dem Verhalten der Interagierenden lenkt (vgl. ebd. S. 46), soll in diesem Fallbeispiel jedoch das Wissen um die Bedeutung von frühen Bindungserfahrungen nach Bowlby und das Konzept der Abwehr des Organismus auf Bedrohung und dadurch erfolgte Verzerrungen der Erfahrung (Rogers 1987, S. 30f) in die Behandlung mit einbezogen werden. So verweist auch Birgitta Gahleitner in Ihrem Beitrag zur Personenzentrierten Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten auf die Bindungstheorie als Grundlage für eine beziehungsorientierte Psychotherapie (vgl. Gahleitner 2007, S. 93-115).

Die Körperpsychotherapie, die explizit den Körper mit seinen Systemen und Symptomen auf die psychische Erfahrung der Wahrnehmung, des Denkens und des Fühlens reagiert (vgl. Revenstorf 2006; S. V), ist derzeit nicht als eigene Schule in Österreich anerkannt, obwohl im Dachverband der europäischen Psychotherapie als Unterorganisation verortet, hat jedoch auch die Entwicklung der Personenzentrierten Psychotherapie beeinflusst (vgl. Kern, E.; 2014; Korbei, L. 2002, S. 377-389). Obwohl in der Personenzentrierten Psychotherapie besonders auf Gendlins Theorien zurückgegriffen wird (vgl. ebd., S. 377), greift im besonderen Kern auf unterschiedliche körperpsychotherapeutische Ansätze wie von Geißler, Röhrich, Marlock, und Weiss zurück (vgl. Kern, E. 2014, S. 12).

3.2.1. Analyse der Ätiologie

”

Die zunehmende kritische Haltung gegenüber der Einseitigkeit von Therapieschulen hat dazu geführt, dass in letzter Zeit immer mehr integrative oder multifaktorielle Modelle entwickelt wurden, die besonders das Zusammenwirken von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren erklären. Damit stehen sie dem biopsychosozialen Rahmenmodell nahe (vgl. Auckenthaler 2012, S. 78). Kritische Einwände gegenüber diesem Modell besagen, dass das biopsychosoziale Modell Konzepte aus anderen Modellen in das biomedizinische Modell integrieren würden und weiter an das medizinische Denken von Ursache und Wirkung angepasst werden (vgl. ebd., S. 42; Forster 1997, S. 140).

Das humanistische Modell hebt sich dagegen dadurch ab, dass es sich von einer Ursache-Wirkung abgrenzt und in der Metapher vom Menschen als „Pilot seiner selbst“ (ebd., S. 44) gut beschreiben lässt. Der Mensch in der humanistischen Perspektive ist immer ein Erfahrender und Handelnder, der weder nur genetisch, triebgesteuert oder von Umweltbedingungen abhängig ist. Die Bedeutung einer empathischen, wertschätzenden Gegenübers hat bei Rogers einen großen Stellenwert.

In der gegenständlichen Psychotherapie wurde besonders auf die interpersonale Störungstheorie Bezug genommen, in der sich sowohl Rogers als auch Bowlby verorten lassen (vgl. Auckenthaler 2012, S. 74-77).

Die Selbst-Psychologie nach Kohut, die als zentrales Motiv des Menschen die Verwirklichung seiner selbst sieht und dabei die Beziehungserfahrungen in den ersten Lebensjahren entscheidend, rückt diese in die Nähe der Störungstheorie von Rogers (Auckenthaler 2012, S. 71). Insofern wurde dieses Konzept im Verlauf der Psychotherapie in Bezug auf die Entwicklung eines pathologischen Narzissmus mit bedacht.

3.2.2. Indikation, Therapieziel, Therapieplanung

Nach einer festgestellten positiven Entwicklung durch die Gerichtsgutachterin und festgestellter Medikamentencompliance erhält Herr S. die Erlaubnis in einer betreuten Wohnungseinrichtung zu leben. Herr S. berichtet, dass er selbst in der Anhörung vor dem Richter zur angedachten bedingten Entlassung die Weisung zur Psychotherapie vorgeschlagen habe. Die positive Einstellung zur Weisung ist nicht bei vielen Patienten und Patientinnen gegeben. Herr S. war von Anfang an für eine Psychotherapie motiviert, äußerte jedoch große Angst, dass es ihm „wieder zu schnell“ gehen könne, wie beim letzten Therapieversuch.

Behandlungsnotwendigkeit in der Forensik

Die klassifikatorische Diagnostik nach z.B. ICD 10 oder DSM IV ist wichtig, um überhaupt die Krankheitswertigkeit und damit eine Behandlungsnotwendigkeit festzustellen. Im forensischen Bereich muss allerdings noch ein weiterer Aspekt mit bedacht werden. Im § 21.1. und 2 wird ein Zustand geistiger und seelischer Abartigkeit (vgl. Doralt 2012, S.10) bzw.

ein Zurechnungsfähigkeit ausschließender Zustand zum Weisungsgrund. Letzterer ist meist durch Alkoholeinfluss verursacht. Der Begriff „seelische und geistige Abartigkeit“ findet sich in keinem der beiden genannten Diagnoseschema. Für die Forensik wesentlich ist vor allem eine prognostisch orientierte Diagnostik (vgl. Auckenthaler 2012, S. 64), in der es nicht nur um die Abklärung der Therapiemotivation, Ressourcen oder Bewältigungsstile gehen darf, sondern auch um die Frage des Rückfallsrisikos. So sind Prognosen hinsichtlich der Vorhersage eines kriminellen Rückfalls (Einweisungsprognose), der Vorhersage, ob bei dem Betroffenen die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls durch eine Therapie deutlich verringert wird (Behandlungsprognose während der Unterbringung), Vorhersage, ob es während der Lockerung des Strafvollzuges keinen Zwischenfalls gegeben hat (Lockerungsprognose) und der Vorhersage eines Rückfalls nach Entlassung (Entlassungsprognose) zu stellen (vgl. Kastner 2008, S. 30). Wenngleich häufig bei Täter bzw. Täterinnen antisoziale Persönlichkeitsstörungen oder schwere Sexualpathologien diagnostiziert werden, bedeutet dies im Umkehrschluss nicht, dass eine Person mit dieser Diagnose straffällig wird.

Der in dieser Fallstudie beschriebene Patient wurde vorerst als Borderline -Persönlichkeit und später als depressiv diagnostiziert. Reinhard Haller orientiert sich am DSM IV in seiner Untersuchung der Rückfallswahrscheinlichkeit bei den Persönlichkeitsstörungen: Cluster A (paranoid, schizotypisch, schizoid), Cluster B (histrionisch, narzistisch, borderline, antisozial) und Cluster C (selbstunsicher, dependent, zwanghaft). Der Patient Herr S. wurde demnach einmal dem Cluster B, dann wieder dem Cluster A zugeordnet. Während Cluster B nach Haller eine ca. 55% Rückfallswahrscheinlichkeit aufweist, sind es bei Cluster A nur ca. 25%. Nach dem SKID II-Selbstrating (vgl. SKID II Persönlichkeitsstörungen) ergaben sich für Herrn S. höhere Werte im Cluster A/paranoid (5/4), im Cluster B juvenil antisozial (5/3), Borderline (6/5), narzistisch (5/5) und im Cluster C zwanghaft (4/4).

Die psychiatrische Diagnose beim Entlassungsgutachten widerspricht der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vom emotional instabilen Typ, aufgrund des späten Ausbruches schwerwiegender psychiatrischer Auffälligkeiten im Alter von 28 Jahren. Die Gutachterin stellt die Diagnose „male depression“, die sich in Gereiztheit, Aggressivität und delinquenter Strafbilder und Alkohol-, und Substanzmissbrauch äußere. Patienten mit dieser Diagnose seien medikamentös und psychotherapeutisch gut behandelbar (vgl. Gutachten – aus Gründen der Schweigepflicht nicht in der Literatur angeführt). Die hohe Komorbidität der Borderlinestörung mit anderen psychischen Erkrankungen, im gegenständlichen Fall die depressive Erkrankung mit ca. 96 % (vgl. Sendra 2010, S. 14) schließt die bei Herrn S. meist gestellte Diagnose „instabile Persönlichkeitsstörung“ nicht aus. Diese Diagnose wurde auch weiterhin für die mittelgradige Rückfallsgefährdung von Herrn S. herangezogen, die auch der Static 99 zeigte.

Therapieziel

Das Therapieziel im forensischen Kontext ist dann erreicht, wenn die Rückfallsgefährdung zumindest minimiert werden kann. Der HARE PCL-R und der HCR-20 C als Prognoseinstrumente ermöglichen einerseits das rasche Erfassen einer dissozialen

Persönlichkeitsstruktur bzw. Psychopathie bzw. das Erfassen von statistischen Variablen der Vergangenheit (incl. Diagnose einer Persönlichkeitsstörung), der Gegenwart (wie Mangel an Einsicht oder Impulsivität) und Risikovariablen in der Zukunft, wie Stressoren, fehlen von realisierbaren Plänen oder Mangel an Unterstützung (vgl. Hare, R. Version 11, 1994; Müller-Isberner, R., Jöckel, D., Gonzalez Cabeza, S. 1998). Herr S. hatte nach der Risikoeinschätzung der Gutachterin ein durchschnittlich hohes Rückfallsrisiko und beim Diagnostikinventar für Straftäter HARE-PCL-R für das Feststellen von Psychopathie (dem Cluster B vergleichbar) 11 von 40 Punkten.

Das persönliche Therapieziel von Herrn S. war vor allem der Wunsch, dass er um seine Befindlichkeiten besser Bescheid wissen wolle. Er fühle sich oft einfach „schlecht“, wisse nicht warum und woher das komme. Dazu brauche er eine „Bezugsperson, der „ich vertrauen kann“.

Therapieplanung:

Aufgrund der Hypothese einer multiplen Traumatisierung und einer unsicheren Bindung mit labilem Selbstkonzept sollte das Augenmerk während des gesamten Therapieverlaufs auf der stabilen therapeutischen Beziehung liegen. Die personenzentrierte Haltung sollte eine andere Beziehungserfahrung ermöglichen. (vgl. Rogers & Rosenberg, R. 1977, S.192). Im personenzentrierten Konzept wird davon ausgegangen, dass die Selbstentwicklung ein Prozess mit zunehmender Differenzierung ist, die in Phasen verläuft (vgl. Biermann-Ratjen 2016, S. 112). Personen, die von Anfang ihres Lebens an, nicht in ihren Bedürfnissen wahrgenommen worden sind, können Gefühle wie Trauer, als Reaktion auf Verlassensein, häufig nicht in ihr Selbstkonzept integrieren und zeigen ein labiles Selbstkonzept. Vernichtungsängste und Depressionen sind die Folge, wenn sie diese affektiven Erfahrungen nicht abwehren können, vor allem, wenn sich Erfahrungen des Verlassen werdens wiederholen (vgl. ebd. S. 113).

Die angewandte Personenzentrierte Psychotherapie vertraut auf die Selbstaktualisierungskräfte des Menschen, die sich in einer gelingenden Beziehung entfalten können. Wesentlich ist eine gelingende therapeutische Beziehung, in der der Patient auch seine Inkongruenzen bewusst wahrnehmen kann. Akzeptanz des Patienten als Person ist ein wesentlicher Faktor für das Freilegen der Selbstaktualisierungskräfte (vgl. Keil, W. & Stumm, G. 2002).

Thielen (2010) beschreibt die Selbstregulationskonzepte in der Körperpsychotherapie und verweist auf Kurt Goldstein, der nicht nur für die Körperpsychotherapie und die Gestaltherapie befruchtend wirkte, sondern auch auf Carl R. Rogers, bei dem die Selbstaktualisierungstendenz eine herausragende Rolle spielt. „Auch Rogers hat sich wie Perls auf den Gestaltpsychologen bezogen Goldstein und zudem auf holistisch-organismische Konzepte seiner Zeit bezogen“ (Thielen 2010, S. 44).

Da der Patient zwar körperliches Missempfinden wahrnehmen konnte, wie z.B. Druck in der Brust, jedoch eine Zuordnung oder Benennung von Gefühlen nicht möglich war, schien es sinnvoll explizit immer auch die körperorientierte Sichtweise mit einzubeziehen. Die im gegenständlichen Fall angewandte körperpsychotherapeutische Methode, stützt sich unter

anderem auf die neueren Theorien zur Bedeutung von Emotionen. Mentale Prozesse werden über Emotionen vermittelt, die ihrerseits über Gedanken und somatische Signale erfahrbar werden. Damasio (1997) sieht aus neurowissenschaftlicher Sicht Emotionen als Veränderungen von Körperzuständen an. Dieser Theorie zufolge ist die Wahrnehmung von Gefühlen an die Fähigkeit zur körperlichen Selbstwahrnehmung gebunden. Wenn Gefühle nicht wahrgenommen werden können und nur physiologische Reaktionen auftreten, steigt das Risiko für körperliche Erkrankungen, weil die Steuerungsmöglichkeit für die emotionalen Prozesse erniedrigt wird. Die Einstimmung auf das Erleben des Klienten, der Klientin ist auch in der Körperpsychotherapie ein wesentlicher Wirkfaktor (vgl. Morgan, M. 2006, S. 231).

PITT, als ein Konzept zur spezifischen Behandlung von multiplen Traumen (vgl. Reddemann, L. 2013/14), soll den Patienten befähigen sich selbstgesteuert mit Gefühlen zu assoziieren oder zu dissoziieren. Diese Kenntnisse schienen besonders zur Stabilisierung des Patienten hilfreich zu sein.

3.2.3. Behandlung und Behandlungsverlauf

Beginn der Therapie: Herr S. erhält nach festgestellter positiver Entwicklung während der Haft durch Gerichtsgutachter und festgestellter Medikamentencompliance die Erlaubnis in betreuter Wohngemeinschaft zu leben und erhält die Weisung zur Psychotherapie. Medikation bei Therapiebeginn: Nipolept, Efectin, Dominal, Pantoloc. Der Beginn der Therapie ist immer wieder von Zwischenfällen in der Einrichtung begleitet, in der der Patient lebt. Er fühlt sich unverstanden und gegängelt. Mit einer Betreuungsperson gelingt es anfangs eine gute Beziehung aufzubauen, die dann durch die Ungeduld der Betreuerin (so deren Sichtweise!) beeinträchtigt wird. Schließlich kommt es zu einem Wohnungswechsel in eine andere Betreuungseinrichtung. In der Therapie konnte ein Therapieabbruch gerade noch verhindert werden.

Nach zwei Jahren kam es zu einer Wende in der Befindlichkeit des Patienten. Die Zeit davor wurde besonders zur Entwicklung einer tragfähigen, sicheren therapeutischen Beziehung genutzt, die besonders bei Menschen mit vermuteter Traumatisierung und Bindungsstörung von Bedeutung ist. Der Patient hatte wöchentliche Termine, immer zur selben Zeit, Urlaube der Therapeutin wurden rechtzeitig kommuniziert und ein Notfallplan für Krisen in Zeiten der Abwesenheit der Therapeutin gemeinsam mit dem Patienten erarbeitet. Der Beinahe-Therapie-Abbruch war ein wichtiges Thema der Psychotherapie.

Angenommen sein – so wie ich bin

Nachdem genug Vertrauen aufgebaut war, konnte Herr S. immer mehr mit seinen echten Gefühlen in Kontakt treten. Er konnte auch durch das Wahrnehmen seiner Körperempfindungen und der Bewegungsimpulse Kontakt zu kongruenten Gefühlen aufnehmen und diese benennen. Da Symptome und subjektives Befinden in dieser Therapiephase auch immer wieder schwer erträglich sind, war diese Phase eine

Herausforderung an den Patient und die Therapeutin. In dieser Phase waren die Gefühle von (Vernichtungs-) Angst bei Herrn S. besonders quälend.

Das Knäuel sehen und lösen

Nach vielen „Auf und Abs“ im Prozess, in denen Herr S. auch immer wieder zum Alkohol griff, hatte der Patient ein einschneidendes Erlebnis mit einem alkoholisierten Mitbewohner, der ihm eine Ohrfeige gab. Die Folge war, dass Herr S. die folgende Therapiestunde krankheitshalber absagte. In der nächsten Einheit begleitete ihn der Satz: „Es hört niemals auf“. Nach der Weihnachtspause von 14 Tagen berichtete der Patient von einem massiven Absturz. Er hatte massive Schlafstörungen mit tlw. 48 Stunden Wachphasen, Angst verrückt zu werden und schließlich eine Erinnerung an eine Kindheitsszene im Haus der Pflegeeltern, in der er gedemütigt worden war und für längere Zeit „allein“ war. Später bezeichnete er diesen „flash back“ als „Ventil für ein verstopftes Rohr“ das nun „sauber gemacht“ werden könne.

In dieser Phase arbeitete Herr S. nach PITT mit dem verletzten kindlichen Ich im Alter von drei Jahren. Diese Arbeit ist nur möglich, wenn ein bereits ein einigermaßen stabiles erwachsenes Ich gegeben ist. Die Möglichkeit zu assoziieren und zu dissoziieren war in weniger schwierigen Situationen mit Herrn S. erarbeitet worden. Wichtig bei dieser Arbeit ist, das jüngere Ich aus der belastenden Szene herauszuholen. Die erwachsene Person versichert dem jüngeren Ich, dass es um seinen Schmerz weiß und es versteht, d.h. sie zeigt Mitgefühl. Die bereits erlernte Fähigkeit bewusst zu dissoziieren half Herrn S. während der Weihnachtstage mit der Situation besser umzugehen.

Das Bild vom verstopften Rohr wurde von Herrn S. ebenfalls weiter verfolgt. Herr S. übernahm in der Therapie vermehrt die Verantwortung über das Thema der Therapieeinheit. Während Herr S. sich das verstopfte Rohr vorstellte, konnte er zum ersten Mal seine Wut spüren und benennen. Diese Wut war nun nicht explosionsartig sich entladend, wie in der Situation, die zur Tat geführt hatte, sondern eher nur am Beginn der Imagination für ihn spürbar. Je mehr sich das Bild veränderte und die Verstopfung im imaginierten Bild gelöst wurde, spürte Herr S. ein Gefühl der Trauer, welches er in dieser Therapieeinheit noch nicht zulassen wollte.

Ende Jänner berichtete Herr S. zum ersten Mal, dass er ein Gefühl von Zufriedenheit empfunden habe und seine Stimmung besser sei. Die Schlaftabletten habe er wieder abgesetzt, da er sie nicht vertragen habe.

In der folgenden Zeit erinnerte Herr S. vermehrt Träume, die von Körpererlebnissen begleitet sind und es gelang ihm immer mehr klare Worte für seine Erlebnisse in der Kindheit zu finden.

Bedingungsfreie Akzeptanz, die körperliche Ebene mit einbeziehend, ermöglichte es Herrn S. eigene innere Zustände und Erfahrungen immer besser wahrzunehmen und nicht bewertend annehmen zu können. Im Gegensatz zu einer ausdrucksorientierten Arbeit der Körperpsychotherapie ist dieser Zugang zwar weniger spektakulär, aber besonders bei

Patienten bzw. Patientinnen, die ihren Körper oft sehr abwerten, wie bei PTBS oder bei Borderline-Störungen, hilfreich. (vgl. Kern 2014, S.90).

Das Selbstkonzept ein schlimmes Kind gewesen zu sein, wie er es von der Pflegemutter immer gehört hatte, das keine gute Behandlung verdient hätte, veränderte sich in Richtung: „ich war ein eher schüchternes Kind, getraute mich nicht offen zu wehren“. Andererseits „konnte ich mit meiner Wut nicht anders umgehen, als z.B. etwas anzuzünden“.

Während am Beginn der Psychotherapie wenige Erinnerungen an die Kindheit vorhanden waren, lüftete sich ein „grauer Schleier“, wie es der Patient beschrieb. Da es in dieser Zeit auch zu Überschwemmung von Gefühlsinhalten kommen könnte, die der Patient nicht integrieren kann, sondern abspalten müsste, wurde PITT als hilfreiche Möglichkeit der bewussten Assoziation und Dissoziation immer wieder eingesetzt.

Leben im sozialen Gefüge

Herr S. lebte zum Zeitpunkt der Therapie in einer betreuten Einrichtung. Besonders im Zusammenleben mit anderen zeigte sich die Schwierigkeit für Herrn S. Grenzverletzungen zu begegnen. Die Ohrfeige, die zu einer Krise geführt hatte aktivierte wieder die alte Hilflosigkeit von Herrn S. in Gewaltsituationen und das Gefühl der Demütigung, welche Herr S. anfangs jedoch nicht benennen konnte. Basierend auf der Schematheorie (vgl. Kern 2014, S. 68-70) und in Folge der Empfindungs-, und Bewegungsebene eines maladaptiven Schemas (vgl. Downing 2007, S. 113; Kern 2014, S. 25, 39, 46) wurde Herr S. von starken Affekten überflutet. Diese führten zu diffusen Gefühlen der Bedrohung sowie zu körperlichen Reaktionen (vgl. Sendera 2010, S. 120).

Ein wesentliches Ziel in der Therapie war nun, dass es Herrn S. zunehmend möglich wurde, jede Grenzverletzung rechtzeitig wahrzunehmen und zu benennen. Die Erfahrungen in der Kindheit, aus der die maladaptiven Schemata resultieren, beziehen sich vor allem auf wenig förderliche Beziehungserfahrungen zu anderen Menschen. Sie sind umfassende Muster und das Resultat unerfüllter zentraler emotionaler Bedürfnisse. Diese bewirken, dass die Umwelt und Interaktionen so wahrgenommen werden, dass sie in das jeweilige Schema passen, d.h. dass das Schema immer wieder bestätigt wird. Sobald sie aktiviert werden, sind sie mit extremen Affekten verbunden. Es kommt durch Fehlinterpretationen zu schemakonformen Missverständnissen und zu einer verzerrten Wahrnehmung. Im Laufe der Zeit entwickeln sich bedingungslose Überzeugungen über die eigenen Person und die Welt. Frühe maladaptive Schemata stellen quasi die Wahrheit dar, die vertraut ist, dem Selbstkonzept entspricht und dadurch schwer veränderbar ist (vgl. Sendera 2010, S. 123). Herr S. meinte, nach dieser Ohrfeige, „es hört nie auf“. In diesem kurzen Satz drückt sich einerseits die Überzeugung aus, dass es keine Veränderung gibt und andererseits die tiefe Verzweiflung eines kleinen Kindes, das noch kein Zeitgefühl hat.

Die Arbeit mit Schemata, die sich verbal auch in sog. Glaubenssätzen manifestieren (vgl. Satir, V. 1996) muss in einen langen therapeutischen Prozess eingebettet sein (vgl. Dahm-Mory, C. 2013, S.106). Ein weiteres gutes Modell für die Integration körperorientierten Arbeitens stellt der schematherapeutische Ansatz von Young dar: die Arbeit mit dem Körper bietet einen unmittelbaren Zugang zu ansonsten schlecht oder nicht erinnerten kognitiv-

emotionalen Zuständen, sowie die Möglichkeit auch körperlich alternative Lernerfahrungen anzubieten und zu verankern (vgl. Langlotz-Weis 2013, S.197). Young beachtet in seinem Vorgehen besonders die Risiken der körperorientierten Psychotherapie in den Bereichen Retraumatisierung, missbräuchliche Berührung, Zerstörung der Verteidigungshaltung sowie unangemessene oder maligne Regression (vgl. Young 2006, S. 617).

3.3. Forschungsbasierte Bewertung (nach Evidenzgüte nach Chambless)

3.3.1. Wirksamkeit der Behandlung

Die Wirksamkeit der einzelnen angewandten Methoden ist hinreichend bewiesen (vgl. Rogers 1997, S. 390-400). Hilfreich ist z.B. die von Rogers angeführte Untersuchung von Bergmann im Jahre 1950, wie sich die Methode, die Technik des Therapeuten zur Reaktion des Patienten verhält (vgl. Rogers 1979, S. 250). Bergmann schloss, dass Selbsterforschung und Einsicht, beides positive Aspekte des therapeutischen Prozesses, primär durch Reaktionen gefördert werden, die „Reflexionen und Empfindungen“ darstellen, während evaluative, interpretative und strukturierende Antworten Reaktionen begünstigten, die negativ für den therapeutischen Prozess sind. (vgl. ebd., S. 252).

Der Körperpsychotherapeutische Ansatz im Handbuch von Marlock und Weiss zusammengefasst, greift zurück auf die US-amerikanische Wirksamkeitsstudie 2005 von May. Aufgrund strenger gefasster Kriterien hat Röhricht in einem Überblick über den Stand der Dinge im Feld der Körperpsychotherapie 2009 die bislang vorliegenden Wirksamkeitsstudien zusammengefasst. In dem Überblick von Röhricht werden insgesamt 33 Wirksamkeitsstudien angeführt, von denen sich zwei auf die Konzentrierte Bewegungstherapie und sieben auf die Tanztherapie beziehen, die beide nicht zur in diesem Fallbeispiel angewandten Methode zählen. Einen Mangel stellt dar, dass Röhricht die Studien zwar nennt, aber nicht näher darstellt. In einer neuen Studie zeigen Levy Berg, Sandell und Sandahl 2009 die Wirksamkeit einer affektfokussierenden Körperpsychotherapie bei Patienten mit einer generalisierten Angststörung. Die Forscher verglichen die Anwendung einer körperpsychotherapeutischen Behandlung mit anderen, meist psychotherapeutischen Behandlungen, so dass in dieser Studie mit einer hohen Plausibilität die spezifischen Effekt des körperpsychotherapeutischen Vorgehens erfasst wurden. Weitere Studien zeigen eine Wirksamkeit von Körperpsychotherapie bei Essstörungen und bei der Behandlung der Folgen von sexuellem Missbrauch, die ebenfalls bei Röhricht erwähnt werden (vgl. Geuter 2016.).

Reddemann, Lampe, Mitmansgruber, Gast & Schüssler führten eine Untersuchung durch, bei der 84 Patienten mit PTSD, Depression, Dissoziation Angst und Somatisierung mit einer Gruppe von 43 Patienten auf der Warteliste verglichen wurden. Die Behandlung mit PITT wurde sechs Wochen lang durchgeführt mit einem Beobachtungszeitraum von sechs Monaten. PITT wurde als effektive Methode bei traumatisierten Patienten ausgewiesen, die einen Anstoß zur Veränderung gegeben hatte (vgl. Lampe et.al. 2008).

Obwohl alle drei Methoden Wirksamkeitsstudien nachweisen können, ist noch nicht bewiesen, dass eine gemeinsame Anwendung ebenso wirksam ist. Einen wesentlichen Beitrag zu Diskussion zu Methodenkombination und Methodenintegration findet sich in „Techniken

der Psychotherapie“ von Senf, Broda und Wilms (vgl. Senf, Broda, Wilms 2013; vgl. dazu auch Auckenthaler 2012, S. 179-184).

3.3.2 Prognostische Reflexion und Begründung

In der gegenständlichen Psychotherapie wurde im Sinne einer kontextuellen Psychotherapie auf Konzepte der Personenzentrierten Psychotherapie, der Körperpsychotherapie und des PITT zurückgegriffen. Der Kontext der vertrauensvollen Beziehung war Leitkonzept. Die Überzeugung der behandelnden Psychotherapeutin, dass es möglich ist, auch mit schwierigem anamnestischen Hintergrund eine positive Veränderung in Richtung selbstbestimmtem Leben zu erlangen, und nicht so sehr eine bestimmte Behandlung nach einer Methode (vgl. Auckenthaler 2012, S. 183), ist quasi der „Mythos“ der Behandlung nach dem kontextuellen Modell (vgl. ebd.)

Da es in der Forensik um Reduzierung des Rückfallsrisikos geht, wurde in der Selbstreflexion immer auf die Items des HCR-20 geachtet, wie das Fehlen von realisierbaren Plänen für die Zukunft, destabilisierenden Einflüsse, Mangel an Unterstützung oder Stressoren. Die Variablen der Vergangenheit nach dem HCR-20, die für die Psychotherapie relevant sind, wie Persönlichkeitsstörungen oder Substanzmissbrauch waren von Anfang an Thema des therapeutischen Prozesses.

Aufgrund der Psychotherapie konnte in der Dimension C nach HCR-20, klinische Variablen zur Gegenwart der Score von 8/10 auf 2/10 reduziert werden. Die Dimension Risikovariablen der Zukunft von 9/10 auf 3/10.

3.3.3. Konzeptdiskussion

Während in einer „Methoden“- oder „ansatzübergreifenden Psychotherapie versucht wird die Grenzen der einzelnen psychotherapeutischen Methoden und Verfahren zu überwinden, um den Klienten bestmögliche Bedingungen für psychotherapeutische Veränderungen zu bieten (vgl. Auckenthaler 2012, S. 179; Kern 2014, S.11-14) oder eine Kombination von Methoden und Techniken versucht wird (vgl. Auckenthaler 2012, S. 179), soll das hier gewählte Konzept in Richtung Überwindung der Einseitigkeit einzelner Verfahren weitergedacht werden.

An dieser Stelle soll auf die Idee einer allgemeinen Psychotherapie, die theoretisch fundiert ist, aber nicht durch eine bestimmte Theorie definiert ist, (Grawe 1997, S. 154) verwiesen werden. Zwei Metaanalysen (Grawe et al 1994; Orlinsky, Grawe & Parks 1994) identifizierten vier Wirkprinzipien von Psychotherapie, die empirisch gut belegt sind: Ressourcenaktivierung, Problemaktivierung, Problembewältigung und motivationale Klärung (vgl. Auckenthaler 2012, S. 182). Erst in späteren Darstellungen ergänzte Grawe das Wirkprinzip der therapeutischen Beziehung (Grawe 2005).

Das konzeptuelle Modell betont dagegen, dass Psychotherapie nicht deshalb wirkt, weil der Therapeut dafür sorgt, dass möglichst viele Wirkfaktoren zum Tragen kommen. Entscheidend ist, welche Bedeutung Therapeut und Klient der Psychotherapie geben. Wichtig ist das Setting, in dem der Klient davon ausgeht, dass der Therapeut ihm helfen kann und wird, ein Mythos bzw. eine plausible Erklärung für die Symptome des Patienten und die angewandte Methode. Dieser Erklärungsansatz muss nicht unbedingt „wahr“ sein. (vgl. Auckenthaler 2012, S. 183). Das Modell lässt Platz für unterschiedliche Menschenbilder und unterschiedliche Annahmen zur Entstehung von psychischen Krankheiten. (vgl. ebd.). Dieses Modell lässt zu, dass sich ein und derselbe Therapeut mehrere Ansätze überzeugend findet, je nachdem in welchem Stadium der Ausbildung oder in seiner persönlichen Entwicklung er sich befindet. (vgl. ebd.).

Dieses Modell fordert jedoch dadurch gerade den Einzelnen heraus, seine Annahmen kritisch zu prüfen, um nicht die wissenschaftliche Basis zu verlassen und in eine esoterische Behandlung abzugleiten.

Das konzeptuelle Modell bietet auch die Möglichkeit mit Personen mit verschiedenen Problemen unterschiedlich zu arbeiten (vgl. ebd.). Welche Annahmen dann jeweils grundgelegt werden, um nicht in die Beliebigkeit gehen, müsste dann jeweils ausgewiesen fundiert ausgewiesen werden. Eine Möglichkeit weiterzudenken wäre der Ansatz der Bedeutungsbildung nach Kegan (1986), der die Behandlung an die Persönlichkeitsentwicklung rückbinden könnte.

4. Abschließende Diskussion

4.1. Gesamtbewertung der Intervention

Die konkret eingesetzte Intervention in einer krisenhaften Situation der Psychotherapie, in der der Patient einerseits massive Gefühle der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit erlebte und andererseits eine weit zurückliegende Situation aus der Kindheit erinnerte, war die Psychodynamische Imaginative Traumatherapie nach Reddemann. Sie ist konzipiert für die Behandlung von Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen, wie bei Herrn S. aufgrund der Anamnese angenommen wurde. Mit der Intervention den „verletzten“ Anteil in Sicherheit zu bringen, erlebte der Patient einerseits Selbstkompetenz im Sinne, dass es ihm möglich war, die Situation selbst zu verändern, eingebettet in stabile therapeutische Beziehung.

Die Intervention sollte jedenfalls Teil des Therapie-Prozesses sein, in dem der Patient Stabilisierung erlangen soll (Begriff aus der Psychotraumatologie), bzw. Ich-Stärkung (Begriff des psychodynamischen Ansatzes) Selbstmanagement (Begriff aus der Verhaltenstherapie) (vgl. Reddemann 2013/14, S.23) oder Selbsturheberschaft (Begriff aus der Personenzentrierte Psychotherapie) (vgl. Kern 2014, S.146).

4.2. Fachliche Herausforderung

Im kontextuellen Modell von Psychotherapie müssen jedenfalls die Grenzen der Verbindung verschiedener Ansätze gesehen und berücksichtigt werden. Ein Einwand ist, dass nicht

beliebig zwischen verschiedenen Ansätzen gewechselt werden kann (vgl. Auckenthaler 2012, S. 184). Der Vorwurf der Beliebigkeit ist jedenfalls ernst zu nehmen. Eine Möglichkeit einer reflektierten Anwendung könnte eine Rückbesinnung auf die empirisch gesicherten Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie sein (z.B. Oerter & Montada).

PITT bezieht sich auf das Konzept der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit i.S. einer peritraumatischen Dissoziation nach Nijenhuis und Myers. Dabei wird eine Aufspaltung der Persönlichkeit in einen anscheinend normalen Persönlichkeitsanteil, einen emotionalen Persönlichkeitsanteil („verletzter Anteil“ – nach Reddemann 2014), einen zweiten emotionalen Persönlichkeitsanteil („verletzender Anteil“ – nach Reddemann), sowie der Verstärkung des beobachtenden Teils während des Traumas hypothetisch angenommen.

Diese Aufspaltung in verschiedenen Persönlichkeitsanteile, die bei den meisten Patienten jedoch durch Gedächtnis, Wahrnehmung und Identität noch verbunden sind, stellt ein gutes Arbeitsmodell dar. Eine theoretische Verbindung bietet der Ansatz Kegans, in seinem Konzept der „Entwicklungsstufen des Selbst“. Robert Kegan schuf mit „Entwicklungsstufen des Selbst“ eine Entwicklungstheorie, die uns erlaubt, die Phasen des Wachstumsprozesses besser zu erkennen – und die Chancen, die sich daraus ergeben. Im Zentrum steht die Frage, wie der Mensch Bedeutung bildet. (vgl. Kegan 1994)

Die Herausforderung an die Psychotherapeutin war, dass sie versuchte den jeweils in einer bestimmten Situation leitenden Persönlichkeitsanteil und dessen Alter mit dem Patienten zu bestimmen bzw. zu errahnen. Hilfreich war dabei das Beachten der Reflexionsfähigkeit des Patienten für eine bestimmte Situation bzw. der Verantwortungsübernahme für ein bestimmtes Handeln (im Sinne des erwachsenen Ich-Anteils) und die Qualität der Emotion (z.B. starke, nicht bezähmbare Wut – Stufe des impulsiven Selbst nach Kegan 1996, S.179-213).

4.3. Positive und negative Aspekte der Intervention – Selbstkritik

Die Intervention nach PITT, die im Laufe der Therapie bereits in weniger kritischen Phasen erarbeitet worden war, ermöglichte es dem Patienten mit der belastenden Erinnerung im Alter von 4 Jahren erfolgreich umzugehen. PITT als Methode neben einer Personenzentrierten Haltung und einen Körperorientierten Zugang einzusetzen ist damit mitten in der gegenwärtigen Diskussion der Psychotherapieforschung für die Behandlung von Posttraumatischen Störungen (vgl. Reddemann 2016). Reddemann argumentiert, dass es nicht zulässig sei, nur solche Therapiemethoden als brauchbar gelten zu lassen, die mit dem Prinzip massiver Erregung arbeiten. „Wir benötigen auch Angebote, die Zeit lassen und in kleine Schritten voranschreiten“. Aufgrund der Überzeugung, dass es in der Traumabehandlung nicht sinnvoll sein kann, zusätzlichen Stress zu verursachen, wurden andere Methoden zur Traumabehandlung in der gegenständlichen Psychotherapie nicht angewandt, was als Vorurteil anderen Methoden gegenüber ausgelegt werden könnte. Reddemann fordert die Einbettung ihres Konzepts in ein psychodynamisches Gesamtkonzept. Dies wurde aufgrund

der Ausbildung der Therapeutin in einer humanistischen Psychotherapiemethode im e. S. nicht befolgt. Ob und welche Auswirkungen dies auf den Gesamtprozess hat, wäre zu untersuchen.

Beeindruckende Phasen

In der gegenständlichen Psychotherapie war besonders auffallend, wie es Herrn S. anfangs schwer fiel Vertrauen zu fassen. Aufgrund der Anamnese hatte er bis dato wenig gelingende Beziehungserfahrungen und Stabilität. Besonders das Gefühl „nicht richtig“ oder „anders als alle anderen“ zu sein, begleitete ihn lange.

Als forensischer Patient war er dahingehend untypisch, da er bereits am Beginn der Therapie genau definierte, was er gerne erreichen wollte, d.h. er war bereits am Beginn der Therapie motiviert. (Die Therapiemotivation muss bei vielen forensischen Patienten erst durch einen langen „Vertrauensprozess“ erarbeitet werden).

Es brauchte ca. zwei Jahre des Aufbaus von Vertrauen, in dem der Patient zunehmend verinnerlichte, dass die Wertschätzung seiner Person nicht an sein Verhalten gebunden war, bis es ihm möglich war, sich den blockierten Anteilen seiner Emotionen zuzuwenden. Aber auch die Herausforderung der Therapeutin an die Selbstaktualisierungskräfte des Patienten war immer wieder auf eine harte Probe gestellt. Immer wieder kam es zu Konflikten nach Alkoholabusus in der Wohngemeinschaft oder Protest gegen Regeln durch Betreuer, weil Herr S. sich nicht verstanden fühlte.

Kritisch war die Phase um Weihnachten, die hier beschrieben ist. Da es Herrn S. durch die Erinnerung „sehr schlecht“ ging, hätte er auch leicht in sein altes Verhalten von Rückzug und Selbstschädigung zurückfallen können. Nachträglich gesehen, hätte ein besserer Notfallsplan für die Ferien erarbeitet werden müssen. Doch Herr S. scheint zu dieser Zeit bereits genug Sicherheit in der therapeutischen Beziehung gehabt zu haben, sodass er diese Krise gut meistern konnte.

Am Ende der Therapie wurde immer mehr der Blick in die Zukunft für den Patienten wichtig. Das Wissen, selbstbestimmt handeln zu dürfen und zu können, aber auch die Konsequenzen für das Handeln auszuhalten, war Thema dieser Therapiephase.

Literatur

- Auckenthaler, A. (2012): Kurzlehrbuch Klinische Psychologie und Psychotherapie. Grundlagen, Praxis, Kontext. Stuttgart: Thieme.
- Arbeitsgemeinschaft Personenzentrierte Gesprächsführung (Hg.) (1984): Persönlichkeitsentwicklung durch Begegnung. Das personenzentrierte Konzept in Psychotherapie, Erziehung und Wissenschaft. Wien: ÖBV.
- Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie (1998): Arbeit mit Gewalttätern. Internationale Modelle in der Täterarbeit. Wien.
- Biermann-Ratjen, E.- M. & Eckert, J. & Schwartz, H.-J. (2016): Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Doralt, W. (Hrsg.) 2012: Kodex des österreichischen Rechts. Strafrecht. Wien: Lexis Nexis.
- EABP. <http://www.eabp.org/>. Zugriff 3.4.2016.
- Fischer, G.& Riedesser, P.(1999): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Reinhardt.
- Gahleitner, B. (2007): Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Haller (<http://search.salzburg.com/display/41-582738019052006>; Zugriff: 25.5.2014; und unveröffentlichtes Manuskript zum Vortrag an der FORAM 2010).
- Hare, R. Version 11, 1994; Müller-Isberner, R., Jöckel, D., Gonzalez Cabeza,: Die Vorhersage von Gewalttaten mit dem HCR 20, Version 2-D1; Institute für Forensische Psychiatrie Haina, 1998. Deutsche Version von Webster, Ch. D., Douglas, K.S.; Eaves, D., Hart, S.D.: HCR-20. Assessing Risk for Violence. Version 2. Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University, Burnaby, B.C.; Canada, 1997.
- Jakobi, F., Wittchen, H.-U.(2005): „Diagnoseträger“ und Patienten. Zur Epidemiologie behandelter und unbehandelter psychischer Störungen in Deutschland. In: Kosfelder, J., Michalak, J., Vocks, S., Willutzki, U. (Hrsg.) (2005): Fortschritte der Psychotherapieforschung. Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe, S. 25-37.
- Kastner, A (2008): Kriminologie und Prognosestellung. Linz: Akademie für Gesundheitsberufe.
- Kegan, R. (1986): Die Entwicklungsstufen des Selbst. Fortschritte und Krisen im menschlichen Leben. München: Kindt.
- Keil, W. & Stumm, G. (2002): Die vielen Gesichter der personenzentrierten Psychotherapie. New York: Springer
- Kern, E (2014): Personenzentrierte Körperpsychotherapie. München, Basel: Reinhardt

Korbei, L. (2002): Zur Einbeziehung des Körpers in die Klientenzentrierte/Personenzentrierte Psychotherapie. In: Keil, W. & Stumm, G. (2002): Die vielen gesichter der personzentrierten psychotherapie. New York: Springer; S. 377-389.

Kosfelder, J., Michalak, J., Vocks, S., Willutzki, U. (Hrsg.) (2005): Fortschritte der Psychotherapieforschung. Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe.

Lampe, A., Mitmansgruber, H., Gast, U.; Schüssler, G., Reddemann L. (2008): Neuropsychiatrie. H 22(3): 189-197.

Marlock, G. & Weiss, H. (2006): Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart- New York: Schattauer.

Michalak, J., Grosse Holforth, M, Veith, A. (2005): Wo soll s denn nun eigentlich hingehen? Die Zielperspektive in der Psychotherapie. In: Kosfelder, J., Michalak, J., Vocks, S.,

Morgan, M. (2006): Das Körperunbewusste und die Neurowissenschaft. In: Marlock, G. & Weiss, H. (2006): Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart- New York: Schattauer, S.231-245.

Rogers, C.R. (1997): Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart: Klett-Cotta.

Oerter, R.& Montada. L. (Hrsg.) (2002): Entwicklungspsychologie. Lehrbuch. Weinheim: Beltz.

Röhrich, F. (2009): Körperpsychotherapie. Der körperbezogene Ansatz im neueren wissenschaftlichen Diskurs der Psychotherapie. Psychotherapiejournal, 5, H.2, 116-133 & H. 3, 258-264.

Satir, V. (1996): Kommunikation, Selbstwert, Kongruenz. Konzepte und Perspektiven familientherapeutischer Praxis. Paderborn: Jungfermann.

Schindler, L. (1991): Die empirische Analyse der therapeutischen Beziehung. Berlin: Springer

Senf, W., Broda, M., Wilms, B. (2013): Techniken der Psychotherapie. Ein methodenübergreifendes Kompendium. Stuttgart: Thieme.

Thielen, M. (2010): Selbstregulationskonzepte in der Körperpsychotherapie. In: Thielen, M. (2010)(Hg.): Körper-Gefühl-Denken. Körperpsychotherapie und Selbstregulation. Gießen: Psychosozial Verlag.

Webster, Ch. D., Douglas, K.S.; Eaves, D., Hart, S.D.: HCR-20. Assessing Risk for Violence. Version 2 (1997): Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University, Burnaby, B.C.; Canada.

Weiss H. & Marlock, G.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart-New York: Schattauer.

Willutzki, U., Koban, Ch., Neumann, B.: (2005): Zur Diagnostik von Ressourcen. In: Kosfelder, J., Michalak, J., Vocks, S., Willutzki, U. (Hrsg.) (2005): Fortschritte der Psychotherapieforschung. Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe, S. 37-54 und S.54-88.

Young, C. (2006): Körperpsychotherapie und ihre Risiken. In: Weiss H. & Marlock, G.: Handbuch der Körperpsychotherapie. Stuttgart-New York: Schattauer.