

Persönliche PDF-Datei für Kraft D, Repšytė-Scharf P, Kunzke D, Altmeyer S.

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.de

Fallbericht komplexe post-traumatische Belastungsstörung

PiD - Psychotherapie im Dialog

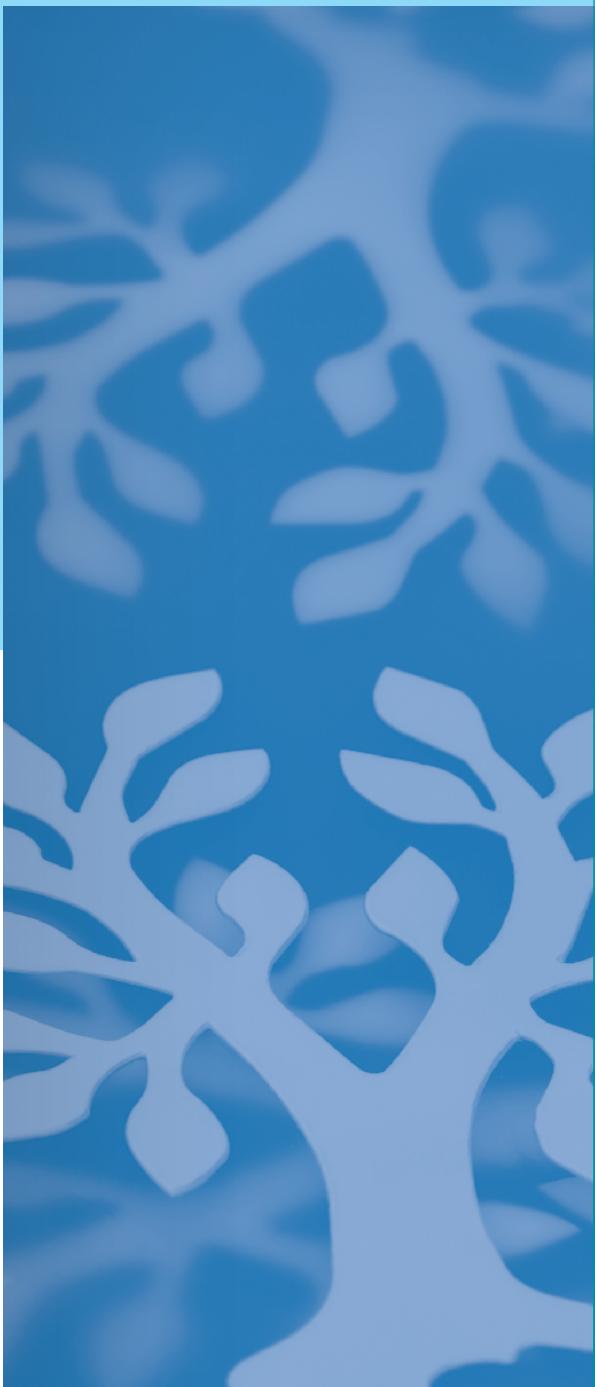
2024

92–95

10.1055/a-2192-1314

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z.B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership
© 2024. Thieme. All rights reserved.
Die Zeitschrift *PiD - Psychotherapie im Dialog* ist Eigentum von Thieme.
Georg Thieme Verlag KG,
Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 1438-7026



Fallbericht komplexe posttraumatische Belastungsstörung

„Warum hat von denen, die es wussten, keiner was gesagt?!"

Ein 66 Jahre alter Mann wurde in seiner Kindheit von der Mutter getrennt und war fortan einem gewalttätigen Vater ausgeliefert. Das Gefühl der Ohnmacht und der Einschränkungen durch die Corona-Pandemie führten zu einer Verstärkung seiner Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Auf Anraten seiner Kinder begibt er sich schließlich in psychotherapeutische Behandlung.

Der Patient sei für seine ewige Unruhe und seine oft nicht nachvollziehbaren Impulsenentscheidungen bekannt. Ein Beispiel sei der Bau des zweiten Hauses: Obwohl finanziell alles abgesichert war, habe er sich mit näher rückendem Baubeginn ständig mehr gesorgt und schließlich beschlossen, sein Motorrad zur zusätzlichen finanziellen Rücklage zu verkaufen. Ein anderes Mal habe er gedacht, dass seine Firma schlecht laufe und sein Wohnmobil veräußert. Mit solchen Entscheidungen fühle er sich sicherer, er sei eben immer Teil der Lösung. Es sei deswegen auch noch nie etwas Gravierendes passiert. Seit der Pandemie habe er sich jedoch in seinem Ärger über die Corona-Maßnahmen verloren, sich von der Familie isoliert und dadurch beinahe seine Ehe riskiert.

Anlass der Therapie

Nach einer familiären Krise seien sich alle einig, er müsse „etwas verändern“. Er wittere überall Gefahren, komme aber klar, so lange er sich handlungsfähig fühle. Durch die Pandemie habe er sich bevormundet, eingesperrt und den Maßnahmen der Regierung ausgeliefert gefühlt. Zu Beginn war man sich in der Kernfamilie einig, aber er sei der Einzige gewesen, der dagegen demonstriert habe. Er habe sich täglich mehrfach mit neuen Informationen versorgt, seine Familie jedoch habe seine Ängste bald nicht mehr geteilt. So habe er sich immer unverständiger und isolierter gefühlt. Obwohl rein platonisch sei der Kontakt zu einer ähnlich denkenden Bekannten plötzlich als Affäre gewertet worden. Daraufhin habe es ein intensives Krisengespräch mit Frau und

Kindern gegeben – den Kontakt zur Bekannten habe er direkt abgebrochen. Dennoch hätten vor allem die Kinder darauf gedrängt, dass er was tun müsse. Er sei ja „fast schon paranoid“.

Kern- und Herkunftsfamilie

Er sei seit 36 Jahren verheiratet, die vier gemeinsamen Kinder seien alle beruflich selbstständig und suchten täglichen Austausch mit dem Patienten – er stehe überall mit Rat und Tat beiseite. Die Ehe sei grundsätzlich gut, er und seine Frau seien ein Team, auch als Eltern. Die Ehefrau stehe der Therapie aber ambivalent gegenüber. Sie sei eher unsicher und habe Angst, dass der Patient sich wegen der Psychotherapie von ihr trenne. Vor 10 Jahren sei dies der Grund für den Abbruch einer ersten Therapie (wegen Burnout) gewesen.

Ursprünglich verbeamtet, habe er vor 32 Jahren autonom eine Selbstständigkeit im Sportsegment aufgebaut. Obwohl am Markt erfolgreich etabliert, plage er sich immer wieder mit Existenzängsten, die nicht nachvollzogen werden könnten – speziell von Personen, die Einsicht in die Zahlen seiner Firma hätten.

Sein Vater (vor zehn Jahren verstorben) habe das Sorgerecht für den acht Jahre älteren Halbbruder des Patienten aus erster Ehe gehabt, und habe auch die Mutter des Patienten früh wieder verlassen. Seine erste Erinnerung sei eine Nacht nach der Scheidung: Er war 3 Jahre alt, der Vater hat ihn um 3 Uhr nachts mit der Polizei aus dem Haus holen lassen, weg von seiner Mutter. Er erinnere alle Details noch genau: „So viel Schreierei, ich halte eine Plastiktüte mit all meinen Spielsachen und die Hand meiner Mutter.“ Seit dieser Nacht habe die Mutter den Kontakt abgebrochen, um dem Ex-Mann fernbleiben zu können. Sie habe ein kleines Geschäft betrieben, an dem der Patient später auf seinem Schulweg täglich vorbeigegangen sei. Er habe oft reingeschaut – aufgereggt, ob es zu einem Blickkontakt mit der Mutter kommen werde. Dies sei jedoch nie passiert. Er habe später

erfolglos darauf gehofft, dass sie auf Presseberichte zu seinen sportlichen Erfolgen reagieren werde. Einmal habe er sie mit seinen Kindern überrascht, damit sie ihre Enkel kennenlernen kann. Sie habe jedoch „kaum guten Tag“ gesagt. Vom Vater berichtet der Patient tägliche Demütigungen und Züchtigungen. Dieser habe sich im Familienkreis immer damit gebrüstet, dass er den älteren Bruder gebrochen habe. Der Patient erinnert sich an seine Verzweiflung darüber, dass niemand etwas gesagt oder getan habe, um die beiden Jungen zu schützen. Als der Patient 6 Jahre alt war, habe der Bruder einen ersten Suizidversuch unternommen, 10 Jahre später einen weiteren. Auch die dritte Ehefrau des Vaters habe seinen Gewaltexzessen nichts entgegengesetzt – sie sei selbst ein Opfer aber für den Patienten wie eine Mutter und seinen Kindern eine liebevolle Großmutter gewesen. Mit 18 Jahren habe der Patient sich einmalig körperlich gewehrt. Seitdem sei er zumindest vor tätlichen Angriffen verschont gewesen. Daneben habe ihn der Vater schon früh und mit Strenge sportlich gefördert. Er habe sich bis zum 18. Lebensjahr auf ein sehr hohes sportliches Niveau hochgearbeitet. Der Sport habe ihn immer über Wasser gehalten.

Symptomatik

Neben der immerwährenden Unruhe bemerke der Patient immer häufiger eine enorme körperliche Anspannung. Selbst in den aktuellen Sitzungen ertappt er sich immer wieder dabei, wie er seine Pobacken stark angespannt halte. Er sei grundsätzlich immer unzufrieden mit sich, immer im Wettbewerb mit sich selbst („Ich versuche sogar, das Navi zu schlagen.“) und könne Erreichtes nicht für sich gelten lassen. Das wiederum halte ihn kontinuierlich im Vorwärts, was ihn aber auch erschöpfe. Er halte sich dennoch für eher ausgeglichen, sein Umfeld würde ihn wohl eher als hitzköpfig beschreiben. Fühle er sich von anderen ungerecht behandelt oder eingeschränkt, steige sehr schnell Ärger in ihm auf und er suche den Konflikt – wenn auch nur verbal. Er sehe immer das Negative

und die Bedrohung, weswegen er permanent am Nachdenken sei. Durch die Pandemie sei alles schlimmer geworden: Er habe Ein- und Durchschlafstörungen entwickelt, habe noch mehr gegrübelt und sei der Meinung gewesen, dass man der Regierung auf die Finger schauen müsse und den Standardmedien nicht mehr trauen könne. Er habe sich in seine Recherche zum Thema geradezu reingesteigert. Er traue der Politik nun auch in anderen Entscheidungen nicht mehr. Nach Intrusionen befragt gibt er an, dass er sehr intensive und emotional aufwühlende Erinnerungen aus seiner Biografie habe. Er halte sich beschäftigt, um möglichst alle Gedanken daran zu vermeiden. Auch vermeide er den Kontakt zu seiner Mutter, weil dieser jedes Mal alte Wunden aufreiße. Gott sei Dank habe er vieles vergessen, was erst durch die jetzigen psychotherapeutischen Gespräche wieder belastend nach oben dränge.

Psychischer und körperlicher Befund

Der Patient ist in einem guten, trainierten Allgemeinzustand, somatisch befundfrei und deutlich jünger wirkend als es seinem biologischen Alter entspräche. Im Kontakt ist er freundlich und offen. Fühlt er sich vulnerabel, zeigt er Dominanzgesten wie dem Blick der Behandlerin feste standhalten oder ihr die Hand geben wollen um sie „abzuchecken“, selten zeigen sich Tränen. Die Flucht vor Emotionen wie Angst oder Scham in Ärger ist offensichtlich, eine tiefere emotionale Anamnese mit Widerständen behaftet. Die affektive Schwingungsfähigkeit ist dennoch ebenso erhalten wie der Antrieb. Psychomotorisch ist er sichtlich angespannt trotz legerer Sitzhaltung. Neben der berichteten intrusiven Rumination zeigen sich keine kognitiven Defizite. Die Substanzzanamnese ist leer, keine Hinweise auf Suizidalität oder Wahnerleben. Keine psychopharmakologische Behandlung.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Dagmar Kraft

Jahrgang 1978. Studium der Psychologie in Würzburg und Frankfurt/Main. Weiterbildung (VT) bei Wolfgang Lutz (PALF) in Trier. Spez. Traumatherapeutin (DeGPT) und Dozentin für Psychotraumatologie (PALF/Trier). Vertiefungen in EMDR, IRRT und Schematherapie. Niedergelassen in Saarbrücken.

Kommentare

Verhaltenstherapeutische Perspektive

Im spontanen Erklärungsmodell habe ich ein Bild von einem ehrgeizigen, arbeitsamen Mann mit narzisstischen und emotional instabilen Persönlichkeitszügen, einer Selbstwertproblematik und leistungsorientierten Bewältigungsstrategien sowie einer komorbid PTBS-Symptomatik. Es wäre naheliegend zu behaupten, dass die Ursachen seiner Probleme in einer frühen Bindungsstörung und einer Traumatisierung zu finden sind. Als Auslöser wären Ereignisse um die Covid-Situation denkbar. Aber was denkt der Patient? Wie lauten sein Erklärungsmodell und seine Ziele? Bildet die Verringerung der Symptome seine Hauptmotivation? Welche Rolle spielen dabei die Erwartungen seiner Frau bzw. sein eigener Leidensdruck? Was denkt er, was müsste er selbst verändern? Welche Verbindung sieht er selbst zwischen seinem Hyperarousal und Ungerechtigkeitsempfinden heute und fehlender Hilfestellung seitens der (Um)Welt damals?

Ebenfalls ist es denkbar, dass sein Misstrauen gegenüber der Welt und unzureichend befriedigten oder ambivalenten Bindungserfahrungen auch im Therapieraum präsent sind. Was bedeutet das für die Gestaltung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung im strukturierten Rahmen der Verhaltenstherapie? Wie wird durch den Patienten meine aktive, (an)leitende therapeutische Haltung wahrgenommen? Welches Vorgehen könnte seinen Bedürfnissen nach Sicherheit und Anerkennung entsprechen?

Ich denke hier an meine damals 7-jährige Tochter, die auf die Frage: „Was kann dir der Weihnachtsmann bringen?“ antwortete: „Was hat er denn so?“ So vermute ich, dass auch der Patient nicht wissen kann, welche Möglichkeiten auf dem „Theriebuffet“ liegen und es meine Aufgabe wäre, ihm das vorzustellen. Daher würde ich ihm ein kooperierendes Vorgehen transparent erläutern. Als erstes, unter Einbeziehung seiner biografischen Erfahrungen, ein für ihn plausibles Störungsmodell gemeinsam erstellen, verbunden mit der Idee, ihm ein besseres Verständnis für die eigene Wertsicht, Symptome und sein Verhalten zu ermöglichen und Handlungsoptionen über sein (Er)Leben zu eröffnen. Ich kann mir vorstellen, dass dieser Patient sowohl für die naturwissenschaftlichen Erklärungen über neuronale Netzwerke als auch für eine beziehungsorientierte Herangehensweise mit verbildlicher Sprache vom „Kind-Modus“ nach Schematherapie aufgeschlossen sein könnte. Wahrscheinlich wäre zuerst die Bewältigung von aktuellen Problemen inkl. des Ehekonflikts, die Verbesserung des Umgangs mit Symptomen wie Schlafstörungen, Reizbarkeit, Rumination und die Wiederaufnahme sozialer Kontakte anzustreben. Die konfrontative Trauma-Bearbeitung mittels EMDR wäre ein wichtiger Teil der Behandlung, jedoch wird der Zeitpunkt erst im Verlauf bestimmt. Ein zeitnahe Angehörigengespräch könnte wichtig sein, um die Ehefrau einzubeziehen. Damit wäre es möglich, die Motivation des Patienten zu stärken. Oder vielleicht einen Menschen zu erleben, der sich bereits getrennt hat und mit der „erneut gescheiterten“ Therapie einen Schlusspunkt sucht.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Palmira Repsye-Scharf

MS Psychologie, *1976, ist Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin und Dozentin am SIA Institut Berlin für Systemische und Verhaltenstherapie mit Ausbildung in Hypnotherapie und Fachkunde in EMDR. Nach langjähriger leitender Tätigkeit in der Erziehungs- und Schwangerschaftsberatung war sie an einer Klinik für Psychosomatik und Traditionelle Chinesische Medizin mit dem Schwerpunkt Traumatherapie tätig. Seit 2023 arbeitet sie im teilstationären Bereich der Psychiatrie am Städtischen Klinikum Magdeburg.

Psychodynamischer Ansatz

Was an der vorgestellten Kasuistik initial auffällt und regelrecht beeindruckt, ist in welch umfassender und zwingender Weise der Patient das gesellschaftspolitische Spannungsfeld der Corona-Pandemie zur unbewussten Darstellung seiner inneren Not nutzt. Er beschreibt einen gewalttätigen, impulsiven und letztlich auch ruhelosen Vater, mit dem er in seinem beruflich-unternehmerischen Aktionismus jedoch auch partiell identifiziert zu sein scheint. Den politischen Umgang mit der Corona-Pandemie erlebt er als entmündigend, kontrollierend und einengend. Diese Faktoren erlebt er als überaus bedrohlich.

In der Vergangenheit konnte er sein traumatisch bedingtes, leicht auslösbares Gefühl des Ausgeliefertseins und der Ohnmacht durch Aktionismus und durch die Illusion qua Handeln stets die Kontrolle behalten zu können, recht wirksam kompensieren. Die national und global sich entfaltende Coronapandemie war in ihrer Dynamik für den Patienten jedoch überwältigend – selbstwirksames Handeln war nur bedingt möglich, aber auch die politischen Akteure zeigten sich offensichtlich und nachvollziehbar immer wieder überfordert. Dies bildete sich auch in den nicht immer konsistenten und realitätsadäquaten politischen Maßnahmen und Apellen ab, die sich aber der Situation geschuldet in vielen Lebensbereichen enorm restriktiv auswirkten und unter hohem moralischem Druck vermittelten wurden. Erfahrungen der Willkür, der Gewalt, des Drucks und des Ausgelie-

fert-seins und damit sich weder verstanden noch gesehen zu fühlen, waren kennzeichnend für die Beziehung zum Vater. Und so wurde die Coronapandemie zur projektiven Bühne einer Neuauflage biografisch unbewältigter Konflikte.

Dabei springt ein weiteres Moment der biografischen Wiederkehr ins Auge: Der schmerzlich vermisste mütterliche Schutz und ihre entehrte Anteilnahme. Stattdessen wiederholten sich schwere Enttäuschungen durch alle frühen mütterlichen Instanzen. Dies trug dazu bei, dass sich bei dem Patienten ein Urmisstrauen statt eines Urvertrauens gegenüber der Welt entwickelte. Dieses Urmisstrauen erscheint mir der rote Faden dieses Falles zu sein. Auch dass sein Halbbruder bereits in dessen 14. Lebensjahr einen Suizidversuch unternahm, muss Quelle einer ständigen untergründigen Wut gegenüber dem Vater und damit allen autoritären Instanzen sein. Angesichts der zahllosen, schweren lebensgeschichtlichen Belastungen und Brüche erstaunt es schon eher, dass er trotz latenter, paranoider Verarbeitungsmuster bisher sein Leben recht stabil gestalten konnte – ohne etwa psychotisch zu entgleisen. Es fällt auch ein starkes und nachvollziehbares Sehnsuchtsmotiv gegenüber mütterlichen Figuren auf. Dieses birgt neben den Gewalt- und Verlusttraumata therapeutisch sicherlich beachtliche Fallstricke wegen drohender maligner regressiver Entgleisungen. Als unbewusster Selbstschutz gegenüber Abhängigkeitsängsten sind hier auch die therapeutische Beziehung sabotierende Verhaltensbereitschaften zu erwarten. Möglicherweise hat auch die Ehefrau in ihrem Beitrag zum Abbruch der ersten Behandlung hier unbewusst präventiv gehandelt und vielleicht weckt die soghafte Beziehung zu der Bekannten eine ähnliche Sorge im familiären Umfeld des Patienten.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Dieter Kunzke

Dr. Dipl.-Psych., * 1961, tiefenpsychologischer Psychotherapeut, Traumatherapeut (DeGPT, EMDRIA), EMDR-Supervisor und Gruppenanalytiker, sowie Gruppenlehranalytiker (D3G), tätig an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am LVR-Klinikum, Düsseldorf.

Systemische Gedanken

Lieber Herr W. (da ich Ihren Namen ja nicht kenne, Sie aber ansprechen möchten und beim Lesen des Fallberichtes Ihrer Therapeutin mein erster Gedanke „Wow! Was für eine Lebensleistung!“ war, würde ich Sie der Einfachheit halber gerne „Herr W.“ nennen – ich hoffe, das ist in Ordnung!),

ich möchte Ihnen Rückmeldung geben zu der Fallgeschichte, die Ihre Therapeutin über Sie geschrieben hat.

Ich bin tief beeindruckt davon, was Sie in Ihrem Leben erreicht haben, und mindestens genauso von der Solidarität, Fürsorge und Offenheit, die zwischen Ihnen, Ihrer Frau und Ihren Kindern herrscht. Wie ich es verstanden habe, haben diese Sie dazu gedrängt, Therapie in Anspruch zu nehmen, und Sie haben auf sie gehört. Möglicherweise war das gar nicht so einfach für Sie, weil Sie in Ihrem Leben viel allein meistern mussten und sich nicht gut auf andere verlassen konnten. Und Ihr Leben war, gerade was die ersten 20 Jahre betrifft, offensichtlich alles andere als einfach. Es klingt so, als ob Sie einem gewalttätigen, manchmal sogar sadistischen Vater ausgesetzt waren, der offenbar seine Freude daran hatte, Ihren Bruder zu „brechen“. Ihre Mutter ließ Sie mit diesem Vater, als Sie erst 3 Jahre alt waren, allein – wohl aus Angst um das eigene Leben, was sie möglicherweise mit einem großen Schuld- und Schamgefühl bezahlen musste (so deutete ich jedenfalls ihr Verhalten bei späteren Kontaktmaßen Ihrerseits). Und auch in der Umgebung schritt niemand ein, kümmerte sich niemand, sodass Sie das ganz allein hinbekommen mussten. Es ist sehr bewundernswert, was Sie geschafft haben!

Ich habe allerdings den Eindruck, dass diese schlimme Zeit ihre Spuren hinterlassen hat: Ihre große Anspannung, die damit einhergehende Erschöpfung, die Bilder der Vergangenheit, die sie belästigen, die starken körperlichen Reaktionen darauf – das alles passt zu einem Krankheitsbild, das man Posttraumatische Belastungsstörung nennt. Und bei Ihnen würden wir sogar von einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung sprechen, die zusätzlich einhergeht mit einer geringen Selbstachtung und mit Schwierigkeiten, seine eigenen Gefühle zu verstehen und mit ihnen umzugehen.

Diese komplexe Posttraumatische Belastungsstörung entsteht u. a. bei Menschen, die in ihrer Kindheit und Jugend Gewalt und Willkür ausgeliefert waren. In ganz vielen Fällen haben diese Menschen auch große Probleme in Beziehungen zu anderen, was nicht verwunderlich ist, da eine geringe Selbstachtung und Schwierigkeiten beim Regulieren von Gefühlen soziale Interaktionen nicht eben einfacher machen. Ich finde es erstaunlich, dass Sie es aber offenbar geschafft haben, so viele Jahre eine gute Beziehung zu ihrer Frau zu führen und vier Kindern ein wunderbares Nest und ein

liebevolles und zuverlässiges Elternhaus zu schaffen. Wie haben Sie das alles hingekriegt?

Dass die Corona-Pandemie gerade für Sie besonders schwierig war, wundert mich eigentlich nicht, da Sie bisher in Ihrem Leben mit großem Verantwortungsbewusstsein und einer Rieseneinsatzbereitschaft alles selbst in die Hand genommen haben. In dieser Pandemie wusste niemand so genau, was das Richtige ist. Und da Ihr Vertrauen in Obrigkeiten verständlicherweise nicht groß ist, haben Sie vielleicht auch hier versucht, es selbst in die Hand zu nehmen, zu protestieren und Ihren Mund aufzumachen. Ihr Misstrauen ist immer größer geworden und ihre Familie hat jetzt den Eindruck, dass Sie aus der Misstrauensspirale gar nicht mehr herauskommen – wirklich toll, dass Sie auf ihren Rat gehört haben und sich jetzt Hilfe suchen!

Ich würde Ihnen und Ihrer Therapeutin vorschlagen, dass Sie sich mit ihr und Ihrer Frau und Ihren Kindern zusammensetzen, um sich die Situation, wie sie jetzt besteht und die Sie zur Aufnahme der Therapie gebracht hat, aus verschiedenen Perspektiven anzuschauen und erste Ideen zu entwickeln, was

ein gutes weiteres Vorgehen ist. Ich bin sehr zuversichtlich, dass Sie das zusammen hinbekommen.

Ich wünsche Ihnen für Ihre Zukunft alles, alles Gute!

Susanne Altmeyer

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Susanne Altmeyer

Dr. med., Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärztin für Neurologie, Systemische Lehrtherapeutin, EMDR-Supervisorin, Chefärztin der Klinik für Psychosomatische Medizin, Psychotraumatologie und EMDR des Gezeiten Haus Schloss Eichholz, Wesseling bei Köln.