

Zusatzmaterial zu

Stationäre Narrative Expositionstherapie als Ultima Ratio? Therapiekonzept, Falldarstellung älterer Patientinnen mit Kindheitstraumatisierungen und Prä-Post-Assessment

Dana Bichescu-Burian, Anna-Lena Schwab, Maria-Luisa Steib (Ravensburg-Weissenau)

In Ergänzung zum ersten Fallbeispiel des in *PiA 1/2023* erschienenen Beitrags werden zunächst fünf weitere Fallbeispiele dargestellt (Fallbeispiel 2-6). Im Anschluss werden die insgesamt 6 Fallbeispiele tabellarisch zusammengefasst (Tab. 1) und im Prä-Post-Assessment dargestellt (Abb. 1).

Fallbeispiel 2

Frau B. schilderte eine Kindheit mit jahrelangem intrafamiliären sexuellen Missbrauch, körperlichen Misshandlungen sowie körperlicher Gewalt zwischen den Eltern. Im Jugendalter habe sie selbst aggressives Verhalten gezeigt und sei weiteren körperlichen und sexuellen Misshandlungen in einer Einrichtung ausgesetzt worden. Danach sei sie in ein kriminelles Umfeld gelangt, habe viel Alkohol konsumiert und sei selbst kriminell geworden. Es sei zu einer strafrechtlichen Verurteilung und mehrere Suchtbehandlungen gekommen. Nach mehreren Rückfällen sei es ihr gelungen endgültig abstinent zu leben. Anschließend sei ihr Leben in besseren Bahnen verlaufen und sie habe die wiederkehrenden Episoden von psychischer Instabilität jahrelang ohne Therapie überstanden. In einem späteren Lebenskontext führten familiäre Konflikte zu einer zunehmenden psychischer Destabilisierung mit längerfristigen Arbeitsunfähigkeit und letztendlich zu einer notfallmäßigen Aufnahme auf unsere Station. Die Patientin beschrieb viele Sorgen, fast tägliche Panikattacken mit typischer vegetativer Begleitsymptomatik, Suizidgedanken, Weinanfälle, depressive Verstimmung, Rückzug, Antriebs- und Lustlosigkeit sowie Schlafstörungen und Alpträume. Diagnostisch lagen eine Panikstörung, eine schwere depressive Episode i.R. einer rezidivierenden depressiven Störung, eine somatoforme Schmerzstörung und eine kPTBS vor. Weiter waren mehrere somatische Erkrankungen vordiagnostiziert: Adipositas, Asthma bronchiale, Hypercholesterinämie, Erhöhung der Transaminasen und Diabetes mellitus.

Zu Beginn der stationären Behandlung standen eine Krisenintervention sowie eine ausführliche Psychodiagnostik im Vordergrund. Die Patientin nahm regelmäßig an unserem Therapieangebot teil und brachte sich sehr aktiv ein. Zudem wurde nach ausführlicher Aufklärung ein Antidepressivum aufdosiert. Sie zeigte in den Therapien viele Ressourcen, Kampfgeist und Durchhaltevermögen, was angesichts ihrer massiv belastenden Biografie doch sehr beachtlich war. Im Fokus der Behandlung standen Themen wie eigene Grenzen erkennen und akzeptieren, Umgang mit Gefühlen, wie z. B. Trauer zulassen sowie Psychoedukation und Bewältigung der Panikattacken und Erlernen einer Atemtechnik. Die Patientin wurde auch von der Sozialarbeiterin der Station beraten und bestärkt, sich im Umgang mit dem familiären Konflikt zu informieren und aktiv zu werden. Im weiteren Verlauf berichtete sie, dass ungewollte Erinnerungen v.a. an sexuellen Missbrauchserfahrungen wieder auftreten würden, die Panikattacken ließen jedoch nach. Auffällig war, dass sie häufig das Gespräch mit dem Pflegepersonal über körperliche Beschwerden aufsuchte, wobei sie psychische Beschwerden allein zu bewältigen versuchte bzw. es ihr nicht möglich war, diese zu kommunizieren. Vor Beginn der Belastungserprobungen am Wochenende berichtete sie wieder vermehrt über Angstzustände. In dieser Phase stand die zunehmende Außenorientierung i.R. der Entlassplanung im Vordergrund.

Da sich die Patientin bei der Außenorientierung als sehr stressanfällig zeigte und nach der Reduktion der Angst- und Depressionssymptomatik posttraumatische Symptome im Zusammenhang mit Traumatisierungen in der Kindheit vermehrt in den Vordergrund rückten, planten wir noch vor Entlassung eine traumafokussierte Kurzzeitintervention mit der Option der ambulanten Fortsetzung bei Bedarf. Es erfolgten insgesamt 4 NET-Sitzungen. Als biografisch prägend, entsprechend symbolisch auf der Lebenslinie dargestellt und in der NET thematisiert wurden folgende Themen: emotionale Vernachlässigung und emotionaler Missbrauch, schöne Zeit im Kindergarten, intrafamiliäre körperliche Gewalt und sexueller Missbrauch, ein Angehöriger als wichtige Bezugsperson, Jugendzeit und eigene Aggressivität, Kriminalität und Straffälligkeit, eigene Familie gründen, Sucht und Suchtbehandlung, familiäre Konflikte. In sensu exponiert wurden zwei Szenen des sexuellen Missbrauchs (eine davon 2-fach) und zwei weitere konkrete Erinnerungen bezogen auf emotionalen Missbrauch und körperliche Gewalt zwischen Eltern. In diesem Kontext konnte sie vergleichsweise gut Gefühle zulassen und Körperempfindungen nachspüren und beschreiben, wodurch

sie ein besseres Verständnis für ihre Symptomatik, ihr Erleben und ihre Körperreaktionen erlangte. Durch den erfolgreichen Umgang mit ihren traumatischen Erinnerungen und die Wertschätzung ihrer Biografie in der NET erlangte die Patientin ein besseres Selbstvertrauen und bewältigte selbstwirksamer die Belastungserprobungen. Frau B. konnte in einem erfreulich stabilisierten Zustand entlassen werden, ein Erstgespräch bei einem ambulanten Psychotherapeuten war bereits vereinbart.

Fallbeispiel 3

Frau C. berichtete, sie sei in der Kindheit erheblich benachteiligt worden im Vergleich zu ihrem Geschwister: Man habe sie ignoriert, massiv abgewertet, in einem kleinen Raum eingeschlossen und körperlich bestraft. Später sei es intrafamiliär zu wiederholtem und jahrelang andauerndem sexuellem Missbrauch gekommen. Frau C. habe das Elternhaus früh verlassen und ihrer eigene Familie gegründet. Sie verfügte über eine hohe soziale Funktionalität und sei nach abgeschlossener Ausbildung beruflich erfolgreich geworden.

Jahre später kam es im familiären Rahmen zu einer Situation, die als so heftiger Trigger fungierte, dass sie in der Folge erstmals psychisch erheblich dekompenzierte. Im engen zeitlichen Zusammenhang traten weitere familiäre Konflikte und Belastungen auf, die bei Frau C. massive Schuldgefühle hervorriefen und zu einer ersten stationären Behandlung führten. Frau C. zeigte eine starke PTBS-Symptomatik. Wir diagnostizierten zudem eine depressive Episode, und die Folgejahre waren von rezidivierenden schweren depressiven Episoden geprägt. Zudem wurde im späteren Verlauf die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung und einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung gestellt. Neben wiederholten stationären Behandlungen im Rahmen von erheblichen suizidalen Einbrüchen nahm Frau C. eine ambulante Psychotherapie in Anspruch, die sich vor dem schematherapeutischen Hintergrund vor allem der Bewältigung des Alltags widmete. Trotz jahrelanger therapeutischer Auseinandersetzung mit der Symptomatik kam es nicht zu einer nennenswerten Verbesserung. Im Vordergrund stand einerseits die erhebliche Vermeidungstendenz von Frau C., sich mit den schweren und belastenden Lebenserfahrungen auseinanderzusetzen, andererseits eine so eingeschränkte Alltagsfunktionalität, sodass der therapeutische Schwerpunkt auf

der Wiederherstellung eines stabilen Rahmens und Verbesserung der erheblichen depressiven Symptomatik lag.

Aufgrund der persistierenden und schweren Symptomatik einer komplexen Traumafolgestörung, den dominierenden selbstkritischen Glaubenssätzen und dem beeinträchtigenden Interaktionsmuster wurde in einem späteren stationären Aufenthalt die Indikation für eine NET gestellt. Als prägende Erlebnisse auf der Lebenslinie legte die Patientin den emotionalen und sexuellen Missbrauch in der Kindheit, positive Erfahrungen in der Schule und später im Beruf, Gründung der eigenen Familie, psychische Destabilisierung, familiäre Konflikte, Tod eines Angehörigen, positive Therapieerfahrungen. Nach dem Legen der Lebenslinie wurden beginnend frühkindliche emotionale Traumatisierungen thematisiert. Frau C. fiel es äußerst schwer, sich auf die traumafokussierte Arbeit einzulassen. Die NET-Sitzungen (insgesamt 4 während dieses Aufenthalts) waren zunächst von emotionaler Distanziertheit geprägt. Durch umfangreiche Psychoedukation und einfühlsames und geduldiges Heranführen an die traumatisierenden Situationen konnte sich Frau C. emotional einbringen. Es zeigten sich jedoch erhebliche Schwierigkeiten in der Reorientierung und Differenzierung zwischen »Damals« und »Heute«. Aufgrund der schweren, komplexen Symptomatik vereinbarten wir zunächst, die Behandlung zu beenden und die NET im Rahmen einer Intervalltherapie fortzuführen, um die erreichte Stabilität im Alltag nicht zu gefährden und die bisher gewonnene Stabilität aufrechtzuerhalten; außerdem sollte ihr ermöglicht werden, die gewonnenen Erkenntnisse im Alltag zu erproben und umzusetzen.

Im zweiten Intervall lag der Fokus auf den berichteten sexuellen Übergriffen. Es fiel Frau C. sehr schwer, die erlebten Szenen detailliert zu berichten. 6 Sitzungen wurden benötigt, um die Situationen umfangreich zu erfassen. Die Sitzungen waren von starker Dissoziation geprägt, sodass assistierte Realitätsüberprüfungen notwendig waren. In den Sitzungen kam es zur keiner nennenswerten Habituation. Frau C. erhielt das Protokoll der Sitzung, um es im stationären Rahmen durchzulesen; hierbei zeigte sie erhebliche Schwierigkeiten, da sie während des Lesens weitere Szenen antizipierte. Wir entschieden uns schließlich gemeinsam für die Beendigung des zweiten Intervalls, um der Patientin mehr Zeit zu geben, die bisher erarbeiteten Szenen im häuslichen Umfeld und mit enger Unterstützung ihrer ambulanten Psychotherapeutin weiter zu verarbeiten. I

m weiteren Verlauf kam es immer wieder zu kurzen stationären Kriseninterventionen aufgrund zunehmender Suizidgedanken, die stationären Behandlungen führten dann aber rasch zu einer Entaktualisierung der Situation, woraufhin die Patientin auf eigenen Wunsch hin wieder entlassen wurde. Später wünschte die Patientin, die NET fortzusetzen. Sie berichtete davon, dass sich einige Monate nach dem letzten Intervall Flashbacks zu sexuellen Übergriffen deutlich reduziert hätten, und dass sie Erinnerungen daran im Alltag nicht mehr als so einschränkend erleben würde. Sie wünschte sich erneut eine Auseinandersetzung mit den emotional traumatisierenden Inhalten, da sie hier ihr Vermeidungsverhalten der letzten Jahre erkannt habe und hier den Ursprung ihrer dysfunktionalen Glaubenssätze sowie der weiterhin bestehenden erheblichen Einschränkungen im sozialen Interaktionsmuster vermutete. Sie konnte nun viel detaillierter und umfangreicher über verschiedene Szenen berichten, die sie erlebt hatte. Aufgrund der erheblich zur Symptomatik beitragenden dysfunktionalen Denkmuster im Zusammenhang mit dem emotionalen Missbrauch, die Frau C. als inneren Kritiker bezeichnete und auch aufgrund der langjährigen Erfahrung der Patientin mit schematherapeutischen Interventionskonzepten, boten wir ihr nach einer weiteren NET-Sitzung zusätzlich ebensolche Techniken an. Es wurden dabei die für die Genese der beschriebenen Glaubenssätze relevanten Szenen aus der frühen Kindheit identifiziert und besprochen sowie in ein Modus-Modell eingeordnet. Während der intensiven Auseinandersetzung mit ihrer Biografie kam es als Reaktion auf die Überwältigung durch die besprochenen Erinnerungen erneut zu erheblichen psychischen Einbrüchen. Durch wiederholte Unterstützung in der Auseinandersetzung mit aufkommenden Erinnerungen im multiprofessionellen Team gelang es Frau C. schließlich schrittweise, ihre dysfunktionalen Denkmuster in Bezug zu den frühkindlichen emotionalen Missbrauchserfahrungen zu setzen und Schlüsse für hieraufhin folgende belastende Erfahrungen und Schwierigkeiten in ihrer heutigen Situation zu ziehen. Nach dem dritten Intervall konnte sie in stabilisiertem Zustand entlassen werden. Frau C. bewertete die Methode der NET insgesamt als sehr hilfreich. Sie benannte einen deutlichen Rückgang der Flashbacks in Bezug auf die detaillierte Auseinandersetzung verschiedener Szenen. Zudem zeigten sich eine deutliche Reduktion des Vermeidungsverhaltens sowie eine Verbesserung des Schlafs. Eine weitere Fortführung der NET ist geplant, um an die bisher gemachten Fortschritte anzuknüpfen.

Fallbeispiel 4

Frau D. befand sich im Vorfeld aufgrund von dissoziativen Anfällen in stationärer Behandlung auf einer Psychotherapiestation im Hause mit den Diagnosen dissoziative Krampfanfälle, PTBS sowie Bulimia nervosa. Die erste Aufnahme auf unserer Station erfolgte nach einer subjektiv als bedrohlich erlebten Situation auf dem Weg zu ihrem Arbeitsplatz. Die Patientin reagierte mit einem dissoziativen Anfall und Amnesie und wurde zur weiteren psychiatrischen Behandlung aus der Notaufnahme des somatischen Krankenhauses angemeldet.

Aufgrund der multiplen traumatischen Vorerfahrungen wurde mit ihr eine traumafokussierte Therapie mittels der NET besprochen. Hierfür legte sie zunächst ihre Lebenslinie und markierte mittels Steinen alle traumatischen und belastenden Ereignisse: schwierige familiäre Verhältnisse, intrafamiliäre körperliche Gewalt, emotionale Missbrauchserfahrungen, Mobbing in der Schulzeit, schöne Zeit mit einer Freundin, mehrere außerfamiliäre sexuelle Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter, Theater spielen, sowie Gewalterfahrungen, Trennung der Eltern, Ausbildung, Beruf, Partnerschaft, Schwangerschaft, Alkoholproblem des Partners und sexuelle Übergriffe in einer Partnerschaft, Trennung, psychische Probleme und Behandlung. In den darauf folgenden, insgesamt 9 NET-Sitzungen wurde chronologisch und im Detail auf diese Ereignisse eingegangen; mehrfach in sensu exponiert wurden vor allem die sexuellen Übergriffe sowie eine Erinnerung an den emotionalen Missbrauch und eine Mobbing Erfahrung in der Schulzeit. Die Auseinandersetzung mit diesen belastenden und sehr schmerzhaften Themen führte zunächst erwartungsgemäß zu einer deutlichen Zunahme der Symptomatik, mit vermehrten Flashbacks sowie dissoziativen Anfällen, zum Teil auch mit einer Zunahme von Suizidgedanken, was im stationären Rahmen jedoch gut aufgefangen und begleitet werden konnte. Frau D. Erlebte es als positiv, über für sie sehr schwierige und schmerzhaft Themen reden und sich anschließend wieder beruhigen zu können, was anfänglich nur mit Unterstützung von außen möglich war. Mit der Zeit wurde sie zunehmend selbstständiger, sodass es im weiteren Verlauf zu einer emotionalen Verarbeitung kam.

Am Ende der Behandlung legte Frau D. nochmals die Lebenslinie und bewertete die Erlebnisse aus aktueller Sicht, wobei der Leidensdruck teilweise deutlich abgenommen hatte. Die erarbeiteten

Situationen wurden verschriftlicht, das Narrativ wurde der Patientin zur weiteren Bearbeitung und Ergänzung zur Verfügung gestellt.

Zur ambulanten Anbindung und zur Konsolidierung der erreichten Therapiefortschritte wurde die Patientin in unserer psychiatrischen Institutsambulanz aufgenommen. Diese ambulante Behandlung wird noch fortgeführt.

Zu einem späteren Zeitpunkt folgte eine weitere stationäre Aufnahme aufgrund einer Zunahme der dissoziativen Symptomatik. Auch auf Station kam es wiederholt zu dissoziativen Anfällen mit Reaktualisierung verschiedener abgespaltener Gedächtnisinhalte und anschließenden Amnesien. Die Auseinandersetzung mit dieser Symptomatik und die Reintegration der abgespaltenen Erinnerungen standen nun im Fokus der Behandlung.

Diese Symptomatik setzte sich auch im ambulanten Setting fort und wurde von ihr als sehr bedrohlich und nicht kontrollierbar erlebt. Eine Zunahme der Suizidgedanken machte eine erneute stationäre Behandlung notwendig, da die Auseinandersetzung mit den dissoziierten Erinnerungen und Persönlichkeitsanteilen im ambulanten Setting rasch zu einer zunehmenden Überforderung führte. In den psychotherapeutischen Einzelgesprächen lag der Fokus auf Psychoedukation bezüglich der strukturellen Dissoziation und auf einer Auseinandersetzung mit traumatischen und anderen Erinnerungen mit dem Ziel, diese längerfristig zu einem kohärenten Narrativ zu integrieren. Aufgrund der insgesamt schwerwiegenden Symptomatik mit wiederkehrenden dissoziativen Zuständen kam es immer wieder zu Krisensituationen, einmalig auch mit einem unabgesprochenen Verlassen der Station, anhaltenden dysfunktionalen Kognitionen, massiven affektiven Einbrüchen aufgrund von Triggern im Alltag, Bilanzierungstendenzen sowie auch immer wieder ernstzunehmender Suizidalität, die zum Teil auch eine engmaschige Überwachung sowie Unterstützung notwendig machten.

Die Auseinandersetzung mit den teilweise neuen Erinnerungen erlebte Frau D. zunächst als sehr belastend, diese führten dann aber auch allmählich zu mehr Verständnis bezüglich der eigenen dysfunktionalen Strukturen und Verhaltensmuster und infolgedessen auch ansatzweise zur Entwicklung von Ideen, diese modifizieren zu können, wenngleich Frau D. hierfür noch viel Anleitung und Unterstützung benötigte. Nur langsam kam es zu einer allmählichen Stabilisierung, sodass eine ambulante Behandlung wieder möglich war.

Die Thematik im ambulanten Setting veränderte sich über die Zeit, sodass immer mehr auch aktuelle Themen wie Konflikte in der Partnerschaft aufgrund des Alkoholkonsums ihres Ehemannes, aber auch aufgrund ihrer Schwierigkeiten im sexuellen Bereich und berufliche Themen mehr in den Fokus rückten. Ebenfalls nahmen Themen wie Selbstfürsorge und Handeln gemäß der eigenen Bedürfnisse mehr Raum ein.

Im weiteren Verlauf kam es aufgrund einer zunehmenden depressiven Symptomatik zu zwei vollstationären Behandlungen und zuletzt zu einer stationsäquivalenten Behandlung.

Fallbeispiel 5

***Frau E.** stellte sich zunächst in der Akutsprechstunde vor, benannte hier die aktuelle Reaktivierung einer PTBS infolge der Ehekonflikte und schilderte eine Zunahme von Selbstverletzungs- und Suchtdruck, dissoziativen Zuständen und Schlafstörungen. Deshalb erfolgte eine Aufnahme in der stationsäquivalenten Behandlung bei uns im Hause. Die Behandlung war zunächst geprägt von einer starken Affektlabilität und einem massiven Alkoholabusus, die Patientin äußerte auch immer wieder Ruhe- und Todeswünsche. Medikamentös wurde die bestehende Behandlung mit einem Antidepressivum fortgeführt. Als Ressourcen ließen sich psychotherapeutische Vorerfahrungen, gute Erwachsenenkompetenzen, die berufliche Tätigkeit, ein intaktes und fürsorgliches soziales Umfeld sowie ihre finanzielle Unabhängigkeit und Fähigkeit, gut für sich zu sorgen, herausarbeiten. Nach Besserung der Stimmungseinbrüche konnte Frau E. aus der stationsäquivalenten Behandlung entlassen werden und wurde zunächst engmaschig über die psychiatrische Institutsambulanz weiter begleitet.*

Monate später wurde sie aufgrund von suizidalen Äußerungen notfallmäßig stationär aufgenommen. Sie berichtete, unter zunehmenden Stimmungsschwankungen und häufigen dissoziativen Zuständen zu leiden und von akuten Suizidgedanken am Aufnahmetag. Berichtet wurden weiterhin Ein- und Durchschlafstörungen und ein unregelmäßiger Alkoholkonsum zur subjektiven Emotions- und Anspannungsregulation. Neben sexuellen Übergriffen im familiären Rahmen ihrer Kindheit beschrieb sie emotionale Vernachlässigung und eine massive körperliche Gewalt ihr und ihren Geschwistern gegenüber, sowie körperliche Gewalt zwischen ihren Eltern. Sie berichtete einen Suizidversuch durch

Tabletteneinnahme im Jugendalter, im jungen Erwachsenenalter dann den Beginn von selbstverletzendem Verhalten nach Bewusstwerden der Missbrauchserfahrungen während einer Vorbehandlung.

Diagnostiziert wurden eine PTBS sowie eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung.

Therapieziele waren die Aufklärung über die bestehende Symptomatik und Behandlungsmöglichkeiten.

Zunächst erfolgte die Entlassung mit der Empfehlung einer ambulanten Psychotherapie; mittelfristig wurde eine traumafokussierte Therapie empfohlen.

Einige Monate später wurde die Patientin zur geplanten stationären Traumaexposition aufgenommen.

Die Anmeldung erfolgte durch die ambulante Psychotherapeutin, die aufgrund unzureichender Stabilität und kompliziertem Verlauf zumindest den Beginn einer Traumatherapie im stationären Setting empfahl.

Zu Beginn fanden eine ausführliche Diagnostik, die Etablierung einer therapeutischen Beziehung sowie eine ausführliche Aufklärung bezüglich der geplanten NET statt. Anschließend legte die Patientin die Lebenslinie. In den darauffolgenden insgesamt 9 NET-Sitzungen ging es um die chronologische Auseinandersetzung mit ihrer Biografie.

In der ersten Sitzung beschrieb die Patientin die Gewalt- und Vernachlässigungserfahrungen im Gesamtkontext einer konfliktreichen Konstellation ihrer Ursprungsfamilie. Im Detail wurden mehrere Szenen besprochen, in denen körperliche Gewalt, emotionaler und sexueller Missbrauch eine Rolle gespielt haben. Ein für Frau E. sehr belastendes Thema war immer wieder die Ungläubigkeit bezüglich der sexuellen Übergriffe und ein damit einhergehendes Gefühl von im Stich gelassen Werden und nicht wichtig genug Sein.

Die Auseinandersetzung mit diesen Themen führte im Verlauf der Behandlung wiederholt zu emotionalen Einbrüchen, die eine enge Begleitung und Unterstützung durch das multiprofessionelle Team notwendig machten. Trotz der Länge und Schwere der Symptomatik erwiesen sich dabei die oben genannten Ressourcen und Fähigkeiten der Patientin als hilfreich.

Zuletzt fand eine Sitzung statt, in der Aspekte der Ehekonflikte bearbeitet wurden. Hier lag der Fokus auf die damit verbundenen Emotionen und Bewertungen sowie deren biografische Bezüge. Aus der

Sicherheit des stationären Settings heraus fanden gegen Ende der Behandlung erste klärende Gespräche statt, ein Mediator sollte zusätzlich beraten.

Zum Abschluss der stationären Behandlung wurde noch einmal die Lebenslinie gelegt, mit Fokus auf neu gewonnenen Erkenntnissen und einem gegebenenfalls veränderten Umgang mit dem Erlebten. Die erarbeiteten Situationen wurden in einem schriftlichen Narrativ festgehalten, das der Patientin zur selbstständigen – oder im Rahmen der Fortführung der ambulanten Psychotherapie – Fortschreibung der Biografie zur Verfügung gestellt wurde. Trotz einer Symptomreduktion waren zum Entlassungszeitpunkt die Kriterien einer PTBS weiterhin erfüllt.

Fallbeispiel 6

***Frau F.** beschrieb seit nunmehr Jahrzehnten mehrere ambulante Psychotherapien sowie zahlreiche stationäre psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Vorbehandlungen, diese reichten von kurzen Kriseninterventionen bis hin zu mehrmonatigen Behandlungen.*

Die erste Aufnahme auf unserer Station lag bereits viele Jahre zurück mit der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung und Zustand nach Suizidversuch. Als Grund für den Suizidversuch benannte sie ihre Überforderung durch zunehmende Erinnerungen an den sexuellen Missbrauch durch mehrere Familienmitglieder. In weiteren stationären Behandlungen machte sie immer mehr Angaben zu den Traumatisierungen, zusätzlich wurden eine PTBS, eine dissoziative Störung sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Viele Aufnahmen erfolgten notfallmäßig aufgrund von Suizidalität, oft in intoxikiertem Zustand, nach einem Suizidversuch oder aufgrund von zunehmender psychischer Dekompensation im Zusammenhang mit Belastungsfaktoren infolge ihrer Lebenssituation. Nach Krisenintervention wurde die Patientin zeitnah in die bestehenden ambulanten Strukturen entlassen.

Vor ein paar Jahren kam es zu einer erneuten Aufnahme im alkoholisierten Zustand und nach Selbstverletzung, ein Hyperarousal und eine Verknennung der Situation lagen vor. Aufgrund der jahrelangen Vorbehandlungen mit dem Fokus der Stabilisierung, die bisher wenig erfolgreich waren, der zunehmend chronifizierten Symptomatik und der fortschreitenden Invalidisierung, boten wir ihr ein aufdeckendes Vorgehen an und klärten sie ausführlich über die Traumatherapie mittels der NET

auf. Frau F. entschied sich dafür. Aufgrund der Schwere und Dauer der Symptomatik und der eingeschränkten Alltagsfähigkeit sahen wir den stationären Rahmen und die Unterstützung durch ein multiprofessionelles Team als dringend indiziert an.

Die Patientin legte zunächst ihre Lebenslinie und schilderte anschließend ihren familiären Hintergrund. Ihre Geburt sei schwierig gewesen, sodass sie eine Fehlbildung davon getragen habe. Aufgrund der körperlichen Behinderung sei sie viel versteckt worden. In der frühen Kindheit sei sie gemeinsam mit ihrer Schwester oft hin- und hergeschoben worden, sodass sie teilweise bei Verwandtschaft und in einem Internat aufgewachsen sei. Durch ihre gesamte Kindheit bis ins Jugendalter zogen sich körperliche Züchtigungen, sexueller Missbrauch durch Familienmitglieder, emotionaler Missbrauch und Vernachlässigung, Ausgrenzung und massive Überforderungsgefühle. In den insgesamt 6 NET-Sitzungen dieses Aufenthalts wurden unter anderem mehrere Szenen des sexuellen Missbrauchs erarbeitet. Im Rahmen der Auseinandersetzung mit diesen traumatischen Erlebnissen kam es zu vielen Flashbacks und Verkennungen der Situation. So zeigte die Patientin nach den Sitzungen teils über mehrere Stunden andauernde Belastungsreaktionen, in denen sie eine intensive Unterstützung benötigte. Dies verbesserte sich im weiteren Verlauf, sodass es Frau F. zunehmend besser gelang, selbständig Bezüge zwischen aktuellen Denk- und Verhaltensmustern und früheren Erfahrungen herzustellen und dadurch ein besseres Verständnis zu entwickeln. Hierbei lag der Fokus vor allem auf der Identifikation früherer Überlebensstrategien und deren Auswirkungen auf das Hier und Jetzt sowie auf der Förderung von Verständnis für die damalige Funktionalität dieser Verhaltensweisen.

Ebenfalls nahm die Schmerzsymptomatik zu aufgrund der Fehlbildung; die Patientin benötigte in solchen Zeiten viel Versorgung und Unterstützung. Insgesamt reagierte sie in Alltagssituationen schnell gekränkt, zum Teil sehr temperamentvoll und impulsiv und hatte in manchen Situationen das Gefühl, nicht gesehen zu werden bzw. nicht das zu bekommen, was sie brauchte. Die Situationen konnten gut nachbesprochen und geklärt werden. Hilfreich hierfür war sicherlich auch die über mehrere Aufenthalte aufgebaute gute therapeutische Beziehung, die auch ein konfrontatives Vorgehen möglich machte.

Aufgrund der Vielzahl an Traumatisierungen entschieden wir uns, Frau F. eine Intervalltherapie anzubieten, um eine Überforderung zu vermeiden. Sie zeigte sich für dieses Angebot dankbar, weil sie die Belastung durch das sehr emotionale biografische Arbeiten deutlich spürte. Somit wurde Frau F. in die bestehenden ambulanten Strukturen entlassen mit der Möglichkeit einer weiteren Intervalltherapie mit Fortsetzung der begonnenen NET. Das vorläufige NET-Protokoll wurde Frau F. zur Weitergabe an die ambulante Therapeutin ausgehändigt.

Es folgten weitere kurze stationäre Aufenthalte zur Krisenintervention, oft im alkoholisierten Zustand und nach Konflikten im häuslichen Milieu. Mehrmals benannte sie die Fortsetzung der begonnenen Traumaexposition als belastendes Thema, vor der sie große Angst habe und die sie daher vermeide. Eine weitere stationäre Aufnahme erfolgte nach innerfamiliären Konflikten, nachdem sie innerhalb der Familie ihre Traumatisierungen offen gelegt hatte. Zur Bearbeitung dieser Konflikte und der damit einhergehenden Schuldgefühle wünschte sie sich die Fortsetzung der begonnenen Traumaexposition mittels der NET. Die Patientin formulierte große Ängste, weil chronologisch nun die Bearbeitung des »schlimmsten Ereignisses« anstand. Aufgrund der Schwere der Symptomatik, der komplexen Vorgeschichte und der Vorerfahrung mit der NET traute sie sich eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik ausschließlich im stationären Rahmen zu.

Um die Chronologie aufrechtzuerhalten erfolgte eine kurze Wiederholung und Zusammenfassung der bisher erarbeiteten Narration. Im Anschluss daran fand eine Sitzung statt, in der das subjektiv am meisten belastende Ereignis besprochen wurde. Die Auseinandersetzung mit dieser sehr schambesetzten Erinnerung (ein sexueller Übergriff), führte in der Folge zu einer hohen emotionalen Aktivierung und zu sehr schmerzlichen Gefühlen, sodass sie wiederholt Unterstützung bei der Regulation und der Realitätsprüfung benötigte. Hierbei standen auch zunehmend Gefühle wie Wut und Aggression im Fokus, sodass Psychoedukation bezüglich Emotionen sowie adäquate und funktionale Möglichkeiten der Emotionsregulation angesprochen und zum Teil auch ausprobiert wurden. Dadurch kam es zu einer zunehmenden Beruhigung und auch Besserung des Befindens.

Wie bereits in Voraufenthalten kam es auch dieses Mal auf Station zu zwischenmenschlichen Konflikten, die mit starken Kränkungsgefühlen und dem Gefühl, nicht gesehen zu werden, verbunden waren. Nach einem solchen Konflikt wünschte Frau F. ihre Entlassung und verließ impulsiv die

Station. Nach einem psychogenen Krampfanfall mit Hinzuziehen des Rettungsdienstes und Vorstellung im somatischen Haus kehrte Frau F. nochmals auf Station zurück und konnte diesmal geordneter ihre Entlassung organisieren. Am Folgetag meldete sie sich telefonisch und benannte die emotionale Überforderung aufgrund der aktuellen Erinnerungen als eigentlichen Grund für die Entlassung, was auch unserer Einschätzung entsprach. Sie erhielt das Angebot einer Wiederaufnahme. Seit dieser Entlassung kam es zu zwei weiteren stationären Aufnahmen zur Krisenintervention wegen selbstschädigendem Verhalten nach Konflikten in ihrer Wohneinrichtung; ein Wechsel der Wohnsituation wurde ihrerseits angestrebt. Das Angebot der Fortsetzung der NET besteht weiterhin, aktuell scheinen jedoch sozialpsychiatrische Perspektivplanungen im Vordergrund zu stehen.

--- hier Abbildung Tabelle 1 und Abbildung 1 (separate Datei) einfügen ---

Fall	Fokussierte Themen in der stationären NET	Zusätzliche Interventionen	Erreichte Veränderungen im Therapieverlauf
Frau A.	emotionale Vernachlässigung und sexueller Missbrauch	kritische Beleuchtung der Polypharmazie und des dysfunktionalen Interaktionsverhaltens in den Einzelgesprächen, Veränderung der negativen Besetzung bestimmter Körperwahrnehmungen in der Körpertherapie, Unterstützung zur Trauerverarbeitung, Aktivitätenaufbau, Wechsel der behandelnden Abteilung bei suizidaler Kommunikation i.R. der Behandlung	Verbesserung der posttraumatischen Symptomatik, bessere Steuerung der dissoziativen Zuständen und im späterem Verlauf Besserung der Verlustakzeptanz, des selbstverletzenden Verhaltens und des allgemeinen Wohlbefindens, Besserung der körperlichen Beschwerden nach Zunahme des Gesundheitsverhaltens und Reduktion der Polypharmazie
Frau B.	sexueller und emotionaler Missbrauch, körperliche Gewalt zwischen Eltern	Antidepressivum, Skills zur Emotionsregulation, Trauerbewältigung, Angsttherapie, Atemtechnik, Beratung bzgl. familiärer Probleme	besseres Verständnis für ihre Symptomatik, ihr Erleben und ihre Körperreaktionen, besseres Selbstvertrauen, Verbesserung des Umgang mit Angst und familiären Belastungen
Frau C.	Emotionaler und sexueller Missbrauch	Depressionsbehandlung, Schematherapie, Intervalltherapie, kurze stationäre Kriseninterventionen im Verlauf, wiederholtes Auffangen durch das Pflegepersonal	Reduktion der Flashbacks zu sexuellen Übergriffen, des Vermeidungsverhaltens und der Einschränkungen dadurch, Erkennen der Zusammenhänge zwischen Biographie und Denkweisen, Verbesserung des Schlafes
Frau D.	sexuelle Übergriffe, emotionaler Missbrauch und Mobbing	Auffangen durch das Stationspersonal, Ego-State-Arbeit, stationäre Kriseninterventionen im Verlauf, engmaschige Überwachung bei akuter Suizidalität, Ressourcenaktivierung	Verbesserung der Affektregulation, Reduktion des Leidensdrucks bzw. Verbesserung der Akzeptanz der Geschehnisse, Integration der Persönlichkeit
Frau E.	körperliche Gewalt, emotionaler und sexueller Missbrauch	Antidepressivum, Intervalltherapie, Auffangen durch das Stationspersonal, Kommunikations- und Problemlöseinterventionsinterventionen im Umgang mit den Partnerschaftskonflikten	Reduktion der posttraumatischen Symptomen und damit verbundenen Einschränkungen, verbesserter Zugang zu den eigenen Ressourcen
Frau F.	Sexuelle Missbrauchserfahrungen	intensive Unterstützung durch das Stationspersonal zur Affektregulation, kritische Reflexion der emotionalen Ausbrüchen, stationäre Kriseninterventionen im Verlauf	Verbessertes Krankheitsverständnis sowie Fähigkeit Bezüge zwischen aktuellen Denk- und Verhaltensmuster und früheren Erfahrungen herzustellen

Tabelle 1. Individuelle Aspekte der stationären NET: fokussierte biographische Themen, individuelle Interventionen (zusätzlich zu der Psychodiagnostik, der Psychoedukation, der stationären NET und des Therapieprogramms mit Gruppentherapien, Ergo- und Körpertherapie) und erreichte Veränderungen im Therapieverlauf