

**Der Einsatz des Psychodramas zur
Förderung aktiver
Krankheitsbewältigung in der
Einzeltherapie mit krebserkrankten
jungen Erwachsenen im Rahmen
stationärer Rehabilitation**

Abschlussarbeit der Ausbildung zum
Psychodramatherapeuten

Eingereicht im Institut ISI / Hamburg

von

Henning Ross

Freiburg / Oktober 2019

Inhalt

| | |
|--|----|
| 1. Einleitung | 2 |
| 2. Junge Erwachsene und Krebs | 6 |
| 2.1 Medizinische und soziodemographische Aspekte | 6 |
| 2.2 Psychosoziale Belastungen..... | 6 |
| 2.3 Krebs und Coping..... | 10 |
| 2.4 Stationäre Rehabilitation in der Rehaklinik Katharinenhöhe..... | 13 |
| 3. Psychodramatherapie in der Psychoonkologie | 18 |
| 4. Psychodramatherapie in der Einzeltherapie | 23 |
| 5. Ausgewählte Psychodramamethoden und Fallbeispiele | 26 |
| 5.1 Rahmenbedingungen und Patientenmerkmale | 26 |
| 5.2 Methodische Erläuterung des praktischen Vorgehens in den Fallbeispielen | 27 |
| 5.3 Fallbeispiele | 33 |
| 5.3.1 Fallbeispiel 1: „Alles zu viel“ | 33 |
| 5.3.2 Fallbeispiel 2: „Stärken aktivieren“ | 37 |
| 5.3.3 Fallbeispiel 3: „In Bewegung kommen“ | 40 |
| 5.3.4 Fallbeispiel 4: „Die Angst anschauen macht sie kleiner“ | 43 |
| 5.3.5 Fallbeispiel 5: „Ich bin nicht allein“ | 45 |
| 5.3.6 Fallbeispiel 6: „Der verlorene Freund“ | 47 |
| 5.3.7 Fallbeispiel 7: „Ein Tiger an meiner Seite“ | 49 |
| 6. Zusammenfassung der Fallbeispiele im Hinblick auf die Förderung von Krankheitsbewältigung..... | 53 |
| 7. Schlussbetrachtung..... | 57 |
| Literatur | 60 |

1. Einleitung

In dieser Arbeit wird die Anwendung des Psychodramas im Einzelsetting zur Förderung aktiver Krankheitsbewältigung im Rahmen einer stationären Reha mit krebserkrankten jungen Erwachsenen vorgestellt.

Seit über 15 Jahren arbeite ich als Psychologin in einer onkologischen Rehaklinik mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die an Krebs erkrankt sind. Patientenbezogene Schwerpunkte meiner Tätigkeit bilden Einzel- und Gruppengespräche sowie neuropsychologische Testdiagnostik, Therapie und Beratung, dabei insbesondere von Hirntumorpatient*innen. Für diesen weiteren Arbeitsbereich bin ich zusätzlich als Klinische Neuropsychologin ausgebildet. In unserem psychosozialen Betreuungskonzept ist die Rolle der Psycholog*innen derart definiert, dass sie auch freizeitbezogene und gruppenpädagogische Tätigkeitsanteile beinhaltet. Ich begegne den Patient*innen also nicht nur in den psychologischen Gesprächen, sondern auch außerhalb, in Spiel- und Gruppensituationen, pädagogisch, informell und gruppenleitend, wodurch sehr schnell ein enger und vertrauensvollen Kontakt entsteht.

Für die psychologischen Einzelgespräche, die ich führe, dient mir meine bisherige Psychodrama-Ausbildung als methodische Orientierung. In der Regel erhalten Patient*innen, die zur Reha in die Klinik Katharinenhöhe kommen, während einer vierwöchigen Maßnahme vier bis acht Einzelgespräche. Es sind keine Psychotherapiegespräche im engeren Sinne, da die meisten Patient*innen keine psychische Erkrankung oder Komorbidität vorweisen. Gleichzeitig besteht bei vielen ein hoher Leidensdruck mit zum Teil starken Ängsten und enormen Anpassungsanforderungen im Hinblick auf Schmerzen, existenzielle Bedrohung, körperliche Veränderungen, z.B. eine Amputation, und insgesamt die Bewältigung des großen Lebenschnittes und der Krankheitsfolgen. Dennoch entspricht das Belastungserleben nicht oder nur selten den Kriterien einer psychischen Erkrankung, wie sie beispielsweise im ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) aufgeführt sind. Auch Tschuschke (2011) beschreibt die psychische Belastungssituation von Krebserkrankten als unterschiedlich zur psychiatrischen Klassifikation. Zwar gebe es „erhöhte Depressions-, Angst- und Stresswerte bei 41 bis 64% der Betroffenen, allerdings nicht im psychiatrischen Sinne“ (Tschuschke,

S. 61). In der Reha erleben wir in den Aufnahmegesprächen viele Patient*innen, die ein starkes Belastungserleben beschreiben. Dieses Belastungserleben von Krebserkrankten bezieht sich auf Grundthemen, wie sie altersübergreifend bei vielen Krebspatient*innen eine Rolle spielen, Altersspezifisch allerdings sind die konkreten Erlebens- und Angstinhalte. Ein Hodentumor führt bei einem 18jährigen Patienten zu einer anderen Krise wie bei einem 60jährigen Patienten. Ebenso hat ein krankheitsbedingter Autonomieverlust für junge Erwachsene eine andere Bedeutung als für ältere Betroffene. Eine Krebserkrankung führt bei vielen Patient*innen zu einer beeinträchtigten Lebensqualität für einen längeren Zeitraum, für einige aufgrund von Spätfolgen oder Rezidiven entstehen auch anhaltende oder progressiv zunehmende Einschränkungen. Für junge Erwachsene beziehen sich solche Einschränkungen in der Lebensqualität auf ihre spezifischen alterstypischen Entwicklungsaufgaben und unterscheiden sich daher von anderen Altersgruppen.

Neben den Patient*innen, die offen ihre psychische Belastungssituation ansprechen und Therapiegespräche wünschen, gibt es auch einen Anteil an jungen Menschen, die in den Aufnahmegesprächen ausschließlich körperliche Rehazielen angeben und sich psychisch als stabil und nicht belastet beschreiben. Oft entsteht aber auch bei diesen Patient*innen im Reha-Verlauf eine Entwicklung, dass sie in den trotzdem vereinbarten, die Reha begleitenden Gesprächen offener werden und doch auch Krankheitsbelastungen ansprechen wollen.

Leitend für die psychologischen Einzelgespräche sind für uns folgende Aspekte:

- Wir halten die Bedeutung von Mitgefühl und Empathie in der Arbeit mit Krebspatienten für essentiell und von besonderer Bedeutung (vgl. auch Tschuschke 2011, S. 170).
- Wir wollen die Patient*innen in einer aktiven Bewältigungsstrategie unterstützen. Wir fördern einen offenen Umgang mit Gefühlen, die Suche nach den eigenen Handlungsmöglichkeiten und die Stärkung einer optimistischen Grundhaltung. Dieser Bewältigungsstil wird auch in der psychoonkologischen Forschung als günstiger für die Lebensqualität angesehen als hilf- und hoffnungslose, resignative und fatalistische Bewältigungsmuster (Tschuschke 2011, S. 109).
- Wir bieten den Patient*innen mit unseren Einzelgesprächen eine ressourcenstärkende und niedrigschwellige Begleitung an, ohne sie zur

Psychotherapie zu verführen, ihnen aber die Möglichkeit der Vertiefung in den Gesprächen offen zu lassen.

- Wir berücksichtigen die altersspezifischen Belastungsaspekte der Gruppe der 18 bis 28jährigen. Dies gilt für das Gesamtkonzept, in dem wir auf altershomogene Kleingruppen spezialisiert sind, als auch für unsere gruppen- und freizeitbezogene Angebotsauswahl und nicht zuletzt für die Einzel- und Gruppengespräche. Ein Grundverständnis alterstypischer Erlebenswelten ist für uns Voraussetzung therapeutischer Arbeit, denn wir wollen die Patient*innen darin unterstützen, wieder mehr an innere und äußere Erlebenswelten anknüpfen zu können, die zu ihrem Alter dazu gehören.

Aus meiner Sicht ist das Psychodrama sehr gut als methodischer Zugang und als therapeutische Grundhaltung geeignet, diesen Anforderungen zu entsprechen. Dies will ich in der nachfolgenden Arbeit darstellen.

Zuerst werde ich im 2. Kapitel einen Überblick über die medizinischen und soziodemographischen Aspekte einer Krebserkrankung im jungen Erwachsenenalter geben. Zudem sollen die speziellen psychosozialen Belastungen, die für junge Menschen mit einer derart schweren Krankheit verbunden sind, dargestellt werden. Des Weiteren werden in diesem Kapitel positive Krankheitsbewältigungsaspekte erläutert und auf die konkrete Situation junger Erwachsener bezogen. Abschließend stelle ich die Bedeutung stationärer Rehabilitation und das spezielle Konzept der Rehaklinik Katharinenhöhe vor.

Im 3. Kapitel soll der Einsatz der Psychodramatherapie in der Psychoonkologie dargestellt werden. Hierbei wird die besondere Eignung einzelner Methoden aber auch der therapeutischen Grundhaltung des Psychodramas hervorgehoben.

Im 4. Kapitel wird die Anwendung des Psychodramas im Einzelsetting erläutert, da sich meine Fallbeispiele auf das Einzelpsychodrama beziehen.

Das 5. Kapitel beschäftigt sich mit Fallbeispielen. Nach einer einführenden Darstellung des methodischen Vorgehens in den Fallbeispielen werden mit den Gesprächsausschnitten Belastungsaspekte junger krebserkrankter Erwachsener in ihrer psychodramatischen Bearbeitung beschrieben.

Im anschließenden 6. Kapitel fasse ich die Fallbeispiele im Hinblick auf die Wirkung des Psychodramas beim Ausbau aktiver Krankheitsverarbeitung zusammen.

Das letzte Kapitel beinhaltet eine persönliche Schlussbetrachtung hinsichtlich des Psychodramas in unserem psychosozialen Konzept der Rehaklinik Katharinenhöhe. Dabei richtet sich der psychodramatische Blick auch auf die innere Dynamik der Therapeut*innen in der Psychoonkologie.

2. Junge Erwachsene und Krebs

2.1 Medizinische und soziodemographische Aspekte

Jedes Jahr erkranken etwa 15 000 junge Menschen zwischen 15 und 39 Jahren in Deutschland an Krebs. Weltweit in einem Jahr knapp eine Million Neuerkrankungen unter 20- bis 40-Jährigen, das sind drei Prozent der jährlichen Neuerkrankungen an Krebs. Die Überlebensrate in dieser Altersgruppe liegt etwa bei 80 Prozent (vgl. www.focus.de). Bei Frauen zwischen 20 und 30 Jahren ist das maligne Melanom die häufigste Krebserkrankung. In der nächsten Dekade steht bereits das Mammakarzinom an erster Stelle, an dritter Stelle das Zervixkarzinom. Bei Männern zwischen 20 und 35 Jahren macht das Hodenkarzinom fast die Hälfte der malignen Erkrankungen aus (vgl. www.aerzteblatt.de). In der stationären Rehabilitation ist die Verteilung anders. Patient*innen mit Knochentumoren und Hirntumoren aber auch nach Stammzelltransplantationen bilden einen großen Anteil der Patientengruppe in unserer Rehaklinik. Gerade diese jungen Menschen haben einen hohen Bedarf an psychologischer, psychosozialer und vor allem auch medizinisch-funktioneller Behandlung durch Physio- und Ergotherapie sowie durch ein angepasstes sporttherapeutisches Angebot. Vor dem Hintergrund sehr langer Behandlungszeiten, schwerer Therapiebelastungen und zum Teil starker Krankheitsfolgen begründet sich bei diesen Krankheitsgruppen ein oft sehr intensiver und vielschichtiger Rehabedarf. Darüber hinaus bestehen bei den genannten Krankheitsgruppen im Einzelfall ein höheres Rezidivrisiko und eine ungünstigere Prognose, so dass wir auch Patient*innen erleben, die nach einem Rückfall und erneuter Therapie wiederholt zu uns kommen. Entsprechend haben wir viele junge Erwachsene bei uns in der Klinik, die über 18 Jahren alt sind aber bereits mit 16 oder 17 Jahren erkrankt sind und behandelt wurden, zum Teil auch als Kind und jetzt erst im späteren Alter aufgrund der Folgebeeinträchtigungen eine Rehamaßnahme in Anspruch nehmen.

2.2 Psychosoziale Belastungen

In der psychoonkologischen Literatur wird eine Krebserkrankung nahezu durchgängig als ausgeprägte Krise beschrieben, die mit schweren Belastungen für die Betroffenen

verbunden ist. Faller (1998) nennt folgende physische, psychische und soziale Belastungen, die mit Diagnose und Behandlung verbunden sind:

- die Todesdrohung,
- die Verletzung der körperlichen Unversehrtheit,
- den Autonomieverlust,
- den Verlust an Aktivitäten,
- soziale Isolierung, Stigmatisierungsangst,
- die Bedrohung sozialer Identität und des Selbstwertgefühls (ebd. S. 26 ff.).

Die Belastungen und Bewältigungsanforderungen unterscheiden sich je nach Krankheitsschwere, Phase und Verlauf. Die meisten Patient*innen, die zu uns für eine stationäre Rehabilitation kommen, befinden sich in Remission, d.h. die Therapie war wirksam, wobei zwischen einer kompletten und partiellen Remission unterschieden wird. Ein kleinerer Teil der Patient*innen zeichnet sich zwar durch eine gegenwärtige medizinische Stabilität aus, Tumorzellen sind soweit kontrolliert aber vorhanden. Ein weiterer Teil unserer Patient*innen hat keine kurative Behandlungsaussicht, zum Teil auch eine aktuell voranschreitende Progression. Dennoch wurde die Entscheidung für eine Rehamaßnahme getroffen.

Die Belastungen und die Bewältigungsformen unterscheiden sich aber auch hinsichtlich des Alters der Patient*innen. Beispielsweise ist ein Autonomieverlust bei jungen krebserkrankten Erwachsenen mit anderen Belastungen verbunden als bei älteren Menschen oder wiederum bei Kindern. Gerade in der Altersphase der jungen Erwachsenen, in der Entwicklungsaufgaben in der Verwirklichung von Selbständigkeit liegen, können körperliche, soziale, ökonomische und emotionale Abhängigkeiten von den Eltern starkes Belastungserleben auslösen. Ebenso ist das Thema Fertilität ein altersspezifisches Thema, um ein weiteres Beispiel zu nennen. Aber auch schul- und berufsbezogene Belastungen und soziale Veränderungen, die durch die Erkrankung entstanden sind, haben andere Schwerpunkte als bei älteren Menschen, die an Krebs erkranken und sich in anderen Lebensphasen befinden. Für die Zeit nach der intensiven medizinischen Therapie und Aktutbehandlung führen Loscalzo und Brintzenhofeszog (1998) folgende Copinganforderungen für alle Altersgruppen auf: „Das Ende der Behandlung feiern, damit umgehen, dass sich das Leben für immer verändert hat, Leben in Ungewissheit, Anpassung an Langzeiteffekte der Behandlung, Informationen beschaffen über Anpassung an die Krankheit und Überleben (und)

wieder ein normales Leben führen.“ (ebd. S. 662-75). Für sehr viele Patient*innen geht es nach meiner Erfahrung nach der Therapie vor allem darum, die Angst vor einem Rückfall, bzw. vor einem progressiven Verlauf zu bewältigen. Auch Tschuschke (2011, S. 80) zitiert Studien, in denen diese Angst altersübergreifend in ausgeprägter Weise nachgewiesen wurde mit Prozentzahlen, je nach Erkrankungsform, zwischen 39 und 89 Prozent. Herschbach und Häußner (2008) berichten von eigenen Untersuchungen mit dem Fragebogen zur Belastung von Krebskranken (FBK-R23), in dem die „Angst vor dem Fortschreiten der Erkrankung“ als stärkstes Belastungsitem genannt wurde (ebd. S. 64 f.).

Andererseits erleben wir in der Rehaklinik auch junge Patient*innen, die trotz ungünstiger Prognose wenig Ängste angeben. Ich erinnere mich dabei an Patient*innen, bei denen diese Haltung aus einer Ich-stabilen, reflektierten und in der Regel krankheitsakzeptierenden Grundhaltung hervorgeht. Oft handelt es sich dabei um Patient*innen nach einem Rückfall und mittlerweile langen Therapiezeiten, die sich psychisch stabiler zeigen, als diejenigen, die erkrankt sind, wenige Therapiezyklen hatten und sich durch eine gute Prognose auszeichnen. Weiterhin erleben wir aber auch Patient*innen, bei denen offensichtlich Verleugnungs- und Verdrängungstendenzen der Angstabwehr dienen. Dies aber nur als ein „unreifes“ Coping zu verstehen, welches die Aktivierung anderer Bewältigungsressourcen verhindert, halte ich mit Tschuschke (2011, S. 81 ff.) für unzutreffend. Gerade für unsere stationäre Rehabilitation und unsere psychologische Unterstützung ist daher das individuelle Abwägen und Hinterfragen unserer therapeutischen Ziele bei diesen Patient*innen besonders wichtig. Nach Tschuschke (2011) können „Verdrängung, Intellektualisierung und Affektisolierung“ als reife Abwehrformen bezeichnet werden, wenn sie als unbewusste Filterprozesse eine „angemessene Bedrohungswahrnehmung“ unterstützen im Gegensatz zu einer „maladaptiven Abwehr“, die „keine angemessene Information durchlässt und dass aus diesem Grunde auch keine Bewältigungsanstrengungen unternommen werden“ (ebd. S. 90).

In der Belastungsrangfolge in der genannten Untersuchung mit dem FBK-R23 folgt nach den Rezidivängsten das Belastungsitem „sich schlapp und kraftlos fühlen“. Auch bei diesem Belastungsaspekt besteht ein deutlicher altersspezifischer Bezug. Nach Hedenigg (2006) ist eine Krebserkrankung im Jugend- und jungen Erwachsenenalter eine immense Belastungssituation mit großen Anforderungen an

Bewältigungsmechanismen. Unter anderen stellen körperliche und psychisch-geistige Leistungseinschränkungen große Probleme dar, wenn dadurch die soziale Integration, Selbstbild und Selbstwertprozesse beeinträchtigt sind. Das Bedürfnis nach altersgerechter Normalität einerseits und nach Rücksichtnahme auf krankheits- und behandlungsbezogene Aspekte andererseits kann in dieser Altersgruppe zu starkem Belastungserleben führen (ebd. S. 73 ff.).

Auch das nächste Item in der Belastungsliste von Herschbach – „Ich kann meinen Hobbies wegen meiner Erkrankung nicht mehr nachgehen“ - bezieht sich auf die Leistungsfähigkeit und auf die soziale Teilhabe. Damit ist eine Einschränkung von Lebensqualität beschrieben, die insbesondere für Jugendliche und Erwachsene eine besondere Bedeutung hat, da Hobbies in diesem Alter in der Regel den sozialen Bezug herstellen, der eine wichtige Identitätsgröße für junge Menschen darstellt.

Zusammengefasst erleben viele krebserkrankte Menschen ihr Situation als Krise, wobei ich nochmal hervorzuheben will, dass eine Krise keine psychiatrische Diagnose ist, Nach Fellhöcker (2018) kann psychotherapeutische Hilfe aber genau deshalb nötig sein, um „Krankheiten oder Suizide zu verhindern“ (ebd. S. 477). Nach Sonnek (2000) ist eine Krise durch folgende Merkmale gekennzeichnet: „Es existiert ein Auslöser, also ein inneres oder äußeres Ereignis (...) die Bedrohung wesentlicher Strukturen: Das Empfinden einer Krise ist an die Destabilisierung der Existenz und /oder der Identität geknüpft (...). Einengung: Die menschliche Fähigkeit, eine Lage differenziert zu betrachten, ist deutlich reduziert (...) Orientierungslosigkeit: Während beim Vorliegen eines Problems ein positiver Ausgang zumindest imaginiert und gewünscht werden kann, wird bei Krisen das gesamte Leben in Frage gestellt (und) erprobte Strategien versagen. Lösungsstrategien, aber auch Strategien der Selbstfürsorge sind versucht worden, bleiben aber ohne Erfolg, was die Bedrohung verstärkt.“ (ebd. S. 36).

Auch wenn diese Krisenkriterien nicht sämtlich auf die einzelnen Patient*innen unserer Klinik zutreffen und es eine große interindividuelle Varianz in der Ausprägung gibt, bilden sie zentrale Erlebensaspekte wie sie durch eine Krebserkrankung auftreten und uns in der Rehaklinik begegnen können.

2.3 Krebs und Coping

„Coping muss im weitesten Sinne als die kognitive und verhaltensbezogene (behaviorale) Reaktion des Individuums auf die Erkrankung hier also die Krebserkrankung betrachtet werden (...) auch affektive Reaktionen werden mit einbezogen. (Tschuschke 2011, S. 93). Insgesamt betonen nach Tschuschke (2011) die meisten Studien, dass „aktive, kämpferische, expressive Bewältigungsstrategien als günstig für die Lebensqualität und allgemeine Funktionsfähigkeit und resignative, hilf- und hoffnungslose, ängstliche Grundhaltung oder Fatalismus als ungünstig gefunden werden.“ (ebd. S. 109).

Auf der operationalisierten Ebene des Freiburger Fragebogens zur Krankheitsverarbeitung (Muthny 1988) werden der Skala „Aktives, problemorientiertes Coping“ folgende Items zugeordnet:

- Informationen über Erkrankung und Behandlung suchen
- Aktive Anstrengungen zur Lösung der Probleme unternehmen
- Einen Plan machen und danach handeln
- Sich vornehmen intensiver zu leben
- Entschlossen gegen die Krankheit ankämpfen

Auch nach Weis et al. (2006) werden „aktive Verarbeitungsstrategien wie Kampfgeist, Suche nach Unterstützung in der Literatur als günstige Verarbeitungsstrategien bewertet (...) sowohl im Hinblick auf die subjektive Lebensqualität als auch im Hinblick auf den somatischen Verlauf.“ (ebd. S. 4). Spezifische Behandlungsziele psychonkologischer Interventionen sind nach Weis et al.:

- Reduktion von Angst, Depression, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit
- Entlastung der Patienten durch Ausdruck von negativen Gefühlen, insbesondere Angst, Wut und Trauer
- Verbesserung der Selbstwertgefühls und der mentalen Einstellung zur Krebserkrankung
- Förderung aktiver Verarbeitungsstrategien
- Vermittlung von Selbsthilfe- sowie Selbstkontrollstrategien
- Klärung biografischer Konflikte
- Erarbeitung von Lebenszielen und Lebensperspektiven

- Auseinandersetzung von Tod und Sterben
- Verbesserung der Beziehung zwischen Patient, Partner und Angehörigen
- Förderung der beruflich-sozialen Integration
- Verbesserung von spezifischen Funktionseinschränkungen wie beispielsweise neuropsychologischen Störungen, Schlafstörungen, Fatigue, Schmerzen (ebd. S. 9)

Das psychologische Faktoren bei der Bewältigung einer Krebserkrankung eine hohe Bewältigung haben, heben Kusch et al. (2013) hervor: „Während psychologischen Faktoren bei der Entstehung von Krebserkrankungen keine relevante Rolle zukommt, ist ihre Bedeutung für die Lebensqualität und die persönliche Bewältigung einer Krebserkrankung unbestritten.“ (ebd. S. 24 f). Nach Kusch et al. wird die Bedeutung psychologischer Faktoren auch im Zusammenhang mit neuroimmunologischen Prozessen sowie mit ihren Einfluss auf das Gesundheitsverhalten diskutiert. (ebd. S. 25 f.). Nach Weis et al. (2006) haben psychoedukative Konzepte im Rahmen psychoonkologischer Interventionen ebenfalls einen hohen Stellenwert. In ihren Zielen unterstützen sie eine Haltung aktiver Krankheitsverarbeitung, sie streben an, die Patienten in ihren Ressourcen zu stärken und ihnen Kompetenzen zu vermitteln, Selbstkontrolle zu erhöhen und mit Hilfe von Informationen aktiv an ihrem Behandlungsprozess teilzuhaben und Einfluss zu nehmen (ebd. S. 10).

Für die jungen Erwachsenen, die in dieser Arbeit in den Vordergrund gestellt werden, finden sich in der Literatur keine aussagekräftigen Daten zu altersspezifischen Copingaspekten. Nach meiner Erfahrung stellt aber das Lebensalter einen durchaus beeinflussenden Aspekt auf das Copingverhalten dar. Auch in einer eigenen Untersuchung mit dem Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (Ross, Munke 2012) zeigte sich ein signifikanter Unterschied in der Skala „Aktives, problemorientiertes Coping“ bei Jugendlichen unter 17 Jahren und über 17 Jahren. Die Älteren zeigten dabei eine stärkere Ausprägung aktiver Krankheitsverarbeitung als die Jüngeren. Für beide Altersgruppen zeigte sich zudem eine deutliche Zunahme aktiver problemorientierter Bewältigung über den Rehaveverlauf (ebd. S. 145). Nach meiner Erfahrung spiegelt sich eine kämpferische Grundhaltung in diesen Altersgruppen oft durch Formulierungen, wie, sich „nicht unterkriegen lassen“, „stärker sein als der Krebs“, und „den Krebs besiegen“ wider. Auch ihre Erfahrungen aus der Behandlungszeit, in der junge Erwachsene oft mit älteren Krebspatient*innen im

Zimmer zusammen waren, beschreiben unsere Patient*innen oft als belastungsverstärkend aufgrund resignierter und fatalistischer Einstellungen dieser wesentlich älteren Mitpatient*innen. In ihrer kämpferischen Grundhaltung stärken sich unsere Patient*innen gegenseitig im Reha-Verlauf. Gleichzeitig gelingt es ihnen aber auch, schwere Gefühle auszudrücken und über ihre Ängste zu sprechen. Diese Entwicklung unterstützen und vertiefen wir in den psychologischen Einzelgesprächen. Mehr noch als bei den jungen Erwachsenen, habe ich bei den Jugendlichen den Eindruck, dass sie in ihrer Bewältigung pragmatischer sind, weniger reflektierend, sich eher auf das Ziel, die Therapie zu überstehen, fokussieren und dadurch ihre kämpferische und hoffnungsvolle Haltung bewahren. Auch spielen die Eltern bei den Jugendlichen noch eine andere Rolle als bei den jungen Erwachsenen. Sie sind aktiv eingebunden, treffen Entscheidungen, behalten den Überblick und erhalten ihren Kindern so einen Freiraum in der Bewältigung, indem sie - auch emotional - Aufgaben übernehmen und abnehmen. Die jungen Erwachsenen, die altersspezifisch mehr nach Autonomie drängen, sind demgegenüber entsprechend aktiver in der Auseinandersetzung und dem Bedürfnis, ihre Krankheit selbst zu bewältigen. Bei einer solchen Unterteilung sind die Grenzen und Übergänge zwischen den Altersgruppen aber hoch individuell und durch die jeweiligen spezifischen Krankheitserfahrungen oft verschoben.

Das therapeutische Ziel, eine aktive Krankheitsbewältigung zu fördern, verfolgt auch der Ansatz der „Kompetenzorientierten Therapie“, wie Kühne (2007) ihn für die neuropsychologische Rehabilitation entwickelt hat. Die Ziele dieser Therapie entsprechen auch unserem Selbstverständnis in der onkologischen Rehabilitation:

- Steigerung sozialer Kompetenz, dabei vor allem der Selbstsicherheit
- Emotionale Krankheitsverarbeitung, sich mehr als Überlebender und weniger als Opfer zu fühlen, Hilflosigkeit überwinden und wieder mehr Lebensfreude und Lebenssinn zu erfahren
- Realistische Ziele finden, ggfs. Ziele anpassen, Experte für die eigene Situation werden Selbstwahrnehmung erhöhen und eigene Handlungsspielräume erkennen
- Förderung berufsbezogener Basiskompetenzen in Bezug auf Wiedereingliederungsaspekte, Neuorientierung, die Bewertung eigener

Arbeitsleistung, den Umgang mit Überlastungssituationen, Kritik und Akzeptanz von Rückmeldungen (ebd. S. 2015 ff.)

Die von Kühne hervorgehobenen Bereiche beziehen sich auf Schlüsselkompetenzen für junge Erwachsene zur Bewältigung zentraler Entwicklungsaufgaben in diesem Alter.

2.4 Stationäre Rehabilitation in der Rehaklinik Katharinenhöhe

Die Rehabilitationsklinik Katharinenhöhe ist eine spezielle Klinik für Onkologie und Kardiologie. Der Schwerpunkt liegt deutlich bei der Onkologie, wobei auch hämatologische Erkrankungen, z.B. Thalassämie, mitbehandelt werden. Es gibt zwei Bereiche, die familienorientierte Rehabilitation, in der erkrankte Kinder bis 14 Jahren gemeinsam mit ihren Eltern und den Geschwistern aufgenommen werden und den Jugend- und jungen Erwachsenenbereich, in dem die Patient*innen auf zwei Altersgruppen zwischen 15 Jahren und 28 Jahren aufgeteilt werden. Die Rehabilitationsdauer beträgt für alle aufgenommenen Personen 4 Wochen. Für die meisten Patient*innen besteht ein erst kurzer Abstand zum Therapieende. Es gibt aber auch Ausnahmen, bei denen chronische Erkrankungssituationen, Rückfälle oder auch Spätfolgen eine Rehamaßnahme begründen, auch wenn akute Intensivbehandlungen schon länger zurückliegen.

Unser Rehakonzept für Familien einerseits und Jugendliche und junge Erwachsene andererseits gibt es vergleichbar nur in drei anderen Kliniken in Deutschland. Insgesamt besteht das Behandlungsteam aus Ärzt*innen, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen, Kunsttherapeut*innen, Erzieher*innen, Ergotherapeut*innen, Heilpädagog*innen, Physiotherapeut*innen, Sporttherapeut*innen und einer Klinikschule. Es gibt einen gemeinsamen Anreisetag und Abreisetag. Auch für die Familien besteht ein Gruppenaspekt der Reha. Großer Wert wird auf die Gesamtfamilie gelegt. Noch mehr allerdings spielt die Kleingruppe in der Jugendlichen- und jungen Erwachsenenreha eine Rolle. In diesem Bereich handelt es sich explizit um eine kleingruppenorientierte Rehamaßnahme, in der der Gemeinschaft Gleichaltriger und Gleichbetroffener eine besondere Bedeutung im psychosozialen Konzept zukommt. Zudem befinden sich in diesem Bereich fast ausschließlich onkologische Patient*innen. Die Patient*innen zwischen 15 und 28 Jahren werden auf

zwei Altersgruppen aufgeteilt. Die für die beiden Kleingruppen in der Jugend- und jungen Erwachsenenreha wichtigsten Aspekte und Wirkfaktoren sind die Altershomogenität und die ähnliche Krankheitssituation der Patient*innen. Die Kleingruppe wird für die Patient*innen zu einem Ort, in dem sie keine Sonderrolle erleben, sich „normal“ fühlen können und durch den Abstand zu den Eltern, die nicht aufgenommen werden, wieder an altersadäquate Selbstständigkeitsbestrebungen anknüpfen können. Über zahlreiche altersentsprechenden Freizeit- und Gruppenaktivitäten, ein intensives Sportprogramm sowie therapeutische Gesprächsgruppen, Einzelgespräche und weitere edukative und therapeutische Maßnahmen erhalten die Patient*innen einen geschützten und begleiteten Übergang nach der oft sehr langen Therapiezeit. Auch die sicherheitsgebende ärztliche Versorgung hat im interdisziplinären Behandlungskonzept eine wichtige Funktion. Im Gruppenbezug erfahren die Patient*innen Solidarisierung und Entlastung, sie gewinnen Abstand von der Krankenrolle und dem Krankheitsgeschehen. Die Gruppe fordert aber auch. Es gibt Pflichten, Regeln und vor allem informelle Strukturen, die für einige Patient*innen ein herausforderndes Übungsfeld darstellen. Seinen Platz im Gruppenbezug zu finden, trotz Einschränkungen die eigene Verantwortung und Möglichkeiten der Integration zu nutzen, Frustrationen auszuhalten, mit Kritik umzugehen, sich Hilfe zu holen, sind einige Beispiele für Erfahrungs-, Lern- und Entwicklungsbereiche, die durch die Kleingruppen gegeben sind. Dabei werden die Patient*innen gruppenpädagogisch und in der Einzelbetreuung eng durch ein psychosoziales Team betreut und begleitet. Auch für die jungen Erwachsenen über 18 Jahren bestehen mit dem Gruppenbezug entsprechende Regeln, Pflichten und Anforderungen. Genau diese Rahmenbedingungen sind aber für viele junge Erwachsene der Grund für eine Antragstellung auf eine Rehamaßnahme bei uns. Oft wird diese Altersgruppe vom Kostenträger anderen Rehakliniken für Erwachsene zugewiesen. Diese sind allerdings von der Struktur und den Angeboten auf deutlich ältere Patient*innen ausgerichtet. Dies war bei vielen Patient*innen während der Akutbehandlung in der Erwachsenenlink bereits ein Belastungsaspekt. In einer Rehaklinik, in der es für die jungen Menschen vor allem um eine Stärkung für ihr Leben und die dazu gehörenden altersspezifischen Anforderungen gehen soll, benötigen jungen Menschen auch ein entsprechendes Rehakonzept und gleichaltrige Mitpatient*innen. Nicht wenige Patient*innen waren vorher in einer klassischen Erwachsenenlink und haben diese Maßnahme abgebrochen oder sie mussten sich

über einen Widerspruch ihr Recht auf die freie Klinikwahl erkämpfen. Das Gefühl von gegenseitigem Verständnis und Entlastung, wenn junge Erwachsene bei uns zum ersten Mal anderen Gleichaltrigen mit ähnlicher Krebserkrankung begegnen und in Austausch treten, ist oft sehr groß.

In unserem psychosozialen Behandlungskonzept der jungen Erwachsenen werden allen Patient*innen Bezugstherapeut*innen zugewiesen, die im Besonderen zuständig sind. Die Patient*innen erhalten ein Begrüßungs-, Zwischen- und Abschlussgespräch sowie in der Regel weitere wöchentliche Gesprächsangebote. Bei Bedarf und entsprechender Indikation ist eine höhere Gesprächsfrequenz möglich. Darüber hinaus gibt es regelmäßige Gruppengespräche und kunsttherapeutische Angebote.

Unser Gesprächsangebot versteht sich nicht als klassisches Psychotherapieangebot. Neben denjenigen Patient*innen, die ein starkes Bedürfnis nach therapeutischen Gesprächen formulieren, gibt es einen weiteren Anteil der Patient*innen, die uns keinen entsprechenden Auftrag geben und sich psychisch soweit als stabil beschreiben. Oft bilden eine Fitnesssteigerung, Abstand vom Krankheitsgeschehen, physiotherapeutische Fortschritte, allgemeine Aktivierung, „Spaß haben“ und Austausch mit Gleichbetroffenen die bestimmenden Rehaziele. Gleichwohl werden auch diese Patient*innen durch unser Gesprächsangebot über den Reha-verlauf begleitet und in der Festigung ihrer positiven Grundhaltung bestärkt. Auch berufsbezogene Beratungsaspekte finden Eingang in diese - die Reha begleitenden - Gespräche.

Eine weitere Besonderheit der Einzelgespräche betrifft den Aspekt der psychopathologischen Beurteilung in der Psychoonkologie. Wie auch Weis et al. (2006) ausführen, „(sind) die psychischen Probleme von Tumorpatienten nicht Ausdruck neurotischer Konflikte, sondern primär als Reaktionen auf die Belastungen der Erkrankung oder Behandlung zu verstehen. Durch die Krebserkrankung können jedoch auch neurotische oder biographische Konflikte ausgelöst werden, die dann einer Psychotherapie bedürfen.“ (ebd. S. 8). In Fällen, in denen sich psychiatrische Erkrankungen im stärkeren Ausmaß manifestiert haben, sind unsere psychotherapeutischen Interventionsmöglichkeiten begrenzt. Die Rehamassnahme ist nur auf 4 Wochen angelegt und das Grundkonzept unterscheidet sich maßgeblich von einer psychosomatischen Klinik.

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal bezieht sich auf die Rolle, Qualifikation und das Selbstverständnis von uns Therapeut*innen. Alle Mitarbeitenden, die als Bezugstherapeut*innen Einzelgespräche führen, haben ein Studium der Psychologie, Sozialarbeit oder Heilpädagogik absolviert. Sie werden angehalten, motiviert und unterstützt, zeitnah eine psychotherapeutische Weiterbildung zu beginnen, sollten sie eine solche Zusatzausbildung noch nicht absolviert haben. Die therapeutische Zielsetzung für sämtliche Gespräche ist nicht störungsspezifisch, sondern übergreifend unterstützend und ressourcenorientiert. Für die Therapeut*innen bedeutet dies nach Weis et al. (2006) „innerhalb eines kurzen Zeitraumes ein Vertrauensverhältnis zum Patienten aufzubauen und ohne aufwendige psychologische Diagnostik die Problembereiche zu fokussieren.“ (ebd. S. 8). Für die psychotherapeutisch nicht ausgebildeten Kolleg*innen bilden dabei beratende, begleitende und stützende Interventionsziele den Schwerpunkt, wohingegen Mitarbeiter*innen mit entsprechenden Weiterbildungen auch spezifischere Therapie anbieten können.

Zusätzlich zu diesen Besonderheiten hinsichtlich der Gesprächsbetreuung kommt als weiteres Unterscheidungsmerkmal zu anderen Klinikkonzepten und ambulanter Psychotherapie hinzu, dass wir als therapeutisch Tätige den Patient*innen in unserer Klinik in mehreren Rollen begegnen. Wir führen Gespräche, leiten aber auch die Gruppen pädagogisch an, wir begeben uns informell in den Gruppenbezug, nehmen zum Teil aktiv an Spielen, Ausflügen und Sportangeboten teil und zudem müssen wir gelegentlich auch disziplinierend die Regeln des Konzepts vertreten. Die Tradition einer solchen Rollenvielfalt findet sich auch in der pädiatrischen Onkologie der psychosozialen Dienste in den Akutkliniken. Gerade die niedrighschwellige Kontaktaufnahme ist unabdingbar für den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses und eine Basis für Unterstützungsleistungen bei Kindern und Jugendlichen mit einer Krebserkrankung. In unserer stationären Rehabilitation würden viele Jugendliche und junge Erwachsene keinen selbstgewählten Zugang zu psychologischen Gesprächen finden, wenn die Therapeut*innen ausschließlich Gespräche führen würden. Über unsere niedrighschwelligten und informellen Beziehungsangebote entsteht Vertrauen, wodurch es den Patient*innen erleichtert wird, die Einzelgespräche zu nutzen. Zudem werden diese Gespräche nicht als Therapiegespräche im engeren Sinne bezeichnet, so dass Ängste der Patient*innen vor Etikettierung und vor einem oft schambesetzten Eingeständnis psychischer Belastungen verringert werden.

Auch wenn sich die Einzelgespräche mit unseren Patient*innen je nach Ausbildung von uns Therapeut*innen in den Methoden und der therapeutischen Zielsetzung unterscheiden, besteht die Anforderung für uns alle gleich, die starken Gegenübertragungen zu halten, die uns in der eigenen Tiefe und persönlichen Existenz erreichen. Diese Grundsituation in der Gesprächsarbeit mit krebserkrankten jungen Menschen ist eine besondere therapeutische Herausforderung, so dass aus meiner Sicht alle Gespräche als psychotherapeutische Gespräche beschrieben werden können. Zudem konstatiert auch Tschuschke (2011) „Im Falle der Psychotherapie mit Krebspatienten verschiebt sich die Schwerpunktsetzung mehr in Richtung mitmenschlicher empathischer Kompetenz und basiert weniger auf den technischen Aspekten.“ (ebd. S. 170). Eine solche empathische Grundhaltung zu entwickeln, sich gleichzeitig auch wieder abgrenzen und lösen zu können von den Themen und Gefühlen, die entstanden sind, profitiert sicher von viel Selbsterfahrung, sie benötigt aber auch Ressourcen, die über Kompetenzen einer Therapieausbildung hinausgehen. Auch schätzen viele Patient*innen es sehr, nicht nur „alte“ Bezugstherapeuten zu haben, sondern auch junge Kolleg*innen, die zum Teil genauso alt sind wie sie selbst.

Mich selbst leitet in meinen psychologischen Einzelgesprächen seit vielen Jahren das Psychodrama in meiner Haltung, den Methoden und meinem therapeutischen Selbstverständnis.

3. Psychodramatherapie in der Psychoonkologie

Mit dem Psychodrama entsteht ein Zugang zu den Patient*innen der sich in mehrfacher Weise für die psychoonkologische Arbeit mit jungen Erwachsenen eignet.

„Krebs ist eine Erkrankung, die den ganzen Menschen erfasst, in seiner somatischen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimension, deshalb ist es notwendig, ihn auch auf allen Ebenen zu begleiten. Das Psychodrama verfügt über ein Menschenbild, eine Ethik und ein einzigartiges Methodenrepertoire, das der Lebenskomplexität eines an Krebs erkrankten Menschen gerecht werden kann.“ (Konteh 2008, S. 103).

Ein wesentlicher Aspekt ist die Handlungsorientierung. Nach Konteh (2008) ist es gerade bei Krebspatient*innen wichtig, Spontaneität und Kreativität zu fördern. „Das Psychodrama als aktionale Methode führt heraus aus der Handlungsstarre.“ (ebd. S. 111). Bedenkt man die massiven Lebensveränderungen und den oft alle Lebensbereiche umfassenden Einschnitt durch die Krebserkrankung, so müssen die Betroffenen hohe Anpassungsleistungen erbringen. Nach dem Rollenkonzept des Psychodramas sind die Patienten durch eine Krebserkrankung gefordert, für die neuen Situationsanforderungen neue Lösungen zu entwickeln. Dafür bedarf es „Spontaneität“ und „Kreativität“. Nach Moreno (2001) „(treibt) Spontaneität (...) den Einzelnen zu angemessenen Reaktionen auf eine neue Situation oder zu neuen Reaktionen auf eine alte Situation.“ (ebd. S. 81). Nach Mehlstaub und Stadler (2018) verstand Moreno unter Spontaneität „einen Zustand, der mit Veränderungsbereitschaft assoziiert ist, während sich die Kreativität auf eine Energie, eine schöpferische Kraft bezieht.“ (ebd. S. 63). Kreativität wird im Psychodrama als dem Menschen innewohnende „schöpferische Kraft“ gesehen. „Das Schöpferisch-Sein-Wollen ist ein Grundmotiv des Menschen und Ausdruck seiner psychischen Gesundheit.“ (ebd. S. 65). In diesem Sinne ist das Psychodrama ein humanistisches Verfahren, welches die Selbstverwirklichung und Selbstaktualisierung als lebenslangen Prozess beschreibt (ebd. S. 65).

Wenn Menschen mit einer Krebserkrankung über ein ausreichendes Rollenrepertoire und kreatives Potential verfügen, sind sie meist in der Lage, auch schwere Lebensveränderungen durch Optimierung in ihrem Erleben und Verhalten zu bewältigen. Fehlen solche Ressourcen kann eine notwendige Spontaneitätslage nicht erreicht werden. Zur Unterstützung in der Anpassung und Neuorientierung kann dann

Psychotherapie solchen Krebserkrankten helfen, im Sinne des Prozessmodells des „kreativen Zirkels“ ein neues „Rolle-Umwelt-Muster“ zu entwickeln (vgl. Mehlstaub, Stadler, 2018, S. 64).

Die Handlungsorientierung im Psychodrama eignet sich aus meiner Sicht auch deshalb für die therapeutische Arbeit mit jungen Erwachsenen, weil mit dem Einsatz von Intermediärobjekten Möglichkeiten der Kontaktaufnahme und Themenbesprechung bestehen, die den Patient*innen Distanzierungsmöglichkeiten in Bezug auf den direkten Therapeutenkontakt aber auch gegenüber dem eigenen Belastungserleben bieten. Auch wenn diese Funktion von Biegler-Vitek (2018, S. 296) vor allem für das Monodrama mit Jugendlichen beschrieben wird, trifft sie auch für viele junge Erwachsene zu. Gerade für unser Gesprächssetting in der stationären Rehabilitation, bei dem alle Patient*innen mindestens einmal in der Woche begleitende, nachfragende Gespräche erhalten, einer Psychotherapie aber zum Teil sehr ambivalent gegenüber eingestellt sind, kann ein ausgewählter Einsatz von Elementen der Tischbühne die Beziehung stärken. Gleichzeitig sollte sehr sorgsam auf die Bedürfnisse der Patient*innen geachtet werden, dass sie sich nicht durch die Arbeit mit Symbolobjekten wie Kinder behandelt fühlen könnten. Denn „spielen“ wollen die meisten nicht.

Konteh (2008) hebt die große Bedeutung der sogenannten Surplus-Realität für die therapeutische Arbeit mit Krebspatienten hervor (ebd. S. 111). Die Surplus-Realität ist nach von Ameln, Gerstmann und Kramer (2005) der Erlebensraum in der Therapiesituation, der die innere Wirklichkeit der Protagonist*innen in einer psychodramatischen Inszenierung im Außen repliziert (ebd. S. 158). Ängste können sichtbar und Selbstwirksamkeitsgefühle durch die Konfrontation und Bearbeitung in der Surplus-Realität gefördert werden. Um der Surplus-Realität einen Ort zu geben, gibt es die Bühne, die im Einzelpsychodrama auch eine Tischbühne sein kann. Sie bietet den Raum für die Darstellung einer Szene und noch mehr für das Inszenieren einer Handlung über die Darstellung der Realität hinaus. So kann eine Angst im Rollenwechsel erkundet und dadurch modifiziert werden. Eine dargestellte Szene, wie sie erlebt wurde, kann ergänzt und korrigiert werden. „Jedes wahre zweite Mal ist die Befreiung vom ersten“ (Moreno, 1923, S. 77). Die Inszenierung und der Rollenwechsel mit transzendenten Rollen können Ängste lindern und eine Auseinandersetzung mit der existentiellen Bedrohung und spirituellen Bedürfnissen ermöglichen.

In methodischer Hinsicht beschreibt Konteh (2008) auch die Technik des Doppeln als eine besondere Form der Einfühlung für die Arbeit mit Krebskranken als sehr geeignet: „Das Instrument des stützenden Doppeln ermöglicht, Unbenennbares oder schwer wahrnehmbare Gefühle zuerst hörbar zu machen. Durch die Position seitlich hinter der Klientin und die Einfühlung in ihre Gefühlslage sowie die Versuche, das oft schwer Benennbare doch auszudrücken, schwindet der Widerstand, Wesentlich ist hier für die Klientin, zu wissen, dass das Doppeln immer nur ein Angebot ist“ (ebd. S. 111). Auch Mehlstaub und Stadler (2018) betonen diesen hilfreichen Aspekt des Doppeln, dass diese Technik dem Protagonisten hilft, „wieder Worte zu finden, seine Gefühle, Gedanken und Handlungsimpulse zu identifizieren, zu benennen und einen besseren Zugang zu sich zu finden.“ (ebd. S.102). Diese positive Wirkung des Doppeln leitet sich aus der frühen Eltern-Kind- Aktion ab. In seiner Anwendungsvielfalt können Ziele des Doppeln „stützend, aktivierend, provokativ oder Ambivalenzen sichtbar machend sein“ (ebd. S.103). Das Doppeln kann als Einfühlung beschrieben werden, die über ein empathisches Zuhören hinausgeht und damit den Patienten nicht nur Verständnis entgegenbringt, sondern auch Entwicklung ermöglicht.

Mit dem interaktionellen Ansatz von Moreno, seiner systemischen Sichtweise vom Menschen, dass dieser sich nur in Bezug auf seine Beziehungen zu anderen Menschen denken lässt, sind bedeutsame Implikationen für das Verständnis und die Therapie von Krebskranken verbunden. Nach Frede (2012) beinhaltet die therapeutische Philosophie Morenos „insbesondere die Überzeugung, dass wir einen Menschen und seine Probleme nur dann wirklich verstehen und ihm helfen können, wenn wir nicht nur ihn selbst untersuchen, sondern auch die Situation in der er sich befindet.“ (ebd. S. 31). Bei jungen Erwachsenen bilden die soziale Situation und dabei die Gleichaltrigengruppe einen sehr bedeutsamen Aspekt der aktuellen Lebensphase, der Identität und Lebenszufriedenheit. Diese soziale Einbindung ist durch eine Krebserkrankung und die Krankheitsfolgen aber massiv gefährdet. Das Psychodrama stellt mit seinen Grundannahmen diese Beziehungen in den Mittelpunkt, bzw. der Mensch wird grundsätzlich als Beziehungswesen gedacht. Für Moreno ist die kleinste soziale Einheit nicht das Individuum, sondern das soziokulturelle Atom, sein Netzwerk sozialer Beziehungen und welche Rollen er dabei einnimmt. Rolle definiert sich im Psychodrama nach Mehlstaub und Stadler (2018) „(als) eine funktionelle Form, welche ein Individuum in einem spezifischen Moment, in einer spezifischen Situation, im Kontext spezifischer Personen oder Objekte einnimmt“ (ebd. S. 70). Damit ist das

soziokulturelle Atom „die kleinste Einheit, in der einerseits die inneren Rollen beschrieben werden (kulturelles Atom), andererseits die korrespondierenden äußeren Personen und Objekte (soziales Atom)“ (ebd. S. 70).

In den vielen Jahren meiner Arbeit mit krebserkrankten Jugendlichen und jungen Erwachsenen habe ich viele eindrucksvolle und tragische Zeugnisse von Verlust, Enttäuschung und Kränkung in Bezug auf soziale Beziehungen erfahren. Auch Frede (2012) beschreibt viele solcher Patientenerfahrungen. Sie hebt dabei hervor, „dass ein schwerkranker Mensch bestimmte Rollen in Familie, Beruf und Gesellschaft nicht mehr verkörpern kann, entspricht der Gesetzmäßigkeit der Natur. Der soziale Tod dagegen ist keine naturgemäße, unausweichliche Bestimmung, sondern abhängig vom Krankheitsverständnis der Gesellschaft und dem konkreten Verhalten der Umwelt.“ (ebd. S. 35). Mit einem eindrücklichen Beispiel eines sechzehnjährigen Mädchens im Endstadium einer zystischen Fibrose demonstriert sie dies. Diese vertraut ihrer Mutter ängstlich an: „Die kommen immer seltener zu mir ins Zimmer und bleiben immer kürzer. Ich kann auf der Uhr ablesen, wie es mit mir bergab geht. Wenn schließlich keiner mehr hereinkommt, dann bin ich wohl tot“ (ebd. S. 36.).

Moreno betont aber auch die Verantwortung der Kranken selbst. „Die Verantwortung des Betroffenen selbst wird weder verleugnet noch auf ihn selbst zentriert, sie wird vielmehr erweitert, auch auf den Mitmenschen, auch auf sein engeres und weiteres soziales Umfeld.“ (zit. n. Frede 2012, S. 46). In dieser Hinsicht kann die Psychodramatherapie mit krebserkrankten jungen Erwachsenen dazu beitragen, mit Hilfe von Rollentausch und Rollenwechsel ein Verstehen von wichtigen Personen zu erhöhen, Beziehungen zu klären, eigenes Verhalten auszuprobieren und sich zu entlasten durch das Externalisieren eigener Gefühle auf der Bühne im Therapiezimmer. Gerade im Rahmen der stationären Reha kommt dem Aspekt der sozialen Beziehungen eine besondere Bedeutung zu. Für die meisten Patient*innen ist die Reha ein Übergang zwischen der Intensivtherapie im Krankenhaus und der Wiedereingliederung in Schule und Beruf. Aber auch die Wiederaufnahme und vermehrte Teilnahme an sozialen Aktivitäten mit Gleichaltrigen im Freundeskreis und der Aspekt der Partnerschaft werden in dieser Phase der Reha wieder sehr wichtig und sie sind oft mit Zukunftsängsten und Unsicherheiten verbunden.

Als letzten Punkt möchte ich die Ressourcenorientierung des Psychodramas hervorheben. Dadurch zeichnet sich das Psychodrama besonders für die

therapeutische Unterstützung schwerkranker Krebspatient*innen aus. Pruckner (2004, zit. n. Frede, S. 75) formuliert es folgendermaßen: „Der Schwerpunkt therapeutischer Interventionen liegt nicht auf den Defiziten des Patienten, sondern auf seinem schöpferischen Potential.“

Dies entspricht auch dem Grundverständnis in unserem psychosozialen Behandlungskonzept in der Rehaklinik Katharinenhöhe und unseren therapeutischen Zielen.

4. Psychodramatherapie in der Einzeltherapie

In dieser Arbeit steht die einzeltherapeutische psychodramatische Arbeit im Vordergrund. Hierfür hat sich als Oberbegriff die Bezeichnung Monodrama eingebürgert, auch wenn es unterschiedliche Unterformen gibt. Vor allem beziehen sich die Unterschiede auf die Rolle der Therapeut*innen, in welchem Ausmaß sie selbst Rollen als Hilfs-Ich für die Patient*innen übernehmen (vgl. Mehlstaub, Stadler 2018, S. 158 f). Kern (2018) führt aus, dass (im Gegensatz zum Gruppensetting) die zur Bearbeitung der Thematik nötigen Rollen gut durch Stühle oder Intermediärobjekte repräsentiert werden können (ebd. S. 25).

Auch wenn das Psychodrama immer noch sehr stark mit Gruppentherapie in Verbindung gebracht wird, ist nach Moreno (1947) die Gruppenpsychotherapie nur eine Form des Psychodramas: „Psychodrama ist als wissenschaftliche und therapeutische Methode älter als Gruppenpsychotherapie. Es ist keine Form der Gruppenpsychotherapie. Vielmehr verhält es sich umgekehrt.“ (ebd. zit. n. Schacht 1996, S.1). Auch Straub (2010) berichtete im Interview mit Gabriele Stiegler und Dorothea Ensel, „dass während ihres Praktikums in Morenos kleiner psychiatrischen Privatklinik in Beacon vorwiegend in diesem Setting gearbeitet worden sei.“ (Straub zit. n. Ensel u. Stiegler 2010, S. 28). Krüger (2005) betont ebenfalls die Bedeutung des Monodramas. „Psychodrama aktiviert und fördert nämlich wie keine andere Psychotherapie-Methode die Kreativität des Menschen und befreit sie durch die Psychodrama-Techniken differenziert aus ihren (durch Abwehr entstandenen) Fixierungen hin zu frei kreativem Fühlen, Denken und Handeln. Diese Wirkung des Psychodramas ist nicht von Gruppensetting abhängig. Psychodrama ist deshalb in der Einzelarbeit genauso hilfreich wie in der Gruppenarbeit, und das nicht nur als defizitärer Ableger der Gruppenarbeit, wenn man leider keine Mitspieler zur Verfügung hat.“ (ebd. S. 266, zit. n. Stadler 2014).

Für viele meiner Patient*innen bieten psychologische Einzelgespräche einen anderen Rahmen der Auseinandersetzung als die Gruppengespräche. Auch wenn die wöchentlichen Gruppengespräche äußerst geschätzt werden, dort ein oft sehr reicher, offener und emotionaler Austausch stattfindet, ersetzen sie nicht die Einzeltherapie, ebenso umgekehrt. Die einzeltherapeutische Unterstützung kann nochmal eine weitere Vertiefung ermöglichen, sie schützt den Patienten in Bezug auf Scham und

Ängste, die sich auf die Ebene der Gleichaltrigen beziehen und sie öffnet einen geschützten Rahmen für private, intime Themen. Aber auch die Beweggründe, die Kern und Hintermeier (2018) dafür anführen, dass viele Patient*innen eine Einzeltherapie dem Gruppensetting vorziehen, treffen auf einige der krebserkrankten Patienten in unserer Rehaklinik zu: „Einige haben Angst, dass sie mit ihren Anliegen in einer Gruppentherapie zu kurz kommen, andere befürchten, dass sie sich von tragischen Schicksalen und Problemlagen der Gruppenmitglieder nicht abgrenzen können und dadurch in ein Stimmungstief gezogen werden. Für einige Patient*innen, die Probleme haben, einen Perspektivenwechsel vorzunehmen oder eine Situation aus einer Metaebene zu betrachten, kann ein Gruppe schlichtweg überfordernd sein“ (ebd. S. 11).

Im Monodrama differenzieren Mehltsaub und Stadler (2018) zwischen der Tischbühne und der Zimmerbühne „Die Tischbühne liefert als Effekt die Metaperspektive automatisch mit; der Patient sieht sich aus der Spiegelposition, da er außerhalb seiner Szene steht. Die Szene ist mit Intermediärobjekten oder Symbolen aufgebaut. (...) die Zimmerbühne ist hingegen alltagsnäher, da der Patient sich die Personen auf Stühlen besser vorstellen kann Im Falle des Rollenwechsels kann er sich besser einfühlen, als wenn die Szene nur mit Hilfe von Figuren auf einem Tisch dargestellt wird“ (ebd. S.160).

In meinen einzeltherapeutischen Gesprächen spielt der Einsatz von Psychodramamethoden eine große Rolle, er geschieht aber nicht immer als großes Arrangement, oft beiläufig, auch manchmal punktuell aus dem Fluss des Gesprächs heraus. So entstehen im Gespräch Situationen, in denen ich beispielsweise das Doppeln einsetze, zu einem Rollenwechsel einlade oder die Tischbühne für das Aufstellen und gemeinsame Ordnen der „Seelenlandschaft“ (Krüger, 2015. S. 189) nutze. Gleichwohl ist meine Erfahrung, dass alleine die Benennung der Tischbühne, z. B. mit einem Seil für eine Zeitachse und einem Stein als Ich-Symbol und das gelegentliche Hinzeigen oder auch Bewegen des Steins eine vollkommen veränderte Therapiesituation bewirken als lediglich ein Gespräch. Vor allem rede ich dann mit einem/er Patient*in in einer Spiegelposition über seine/ihre Krise und dadurch ist er/sie automatisch in einer anderen inneren Haltung gegenüber seinem/ihrer Belastungserleben. Ebenso bewirkt die Aufstellung von zwei Stühlen im Raum für die „Symptomszene“ wie Krüger (2015) es in seiner störungsspezifischen

Psychodramatherapie praktiziert, genauso einen Abstand und eine Spiegelsituation, auch wenn das Gespräch ganz normal ohne ein Aufstehen und Bewegen weiter gehen kann.

5. Ausgewählte Psychodramamethoden und Fallbeispiele

5.1 Rahmenbedingungen und Patientenmerkmale

Für die meisten Patient*innen, die Angst und depressive Reaktionen als Folge der Krebserkrankung entwickeln, steht der Leidensdruck in unmittelbarer Beziehung zu dem Krankheitseinschnitt. Nach Krüger (2015) kann in solchen sogenannten Aktualkonflikten „durch eine vorübergehende Blockade des Mentalisierens die Aktualisierung des Selbst oder die Anpassungsfähigkeit in einem zentralen Lebensbereich eingeschränkt sein infolge einer real vorhandenen Belastungs- oder Umstellungssituation“ (ebd. S. 91). Die therapeutische Arbeit zielt hierbei auf eine Unterstützung realitätsgerechter Wahrnehmung und der Würdigung selbst gefundener Bewältigungsmöglichkeiten sowie der Aktivierung der „gesund erwachsenen Konfliktlösungskompetenzen des Patienten.“ (ebd. S. 91). Patient*innen, bei denen sich die Belastungssituation alleine durch den Aktualkonflikt der Krebserkrankung erklärt, haben nach Krüger „definitionsgemäß eine gute Fähigkeit zum Mentalisieren. Die Ursachen des Konflikts sind leicht zu erfassen, Die Patienten sind spielfähig und rollentauschfähig.“ (ebd. S. 314). Als geeignete Methoden führt Krüger die Arbeit mit der Tischbühne auf, den psychodramatischen Dialog, Rollenwechsel und das Doppeln (ebd. S. 314 ff.). Daneben begegnen uns in der Rehabilitation aber auch Patient*innen, die in der Bewältigung der Krebserkrankung beeinträchtigt sind durch seit der Kindheit bestehende alte Prozessmuster. Für diese Gruppe der Patient*innen, bei denen die Bewältigung der Krankheit durch neurotische Abwehrmechanismen überlagert wird, ist das stationäre onkologische Rehasetting von 4 Wochen mit sechs bis acht Gesprächen in der Regel nicht ausreichend. Der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit mit diesen Patient*innen im Rahmen der Rehamaßnahme liegt auf einer Stärkung der Ressourcen, der Hilfe bei der Ordnung im inneren Konfliktraum und vor allem bei der Motivation für die Inanspruchnahme weiterer Psychotherapie nach der Rehabilitation. Bei offensichtlichen posttraumatischen Belastungsstörungen hilft für die therapeutische Orientierung und Methodenauswahl das „Vier-Felder-Modell der Therapie einer PTBS“ (Bender, Stadler 2012, S. 101). Für den zeitlichen und von den therapeutischen Rahmenbedingungen begrenzten Rahmen der stationären onkologischen Reha kommen vor allem stabilisierende und ressourcenorientierte Interventionen zum Einsatz. Werden neurotische Abwehrmechanismen in der

Krankheitsbewältigung sichtbar, empfiehlt Krüger (2015) bei depressiven Patienten eine aktive Rolleneinnahme des Therapeuten durch das stellvertretende Mentalisieren. Stellvertretend für den Patienten versucht der/die Therapeut*in in der Rolle des Patienten mit der Konfliktpartnerin „ein angemesseneres Gleichgewicht zwischen Geben und Nehmen und also eine systemisch gerechtere Beziehungsverwirklichung durchzusetzen.“ (ebd. S. 323). Im begrenzten Umfang können hier aber nur erste Schritte im Rahmen einer Reha geleistet werden.

In meinen psychologischen Gesprächen, gibt es gelegentlich auch lange Sequenzen oder ganze Sitzungen, in denen „nur“ geredet wird. Wie schon beschrieben macht aber schon das Zeigen auf einen Stuhl im Raum oder einen Stein auf dem Tisch als Symbol, welches im weiteren Verlauf gar nicht weiter bewegt wird, die Therapie zu einer Psychodramatherapie. Schacht und Pruckner sprechen dabei von „im Sitzen im Gespräch“ (Pruckner 2018, S. 162). Hintermeier (2018) betont zudem den Aspekt, dass „aufwendigere Inszenierungen auf der Spielbühne auch mit intensiveren emotionalen Erleben verbunden sind“ (ebd. S. 151 f.). Entsprechend ist es mir auch in meiner Arbeit wichtig, die Patient*innen nicht zu überfordern, ihnen Zeit zu geben und ihr Tempo zu beachten. Gerade in unserem Rehakonzept, in dem die psychologischen Einzelgespräche einen Gruppenprozess begleiten, der für viele Patient*innen eine hohe emotionale Intensität besitzt, achten wir Therapeut*innen immer darauf, welche Themen aktuell im Vordergrund stehen, wenn die Patient*innen zu den Gesprächsterminen kommen. Im Einzelfall werden Gespräche auch zeitlich abgekürzt oder man folgt den Patient*innen, wenn im Augenblick „alles gut“ ist, obwohl noch drei Tage vorher viele Tränen flossen und starkes Belastungserleben betont wurde.

5.2 Methodische Erläuterung des praktischen Vorgehens in den Fallbeispielen

Die Tischbühne stellt für mich in meinen Gesprächen ein zentrales Element dar. Es befindet sich immer eine Schale mit Steinen auf meinem Tisch und in einem Regal in Reichweite meines Stuhls sind weitere Gegenstände in Körben angeordnet wie kleine Puppen, Holzsteine, Tücher und weitere Symbole. Gerade bei dem ersten oder zweiten Gespräch nutzte ich oft die Tischbühne, um Belastungen, Ressourcen und

insgesamt die Themen, die die Patient*innen beschäftigen, aufzustellen. Das Aufstellen ermöglicht nach Bender und Stadler (2012) eine Externalisierung und Differenzierung des Belastungserlebens (ebd. S. 106). Kennzeichnend für viele meiner Patient*innen ist ein hohes Belastungserleben geprägt durch Themen, die in der Gesamtheit als überfordernd beschrieben werden. Mit der Aufstellung entsteht auch für mich als Therapeut eine Entlastung und Lösung aus lähmenden Gegenübertragungsgefühlen. Oft leite ich die Aufstellungsarbeit damit ein, dass ich sage: *„Das sind wirklich viele Themen, die dich gerade beschäftigen und belasten, ich brauche das für mich jetzt, das alles etwas zu ordnen und sichtbar zu machen. Das hilft mir. Such dir doch mal für jedes dieser Belastungsaspekte einen Gegenstand aus und wir stellen das alles auf den Tisch, dann können wir das besser sehen und besprechen.“* Gegebenenfalls unterstütze ich durch Doppeln bei der Differenzierung.

Insgesamt erleben viele Patient*innen dieses Vorgehen als sehr entlastend. Zum einen fühlen sie sich von mir als Therapeuten tief verstanden, zum anderen entsteht durch das Ordnen und Gewichten der Belastungen Erleichterung. Ich achte bei diesem Vorgehen sehr darauf, dass die Konfrontation und der Blick auf die Belastungen keine Überforderung oder gar Retraumatisierung bewirkt. Wenn ich merke, dass medizinische Therapiesituationen aus der Akutbehandlungszeit oder andere belastende Lebenserfahrungen, welche die Patient*innen berichten, starke Angst aktualisiert, lenke ich die Aufmerksamkeit zu stabilitätsfördernden Themen und ändere das weitere Vorgehen. Grundsätzlich begrenze ich die Patient*innen in dieser frühen Phase der Gespräche, wenn sie in der Erinnerungsfokussierung zu stark bei den belastenden Therapiesituationen bleiben und dadurch in der Einengung ihres Denkens keine Erweiterung erfahren. Auf der anderen Seite ist es vielen Patient*innen wichtig, (endlich) Raum für das Erzählen ihrer schweren Erfahrungen zu bekommen, da sie oft noch mit niemanden darüber in der Art gesprochen haben. Nicht selten berichten die Jugendlichen und jungen Erwachsenen, dass sie auch ihre Eltern, Partner und Freunde eher „schonen“ wollten, so dass viele belastende Erlebnisse noch mit niemanden geteilt wurden.

Die Arbeit mit Intermediärobjecten auf der Tischbühne kann auch als „Erwärmung“ dienen, um die aktuelle Befindlichkeit klarer benennen zu können (Hintermeier 2018, S.149 f.). Es gibt aber auch Patient*innen von mir, für die eine Befindlichkeitsnachfrage bereits ausreicht, um Themen zu fokussieren und in der immer vertrauter werdenden

Gesprächssituation in eine Spontaneitätsslage zu kommen. Stadler und Kern (2010) beschreiben den Sinn der Erwärmungsphase darin, „die einzelnen TeilnehmerInnen sollten soweit aktiviert werden, dass sich etwaige Spielhemmungen oder Spontaneitätsblockaden lösen, dass die Neugierde geweckt, die Experimentierfreudigkeit angeregt und die Angst verringert werden. Ziel der Erwärmung ist es (...) wie PsychodramatikerInnen sagen, eine Spontaneitätsslage, also jenen Moment eines Aktivierungsprozesses zu erreichen, in dem eine Person bereit ist, neue Lösungsansätze zum ersten Mal zu erproben“ (ebd. S. 53). Ich stimme mit Hintermeier (2018) auch darin überein, wie wichtig die eigene Einstimmung in der therapeutischen Leitung auf die Patient*innen in den psychologischen Einzelgesprächen ist (ebd. S. 148). Gerade die existentielle Dimension vieler Themen und die Nähe, die wir in unseren engen Beziehungen zu den Patient*innen im Reha-Verlauf aufbauen, erfordern ein sorgsames, achtsames und selbstfürsorgendes Leitungsverhalten.

Wie beschrieben kann der Übergang zwischen Erwärmung und Aktionsphase fließend sein. Das Ziel einer sogenannten Aktionsphase in meiner psychoonkologischen Arbeit besteht vor allem darin, neue Sichtweisen und Gedanken zu entwickeln, mit denen sich die von den Patient*innen vorher beschriebenen Problemsituationen für diese leichter anfühlen, oder dass Ideen für Veränderungen auftauchen. Bei jedem Gespräch achte ich am Ende darauf - in der Integrationsphase - mit den Patient*innen das Erlebte einzuordnen (vgl. Hintermeier 2018, S. 152 f.).

Im ersten Fallbeispiel wird die Aufstellung, Ordnung und Distanzierung belastender Themen aufgezeigt.

Im zweiten Fallbeispiel steht die Stärkung von Ressourcen im Vordergrund. Der gemeinsame Blick auf die Ressourcen, das, was die Patient*innen zur Verfügung haben, schafft ein Gegengewicht zu den schweren Erfahrungen. Die Frage nach den Ressourcen bedarf immer einer sehr einfühlsamen und vorsichtigen Vorgehensweise, denn oft steht die Frage danach, was gut tut, im engen Zusammenhang mit Verlusterfahrungen, was man durch die Krankheit verloren und eben nicht mehr zur Verfügung hat. Umso mehr kann die Aufstellungsarbeit dem Ziel dienen, potentielle Ressourcen zu identifizieren, die gefördert werden können, wie dies im zweiten Fallbeispiel gezeigt wird. Immer wieder setze ich das Doppeln ein, wie ich es in einzelnen Gesprächsausschnitten dargestellt habe. Das Doppeln ist eine

grundlegende Technik des Psychodramas (Krüger 2009, S. 123, zit. n. Zilich). Krüger (2013) verbindet die Bedeutung des Doppelns mit der Fähigkeit des Mentalisierens: „Das Doppelns hilft dem Patienten während seines äußeren Spiels innerlich zu mentalisieren.“ (ebd. S. 218). Nach Hutter und Schwehm (2009) ist für Moreno jemand, der doppelt „eine geschulte Person, geschult darin, die gleichen Verhaltensmuster, die gleichen Gefühlsmuster, die gleichen Gedankenmuster, die gleichen Muster verbaler Kommunikation, die der Patient hervorbringt, zu produzieren. Nun brauchen wir natürlich dieses Doppel nicht nur als einen ästhetisch Handelnden, sondern um Zutritt zum Bewusstsein dieser Person zu erhalten und um diese Person zu beeinflussen.“ (ebd. S. 323). Gerade Ursula Frede (2012), die sich sehr mit der Psychodramatherapie in der Psychoonkologie beschäftigt hat, hebt die besondere Bedeutung des Doppelns für diese Patient*innen hervor. Dabei betont sie insbesondere das „einfühlsame Doppelns“ als geeignet in der Arbeit mit Krebspatient*innen: „Wenn der Patient stockt, wenn er bestimmte Gefühle nicht formulieren kann oder nicht auszusprechen wagt, sie jedoch in seinem nonverbalen Verhalten zum Ausdruck bringt.“ (ebd. S. 93). Nach Moreno besteht eine Indikation für das Doppelns im Spontaneitätsdefizit des Patienten (Hutter und Schwehm 2009, S. 288). Ich verwende das Doppelns als Methode, um die Patient*innen wieder in eine Spontaneitätssituation zu verhelfen, die ihnen einen kreativen Prozess ermöglicht und damit neue Sichtweisen und Lösungen eröffnet.

Im dritten Fallbeispiel wurde eine Zeitlinie auf der Tischbühne aufgebaut. Dieses Vorgehen eignet sich als Intervention bei starken Krisen für Patient*innen, die überflutet sind von der gegenwärtigen Belastungssituation und im Denken stark darauf eingeeignet, für die aber prinzipiell eine gute medizinische Perspektive besteht, wieder gesund zu werden und wieder an viele frühere Aktivitäten anzuknüpfen. Wichtig ist die realistische Perspektive, dass die Krise ein Ende haben kann, auch wenn Lebensveränderungen und Krankheitsfolgen anhaltend sein sollten. Methodisch wird an einem Seil auf dem Tisch auf der einen Seite der Beginn der Krankheit mit einem Gegenstand markiert. Es bleibt aber auch Platz auf dem Seil für die Zeit davor. Dann Symbole für die Therapiezeit und vor allem ein „Ich-Symbol“ für die aktuelle Position. Der/die Patient*in wird in die Zukunft gerichtet nach einem Zeitpunkt gefragt, an dem es „wieder gut“ ist. Auch dies wird mit einem Symbol markiert. Oft frage ich die Patient*innen dafür, wie weit sie sich noch entfernt fühlen von dem Zustand, wie sie wieder sein wollen und den sie damit verbinden, dass es ihnen wieder gut geht. Für diese Frage, einen solchen Zeitpunkt auf der Zeitachse zu finden und sich darüber

Gedanken zu machen, wie es einem an diesem Punkt gehen könnte, wie man denkt und fühlt, stellt einen Perspektivwechsel dar und bewirkt eine neue Sichtweise, oft eine positive Irritation und weiteres Nachdenken. Verstärkend nehme ich das Ich-Symbol und bewege es stellvertretend auf der Zeitachse, um damit die Vorstellung, wie es in der Zukunft gehen könnte, auch auf der Tischbühne zu veranschaulichen.

Andererseits kann die Aufforderung, sich ein Ende der Krise vorzustellen, auch Angst hervorrufen, wenn die Vorstellung überlagert wird von starker Rezidivangst und der Befürchtung, die Krankheit kann gar nicht überwunden werden. In diesem Falle, wie er im vierten Fallbeispiel aufgezeigt wird, kann der Aufbau auf dem Tisch einen anderen Schwerpunkt bekommen, indem das Seil als Trennung zwischen dem angstvollen und dem angstfreieren Ich-Anteilen definiert wird. Gemeinsam mit der Patientin wurde nach denjenigen Gefühlen, Gedanken, Aktivitäten und Verhaltensweisen gesucht, die den beiden Seiten zugehörig sind und diese Aspekte konnten dann weiter differenziert werden. Dabei wurde die Patientin in dem Fallbeispiel unterstützt, Übergänge und Einflussmöglichkeiten zwischen den beiden Bereichen zu erkennen und so Umgangs- und Bewältigungsverhalten ihrer Angst zu fördern.

Im fünften Fallbeispiel wird eine ressourcenaktivierende Arbeit mit einer speziellen Anwendung des sozialen Atoms beschrieben. Auch im sechsten Fallbeispiel steht ein sozialer Beziehungsaspekt im Vordergrund der psychodramatischen Arbeitsweise. Im Hinblick auf die interaktionistische Sichtweise des Psychodramas stellt das „soziale Atom“ ein essentielles Konzept dar. Frede (2012) beschreibt diesen interaktionellen Ansatz Morenos derart, „(dass) jeder von uns andere Menschen braucht, um als Mensch existieren zu können.“ (ebd. S. 30). Weiter führt sie für die Situation krebserkrankter Menschen aus, „dass die Art und Weise, wie die Umgebung auf Krankheit und Behinderung reagiert, zu einem Leiden führen kann, das mitunter schlimmer ist als die Krankheit selbst (ebd. S. 29). Über diese Bedeutung sozialer Beziehungen hinaus definiert Hutter (2000) für das psychodramatische Menschenbild Morenos: „Der Mensch hat kein Sozialatom, er ist es und existiert losgelöst von ihm nicht.“ (zit. n. von Ameln, Gerstmann, Kramer, 2005, S. 215). Das soziale Atom beschreibt „die Gesamtheit der in einer bestimmten Situation oder Lebensphase relevanten Beziehungen eines Menschen – in der Regel die Kernfamilie, Lebenspartner, enge Freunde, evt. Kollegen.“ (ebd. S. 214). In schwierigen

Lebensphasen, wie bei einer Krebserkrankung, die oft mit gravierenden Veränderungen und dem Verlust von Rollen und Beziehungen verbunden sind, können diesbezügliche Fragestellungen der Patient*innen, „wer unterstützt mich eigentlich“, emotional hoch geladen sein. Gerade im fünften Fallbeispiel wird die Möglichkeit des Psychodramas dargestellt, in der Surplus-Realität der Bühne stärkende Beziehungsbotschaften zu erleben und sich gleichzeitig selbst aus einer anderen Rolle wahrnehmen zu können. Auch von Ameln, Gerstmann und Kramer (2005) sehen eine solche Indikation für „eine ressourcenorientierte Arbeit mit dem sozialen Atom, die den Klienten beispielsweise für die Rolle wichtiger Bezugspersonen sensibilisiert (...) besonders nach Brüchen im sozialen Netz des Klienten.“ (ebd. S. 214). Die Autoren ergänzen zudem die Möglichkeit des Psychodramas, „Anstöße zu einer Beziehungsklärung zu geben.“ (ebd. S. 215). Auch dieser Aspekt zeigt sich im fünften Fallbeispiel.

Im sechsten Fallbeispiel wird die Arbeit mit einem klassischen Belastungsthema Jugendlicher und junger Erwachsener vorgestellt. Viele Patient*innen berichten von Veränderungen im Freundeskreis, von Enttäuschungen, Kränkungen, Trauer, Scham, Schuld aber auch Wut im Zusammenhang mit entsprechendem Rückzugs- und Abwehrverhalten früherer Freundinnen und Freunde. Das sechste Fallbeispiel zeigt das methodische Vorgehen eines Rollenwechsels, bei dem der Patient den Stuhl seines imaginierten, ihm gegenüberstehenden Freundes einnimmt, um dessen Gedanken und Gefühle ergründen zu können. Frede (2012) bezeichnet dieses Vorgehen in der Einzeltherapie, bei dem es sich „um die nachahmende Darstellung eines konkreten Interaktionspartners handelt“ nicht als Rollenwechsel, sondern als Rollentausch, obgleich keine reziproker Wechsel stattfindet (ebd. S. 137). Sie hebt die besonderen Möglichkeiten des psychodramatischen Rollentausches zur inneren Beziehungsklärung bei Konflikten hervor: „Bei Konflikten in der Gegenwart kann ein Rollentausch helfen, den eigenen Standpunkt zu klären, sich zugleich in die Vorstellungswelt des Gegenübers einzufühlen, eventuell auftretende Widerstände sowohl aus der eigenen als auch aus der Position des anderen heraus zu erkennen und realistischer einzuschätzen. Diese umfassende Sicht verbessert das Verständnis des Patienten für den gegebenen Konflikt, bereitet ihn auf eine Klärung in der Realsituation vor, vermittelt ihm Sicherheit im Hinblick auf seine eigenes Verhalten bei der nächsten Begegnung.“ (ebd. S. 137).

Im abschließenden siebten Fallbeispiel wird ein methodisches Vorgehen beschrieben, welches angelehnt wurde an die störungsspezifische Arbeit mit symbolisierenden Stühlen, wie Reinhard Krüger (2015) sie für verschiedene Störungsbilder entwickelt hat. Für Patient*innen, die von einem überkritischen oder auch sadistischen Über-Ich gequält werden, empfiehlt er die Konkretisierung von diesem Anteil im Therapiezimmer und die Erkundung im Rollenwechsel (ebd. 259 ff.). Mit der Externalisierung im Raum erhielt die Patientin ein Modell ihrer Psychodynamik, wodurch sie einerseits inneren Abstand vom unmittelbaren Erleben erfuhr, andererseits erkennen konnte, dass nur ein Teil in ihr denkt, sie habe den Krebs verdient und dass es einen anderen Teil gibt, auch wenn er noch klein ist, der anders denkt und gestärkt werden kann. Mit dieser Differenzierung konnte die Patientin einen andern Teil von sich wahrnehmen, der auf diese entwertenden Selbstzuweisungen „heldenhaft“ reagiert. Alleine dadurch wurde ihre Selbstachtung gestärkt. Zudem konnte eine weitere innere Instanz, eine „Unterstützerin“ aufgebaut werden, womit insgesamt Stabilisierung, Stärkung und eine Initiative für praktische Verhaltensänderungen im Rehaalltag eingeleitet wurde.

5.3 Fallbeispiele

5.3.1 Fallbeispiel 1: „Alles zu viel“

Stefan¹, 21 Jahre kommt zur Reha etwa 8 Wochen nach Beendigung seiner Strahlentherapie. Er war an einem Keimzelltumor im Gehirn erkrankt. Insgesamt umfasste seine Behandlung eine Gehirnoperation, 4 Blöcke Polychemotherapie sowie eine Kopfbestrahlung. Zum Rehazeitpunkt bestand eine komplette Remission. Stefan stellte sich im Erstgespräch als sehr belastet dar. Er äußerte Schlafstörungen, eine hohe innerpsychische Anspannung und Reizbarkeit sowie starke Ängste und ein großes Belastungsgefühl, welches er aber kaum konkretisieren konnte. Zuhause habe er wieder bei der Mutter im Zimmer geschlafen, was ihn beruhigen würde. Er schilderte, dass sich sein ganzes Leben verändert habe und er gar nicht wisse, wie er es wieder „zusammenkriegen“ könne. Er versuche immer, „einen Plan zu machen“ aber er könne seine Belastungen und Probleme nicht „richtig greifen“. Es strengte ihn an, daran zu denken, gleichzeitig drängen die Themen „wie von alleine“ an. Nach

¹ Die Fallbeispiele wurde anonymisiert.

einem ersten Gespräch am ersten Rehatag, in dem der Vertrauensaufbau, Beruhigung und eine Besprechung, wie er unsere Gespräche nutzen will, im Vordergrund standen, wirkte er im zweiten Einzelgespräch, drei Tage später, bereits ein wenig gefestigter, dennoch weiterhin stark belastet. Ich hatte auch zwischenzeitlich kürzere Kontakte, in denen jeweils eine für die Reha Mut machende Beruhigung bestimmend war.

Zu Beginn des zweiten Einzelgesprächs entgegnete er auf meine Nachfrage zu seinem Befinden: *„Eigentlich besser, ich bin aber noch sehr unruhig, ich muss auch aus der Gruppe manchmal raus, mir geht so viel durch den Kopf; ich weiß nicht, wie es weiter gehen soll. Meine Mutter hat gesagt, ich soll das mit meinem Beruf und dem Autofahren hier klären, aber ich weiß gar nicht, wie ich das machen soll und was zuerst.“* (Weinen, getrieben, unruhig). Ich entschied mich, die Belastungen weiter zu eruieren und sie dafür auf dem Tisch aufstellen zu lassen, um sie so mit Stefan genauer betrachten, ordnen, differenzieren und für ihn externalisieren zu können. Vor allem wollte ich sein Belastungserleben verringern, das Gefühl, dass alles gleichzeitig auf ihn einströmt. Mich leitete die Vorstellung, je konkreter die Angst sichtbar gemacht wird, umso bessere Bewältigungsmöglichkeiten können entstehen. Therapeut: *„Mir würde es helfen, wenn wir die Dinge, die Dich² alle beschäftigen, hier auf dem Tisch mit Steinen, Klötzen oder anderen Symbolen aufstellen. Dann haben wir eine bessere Übersicht und können es eins nach dem anderen besprechen.“* Stefan reagierte offen und interessiert. Ich bat ihn, sich zuerst einen Stein oder ein anderes Symbol für sich selbst auszusuchen und anschließend weitere Symbole für die Themen, die ihn beschäftigen und belasten. Diese sollte er dann auf dem Tisch aufbauen. Sofort fing Stefan an und griff einen großen roten Holzklötz und beschrieb als dazugehöriges Thema, dass er sich in eine junge Frau verliebt habe, aber nicht weiß wie es weiter geht, ob sie ihn mit seiner Krankheit überhaupt mag, inwieweit er ihr *„ausreicht“* und was er jetzt machen sollte. Früher sei er selbstbewusst in Bezug auf Frauenbekanntschaften gewesen, so wie jetzt kenne er sich nicht, das mache ihm Angst. Ich begrenze ihn behutsam beim Erzählen, weil ich merke, wie die Anspannung zunimmt und frage nach weiteren Themen. Patient: *„Dass ich jetzt kein Auto fahren darf, wie der Arzt gesagt hat, das macht mir Angst. Davon hängt auch mein Job ab, und mein eigenes Auto ist mir wichtig. Ich habe mir gerade einen neuen Opel Astra gekauft (zeigt mir eine Bild auf seinem Handy). Geht denn das überhaupt wieder. Ich*

² Wir duzen uns als psychosoziale Betreuer mit allen PatientInnen.

habe so viel mit der Krankheit verloren, jetzt nicht auch noch mein Auto!“ Auch dafür stellte er ein Holzsymbol auf den Tisch. Als weitere Belastungen stellte Stefan seine schnelle Reizbarkeit, die Schlafstörungen und Alpträume sowie die berufliche Unsicherheit, wie es weiter gehen soll, auf. Ich befestigte jeweils kleine Zettel mit den Stichworten an den Symbolen. In Bezug auf seinen Beruf schilderte er: *„Das ist mein Traumberuf, schon mein Opa hat dort gearbeitet. Und ich verdiene richtig viel. Auch meine Freunde arbeiten dort. Was soll ich denn machen, wenn das nicht mehr geht?“* (aufgeregt). Auf meine Frage, ob es noch mehr gibt, was ihn beschäftigt, ergänzte er noch die Angst seiner Mutter um ihn. Dabei fängt er wieder an zu weinen. Auch dass er sich so abhängig fühle, belaste ihn sehr. Für die Sorgen der Mutter wählte er ein Symbol. Zudem stellte er jetzt noch seine Angst vor einem Rückfall auf. Gemeinsam betrachteten wir dann seine Aufstellung. Therapeut: *„Wir können jetzt ja nochmal überprüfen, ob es so stimmt, wie das hier steht. Einiges Symbole stehen näher, andere weiter weg von dir. Du hast kleinere und größere Steine und Holzstücke genommen. Passt das so für dich? Was steht gerade im Vordergrund, was ist eher im Hintergrund, was ist kleiner, was ist größer?“* Schon während ich sprach verschob Stefan einige Symbole und tauschte welche aus. Patient: *„Am meisten denke ich an das Thema mit Clara, das Mädchen, die ich kennengelernt habe. Wir schreiben uns oft, aber ich weiß nicht richtig, was ich schreiben soll. Was denkt sie von mir? Ich will auch nicht so viel von meiner Krankheit schreiben, das ist ihr vielleicht zu viel. Ich denke aber auch, dass ich mich gar nicht mehr richtig als Mann fühle, so wie früher.“* (wieder kamen Tränen). Therapeut (doppelnd): *„Aber an sie zu denken, ist auch schön, weil, wenn ich an sie denke ...“.* Stefan ergänzte unaufgefordert: *„Ja, ich denke oft daran, dass wir uns ja schon einmal geküsst haben, direkt vor der Reha und sie hat jetzt auch geschrieben, ich bin besonders und sie ist froh, mich kennengelernt zu haben.“* Schon wirkte er wieder stabiler. Ich spiegelte ihm seine verschiedenen Gefühle gegenüber Clara und stelle für das „schöne Gefühl“ welches ich auch so benenne, ein zusätzliches Holzsymbol dazu. Ein weiteres Symbol steht für seine Fragen. Ich vertiefte das Thema dann nicht weiter und fragte ihn zu den anderen Symbolen, die er verändert hatte. Im Hinblick auf das Symbol, welches für die Mutter steht, sagte er zu der Angst, welche die Mutter um ihn hat, dass er selbst immer versuche, seine Mutter zu beruhigen. Er sagte aber auch, dass ihm der enge Kontakt und die Verbindung gut tue. Bewusst fragte ich nach der Größe und Position des Symbols, welches er gewählt hatte. Patient: (überlegt) *„Wenn ich an meine Mutter denke, da ist so viel drin, Ich habe jetzt Heimweh.“*

Das Gefühl tut aber auch gut, zu wissen, dass sie da ist und nach mir fragt, manchmal merke ich auch, wenn ich sie beruhige, dass mich das auch beruhigt.“ Er nahm einen kleinen Stein in Herzform und legte ihn direkt neben das Symbol für die Sorge der Mutter. Ich doppelte ihn an dieser Stelle, um meine Wahrnehmung, welche Ressourcen mit dem Thema „Mutter“ verbunden sind, für ihn zu verstärken. Therapeut (einleitend): *„Ich spüre gerade richtig, wie das ist, wenn du an deine Mama denkst.“* Ich berührte das Herzsymbol auf dem Tisch und sagte: *„Wenn ich an die Mama denke, dann beruhigt mich das, sie ist für mich da und ich für sie.“* Stefan war ganz gerührt. Er weinte aber lächelte dabei: *„Ja genau, das ist was ganz Besonderes mit Mama und mir, für uns beide.“* Therapeut: (ich berühre das Holzsymbol für die Angst der Mutter um ihn) *„Ich möchte, dass sie nicht traurig ist aber irgendwie spüre ich sie so auch an meiner Seite und das verbindet uns.“* Stefan nickte erneut. Dann richtete er sich im Stuhl auf: *„Ich will ja auch wieder selbständig werden aber im Augenblick brauche ich die Mama und sie mich.“* Dabei schob er die beiden dazugehörigen Symbole noch dichter zu dem Stein, den er für sich gewählt hat. Jetzt spiegelte ich ihm sein Aufrichten im Stuhl, verstärkte es sogar und doppelte nochmal: *„... und irgendwie will ich auch wieder alleine zurechtkommen, ich kann das auch.“* Patient: *„ja, das stimmt auch; ich bin ja auch deshalb zur Reha gefahren. Ich habe mir gesagt, das schaffst du, ich will das schaffen.“* Ich bot ihm an, sich auch für diesen Impuls, selbständig sein zu wollen, noch ein Symbol zu suchen und es auf dem Tisch dazu zu stellen.

Anschließend leitete ich aufgrund der fortgeschrittenen Zeit, aber auch wegen der Intensität der bisherigen Arbeit, zu einer Integration und einem Abschluss über. Stefan saß mittlerweile zurückgelehnt und seine Aufstellung betrachtend, fast neugierig, mir gegenüber. Auf meine Frage wie es jetzt geht, was ihm durch den Kopf gehe, sagte er: *„Mir geht's gut. Es fühlt sich leichter an und klarer. Irgendwie denke ich gerade positiv, ich weiß gar nicht warum. Das hat gut getan mit den Symbolen. Hätte ich nie gedacht.“* Zudem ergänzte er noch verwundert: *„Wie machst du das, dass du so genau weißt, wie es mir geht? Kannst du in mich hineingucken? Das tut aber richtig gut!“*

Anmerkung: Dieses Aufstellungsbeispiel zeigt die Wirkung psychodramatischer Arbeit. Der Patient wurde ruhiger, er konnte durch die Metaperspektive der Tischbühne und durch die Externalisierung seiner Themen emotionale Distanz und Ordnung seiner Belastungen entwickeln. Gerade durch das Doppeln und die gemeinsame „Schulter an Schulter“ Blickrichtung, wie sie so von Reinhard Krüger bezeichnet wird, fühlte er

sich zutiefst verstanden. So wurde er in den guten Kontakt zu mir in sein Vertrauen in die weitere Rehamaßnahme und insgesamt in sich und die Entwicklung gestärkt.

5.3.2 Fallbeispiel 2: „Stärken aktivieren“

Im Folgenden werden die Aufstellung eines Ressourcenatoms und die Aktivierung von Ressourcen durch einen Rollenwechsel gezeigt. Der Patient, Lukas, 19 Jahre, ist an einem Knochentumor im Oberschenkel erkrankt. Seine Therapie beinhaltete eine Operation und das Einsetzen einer Endoprothese mit einem neuen Kniegelenk sowie 18 Blöcke Chemotherapie. Insgesamt dauerte die Therapie ein Jahr mit überwiegenden Aufenthalten im Krankenhaus. Vor der Krankheit hat Lukas leistungsorientiert und hochklassig im Verein Volleyball gespielt, dabei hat er auch als Spielertrainer fungiert. Zu Beginn der Reha beschrieb er sich als niedergeschlagen, mit wenig Freude und anhaltend starker Trauer um den Verlust seiner früheren sportlichen Karriere. Akzeptanz für die krankheitsbedingte Veränderung bestand nahezu gar nicht. Auch im Gruppenbezug wirkte er lustlos und wenig beteiligt. Therapeutisch erschien mir als erster Schritt wichtig, mit ihm zusammen herauszufinden, was ihm in dieser schwierigen Situation an Ressourcen zur Verfügung steht. Gerade seine Grundhaltung im Gespräch, es gäbe nichts mehr, was ihm Freunde mache, auch hier in der Reha, bestärkte mich, ihn in diesem Gespräch aktiv und zielorientiert in seinen Ressourcen zu stärken.

Patient: *„Sport kann ich kaum machen, auch Physiotherapie bringt nicht richtig was, Volleyball spielen werde ich nicht mehr können. Ich weiß gar nicht, was ich machen soll. Karten spielen und Kreatives hab ich keine Lust. (...) Ich krieg`s nicht hin, mit dem Krebs und dem Bein klarzukommen. Daran muss ich immer denken.“* Bei diesen Sätzen wirkte er sehr traurig und resigniert. Da ich bei Lukas neben der Frustration und Trauer auch Selbstvorwürfe hörte, versuche ich ihn zuerst mit einem Perspektivwechsel zu bewegen, sein Verhalten positiver zu bewerten. Therapeut: *„Lukas, ich denke, was du alles hinkriegen musst und wie du die ganze Therapie durchgestanden hast, das ist wahnsinnig viel. Es wundert mich eher, wieviel Kraft und Energie du aktuell mobilisieren kannst. Überhaupt zur Reha zu fahren, täglich Physiotherapie zu machen jetzt auch noch so viel mit einer Gruppe zusammen zu sein, gerade, wenn man gar keine Lust hat, das finde ich schon eine Menge. Auch zu mir*

zu sagen, OK, ich komme mal zu diesen Gesprächen. Viele andere in deiner Situation schaffen das alles nicht. Sie kommen erst gar nicht zu uns in die Reha oder sie ziehen hier viel mehr die Decke über den Kopf, haben viel weniger Energie als du.“ Auf diese Intervention hin schaute Lukas mich erstaunt und irritiert an: „Meinst du wirklich?“

Therapeut: „Absolut! Vielleicht können wir ja mal hier auf dem Tisch mit kleinen Steinen oder anderen Symbolen stellvertretend alles hinlegen, was gerade in deinem Leben da ist, auch an ganz kleinen Dingen, was dir hilft, den Kopf über Wasser zu halten und dich immer wieder auch abzulenken.“

In seinem Ressourcenatombau tauchte der kleine 8jährige Bruder auf. Mit ihm zu spielen, lenkte gut ab. Weiterhin wurden Symbole aufgestellt für einen engen Freund, der immer vorbeikommt und ihn zum Lachen bringen kann, die gute Beziehung zu seinen Eltern, laut Musik hören, schlafen, manchmal am PC „zocken“ und gelegentlich lernen, weil er ein guter Schüler war und auf jeden Fall in seine alte Klasse zurück will. Das Lernen bringe ihm tatsächlich auch etwas Spaß. Das wurde beim Nachfragen deutlich. Gleichzeitig hob Lukas aber immer wieder hervor, wie alle diese „Kraftquellen“ wie ich sie mit ihm zusammen nannte, ständig von dem Gedanken, nicht mehr Volleyball spielen zu können, in den Hintergrund gedrängt werden. Ich ging empathisch auf seine Trauer ein und überlegte dann, wie ich den Freund, der ihn immer zum Lachen bringen kann, als Ressource nutzen könnte. Mit der Frage, welche drei Eigenschaften denn dieser beste Freund ihm zuschreiben würde, versuchte ich seine Blickrichtung zu verändern und über diesen Perspektivwechsel vorhandene Ressourcen zu aktivieren. Ich zog einen Stuhl heran und bat Lukas, sich vorzustellen, hier sitze sein Freund. Lukas sagte sofort, „stur“, „zäher Hund“ und „ehrgeizig“ als Eigenschaften, die dieser für ihn benennen würde. Da Lukas dabei lächelte und ich den Eindruck hatte, es gelingt ihm gut, sich in die Perspektive seines Freundes hineinzusetzen, forderte ich ihn zu einem Rollenwechsel auf, um diese scheinbar von dem Freund als wertvoll erachteten Eigenschaften noch mehr zu erspüren und so mehr reaktivieren zu können. Zudem symbolisierte ich die drei Eigenschaften mit drei Holzsymbolen auf dem Tisch.

Therapeut: „Lukas, tue doch mal so, als ob du kurz dieser Freund wärst und setzt dich auf den Stuhl für ihn und erzähl mir dann nochmal etwas zu diesen drei Eigenschaften.“

Ich unterstützte diese Aufforderung damit, dass ich selbst aufstand, den Stuhl nochmal etwas verrückte und so auch Lukas leichter dazu brachte, sich umzusetzen. Sofort sprach ich ihn mit dem Namen des Freundes an, um ihm zu helfen, in die Rolle hineinzufinden. Auch bat ich ihn, sich genauso hinzusetzen, wie der Freund es tun

würde. Weiter fragte ich, wie lange er Lukas schon kennt und zu den Eigenschaften, die er aufgezählt hatte. Als Freund erzählte Lukas, dass sie sich beim Volleyball kennengelernt haben, er aber selbst schon aufgehört habe, da ihm der Leistungsanspruch zu hoch gewesen sei und er nicht mehr jeden Tag trainieren wollte. Beim Nachfragen der Eigenschaften betonte Lukas als sein Freund, dass Lukas gerade beim Volleyball unglaubliche Energie entwickeln konnte. Beim Training habe er als Spielertrainer immer gefordert, es gehe nicht nur um Spaß, sondern auch um Durchhalten und einen langen Atem haben, wenn man richtig gut sein und in höheren Ligen gewinnen will. Weiter sagte Lukas in der Rolle des Freundes noch: *„... und als ich dann dich (Lukas) mal gefragt habe, wozu wir Saltos üben mussten, hast du gesagt, du musst nicht immer wissen, warum und wofür etwas gut ist, mach es einfach, dann merkst du später schon, wofür es gut war.“* Auf meine Frage, wie das für ihn, als Freund von Lukas, war, entgegnete er: *„Eigentlich gut, irgendwie auch entlastend und tatsächlich hatte ich dann später das Gefühl, mehr Stabilität in der Luft beim Schmettern gehabt zu haben.“* Ich beendete den Rollenwechsel und fragte Lukas, wie das nachwirkt, was der Freund zu ihm gesagt hat. Patient: *„Ganz komisch, als Freund habe ich wirklich so gedacht, jetzt bin ich durcheinander. Das stimmt mit den Eigenschaften, aber jetzt bin ich nicht mehr so. So war ich früher.“* Therapeut: *„Und wenn diese Eigenschaften noch ein bisschen da wären, könnten die jetzt irgendwie helfen, mit allem klar zu kommen, vielleicht so wie damals beim Volleyball?“* Ich deutete auf die drei Symbole für seine Eigenschaften und wiederholte nochmal den letzten Satz, den Lukas in der Rolle seines Freundes gesagt hat: *„du musst nicht immer wissen, warum und wofür etwas gut ist, sondern es manchmal auch einfach machen, dann merkst du später schon, wofür es gut war.“* Patient: *„... das heißt, so wie beim Volleyball mit der Krankheit umgehen?“* Therapeut: *„Ja. Erzähl doch mal, wie du damals so als Spielertrainer gedacht hast. Ich stelle dafür diesen Stuhl hin. Erzähl mir von dir damals als Trainer.“* Ich interviewte ihn zu seinen Trainingsmethoden und seinen Aufgaben. Zunehmend aktiv berichtete er. Ich fragte ich ihn nochmal, ob es für seine jetzige Situation helfen würde, wenn er etwas von dieser Sportlerrolle aktivieren könnte, um seine jetzige Situation zu bewältigen. Patient: *„Vielleicht sollte ich einfach mehr mitmachen in der Reha, einfach mal machen, auch wenn ich nicht weiß, warum und es auch nicht darum geht, wieder Volleyball zu spielen. Komisch, Ich merke jetzt gerade, dass ich dazu sogar etwas Lust habe.“*

Anmerkung: Mit der Aktivierung der früheren Sportlerrolle konnte eine Ressource gestärkt und für das gegenwärtige Ressourcen-Atom zur Verfügung gestellt werden. Dadurch gelang es zudem, dass für Lukas mit der Erinnerung an seine Volleyballzeit nicht nur Verlustgefühle andrängen, sondern auch eine sportlich-kämpferische Haltung, die ihn für seine Krankheitsbewältigung helfen könnte. In den darauf folgenden Gesprächen wurde eine weitere Festigung dieser neuen Sichtweise erreicht, gleichwohl entstand in den Gesprächen auch viel Raum für immer wieder starke Trauer und Schmerz in Bezug auf den Verlust seiner körperlichen Leistungsfähigkeit.

5.3.3 Fallbeispiel 3: „In Bewegung kommen“

Häufig verwende ich ein Seil auf meinem Tisch zur Symbolisierung der Zeit. In der Form, wie ich es in dem Fallbeispiel nachfolgend beschreibe, nutze ich dieses Arrangement allerdings nur bei solchen Patient*innen, die eine gute Prognose haben und voraussichtlich keine jetzt schon erkennbaren Spätfolgen. Zum einen können die Patient*innen durch den Aufbau auf der Tischbühne erkennen, was sie mit der langen Therapiezeit alles schon geschafft und hinter sich gebracht haben, zum anderen ermöglicht ihnen der zukunftsgerichtete Blick, nächste Schritte zu konkretisieren und ein inneres Bild von dem Zustand zu spüren, wenn die Krankheitskrise vorbei ist.

Monika ist eine 19 jährige Patientin, die an Morbus Hodgkin, einer bösartigen Erkrankung des Lymphsystems, erkrankt war. Die Chemotherapie erstreckte sich über einem Zeitraum von 3 Monaten. Rückläufig, aber noch fortbestehend, litt Monika unter einer chemotherapieinduzierten Neuropathie der Füße und Hände. Monika zeigte sich in den ersten psychologischen Gesprächen sehr belastet. Sie war in ihrem Denken stark eingeengt auf die Therapiezeit, auf ihre körperliche Gewichtszunahme, die Sensibilitätsstörungen in den Händen und Füßen sowie ihre geringe Leistungsfähigkeit. Ständig beobachtete sie sich und entwickelte schnell starke Ängste. Sie berichtete weiterhin von starken Konzentrations- und Gedächtnisproblemen, was sie noch mehr verunsichere und ihr viel Angst mache. Vor allem könne sie sich gar nicht vorstellen, nach der Reha mit einer stufenweisen Wiedereingliederung zu beginnen, wie es zu Rehabeginn in der ärztlichen Aufnahme vorgeschlagen wurde. Im zweiten psychologischen Gespräch, in dem ich sie anhaltend

noch als sehr dicht am Therapieprozess verhaftet erlebte und sie zudem auch Abreisegedanken äußerte, weil es ihr hier schlechter gehe als zuhause bei ihrer Familie, wählte ich als Intervention auf der Tischbühne eine symbolisierte Bewegungsmöglichkeit auf einer Zeitachse. Dafür legte ich ein Seil als Linie auf den Tisch. Ich bat Monika sich vorzustellen, auf ihrer Seite links sei auf der Zeitlinie „früher“ und rechts ist die Zeit, die vor uns liegt. Ich nahm ein Holzsymbol, stelle es auf die Zeitlinie und erkläre Monika, dieses Symbol stehe für sie. Weiter bat ich sie, sich selbst ein Symbol zu nehmen für den Beginn der Krankheit. Anschließend forderte ich sie auf, auch für die Therapiezeit ein Symbol auf den Tisch zu legen. Nun fragte ich sie, wie weit sie den noch entfernt sei von dem Zustand in der Zukunft, in dem es für sie wieder „gut“ wäre. Monika stutzte bei dieser Frage. Ich fragte weiter, ob ihr etwas einfinde, was noch passieren oder sich noch verändern müsste, um diesen Zustand zu erreichen. Ich wählte ein Holzsymbol für diesen Zustand aus, der das Ende der Krise bezeichnet, legte es auf den Tisch und forderte sie auf, es selbst auf der Zeitlinie zu positionieren. Da sie zögerte, unterstützte ich sie mit Angeboten. Ich legte das Holzsymbol dicht, also zeitnah, vor ihr Ich-Symbol und benannte den Platz als Zeitpunkt, an dem die Reha zu Ende ist. Sie widersprach sofort. Das wäre zu früh. Daraufhin wählte ich demonstrativ einen Punkt weit weg, außerhalb des Tisches auf einem Stuhl, den ich heranzog und das Seil dort weiter auslegte. Auch jetzt widersprach sie, nahm den Holzstein selbst in die Hand und legt ihn auf den Tisch deutlich weiter weg als meine erste Platzierung aber auch nicht ganz an den Tischrand. Daraufhin nahm ich ihren Stein, der ihre Selbstrepräsentanz darstellte und schob ihn zu diesem Punkt, der das Ende der Krankheitskrise symbolisierte. Therapeut: *„Angenommen, wir könnten uns in die Zukunft bewegen und wären für einen ganz kurzen Moment schon mal hier. Wir könnten erkunden, wie es dort ist, sich anfühlt und was du so denkst, wenn du da bist. Was glaubst du, wie ist es hier in der Zukunft?“* Als sie anfang zu berichten, bat ich sie, dabei auch in der Gegenwart zu reden, als ob sie sich jetzt in dieser Zukunft befinde. Patientin: *„OK, also, ich habe wieder längere Haare, habe die 10 Kilogramm wieder verloren, die ich durch die Chemo zugenommen habe und ich bin wieder in meiner Ausbildung.“* Therapeut: *„Angenommen, es hat gut geklappt mit dem Arbeitseinstieg und der Berufsschule, wie ist es gelaufen?“* Monika berichtete, dass ihr Ausbildungsleiter freundlich war, sie früher gehen konnte, als es zu anstrengend wurde, und dass in der Berufsschule zwei Mädchen nachgefragt hätten, wie es ihr ginge. Einige hätten auch komisch geschaut aber eigentlich war es

gar nicht so schlimm und ist jetzt auch schon wieder vorbei. Jetzt sei alles wieder „normal“. Nach meinem Rolleninterview in der Zukunft verschob ich den Stein wieder auf die Ist-Situation. Therapeut: *„Und jetzt sind wir wieder hier. Wir können ja auch mal ein Symbol für das Ende der Reha legen.“* Auch diese Position wurde erkundet, indem Monika dieses Mal selbst den Ich-Stein nahm und zu diesem Platz bewegte und wir dann erneut im Rolleninterview darüber sprachen, wie es ihr zu diesem Zeitpunkt gehen könnte und was in der Reha Gutes passiert sein könnte. Sie konnte viele Veränderungsschritte benennen und ihre Erleichterung über das imaginierte Erreichen dieser Entwicklungen war deutlich sichtbar. Da es mir wichtig erschien, die Zeit der Diagnosestellung nicht zu tabuisieren, stellte ich den Stein auch dort hin, fragte aber gleich danach, was und wer ihr in dieser Zeit geholfen habe. Sie stellte ihre Eltern auf und eine enge Freundin. Monika berichtete, dass sie die Diagnose gar nicht als so schlimm erlebt habe, eher wie in einem Film. Schließlich bewegten wir uns mit ihrem Ich-Stein auch in die Zeit vor den Krankheitsbeginn. Ich leitete die Bewegung ein mit der Betonung, dass es ja vieles dort gibt, was ihr Leben auch wieder ausfüllen wird. Dies relativierte Monika: *„Eine Sache ist auch besser geworden, mit meinem Vater. Meine Eltern sind getrennt und ich hatte kaum Kontakt. Jetzt ist es viel besser.“* Analog zu ihren Beschreibungen bewegte ich ihren Ich-Stein zwischen der aktuellen Situation und der Vergangenheit und doppelte sie dabei. So konnte ich die positive Entwicklung in der Beziehung zum Vater nochmal verstärken: *„Das mit dem Krebs war alles schlimm und gleichzeitig ist dadurch auch etwas passiert, dass ich wieder mehr mit meinem Papa zusammen bin, ich wieder einen Papa habe, was immer mein größter Wunsch war, seitdem er ausgezogen ist und sich so wenig gemeldet hat.“* Dabei flossen bei Monika Tränen aber eher vor Rührung und Entlastung.

Anmerkung: Monika ist mit dieser Aufstellungsarbeit eine deutliche Differenzierung ihrer Belastungen und viel Entlastung gelungen. Durch die verschiedenen Perspektivwechsel konnte sie die Krankheitskrise als vorübergehend erleben, dass es wieder ein positives Erleben nach der Krankheitszeit geben wird. Auch konnte sie Teilziele für sich entwickeln und erleben, was sie alles Schwere bereits überstanden hat. Mit der Möglichkeit, auf der Tischbühne den Ich-Stein für ihre Selbstrepräsentanz zu verschieben, konnte ich als Therapeut ihre Aufmerksamkeitsfokussierung mitsteuern und somit ihre innere Flexibilität erhöhen.

5.3.4 Fallbeispiel 4: „Die Angst anschauen macht sie kleiner“

Ergänzend zum 3. Fallbeispiel beschreibe ich bei dem nächsten Gesprächsausschnitt die Arbeit mit einer Patientin, die ebenfalls eine gute Prognose hat, den Krebs zu überstehen und wieder an das frühere Leben anzuknüpfen, der es aber nicht gelang, sich vorzustellen, dass die Krankheitszeit überwunden werden könne. Ihre Rezidivängste waren so stark, dass sie dadurch anhaltend in einem starken Belastungs- und Bedrohungsgefühl verhaftet blieb. Die Patientin, Nicole, 18 Jahre, war an gut behandelbarer Leukämie erkrankt. Ihre Therapiezeit betrug 8 Monate, die Chemotherapie hatte sie insgesamt gut vertragen. Aktuell befand sie sich noch in Dauertherapie, womit aber keine stärkeren Beeinträchtigungen für sie verbunden waren. Auf der Tischbühne wurden eine Zeitlinie, ihre Selbstrepräsentanz, die Diagnosezeit, zusätzlich eine Zeitspanne von etwa 6 Monaten vor der Diagnosestellung, in der sie sich schon sehr schlecht gefühlt und viele Sorgen gemacht hatte, aufgebaut. Darüber hinaus stellte sie ein längliches Symbol für die lange Therapiezeit und ein weiteres kleineres, ebenfalls längliches Symbol für die noch anhaltende Dauertherapie auf. Nachdem sie die Rezidivängste als so stark und bedrohlich beschrieb, dass sie sich ein Überstehen der Krankheit gar nicht vorstellen konnte, veränderte ich die Aufstellung, indem ich das Seil auf dem Tisch als Trennlinie zwischen zwei Ich-Zuständen definierte. Auf der einen Seite legte ich ein Symbol für den Zustand „Angst im Vordergrund“, auf der anderen Seite für den Zustand, „Angst im Hintergrund.“ Zuerst schilderte sie ihr Erleben als von permanenter Angst belastet. Durch meine Nachfragen, auch nach kleinen Unterschieden, wurden aber zunehmend unterschiedliche Verhaltensweisen, Merkmale und Gedanken identifiziert, die sich den beiden Seiten zuordnen ließen. Auf die „Angst-im Vordergrund-Seite“ legte Nicole zuerst ein großes Symbol für ihre Angst. Weitere Symbole wählte sie aus für: Ständig den Körper abtasten, Gedanken, wieder Chemotherapie zu bekommen, sich zurückziehen, nicht ans Telefon gehen, die Mutter nah bei sich brauchen, nicht konzentrieren können, viele Zigaretten rauchen, nicht wieder in die Schule gehen wollen, keine Pläne machen. Weiterhin arbeiteten wir auch noch dazugehörige Gefühle und Zustände wie, Ohnmacht, Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein, Abhängig, Kindlich fühlen und Erschöpfung heraus, die wir auch symbolisierten. Auf der anderen Seite lagen: Lachen mit Freundinnen, Spielen mit der kleinen Schwester, Beruhigung durch den Arzt, die Mutter in der Nähe haben, mit dem Hund spazieren gehen,

bestimmte Musik hören, Klavier spielen. Dazugehörige Gefühle und Zustände waren: Sicher fühlen, Vertrauen, Kontrolle, Wissen, aktiv sein, Selbständigkeit. Auch wenn es ihr nur zögerlich gelang, diese Seite zu füllen, tauchten im Gespräch zunehmend verschiedene Aspekte auf. Beim Besprechen stellte ich das Symbol für ihre Selbstrepräsentanz jeweils auf die entsprechende Seite. Auch auf der Angst-im-Hintergrund-Seite wählte sie ein Symbol für die Angst, aber kleiner und eher am Rand positioniert. Im Verlauf bewegte ich ihren Ich-Stein auf der Zeitachse und sie beschrieb die jeweilige Ausprägung der Angst und die Angstinhalte. Dabei ergaben sich deutliche Unterschiede. So war die Angst vor einem Rückfall während der Therapiezeit eher im Hintergrund, dann wurde sie stärker, jetzt auch nochmal, seitdem sie in der Reha sei. In der Reha aber auch schwankend. Zum Teil fast gar nicht, dann wieder stark. Beim weiteren Explorieren und Aufstellen stellte sich schnell heraus, dass für Nicole die Anforderung der Reha, hier alleine und selbständig zurechtkommen zu müssen, überfordernd und angstverstärkend war. Auch gab ihr in der Klinik die tägliche ärztliche Visite viel Sicherheit. Andererseits berichtete sie, das ihr hier der Sport sehr gut tun würde, dabei habe sie gar keine Angst gehabt, sogar gelacht und sich gut gefühlt. Das sei aber erst an einem Tag so gewesen. Wir besprachen für die nächsten Tage tägliche kürzere Kontakte mit mir, und dass ich den ärztlichen Dienst bitte, ebenfalls für Nicole erreichbar zu bleiben und dass sie sich jederzeit melden dürfe. Zudem motivierte ich sie zum täglichen Fitnesstraining.

Hinsichtlich der Mitpatient*innen schilderte Nicole den Kontakt zu einer anderen Patientin, die ebenfalls an Leukämie erkrankt war und einen Rückfall erlitten hatte, als sehr ambivalent. Einerseits bewundere Nicole sie, wie sie das geschafft habe, wie positiv sie auftrete, und dass ihr selbst das Mut mache, andererseits löse alleine der Anblick und die Gewissheit, dass diese Patientin einen Rückfall hatte, große Angst aus. Ich symbolisierte diese Ambivalenz durch zwei Symbole, die ich den beiden Seiten auf der Tischbühne zuordnete. Gemeinsam überlegten wir, wie sie konkret in der Begegnung mit dieser Mitpatientin umgehen könnte. Wir fassten auch nochmal zusammen, was für die Reha jetzt am wichtigsten ist und welche Kompetenzen und Verhaltensweisen ihr helfen könnten, bei stärkerer Angst wieder in den anderen Zustand zu kommen. Vor allem die Rückmeldung von mir, hier nicht alles alleine bewältigen zu müssen, beruhigte sie. Da ich merkte, dass sie sich für ihr Heimweh schämte, bestärkte ich sie darin, dass ihr Wunsch, mit jemanden zu reden, wenn es

ihr nicht gut geht und das ihr dies helfen würde, eine wichtige und gute Strategie zur Angstbewältigung sei und dass es sehr gut sei, das sie dies so ansprechen kann.

Als ich sie zum Ende fragte, in welchen Feld sie sich jetzt befinde und sie auf die Angst-im Hintergrund-Seite zeigte, fragte ich sie noch einmal, ob sie jetzt, wenn sie auf dieser Seite sei, sich vorstellen könne, die Krankheitskrise sei irgendwann vorbei. Sie bejahte dies jetzt, zwar zögerlich aber deutlich, woraufhin ich ein entsprechendes Symbol auswählte und es in der Zukunft auf der Angst-im Hintergrund-Seite neben der Zeitlinie aufstellte.

Anmerkung: Mit der Differenzierung zwischen zwei Seiten, einerseits mehr Angst und andererseits weniger Angst, wurde die Angst nicht nur externalisiert und differenziert, sondern der kompetente Ich-Zustand, der über gute Angstbewältigungsmöglichkeiten verfügt, wurde sichtbar und konnte gestärkt werden. Weiterhin konnten Übergänge zwischen den Seiten erarbeitet werden und zum Ende gelang eine Vorstellung von einem möglichen Ende der Krise. Einmal bewegte ich den Ich-Stein auch dorthin um dies Perspektive so weiter zu ankern. Auch wenn die Tischbühne mit dieser Aufstellung sehr voll wurde, erhielt die Patientin ein umfassendes äußeres Bild ihrer inneren Seelenlandschaft und mit konkreten Unterstützungsangeboten konnte Bezug zu den angstbeeinflussenden Erlebensbereichen hergestellt werden. Die Abreisegedanken waren nach dem Gespräch nicht mehr da.

5.3.5 Fallbeispiel 5: „Ich bin nicht allein“

Margot, eine 24 jährige Studentin, die nach langer Leukämiebehandlung mit allogener Stammzelltransplantation und Kopfbestrahlung zu uns in die Reha kam, war psychisch sehr belastet. Von den Gesprächen profitierte sie sehr. Sie konnte sich zunehmend öffnen, vertrauensvoll auch über schwere Erfahrungen und Gefühle sprechen und sich insgesamt in ihren Ressourcen und in ihrer Bewältigung stärken. Im vorletzten Gespräch richtete sich der Blick nochmal gezielt auf ihre sozialen Beziehungen, ihre Familie und auf das Gefühl, sich alleine zu fühlen, trotz unterstützender Menschen um sie herum. Ich wählte als Vorgehen eine Aufstellung auf der Tischbühne mit denjenigen Personen, die ihr am wichtigsten sind, die ihr nahe stehen oder auch standen, auch wenn sie schon gestorben sein sollten, aber die von Margot als ihr gegenüber zugewandt und unterstützend erlebt wurden und werden.

Margot wählte zuerst für sich eine Holzfigur, dann stellte sie mit den (gesichtslosen) Holzfiguren für sie wichtige Bezugspersonen ihres Lebens auf. Ich legte jeweils einen Zettel mit den Namen unter die Figuren. Eher kurz beschrieb sie die Personen und Beziehungen aus ihrer Sicht. Anschließend ordnete sie nochmal nach dem Kriterium der emotionalen Nähe. Im nächsten Schritt bat ich sie um einen Rollenwechsel mit den einzelnen Personen. Mit Fragen von mir zu den jeweiligen Personen verhalf ich ihr in die Rollen. Im Rolleninterview fragte ich dann nach der Beziehung zu Margot und wie sie die Krankheit von Margot erleben. Abschließend beendete ich den Rollendialog bei allen Personen mit der Aufforderung, einen Satz zu finden, mit dem eine aus der jeweiligen Rolle passende und dabei stärkende Botschaft in Richtung Margot ausgedrückt werden kann. Diese Sätze formulierte ich in kurzen Stichworten auf die Zettel. Die Arbeit war emotional und tiefgehend. Margot wählte unter anderen ihre verstorbene Großmutter, zu der sie ein sehr enges Verhältnis gehabt hatte, ihre Eltern und ihren Exfreund, von dem sie sich selbst zu Beginn ihrer Erkrankung getrennt hatte, weil sie sich ihm nicht mehr „zumuten“ wollte. Sie hatten aber noch Kontakt. Im Rollenwechsel mit der Großmutter sagte sie: *„Hab keine Angst, ich bin dein Schutzengel, ich passe von hier auf dich auf“*. Und als ihr Exfreund: *„ich vermisse dich, wenn du willst, bin ich wieder da“*. Im nächsten Schritt bat ich Margot zuzuhören, wenn ich die Sätze alle nochmal wiederhole. Ich hielt mich dabei an die Betonung, wie Margot sie formuliert hatte. Margot fing sehr an zu weinen. Es war ein langes Weinen. Ich setzte mich neben sie und unterstützte sie einführend ohne Worte. Nach einiger Zeit fragte ich sie, auf welche Person sich ihre starken Gefühle bezogen. Sie entgegnete, auf ihren Exfreund. Sie habe im letzten Jahr versucht, ihre Gefühle „wegzudrücken“, aber jetzt gerade spüre sie eine große Sehnsucht nach ihm, gleichzeitig aber auch Schmerz und Angst. Im Rollenwechsel habe sie auch geahnt, dass sie ihm noch wichtig sei, das habe sie sehr gerührt und sie spüre auch, wie sie ihn als Partner vermisse. In der Nachbesprechung sagte sie, dass zwar ein „ganz großes Fass“ wieder aufgegangen sei, was sie mit viel Kraft verschlossen hätte, und sie noch gar nicht wisse, was das jetzt bedeute, aber dass sie sich auch erleichtert und befreit fühle.

Anmerkung: In dieser psychodramatische Aufstellungsarbeit mündete die emotionale Aktivierung der Patientin in einem von ihr als befreiend erlebten Zustand der Katharsis. Auch wenn neue Fragen für Margot auftauchten, so überwog für sie doch ein Gefühl

der Klarheit, dass sich eine innere Wahrheit ausgedrückt hat, die sich nicht unterdrücken ließ, unabhängig von den Folgen, die jetzt damit verbunden waren.

5.3.6 Fallbeispiel 6: „Der verlorene Freund“

Nils, ein 18jähriger junger Mann mit einem Hirntumor, befand sich ein Jahr in Therapie, bevor er zu uns kam. Das Therapieende lag etwa 2 Monate zurück. Zum Rehazeitpunkt erhielt er noch eine Dauertherapie. Seine Behandlung beinhaltete eine Kopfoperation, eine Chemotherapie und eine Ganzhirnbestrahlung. Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung war Nils in der 11. Klasse eines Gymnasiums. Er war dort gut integriert, hatte einen großen Freundeskreis sowie altersadäquate Hobbies und Interessen. Er hat zudem Fußball im Verein gespielt. Die Therapiezeit habe er insgesamt „recht gut“ verkraftet, auch gegenwärtig die leichte Ataxie. Mit den noch anhaltenden Doppelbildern und Gedächtnisproblemen könne er soweit umgehen. In den psychologischen Einzelgesprächen während der Rehamaßnahme stand lange die Bestätigung und Festigung seiner positiven Haltung im Vordergrund. Nachdem ich aber in einem Gruppengespräch, in dem über Erfahrungen im Freundeskreis gesprochen wurde, beobachtet hatte, wie gedrückt und schweigsam er wurde, fragte ich im Einzelgespräch nochmal nach und schnell wurde deutlich, wie sehr ihn negativen Beziehungserfahrungen zu seinen vor der Krankheit besten Freund anhaltend belasten. Dieser habe sich nach kurzer Zeit zu Beginn der Krankheit nicht mehr bei ihm gemeldet. Am Anfang habe er einige Male geschrieben und war an einem Tag kurz in der Klinik zu Besuch gekommen. Im Gespräch mit mir wurde Nils sehr traurig. Er drückte aber auch Enttäuschung und Wut aus als er sagte: *„Wahrscheinlich hat es ihn genervt, da ich ja nicht mehr so wie früher war. Wir konnten nicht mehr über so was reden wie davor. Klar, er wusste nicht, was er mit mir machen sollte und dann ist es natürlich einfacher, sich nicht mehr zu melden. Vielleicht hat er auch gedacht, der stirbt ja bald und das ist mir zu viel.“* Therapeut: *„Hättest du – im Nachhinein gesehen - vor der Krankheit damit gerechnet?“* Patient: *„Nie, wir waren so eng befreundet und hatten uns vorgenommen, nach dem Abi ein Jahr nach Australien zu gehen. Ich hatte gedacht, uns kann nichts auseinanderbringen (...). Aber jetzt will er nichts mehr von mir wissen, ich verstehe das nicht.“* In dieser Gesprächssituation entschied ich mich für einen Rollenwechsel, um dem Patienten die Möglichkeit zu geben, mehr von der Innenwelt seines früheren Freundes zu erfahren und mehr

Klarheit für sich zu erreichen. Ich schob einen Stuhl heran und leitete die Intervention folgendermaßen ein: *„Leider können wir deinen Freund jetzt nicht fragen, aber wir könnten uns vorstellen, er sitzt hier auf einen Stuhl und wir tun so, als ob wir mit ihm sprechen könnten. Wie heißt er denn überhaupt?“* Patient: *„Alex.“* Therapeut: *„Ok Nils, komm doch mal rüber und stell dir vor, du würdest dich einen Moment in Alex verwandeln. Wie würde er hier auf dem Stuhl sitzen und gucken? Zeig mir das doch mal und ich spreche dich jetzt auch so an, als ob du Alex wärst. Also Alex, erzähl mir mal, wer du bist.“* Ich interviewte Nils (als Alex) zu seiner Person und zu seinen früheren guten Erfahrungen mit Nils bis zum Beginn der Krankheit. So versuchte ich ihn für die Rolle zu erwärmen. Dann fragte ich ihn, wie er den Krankheitsbeginn von Nils erlebt habe und wie es für ihn als Freund war. Nils als Alex: *„Ganz komisch, meine Mutter hat mir erzählt, Nils ist im Krankenhaus und wird in den nächsten Tagen operiert, ihm geht es gar nicht gut. Meine Mutter hatte das von einer Nachbarin von Nils erfahren.“* Therapeut: *„Und wie hast du reagiert?“* Nils als Alex: *„Nils hatte schon lange Kopfschmerzen aber ich dachte, er würde Migräne haben, das hat meine Mutter auch. Ich war schon geschockt.“* Therapeut: *„... und was hast du gemacht?“* Nils als Alex: *„Keine Ahnung, ich habe ihm geschrieben aber er hat nicht geantwortet.“* Therapeut: *„Und dann?“* Nils als Alex: *„Weiß ich nicht, irgendwann hat Nils geantwortet aber das war schon viel später.“* Nils sprach weiter, war aber nicht mehr in der Rolle von Alex, so dass ich ihn wieder auf seinen ursprünglichen Platz zurück wechseln ließ. Patient: *„Ja, wie sollte ich mich melden, ich wurde ja auch operiert und lag im Koma, bin fast gestorben und dann konnte ich nach der OP fast gar nichts bewegen, auch gar nicht mein Handy benutzen. Mir ging`s echt scheiße!“* Therapeut: *„Das klingt ziemlich enttäuscht und sauer. Angenommen der Alex würde da immer noch sitzen und jetzt hören, wie du reagierst, was würde der sagen?“* Nochmal forderte ich Nils auf, den Stuhl zu wechseln. Therapeut: *„Alex, der Nils kann gar nicht verstehen, warum du dich so zurückgezogen hast, was ist denn passiert?“* Nils als Alex: *„Ich weiß nicht, irgendwie war Nils auf einmal weiter weg, ich hatte auch Angst mich zu melden, und dann hat er auch auf meine Nachricht kaum reagiert, dann hab ich`s auch gelassen. Ich dachte, er will seine Ruhe haben, nur Familie und so.“* Ich nahm viel Nachdenklichkeit bei Nils wahr und ließ ihn wieder auf seinem Stuhl Platz nehmen und fragte, wie es ihm jetzt gehe. Nils: *„Ich weiß nicht, irgendwie denke ich, dass es auch für Alex nicht leicht war und stimmt auch, dass ich kaum reagiert habe, mir war alles zu viel, ich wollte ja auch gar nicht, dass er mich so sieht, so am Ende.“* Therapeut

(doppelnd): „*Einerseits wollte ich ihn sehen und war wütend, dass er nicht kam, andererseits wollte ich ihn auch nicht sehen, nur meine Ruhe haben. Da war mir alles zu viel.*“ Nils: „*Ja, das stimmt Beides.*“ Therapeut. „Wie wäre jetzt gerade die Vorstellung, in Wirklichkeit mal mit Alex zu reden?“ Nils: „*Vielleicht ganz gut. Wäre schon cool, wenn wir wieder was zusammen machen würden. Aber ich würde ihm auch sagen, dass er sich hätte mehr melden sollen, der Arsch (lacht).*“ Im Rollenfeedback beschrieb Nils, in der Rolle von Alex gedacht zu haben, dass es gar nicht so leicht war mit ihm (Nils) umzugehen. Und Nils berichtete weiter, dass er in der Rolle von Alex auch kurz gedacht habe, wie gerne er wieder Kontakt zu Nils hätte.

Anmerkung: Der Rollenwechsel in die Rolle seines Freundes erbrachte einen deutlichen Zugewinn an Klarheit für Nils. Die zu Beginn vorherrschende Ohnmacht, Wut und Trauer hatte sich in eine handlungsorientierte hoffnungsvollere Haltung verwandelt. Mit den neuen Gedanken und Gefühlen in der anderen Rolle, entstand eine Erweiterung im Denken und in der Beurteilung der Beziehung für Nils, womit neue Perspektiven für ihn verbunden waren.

5.3.7 Fallbeispiel 7: „Ein Tiger an meiner Seite“

Auch wenn der Großteil der Patient*innen der Rehaklinik Katharinenhöhe ein gesundes, gut ausgeprägtes Strukturniveau besitzt und vor allem der als Aktualkonflikt beschreibbare Krankheitseinschnitt bewältigt werden muss, so sind natürlich auch solche Patient*innen bei uns, die durch weitere biographische Faktoren psychisch belastet sind. Bei diesen Patient*innen reicht die ressourcenorientierte Stärkung in der Krankheitsbewältigung nicht aus. Im folgenden Fallbeispiel wird eine Patientin, Lydia, 21 Jahre, vorgestellt, für die ihre Krebserkrankung mit einer starken Selbstwertkränkung, Schuldgefühlen und insgesamt depressiver Verarbeitung verbunden war. In den Gesprächen wurde schnell deutlich, wie sehr bei der Verarbeitung der Krebserkrankung bereits vorbestehende Muster der Selbstentwertung verstärkt wurden. Methodisch angelehnt an die störungsspezifische Stühlearbeit von Reinhard Krüger wurden im dritten psychologischen Gespräch mehrere Stühle als Intermediärobjekte in meinem Büro aufgestellt und ihre innere Psychodynamik so erkundet.

Patientin: *„Irgendwie hab ich es immer gewusst, Krebs zu kriegen. Habe ich wahrscheinlich verdient.“* Therapeut: *„Das heißt, du denkst, du bist schuld daran, an Krebs erkrankt zu sein?“* Patientin: *„Ja, schon in der Schule. Als dir anderen nie was mit mir machen wollten, habe ich gedacht, ich bin sonderbar. Irgendwas stimmt nicht mit mir. Bestimmt steckt eine Krankheit in mir.“* Therapeut: *„Also, du denkst: „Ich bin nicht so viel wert, nicht so wie die anderen, kein Wunder, dass gerade ich Krebs bekommen habe.“* Patientin: *„Ja, ich wundere mich gar nicht.“* Therapeut: *„Wenn du das so sagst, hört sich das für mich so an, als ob du dir selbst immer sagst: Bild dir bloß nichts ein, du hast es nicht besser verdient. Um das deutlich zu machen, stelle ich mal einen Stuhl hier hin, einen für diese herabwürdigende Stimme, mit der du dich selbst entwertest. Für diesen inneren Entwerter können wir noch eine Figur auf den Stuhl setzen. Ich hab hier eine schwarze Figur, die stell ich auf den Stuhl.“* Patientin: *„Ja, genau so ist es.“* Die Patientin schaute nachdenklich aber auch ängstlich zu dem Stuhl und wirkte zwar sehr niedergeschlagen aber auch aufmerksam und interessiert an der Stühlekonstellation.

Ich fragte die Patientin, was sie denn dagegen tue, wenn diese Stimme sie so runter zieht und klein macht. Patientin: *„Dann schalte ich meine Gefühle ab. Oder ich denke auch, sie hat ja recht, die Stimme.“* Therapeut: *„Also, du versuchst dich sozusagen anzupassen, die Situation zu beruhigen, nicht weiter aufzufallen. Seit wann machst du das denn so, wenn dieser innere Teil in dir so mit dir spricht?“* Patientin: *„Ich glaub schon immer.“* Therapeut: *„Also ich finde, das ist eine ziemliche Leistung von dir. Wenn man so abgewertet wird, solche Lösungen zu finden und irgendwie zurecht zu kommen. Richtig heldenhaft, wie du dich so innerlich in der Vergangenheit gegen diese schwarze Stimme behauptet hast.“* Patientin: *„So hab ich das noch gar nicht gesehen, Meinst du wirklich? Klingt schön, wenn du das so sagst.“* Therapeut: *„Ich stell mir gerade vor, hier in dieser Aufstellung, würde es noch eine andere Figur geben, wir können sie ja Unterstützerin nennen, die dich gegenüber dieser schwarzen Stimme verteidigen würde, dich in Schutz nimmt. Wenn so eine innere Verteidigerin hier auftauchen würde, was würde sie zu dieser schwarzen Figur, die dich entwertet, sagen?“* Ich schiebe einen weiteren Stuhl heran. Die Patientin ist unsicher und hat erst keine Idee. Ich setzte mich für sie auf den Stuhl der „Unterstützerin“ und redete mit dem selbstentwertenden Anteil: *„Was fällt dir ein, so mit Lydia zu sprechen. Weißt du, was sie gerade durchgemacht hat, wie bewundernswert das ist, was sie geleistet hat, die ganze Chemo und Bestrahlung durchzuhalten, und du machst sie noch*

*schlecht. Und ganz alleine hat sie das geschafft, Keiner hat ihr geholfen. Du gehörs
weg. Dich, mit deinem Entwerten und Schlechtmachen, braucht niemand.“* Ich stand
auf, nahm die schwarze Holzfigur und stellte sie unter den Stuhl.“ Lydia hatte fasziniert
zugeschaut. Ich fragte sie jetzt, wie es ihr geht. Patientin: *„Eigentlich gut, das kenne
ich gar nicht, dass jemand so für mich Partei ergreift und mich verteidigt. So eine
Stimme in mir habe ich nicht. Meinem Vater konnte ich es nie recht machen, er hat
mich immer angeschrien und meine Mutter hat geschwiegen, sie hat nie für mich Partei
ergriffen. Kurz vor der Reha hat er noch zu mir gesagt, ich soll mich nicht so anstellen
mit dem Krebs und in der Reha anstrengen, dass ich wieder abnehme; du siehst ja
schlimm aus, so aufgedunsen, hat er zu mir gesagt. Stimmt ja auch.“* Therapeut: *„Und
was hast du da zu ihm gesagt?“* Patientin: *„Na ja, dass ich mich anstrengen werde,
und dass ich mir ja auch nicht gefalle und dass ich viel Sport in der Reha machen will.
Aber es hat mich auch runtergezogen, dass er das so gesagt hat.“*

An dieser Stelle entschied ich mich für eine neue Bühne, bzw. eine Änderung der
Stuhlbedeutungen, um für Lydia keine Verwirrung zu stiften, um aber den Vater auf die
Bühne zu holen. Therapeut: *„Also, wir bauen jetzt die Bühne hier mal um und die
Situation auf, die du gerade mit deinem Vater beschrieben hast. Ein Stuhl für dich und
einer für deinen Vater. Angenommen, die Unterstützerin, die wir eben aktiviert haben,
wäre jetzt in dem Gespräch mit deinem Vater dabei gewesen und hätte für dich mit
ihm gesprochen, was hätte sie sagen können? So etwa wie deine persönliche
Anwältin.“* Patientin (vorsichtig): *„Die würde vielleicht zu meinem Vater sagen, er soll
mich nicht so runtermachen, ich wisse doch selbst, wie schlecht ich aussehe und er
soll mich nicht unter Druck setzen.“* Ich forderte Lydia auf, das doch nochmal direkt zu
dem Vater zu sagen. Das traute sie sich aber nicht, dafür entschied ich mich, anstelle
von ihr nochmal diese Worte an den Vater zu richten. Mehr oder weniger wiederholte
ich die Sätze, die Lydia sich für die Unterstützerin überlegt hatte und richtete sie klar
und deutlich an den Vater. Lydia wirkte sehr interessiert, wie ich mit ihrem Vater redete.

In der Nachbesprechung äußerte sie, dass sie sich nie trauen würde, so direkt zu ihrem
Vater zu reden. Aber es habe sich auch gut angefühlt, dass jemand dem Vater so die
Meinung sagt. Sie habe aber auch ein schlechtes Gewissen. Dennoch wäre es toll,
eine solche „Unterstützerin“ immer dabei zu haben. Da Lydia mir schon in
vorhergegangenen Gesprächen davon erzählt hatte, dass sie viel malt, v.a. immer
wieder ein Tigermotiv, das für sie ein Symbol von Stärke darstellt, schlug ich ihr vor,

diesen Tiger als Symbol für ihre „Unterstützerin“ in ihrem inneren Bild zu integrieren. Damit konnte Lydia viel anfangen. Wir überlegten noch konkret, in welchen Situationen in der Reha in den nächsten Tagen sie den Tiger brauchen könnte und was sie konkret anders machen würde, wenn dieser innere Anteil da wäre. Spontan sagte sie, dass sie sich mehr trauen würde in der Gruppe dabei zu sein und vielleicht weniger denken würde, sie nerven die anderen nur.

Anmerkung: Insgesamt zeigte sich in dieser Entwicklung während der Stühlearbeit, wie Lydia erste Schritte gelangen, ihre Abwehr durch Identifizierung aufzulösen.

6. Zusammenfassung der Fallbeispiele im Hinblick auf die Förderung von Krankheitsbewältigung

Die Fallbeispiele zeigen, wie psychodramaorientierte Psychotherapiegespräche entlasten und Ressourcen stärken können. Sie bestätigen die grundlegende und mittlerweile anerkannte Erkenntnis, „dass Psychotherapie den Krebspatienten hilft, mit ihrer Erkrankung zurecht zu kommen, ihre körperlichen und psychischen Belastungen zu reduzieren und psychischen Störungen vorzubeugen.“ (Herschbach, Häußner 2008, S. 108). Die Gesprächsausschnitte vermitteln aber auch eine spezielle Wirkung der eingesetzten Psychodramamethoden. Sie demonstrieren die positive Entwicklung einer Überwindung hoffnungsloser, überfordernder, resignativer, vermeidender Krankheitsbewältigung. Dies wird von Tschunke als „ungünstiges Coping“ (Tschunke, S. 109) bezeichnet. So zeigen die Fallbeispiele, wie ein aktives Coping ausgebaut wird. Mit der psychodramatischen Fokussierung in meinen psychologischen Gesprächen habe ich aufgezeigt, wie vor allem durch den Perspektivenwechsel und die Inszenierung einer Surplus-Realität im Therapiezimmer und auf der Tischbühne Blockaden im kreativen Zirkel aufgelöst werden können (vgl. Stadler, 2014, S. 52 ff.). Die in den Fallbeispielen beschriebenen Patient*innen bekommen durch die Arbeit wieder mehr Bezug zu ihrer eigenen Selbstaktualisierung, den neuen Möglichkeiten, innerlich und äußerlich auf die schwierigen Situationen zu reagieren.

Die Arbeit mit der Tischbühne im ersten Fallbeispiel macht deutlich, wie durch diese von Reinhard Krüger als metaperspektivisch-symbolisierende Bühne (Mehlstaub, Stadler, 2018, S. 159) bezeichnete Arbeit emotionale Distanz entstehen konnte und durch das Ordnen symbolischer Intermediärobjekte auf dem Tisch inneres Ordnen, Beruhigung und damit die eigene Mentalisierung befördert wurde. Krüger (2015) definiert Mentalisieren „als die halb bewusste, halb unbewusste innere psychische Prozessarbeit, mit der der Mensch sich selbst und andere situationsbezogen versteht, mit der er Konflikte verarbeitet, nach angemessenen bzw. neuen Konfliktlösungen sucht und seine Handlungen plant.“ (ebd. S. 20). Der Patient im ersten Fallbeispiel gewann wieder Überblick, konnte seine Belastungen in Beziehung zueinander setzen und relativieren, Ressourcen wurde von ihm erkannt und insgesamt verringerte sich sein Überforderungsgefühl durch diese Externalisierung und Differenzierung seines Belastungserlebens. Zudem fühlte er sich durch das Doppeln zutiefst verstanden und

unterstützt in diesem inneren Ordnungsprozess. Im Hinblick auf seine Krankheitsbewältigung wurden aktive, handlungsorientierte und hoffnungsvoller Anteile gestärkt und damit eine günstige Copinghaltung ausgebaut.

Im zweiten Fallbeispiel wurde gezeigt, dass gerade der Rollenwechsel erheblich dazu beitragen konnte, wieder einen Zugang zu alten Ressourcen zu gewinnen und diese dadurch neu reintegrieren zu können. Dies war zudem deswegen sehr bedeutsam, weil das Volleyballspielen, welches der Patient nicht mehr ausüben konnte, ein hoch belastendes Thema für ihn dargestellt hatte, welches mit viel Frustrationserleben und Verlustgefühlen verbunden war. Mit der Möglichkeit, sich Stärken und besondere Eigenschaften seiner früheren „Sportlerrolle“ wieder aneignen zu können, konnten Fortschritte in der Erhöhung der Krankheitsakzeptanz erreicht werden. Vor allem wurde in den Gesprächen mit dem Patienten eine Veränderung in seinem sehr fixierten Bewältigungsverhalten eingeleitet, in dem Trauer verbunden mit Perspektivlosigkeit und Identitätsverlust vorherrschend waren. Mit Hilfe der Psychodramamethoden wurden aktive Krankheitsbewältigungsanteile gestärkt, indem Hoffnungslosigkeit und Resignation deutlich verringert wurden.

Auch der Einsatz der Tischbühne zur Krisenintervention in dem dritten Fallbeispiel demonstriert die Wirkung symbolischer Aufstellungen zur psychischen Entlastung und zur Stärkung aktiver, hoffnungsvoller Bewältigungsanteile. Überforderungsgefühle, eine Einengung im Denken und insgesamt krisenhaftes Erleben, „das geht nie vorbei“ konnten positiv beeinflusst werden. Die Bewegung des Ich-Symbols entlang einer Zeitlinie auf der Tischbühne aktivierte eine entsprechende Bewegung in der eigenen Mentalisierung und erweiterte dadurch eine differenzierte Betrachtung eigener Verhaltensmöglichkeiten und Anforderungen. Die Patientin wurde therapeutisch unterstützt, den Überblick über ihr im Kern real begründetes Belastungserleben wiederzugewinnen und gemeinsam mit mir als Therapeuten das Ausmaß und die Qualität der Belastungen zu erkunden. (vgl. Krüger, S. 259).

Im vierten Fallbeispiel, wurde die Angst als stark dominierendes Gefühl in den Vordergrund der Arbeit auf der Tischbühne gerückt und bearbeitet. Mit der Externalisierung und vor allem Konkretisierung ihrer Angst, ebenso aber auch durch die Benennung und das Sichtbarwerden eines alternativen Zustandes, bei dem sich ihre Angst mehr im Hintergrund befand, wurde das Angsterleben der Patientin für sie weniger allmächtig und bedrohlich. Einflussmöglichkeiten wurden ihr deutlich. Ihr

Erleben, welches durch starke Angst beherrscht wurde, konnte modifiziert werden. Für die Patientin entstand wieder innerer Raum für eine realistischere Auseinandersetzung mit ihrer Lebenssituation und den Bewältigungsanforderungen. So wurde auch sie in einer aktiven Krankheitsbewältigung gestärkt.

Im fünften und sechsten Fallbeispiel wurde zu Ressourcen und Belastungsthemen gearbeitet, die sich auf Aspekte sozialer Unterstützung beziehen. Der interaktionale Ansatz Morenos betont, dass das Selbst des Menschen nicht unabhängig von anderen Menschen zu denken ist. Im Psychodrama wird diese Bedeutung mit dem „sozialen Atom“ als „die kleinste Analyseeinheit der Psychologie und Soziologie“ (von Ameln, Gerstmann, Kramer 2005, S. 214) ausgedrückt. Das fünfte Fallbeispiel veranschaulicht die emotionale Dimension dieser sozialen Unterstützung. Das Fallbeispiel vermittelt auch die Wirkung der Surplus-Realität, dass in der psychodramatischen Arbeit eine Erlebensstiefe erreicht werden kann, die Vorbewusstes bewusst werden lässt und innere Klarheit fördert. Wie von Ameln, Gerstmann und Kramer (2005) schreiben, ist es ein Ziel des Psychodramas, „die Ressourcen des Klienten für diesen erfahrbar zu machen und im spielerischen Probehandeln spielerisch zu integrieren.“ (ebd. S. 273). Mit dem Aufstellen biographisch positiver Bezugspersonen und dem Erleben emotionaler Unterstützung gelang der Patientin eine Aktivierung ihrer Ressourcen und durch den Rollenwechsel und durch den Blick von außen auf sich selbst eine Erweiterung ihrer Selbstwahrnehmung. Zudem fand ein kartasischer Prozess der emotionalen Lösung statt, durch den die Patientin wieder mehr in Berührung mit ihren Gefühlen und sich selbst gelangen konnte.

In der Altersspanne der jungen Erwachsenen kommt den Gleichaltrigen eine hohe Bedeutung zu. Damit verbunden ist die Bedrohung gewohnter sozialer Beziehungen, welche mit einer Krebserkrankung einhergehen kann. Die psychodramatische Arbeit mit Hilfe des Rollenwechsels im sechsten Fallbeispiel zeigt die besondere Qualität des Perspektivwechsels durch den realen Platz- und Rollenwechsel im Psychodrama auf. Tatsächlich erreichte der Patient eine neue Sichtweise durch den Rollenwechsel, die ihn entlastete, zu einer Klärung beitrug und neue Handlungsmöglichkeiten für ihn beförderte. Hilflosigkeitsgefühle wurden aufgelöst und eine innere Beziehungsklärung eingeleitet.

Das letzte Fallbeispiel zeigt die Arbeit mit einer Patientin, bei der die Verarbeitung der Krebserkrankung zusätzlich beeinträchtigt wird durch innere selbstentwertende

Denkmuster, die durch Kränkungen, die mit der Krebserkrankung einhergingen, noch verstärkt wurden. Die aufgezeigte Arbeit mit Stühlen zur Symbolisierung ihrer inneren Psychodynamik entspricht der Anregung von Reinhard Krüger, mit neurotisch-depressiven Patienten störungsspezifisch zu arbeiten. Die Patientin in dem Fallbeispiel zeigte eine depressive, vor allem selbstentwertende Grundhaltung im Umgang mit ihrer Erkrankung, die sie in der Aktivierung von Ressourcen stark beeinträchtigte. In den sozialen Bezügen zuhause und auch im Gruppenbezug der Rehamaßnahme zeigten sich ein Vermeidungsmuster in der Kontaktaufnahme, Schuldgefühle und ein sehr niedriges Selbstwertgefühl. Auch autoaggressive Tendenzen waren aus ihrer Beurteilung, den Krebs verdient zu haben, herauszuhören. Auch wenn ich in der Arbeit mit dieser Patientin die begrenzte Zeit der Rehamaßnahme und ihren voraussichtlich deutlich intensiveren Therapiebedarf im Blick hatte, verfolgte ich in meinen Gesprächen das Ziel, sie dabei zu unterstützen, von dem Gruppenprozess und der Solidarisierung innerhalb der Gleichaltrigengruppe mehr profitieren zu können. Mir der Identifizierung ihrer entwertenden inneren Stimme und der Lokalisierung auf einem Stuhl im Raum wurde diese externalisiert und sie konnte von außen erleben, was in ihr passiert. Sie erreichte Distanz zu ihrer Selbstentwertung, sogar soweit, dass sie mein „Ausschimpfen“ dieser Stimme neugierig beobachtete. Vor allem aber gelang es ihr, ein Bild von einer inneren Unterstützerin zu entwickeln und dies sogar mit ihrem Krafttier, einen Tiger, zu verbinden. Zudem wirkte ich für sie als Modell, als ich in der Rolle ihrer Unterstützerin selbstbewusst mit ihrem Vater geredet habe. Durch ihre Beobachtung verstärkte sich eine Idee von der Richtigkeit eines solchen selbstbewussten Verhaltens. Die Wirkung der psychodramatischen Arbeit zeigte sich eindrücklich auch darin, dass sie tatsächlich in den nächsten Tagen den Gruppenraum mehr aufsuchte, bei informellen Beisammensein und bei Spielsituationen dabei blieb und so immer mehr integriert wurde. Zunehmend sah man sie im Gruppenbezug auch lachen. Die Erfahrung von Gruppenintegration wirkte wiederum äußerst selbstwertstärkend und insgesamt stabilisierend für die junge Patientin. Es standen bei den weiteren Gesprächen immer wieder ihre Selbstzweifel, und ihre großen sozialen Unsicherheiten im Vordergrund, das Bild, welches wir mit den Stühlen aufgebaut hatten, hatte aber Bestand und vor allem die Aktivierung ihres inneren Tigers als selbstbeschützende Instanz half ihr in verschiedenen weiteren Situationen im Rehaverlauf.

7. Schlussbetrachtung

Wie ich in der Arbeit gezeigt habe, stellt das Psychodrama eine sehr geeignete Grundhaltung und ein passendes Methodenrepertoire für die therapeutische Arbeit mit krebserkrankten jungen Erwachsenen zur Verfügung. Zudem zeichnet sich das Psychodrama auch dadurch speziell für unser psychosoziales Konzept aus, weil seine Anwendung die Patient*innen nicht pathologisiert. Tischbühnenarbeit, Doppeln und Rollenwechsel sind Interventionen, die kein Störungsmodell benötigen, um Patient*innen in der Auseinandersetzung mit ihren Lebensveränderungen und in der Krankheitsbewältigung zu helfen. Sie bieten den Patient*innen einen niedrigschwelligen Zugang zur Reflexion und damit zu ihren Erlebens- und Belastungsaspekten. Dazu kommt die Handlungsorientierung des Psychodramas, welche die Patient*innen darin unterstützt, neue positive Erfahrungen in der Therapiesituation zu machen und dadurch Selbstwirksamkeit und neue Perspektiven zu erleben. Das oft angstbesetzte Reden über die eigenen Belastungen und Erkrankungssituationen hat in einer psychodramaorientierten Gesprächssituation einen anderen Stellenwert, was für Patient*innen entlastend wirken kann.

Gleichzeitig beinhaltet das Psychodrama mit seiner Erlebensintensität eine besondere Verantwortung der Therapeut*innen. Sehr schnell können starke Gefühle aktualisiert werden, für die ein ausreichender halt- und sicherheitsgebender Rahmen gewährleistet sein muss. Bei der zum Teil existentiellen Bedrohungssituation unserer Patient*innen gilt dies umso mehr. Auch erstreckt sich diese Verantwortung darauf, dass wir alle Patient*innen mit Einzelgesprächen begleiten, auch wenn sie keine besonderen Belastungen formulieren oder sogar ausdrücklich „keine Psychotherapie“ wollen. Auf eher betreuende, rehabegleitende Gespräche allerdings lassen sie sich ein. Für diese Patient*innen muss beachtet werden, dass sie nicht „verführt“ werden, sich mit Themen und Gefühlen auseinanderzusetzen, ohne diesem Prozess zugestimmt zu haben. Gerade für unsere Patient*innen in der Onkologie ist die Kontrolle und Sicherheit in Bezug auf eigene Gedanken und Gefühle sehr wichtig und grundsätzlich bestärken wir sie darin, Grenzen emotionaler Belastbarkeit frühzeitig zu erkennen und zu lernen, sich gut zu schützen. Solche Grenzen können sich auf elterliche Fürsorge und Mitleid anderer beziehen aber auch auf Entwertungen in Schule und Beruf und nicht zuletzt auf Situationen, die Angst verstärken. Auch Gesprächssituationen mit Mitpatient*innen, die zum Teil sehr schonungslos über

Therapiebelastungen oder auch schlechte Prognosen in der Reha reden, können für andere überfordernd sein, so dass wir auch in dieser Hinsicht beraten, wie ein geeigneter Umgang gestaltet werden kann. Für die psychologischen Einzelgespräche besteht gerade bei denjenigen Patient*innen, die eine sehr schlechte, manchmal auch palliative Diagnose haben, diese „Wahrheit“ aber nur begrenzt zulassen, eine Verantwortung im besonderen Maße, stabilitätsfördernd zu arbeiten.

Zum Schluss der Arbeit möchte ich das Modell von Krüger der „Ich-Zustände des Therapeuten“ (Krüger 2015, S. 150 ff.) auf die Arbeit in der Psychoonkologie übertragen. Unser psychosoziales Behandlungskonzept ist durch eine große Nähe zwischen den betreuenden Therapeut*innen, und den Patient*innen gekennzeichnet. Gerade unsere Rollenvielfalt in Bezug auf unsere Tätigkeitsbereiche, sowohl psychologische Gespräche zu führen als auch gruppenpädagogische Aufgaben wahrzunehmen, bewirkt ein oft sehr enges Verhältnis. Auch mit ihren Problemstellungen berühren uns die Patient*innen zum Teil sehr. Für die Patient*innen ermöglicht diese Nähe zu uns einen schnellen Aufbau von Vertrauen auch in den therapeutischen Gesprächen. Dies ist eine große Chance für die Patient*innen. Für uns Therapeut*innen besteht aufgrund dieser engen Beziehungsstruktur die Herausforderung, immer wieder eine notwendige Distanz und in besonderer Form Selbstfürsorge herzustellen. Diese besondere Beziehung zu den Patient*innen und der onkologische Erkrankungshintergrund haben Auswirkungen auf unsere inneren Ich-Zustände, mit denen wir den Patient*innen als Therapeut*innen begegnen.

Reinhard Krüger unterscheidet dabei drei Ich-Zustände: Die Therapeut*innen als „begegnende Menschen“, als „kompetente Fachkräfte“ und als „grandiose Therapeut*innen“. Er betont die wertvolle Bedeutung aller drei Zustände. (ebd. S. 152 f.). Die Begegnung, in der ich auch mit meinen Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühlen den Patient*innen gegenüber sitze, ist die Voraussetzung für Kontakt und den Aufbau einer therapeutischen Beziehung. Ihr kommt ein hoher Stellenwert zu, gerade weil uns oft eine starke Nähe mit den jungen Patient*innen verbindet und der Empathie ein hoher Stellenwert in der psychoonkologischen Arbeit zukommt. Die Patient*innen in der Onkologie sind uns auch deswegen nah, weil wir alle jederzeit krank werden können, dies schon waren oder im engeren Umfeld Krebserkrankungen erleben oder auch starke Angst davor haben. Umso wichtiger ist der innere Anteil des/der kompetenten Therapeuten*in, der/die uns handlungsfähig

macht, realistisch bleibt und uns selbst und den Patient*innen dadurch Sicherheit und Struktur in unseren Gesprächen vermittelt. Ebenso braucht es aber auch den „grandiosen Therapeuten“, der meine Vision verkörpert, was ich als idealer Therapeut bewirken könnte. Nach Krüger steht der „grandiose Therapeut“ auch für eine spirituelle Identität und die ist m. E. gerade in der Psychoonkologie Voraussetzung in der Arbeit mit den Patient*innen, wenn ich diese in ihrer Hoffnung und in einer „Trotzdem-Haltung“ wie es ein Patient einmal formuliert hat, stärken will. Sie muss sich aber verbinden mit den begegnenden Menschen und der kompetenten Fachkraft. Im übertragenden Sinne verkörpern auch unsere Patient*innen, die Jugendlichen und jungen Erwachsenen, diese drei Ich-Anteile in sich im Umgang mit ihrer Erkrankung. Für eine aktive Krankheitsbewältigung braucht es ebenso eine Balance zwischen dem Zulassen und Aushalten schwerer Gefühle, gleichzeitig der Kreativität, dem Suchen neuer realistischer und angemessener Lösungen und nicht zuletzt der Hoffnung, dem Vertrauen, dem Annehmen und Akzeptieren einer größeren Kraft. Für mich ist das Modell von Krüger und die Bewusstwerdung meiner diesbezüglichen Rollenvielfalt in der Unterstützung der Patienten eine große Hilfe. Auch in den Gesprächssituationen selbst versuche ich mich immer wieder in diesen inneren Anteilen zu verbinden. Gelegentlich mache ich dies auch explizit gegenüber den Patient*innen, weniger mit Stühlen als mit Symbolen auf der Tischbühne. Nach meiner Erfahrung hilft es ihnen sehr, wenn sie meinen Prozess der Selbsterorientierung miterleben. Ihr Sicherheitsgefühl und der Kontakt zu mir werden spürbar gestärkt. Diese Wirkung beschreibt auch Krüger (ebd. S. 155).

Mit diesem abschließenden Blick auf die Psychodynamik von uns als Therapeut*innen und die psychodramatische Selbstüberprüfung, wie Krüger sie mit diesen Modell der Ich-Anteile entwickelt hat, will ich vor allem nochmal darauf hinweisen, dass das Psychodrama mehr ist als eine Anwendung von Techniken und Methoden. Eine Unterstützung von krebserkrankten Menschen braucht Spiritualität, sie braucht aus meiner Sicht das Selbstvertrauen und den Trotz, grandios sein zu wollen, es braucht den Mut und die Kraft, schwere Gefühle auszuhalten, die uns ganz nah und tief berühren, und es braucht therapeutische Fachkompetenz von Methoden und Modellen.

Literatur

- Biegler-Vitek G. Klassisches Monodrama mit Kindern und Jugendlichen. In Kern S., Hintermeier S. (Hg.). Psychodrama-Psychotherapie im Einzelsetting. S. 286-300. Wien: Facultas.
- Bruckner, H. (2018) Aufgaben und Rollen von MonodramatherapeutInnen. In: Kern S., Hintermeier S. (Hg.). Psychodrama-Psychotherapie im Einzelsetting. S. 154.173. Wien: Facultas.
- Ensel D., Stiegler G. (2010). „Ein Stück Himmel“: Psychodramatikerinnen begegnen sich (Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie. Sonderband 2.). Wiesbaden: VS
- Faller, H. (1998). Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Fellöcker, K. (2018) Krisenintervention und Monodrama. In Kern S., Hintermeier S. (Hg.). Psychodrama-Psychotherapie im Einzelsetting. S. 476-481. Wien: Facultas.
- Frede U. (2012). „Ertragt mich, dass ich rede“. Weinheim: Springer VS.
- Hedenigg S. (2006) Der Umgang mit dem Tod eines lebensbedrohlich erkrankten Kindes im familiären Diskurs. Dissertationsarbeit an der medizinischen Fakultät der Charité – Universitätsmedizin Berlin.
- Herschbach P., Heußner P. (2008). Einführung in die psychoonkologische Behandlungspraxis. Stuttgart. Klett-Cotta.
- Hintermeier S. (2018) Klassischer Verlauf einer Monodramatherapie und klassische monodramatische Interventionsformen. In: Kern S., Hintermeier S. (Hg.). Psychodrama-Psychotherapie im Einzelsetting. S. 144.153. Wien: Facultas.
- Hutter C., Schwehm H. (2009). J. L. Morenos Werk in Schlüsselbegriffen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- <https://www.aerzteblatt.de/archiv/174862/Junge-Erwachsene-mit-Krebserkrankungen-Voll-im-Leben-und-schon-ausgebremst.>)
- https://www.focus.de/gesundheit/ratgeber/krebs/krebs-betrifft-alarmierend-viele-junge-menschen-diese-krebsarten-treten-schon-unter-40-jahrenauf_id_7954054.html
- ICD-10. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. (1993). Verlag Hans Huber.
- Kern S. Die Entwicklung des Monodramas im deutschsprachigem Raum. In Kern S., Hintermeier S. (Hg.). Psychodrama-Psychotherapie im Einzelsetting. S. 23-34. Wien: Facultas.
- Konteh A. Das Instrument des Psychodramas in der Psychoonkologie. Überlegungen und Ansätze der psychodramatischen Arbeit mit KrebspatientInnen. In: Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie 7 (2008). Wiesbaden: Springer VS.

- Krüger R. (2005). Szenenaufbau und Aufstellungsarbeit. Praxis und Theorie, Variationen und Indikationen im Gruppensetting und in der Einzelarbeit. Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie 4(2), 249-274. Zit. n. Stadler C. (2014). Psychodrama. München: ER Reinhardt.
- Krüger R. (2013). Die therapeutischen Funktionen und Indikationen des Doppelns. In: Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie. S. 217-232. Heft 01/2013, 12. Jahrgang. Wiesbaden: Springer VS.
- Krüger R. (2015). Störungsspezifische Psychodramatherapie. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kühne W. Kompetenzorientierte Therapie. In: Finauer (2007). Therapiemanuale für die neuropsychologische Rehabilitation. Heidelberg: Springer.
- Kunz-Mehlstaub s., Stadler, C. (2018). Psychodramatherapie. Stuttgart. Kohlhammer.
- Kusch M., Labouvie H., Hein-Nau B. (2013). Klinische Psychoonkologie. Berlin Heidelberg: Springer.
- Loscalzo M., Brintzenhofesozog K. (1998). Brief crisis counseling. In: Holland JC (ed). Psycho-Oncology. New York: Oxford University Press.
- Moreno JL. (1923). Das Stehgreiftheater. Berlin Potsdam. Zit. von Konteh A. Das Instrument des Psychodramas in der Psychoonkologie. Überlegungen und Ansätze der psychodramatischen Arbeit mit KrebspatientInnen. In: Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie 7 (2008). Wiesbaden: Springer.
- Moreno JL. (2001). Psychodrama und Soziometrie. Essentielle Schriften. Hrsg. Von Jonathan Fox. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Ross H., Munke A. Genderspezifische Aspekte onkologischer Jugendlichenrehabilitation. In: Stier B., Winter R. (2013). Jungen und Gesundheit. S. 143-147. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schacht M. (1996). Editorial. Psychodrama. Zeitschrift für Theorie und Praxis von Psychodrama, Soziometrie und Rollenspiel. 9(1), 1-2.
- Stadler C.: (2014). Psychodrama. München: ErnstReinhard Verlag.
- Stadler C, Kern, S. (2010). Psychodrama. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag.
- Sonnek G. (2000). Krisenintervention und Suizidverhütung. Wien: Facultas.
- Tschuschke, V. (2011). Psychoonkologie. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- von Ameln F., Gerstmann R., Kramer J. (2005). Psychodrama. Heidelberg: Springer.
- Weis J. et al. (2006). Psychoedukation mit Krebspatienten. Stuttgart: Schattauer.
- Zilich-Purucker B. Doppelgängerglück und Doppelgängerleid der Therapeuten. In: Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie. S. 2201-216. Heft 01/2013, 12. Jahrgang. Wiesbaden: Springer VS.