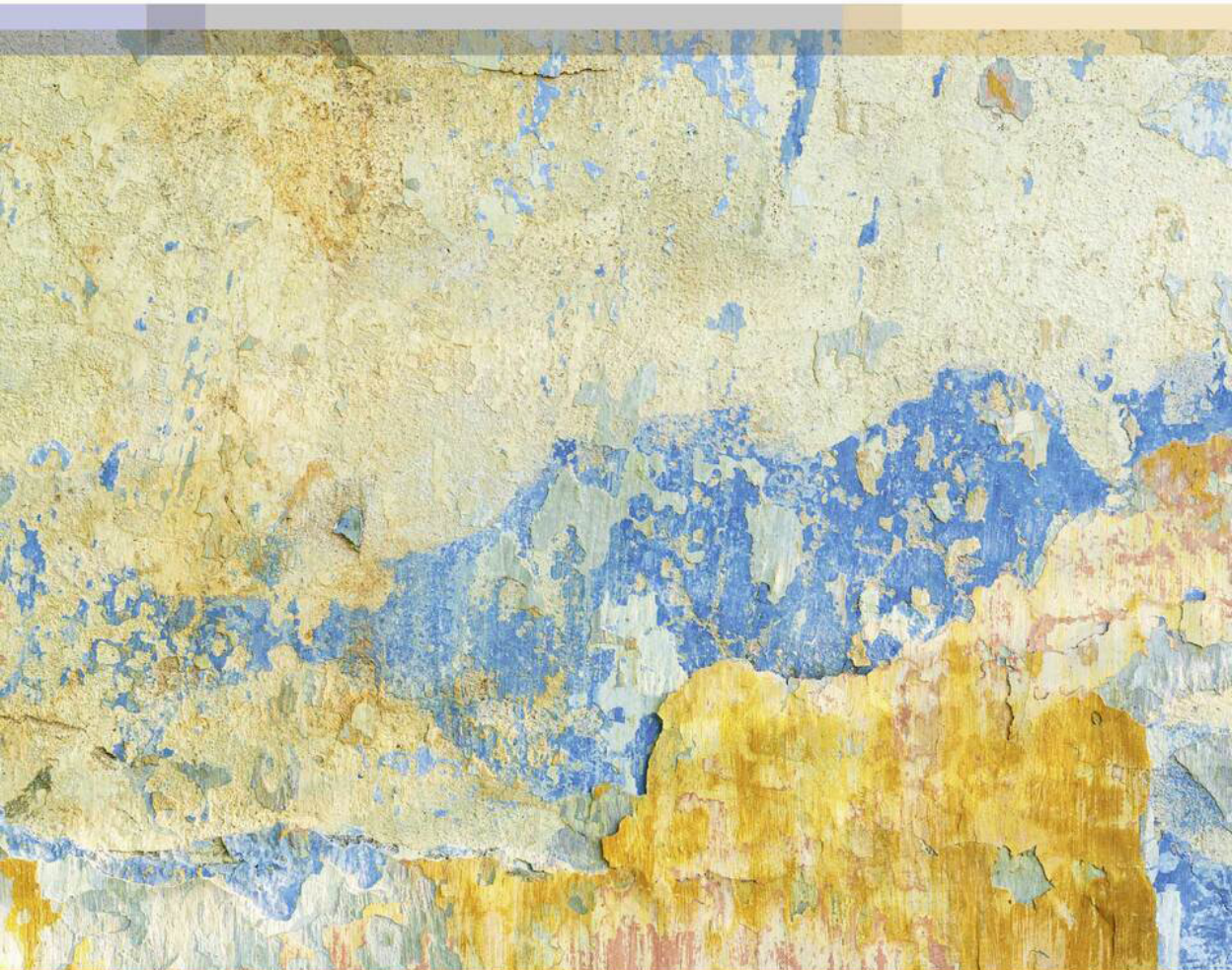


Sack | Sachsse | Schellong

Komplexe Traumafolgestörungen

Diagnostik und Behandlung von Folgen
schwerer Gewalt und Vernachlässigung

Aktualisiert gemäß ICD-11



Martin Sack | Ulrich Sachsse | Julia Schellong

Komplexe Traumafolgestörungen

Diagnostik und Behandlung
von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung

2., aktualisierte und ergänzte Neuauflage

Unter Mitarbeit von

Barbara Abdallah-Steinkopff

Maria Belz

Melanie Büttner

Anne Dyer

Ruth Ebbinghaus

Lisa Fahrig

Claudia Fliß

Maria Monica Fuhrmann

Silke Birgitta Gahleitner

Stella Guldner

Thomas Hensel

Saskia Heyden

Eva Irle

Archontula Karameros

David Kindermann

Matthias Knefel

Leonhard Kratzer

Ilka Kraugmann

Claudia Lange

Christel Lüdecke

Helga Mattheß

Britta Menne

Gregor Mennicken

Jenny Mika

Christoph Nikendei

Bettina Overkamp

Ibrahim Özkan

Katharina Parisius

Günter Reich

Anja-Maria Reichel

Helmut Rießbeck

Kerstin Rießbeck

Ingo Schäfer

Rahel Schüepf

Alex Stern

Sybille Teunißen

Wibke Voigt

Godehard Weniger

Hjoerdis E. Wirth

Gustav Wirtz

Karen Wise

Florian Ziegler

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung. In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe

Schattauer

www.schattauer.de

© 2022 by J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von Adobe Stock/Анатолий Еремин

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

ISBN 978-3-608-40141-7

E-Book ISBN 978-3-608-11885-8

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20571-8

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Anschriften

Herausgeberin und Herausgeber

Prof. Dr. med. Martin Sack

Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar der TU München
Langerstraße 3
81675 München
m.sack@tum.de

Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse

Asklepios Fachklinikum Göttingen
Rosdorfer Weg 70
37081 Göttingen
ulrich.sachsse@t-online.de

Dr. med. Julia Schellong

Klinik und Poliklinik für Psychotherapie
und Psychosomatik
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Dresden an der TU Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
julia.schellong@uniklinikum-dresden.de

Autorinnen und Autoren

Dipl.-Psych. Barbara Abdallah-Steinkopff

REFUGIO München
Rosenheimer Straße 38
81669 München
barbara.abdallah-steinkopff@refugio-
muenchen.de

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Maria Belz

Kurze Straße 13A
37073 Göttingen
maria.belz@outlook.de

Dr. med. Melanie Büttner

Praxis für Sexual-, Psycho- und Trauma-
therapie
Clemensstraße 32
80803 München
www.melanie-buettner.de
office@melanie-buettner.de

Prof. Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Anne Dyer

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J 5
68159 Mannheim
anne.dyer@zi-mannheim.de

Ruth Ebbinghaus

Fachärztin für Psychiatrie und Psycho-
therapie
Kaiserstraße 8
97070 Würzburg
ruthebbinghaus@mac.com

Lisa Fahrig

c/o Geschäftsstelle des Betroffenenrats
Büro der Unabhängigen Beauftragten für
Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs
Glinkastraße 24
10117 Berlin

Dipl.-Psych. Claudia Fliß

Kirchhuchtinger Landstraße 172
28259 Bremen
claudia.fliss@nord-com.net

Maria Monica Fuhrmann

m.m.fuhrmann@gmx.de

Prof. Dr. phil. Silke Birgitta Gahleitner

Professur für Klinische Psychologie
und Sozialarbeit
Arbeitsbereich Psychosoziale Diagnostik
und Intervention
Alice Salomon Hochschule Berlin
Hochschule für Angewandte Wissen-
schaften
Alice-Salomon-Platz 5
12627 Berlin
sb@gahleitner.net

Dr. rer. soc. Stella Guldner

Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J 5
68159 Mannheim
stella.guldner@zi-mannheim.de

Dipl.-Psych. Thomas Hensel

Kinder Trauma Institut
Augustastrasse 1
77654 Offenburg
info@kindertraumainstitut.de

Dipl.-Psych. Saskia Heyden

Psychologische Psychotherapeutin
Grimmstraße 1
80336 München
www.saskiaheyden.de
mail@saskiaheyden.de

Prof. Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Eva Irle

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Schwerpunkt Psychopathologie und
Neuropsychologie
Universitätsmedizin Göttingen
Von-Siebold-Straße 5
37075 Göttingen
eirle@gwdg.de

Dipl.-Psych. Archontula Karameros

Praxis für Psychotraumatologie und
Supervision
Fasanenstraße 48
10719 Berlin
A.Karameros@t-online.de

Dr. med. David Kindermann

Universitätsklinik für Allgemeine Innere
Medizin und Psychosomatik
Thibautstrasse 4
69115 Heidelberg
david.kindermann@med.uni-heidelberg.de

Mag. phil. Dr. phil. Matthias Knefel, MSc

c/o Arbeitsgruppe Psychotraumatologie,
Fakultät für Psychologie, Universität Wien
Wächtergasse 1
1010 Wien
matthias.knefel@univie.ac.at

**Mag. rer. nat. Dr. rer. biol. hum. Leonhard
Kratzer**

c/o Klinik für Psychotraumatologie
Klinik St. Irmingard
Osternacher Straße 103
83209 Prien am Chiemsee
l.kratzer@st-irmingard.de

Ilka Kraugmann

c/o Geschäftsstelle des Betroffenenrats
Büro der Unabhängigen Beauftragten für
Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs
Glinkastrasse 24
10117 Berlin

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Claudia Lange

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Schwerpunkt Psychopathologie und
Neuropsychologie
Universitätsmedizin Göttingen
Von-Siebold-Straße 5
37075 Göttingen
clange@gwdg.de

Christel Lüdecke

Asklepios Fachklinikum Göttingen
Rosdorfer Weg 70N
37081 Göttingen
c.luedecke@asklepios.com

Dr. med. Dipl.-Phys. Helga Mattheß

Fachärztin für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Psychotraumatology Institute Europe (PIE)
Großenbaumer Allee 35a
47269 Duisburg
helga.matthess@t-online.de

Dr. med. Britta Menne

Rehaklinik Glotterbad
Zentrum für ambulante psychosomatische
Rehabilitation (ZAPR)
Gehrenstraße 10
79286 Glottertal
b.menne@rehaklinik-glotterbad.de

Dr. med. Gregor Mennicken

Facharzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Silberweg 2
01324 Dresden
Dr.Mennicken@web.de

Jenny Mika

REFUGIO München
Rosenheimer Straße 38
81669 München
jenny.mika@refugio-muenchen.de

Prof. Dr. med. Christoph Nikendei, MME

Universitätsklinik für Allgemeine Innere
Medizin und Psychosomatik
Thibautstrasse 4
69115 Heidelberg
christoph.nikendei@med.uni-heidelberg.de

Dr. phil. Dipl.-Psych. Bettina Overkamp

Abteilung Psychotraumatologie
Unfallkrankenhaus Berlin
Warener Straße 7
12683 Berlin
bettina.overkamp@ukb.de

Dr. disc. pol. Dipl.-Psych. Ibrahim Özkan

Maßregelvollzugszentrum Niedersachsen
Fachkrankenhäuser für Forensische
Psychiatrie und Psychotherapie
Ulrich Venzlaff Straße 2
37081 Göttingen
ibrahim@ibrahim.info

Dipl. Psych. Dipl. Theol. Katharina Parisius

Eichenhang 16
34277 Fuldabrück bei Kassel
info@Praxis-Parisius.de

Prof. Dr. phil. Günter Reich

Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38
37073 Göttingen
greich@gwdg.de

Anja-Maria Reichel

Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn
Tiefenbrunn
37124 Rosdorf
an.reichel@asklepios.com

Dr. med. Helmut Rießbeck

Psychotherapeutische Praxis
Häfnersgässchen 2
91126 Schwabach
info@praxis-riessbeck.de

Dipl.-Psych. Kerstin Rießbeck

Psychotherapeutische Praxis
Häfnersgässchen 2
91126 Schwabach
kerstin@praxis-riessbeck.de

Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse

Asklepios Fachklinikum Göttingen
Rosdorfer Weg 70
37081 Göttingen
ulrich.sachsse@t-online.de

Prof. Dr. med. Martin Sack

Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar der TU München
Langerstraße 3
81675 München
m.sack@tum.de

Prof. Dr. med. Ingo Schäfer, MPH

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
i.schaefer@uke.de

Dr. med. Julia Schellong

Klinik und Poliklinik für Psychotherapie
und Psychosomatik
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Dresden an der TU Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
julia.schellong@uniklinikum-dresden.de

Dipl.-Psych. Rahel Schüepf

Praxis für Psychotherapie
Lange Straße 94
27711 Osterholz-Scharmbeck
schueepf@bremen-psychotraumatologie.
de

Alex Stern

c/o Geschäftsstelle des Betroffenenrats
Büro der Unabhängigen Beauftragten für
Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs
Glinkastraße 24
10117 Berlin

Sybille Teunissen

Praxis für Psychotherapie und Supervision
Albertstr. 49a
42289 Wuppertal
kontakt@sybille-teunissen.de

Dr. med. Wibke Voigt

Fachklinik St. Vitus
Ahlhorner Straße 32
49429 Visbek
wibke.voigt@vitus-fachklinik.de

PD Dr. med. Dipl.-Psych. Godehard Weniger

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Lenggstrasse 31
Postfach 1931
8032 Zürich
Schweiz
godehard.weniger@puk.zh.ch

Hjoerdis E. Wirth

c/o Geschäftsstelle des Betroffenenrats
Büro der Unabhängigen Beauftragten für
Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs
Glinkastraße 24
10117 Berlin

Dr. med. Gustav Wirtz

Abteilung für Psychiatrie und Psycho-
therapie
SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach
GmbH
Guttmannstraße 1
76307 Karlsbad
gustav.wirtz@kkl.srh.de

Dipl.-Psych. Karen Wise

Osternachstraße 69
83209 Prien am Chiemsee
karen.wise@gmx.de

Dr. med. Florian Ziegler

Psychosomatische Klinik
Krankenhaus Ginsterhof
Metzendorfer Weg 21
21224 Rosengarten
ziegler@ginsterhof.de

Inhalt

I DIAGNOSTIK

1	Neurobiologie komplexer Traumafolgestörungen	27
	EVA IRLE, CLAUDIA LANGE, ULRICH SACHSSE, GODEHARD WENIGER	
1.1	Einleitung	27
1.2	Posttraumatische Belastungsstörung	28
1.3	Dissoziative Störungen	33
1.4	Borderline-Persönlichkeitsstörung	38
1.5	Depression	41
1.6	Bindungs- und Beziehungstraumatisierung	43
2	Grundlagen der Diagnostik	51
	MARTIN SACK, RUTH EBBINGHAUS	
2.1	Einleitung	51
2.2	Wichtige diagnostische Bereiche	52
2.3	Erheben der Traumaanamnese	54
2.4	Rahmenbedingungen der Diagnostik	55
2.5	Anforderungen an den Diagnostiker	57
2.6	Durchführung der Diagnostik	58
3	Diagnostische Klassifikation von Traumafolgestörungen	60
	JULIA SCHELLONG	
3.1	Problemfeld der Klassifizierung der komplexen Traumafolgestörungen	62
3.2	Komplexe Traumafolgestörung nach ICD-11	65
3.3	Vorhergehende Einordnungsversuche des Phänomens komplexe Traumafolgestörungen	66
3.4	Unser Vorschlag zu einer erweiterten Klassifikation von Traumafolgestörungen und klinische Implikationen	70
3.5	Zusammenfassung	79
4	Befund und Diagnosestellung	86
	BRITTA MENNE, RUTH EBBINGHAUS	
4.1	Einleitung	86
4.2	Anamnese und Verhaltensbeobachtung	86
4.3	Abfassung von Befunden bzw. Attesten	92

5	Instrumente zur strukturierten Diagnostik	97
	BETTINA OVERKAMP, JULIA SCHELLONG, GUSTAV WIRTZ	
5.1	Traumafolgestörung Grad I (»klassische« Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS))	99
5.2	Traumafolgestörung Grad II (PTBS oder partielle PTBS »plus« trauma-kompensatorische Symptomatik)	103
5.3	Traumafolgestörung Grad III (PTBS oder partielle PTBS »plus« persönlichkeitsprägende Symptomatik)	106
5.4	Traumafolgestörung Grad IV (PTBS oder partielle PTBS »plus« komplexe dissoziative Symptomatik – meist KPTBS)	108
5.5	Instrumente zur Erfassung von Traumatisierungen in Kindheit und Jugend	110
5.6	Instrumente zur differenzialdiagnostischen Abgrenzung	113
5.7	Instrumente zu Symptom aufrechterhaltenden Bedingungen und sekundären Folgen im Sinne von Funktionsbeeinträchtigungen oder Beeinträchtigungen der Lebensqualität	113
5.8	Instrumente zur Ressourcendiagnostik	116
5.9	Instrumente zur Überprüfung des therapeutischen Prozesses	117
6	Differenzialdiagnostik und Komorbidität komplexer Traumafolgestörungen	124
	LEONHARD KRATZER, MATTHIAS KNEFEL, MELANIE BÜTTNER	
6.1	Einleitung	124
6.2	Was sind Traumafolgestörungen?	126
6.3	Diagnostik der spezifischen Traumafolgestörungen	127
7	Gutachterliche Diagnostik	164
	RUTH EBBINGHAUS	
7.1	Probleme in der aktuellen Begutachtungspraxis komplex Traumatisierter	164
7.2	Diagnostische Probleme in der Begutachtung komplexer Traumafolgestörungen	165
7.3	Beurteilung der Glaubhaftigkeit der Angaben und Prüfung der Glaubwürdigkeit der Person	175
7.4	Voraussetzungen für die Begutachtung komplex Traumatisierter	181
8	Kultursensibles Vorgehen in der Diagnostik	187
	IBRAHIM ÖZKAN, MARIA BELZ	
8.1	Einleitung	187
8.2	Besondere Anforderungen bei Menschen mit Migrationsgeschichte	189
8.3	Psychometrische Verfahren	191
8.4	Fazit	192

II THERAPIE

9	Rahmenbedingungen, Therapiesetting und Vernetzung	199
	RUTH EBBINGHAUS, HELMUT RIEßBECK, JULIA SCHELLONG	
9.1	Einleitung	199
9.2	Rahmenbedingungen und Qualitätsstandards für die Behandlung	199

9.3	Therapiesetting	203
9.4	Komplexe Traumafolgestörungen im Versorgungsnetzwerk	215
9.5	Fazit	218
10	Zur Finanzierung Trauma zentrierter Psychotherapie für Patient:innen mit KPTBS	220
	ULRICH SACHSSE	
10.1	Einleitung	220
10.2	Ambulante Psychotherapie	221
10.3	Stationäre Psychotherapie	227
10.4	Teilstationäre Behandlung	229
10.5	Kostenübernahme für stationäre und teilstationäre Therapie	230
11	Behandlungsvorbereitung	233
	BRITTA MENNE, KAREN WISE	
11.1	Aufklärung über Diagnose, Implikation und Prognose	233
11.2	Motivation und Behandlungsauftrag klären	235
11.3	Therapieplan erstellen	239
11.4	Differenzialindikationen	243
11.5	Arbeitsbündnis	246
11.6	Therapievertrag	247
12	Grundstrategien in der psychotherapeutischen Behandlung	250
	ARCHONTULA KARAMEROS, MARTIN SACK	
12.1	Einleitung	250
12.2	Berücksichtigung spezifischer Aspekte in der therapeutischen Beziehungsgestaltung ..	252
12.3	Ressourcenaktivierung und Aufbau von Kompetenzen	257
12.4	Bearbeiten der spezifischen Traumafolgesymptomatik	275
12.5	Integration und Rehabilitation	284
12.6	Differenzierung der Therapiebedürfnisse nach Art und Schwere der erfahrenen Traumatisierungen	290
12.7	Zusammenfassung	292
13	Therapiemethoden und Behandlungstechniken	299
	MARTIN SACK, ULRICH SACHSSE	
13.1	Einleitung	299
13.2	Vorrangig konfrontative Methoden zur Behandlung von Traumafolgesymptomen	303
13.3	Psychodynamische und imaginative Methoden	307
13.4	Narrative Methoden	313
13.5	Hypnotherapeutische Methoden	319
13.6	Techniken zur Ressourcenaktivierung und Stabilisierung	324
13.7	Kombinationen verschiedener Methoden	330
13.8	Traumaadaptierte Behandlungskonzepte in Kunsttherapie, Tanztherapie und Musiktherapie	345
13.9	Potenziell problematische Behandlungsmethoden	346
13.10	Ausblick	348

14	Was ist nachteilig für die Behandlung und sollte vermieden werden?	356
	MARTIN SACK, ARCHONTULA KARAMEROS	
15	Pharmakologische Behandlungsansätze bei komplexen Traumafolgestörungen	361
	GUSTAV WIRTZ	
16	Evidenzbasierte Standards der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen Traumafolgestörungen	370
	ANNE DYER, STELLA GULDNER	
16.1	Einleitung	370
16.2	Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie	374
16.3	Eye Movement Desensitization and Reprocessing	378
16.4	Psychodynamische Verfahren	380
16.5	Schulbasierte Behandlungen für Kinder und Jugendliche	381
16.6	Sonstige Verfahren	382
16.7	Zusammenfassende Bemerkungen zu den vorgestellten Richtlinien	382
17	Psychotherapie komplexer Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen	389
	THOMAS HENSEL	
17.1	Einleitung	389
17.2	Komplexe Traumafolgestörung im Kindes- und Jugendalter – Die Theorie	390
17.3	Die klinische Praxis	397
17.4	Zusammenfassung	402
18	Komplexe Traumafolgestörungen bei älteren Patientinnen und Patienten	406
	FLORIAN ZIEGLER	
18.1	Einleitung	406
18.2	Formen der Traumatisierung	408
18.3	Alt gewordene Überlebende des Holocaust	411
18.4	Traumatisierende Folgen von Verfolgungsbedingungen in der ehemaligen DDR	413
18.5	Sexualisierte Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen	414
18.6	Therapiebesonderheiten	415
18.7	Das »Problem der Übertragung« in der Behandlung alter Menschen	416
19	Patientinnen und Patienten mit Behinderungen	419
	HELMUT RIEßBECK, KERSTIN RIEßBECK	
19.1	Einleitung	419
19.2	Diagnostik bei Menschen mit Behinderungen und Komplextrauma	421
19.3	Körperbehinderungen	423
19.4	Sinnesbehinderungen	423
19.5	Intelligenzminderung	425
19.6	Mehrfachbehinderungen	426
19.7	Fazit	427

20	Behandlung von Opfern organisierter Gewalt	430
	CLAUDIA FLIß	
21	Psychotherapie bei noch bestehendem Täterkontakt	438
	CLAUDIA FLIß	
22	Behandlung von Tätern mit komplexen Traumafolgestörungen	445
	SASKIA HEYDEN	
22.1	Täterverhalten als Folge komplexer Traumatisierungen	445
22.2	Komplex traumatisierte Straftäter	447
22.3	Behandlungsziele	448
22.4	Behandlungsmethoden	448
22.5	Besonderheiten bei der therapeutischen Arbeit mit komplex traumatisierten Tätern	455
23	Komplexe Traumafolgestörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung	461
	BRITTA MENNE, RAHEL SCHÜEPP, HELGA MATTHEß	
23.1	Einleitung	461
23.2	Borderline-Persönlichkeitsstörung und komplexe Traumafolgestörungen	463
23.3	Studienlage zur Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörung und Posttraumatischer Belastungsstörung	465
23.4	Therapieverfahren	466
23.5	Ausblick	473
24	Dissoziative Störungen	478
	HELGA MATTHEß, RAHEL SCHÜEPP, MARTIN SACK	
24.1	Was ist eigentlich Dissoziation?	478
24.2	Dissoziation in der Diagnoseklassifikation ICD-11	479
24.3	Dissoziation bei akuter Belastungsstörung und »einfacher Posttraumatischer Belastungsstörung«	480
24.4	Prävalenz dissoziativer Störungen	481
24.5	Diagnostische Instrumente für dissoziative Symptome und Störungen	482
24.6	Phänomenologie dissoziativer Symptome und Differentialdiagnostik	484
24.7	Ätiologie, Pathogenese und Dissoziationsmodelle	486
24.8	Konsensusdefinition der International Society for the Study of Trauma and Dissociation	489
24.9	Behandlung dissoziativer Störungen	489
25	Psychotherapeutische Behandlung traumatisierter geflüchteter Menschen	501
	BARBARA ABDALLAH-STEINKOPFF, JENNY MIKA	
25.1	Einleitung	501
25.2	Therapeutisches Vorgehen	504

26	Traumafolgestörungen und psychosoziale Versorgung bei Geflüchteten in der frühen postmigratorischen Phase	511
	DAVID KINDERMANN, CHRISTOPH NIKENDEI	
26.1	Einführung	511
26.2	Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei Geflüchteten	512
26.3	Komplexe posttraumatische Belastungsstörung bei Geflüchteten	512
26.4	Psychosoziale Maßnahmen in der frühen postmigratorischen Phase	513
26.5	Zugang zu Gesundheitsleistungen für Geflüchtete in Deutschland	515
26.6	Fazit und Ausblick	517
27	Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Suchtproblemen	520
	CHRISTEL LÜDECKE, WIBKE VOIGT, SYBILLE TEUNISSEN, INGO SCHÄFER	
27.1	Einleitung	520
27.2	Zusammenhänge zwischen Traumatisierung und Sucht	521
27.3	Diagnostik und Behandlungsplanung	523
27.4	Stabilisierende Interventionen bei komplex Traumatisierten mit Suchtproblemen	528
27.5	Traumasyntese	533
27.6	Zusammenfassung	535
28	Esstörungen und komplexe Traumafolgestörungen	539
	GÜNTER REICH	
28.1	Einleitung	539
28.2	Traumatisierungen bei Esstörungen	543
28.3	Fazit	555
29	Körperbeschwerden als Folge psychischer Traumatisierungen	562
	MARTIN SACK, HELGA MATTHEß	
30	Sexualität in der Traumatherapie	568
	MELANIE BÜTTNER	
30.1	Welche sexuellen Störungen und Probleme sind bei traumatisierten Menschen besonders häufig?	569
30.2	Soziokulturelle Einflüsse, um die man wissen sollte	583
30.3	Traumatasensibel über Sexualität sprechen	588
30.4	Wie kann eine Therapie für Betroffene aussehen?	591
30.5	Fazit	598
31	Behandlung von Patientinnen und Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen und psychotischen Erkrankungen	603
	INGO SCHÄFER	
31.1	Einleitung	603
31.2	Diagnostik und Indikationsstellung	605
31.3	Psychotherapie	606
31.4	Pharmakotherapie	607

32	Traumاسensible psychiatrische Pflege	610
	ANJA-MARIA REICHEL	
32.1	Einleitung	610
32.2	Das Pflegekonzept	611
32.3	Orientierungsphase	611
32.4	Säulen traumasensibler psychiatrischer Pflege	616
32.5	Traumabearbeitung/-verarbeitung	626
33	Methodenintegration: Versuch einer Systematisierung für die KPTBS	634
	KATHARINA PARISIUS	
33.1	Ausgangssituation	634
33.2	Welche Faktoren bestimmen die Methodenvielfalt?	636
33.3	Einzelne Schritte auf dem Weg zu »konzeptbasierter Methodenintegration«	641
33.4	Positive Wirkungen konzeptbasierter Methodenintegration	651
33.5	Therapeutische Identität: Schlussfolgerungen und Ausblick	651

III GESELLSCHAFT

34	Genderaspekte in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen	659
	SILKE BIRGITTA GAHLEITNER	
34.1	Einleitung	659
34.2	Gender Matters	660
34.3	Männliche und weibliche Wege der Traumaverarbeitung	662
34.4	Gendersensible Diagnostik und Therapie	666
35	Behandlung der Folgen von Gewalt und sexuellem Missbrauch in Institutionen	675
	MARTIN SACK, RUTH EBBINGHAUS	
35.1	Einleitung	675
35.2	Besondere Bedingungen eines Heimaufenthaltes in der BRD von 1950–1970	677
35.3	Besondere Bedingungen eines Heimaufenthaltes in der DDR von 1950–1990	679
35.4	Potenziell schädigende Bedingungen im Rahmen institutioneller Erziehung	681
35.5	Sexueller Missbrauch in Institutionen und in Abhängigkeitsverhältnissen	683
35.6	Schädigungsfolgen	684
35.7	Bedarf an Hilfen und an psychotherapeutischer Behandlung	688
36	Behandlung im System: Eine kritische Perspektive auf Normierungspraktiken der Versorgung Gewalterfahrener	696
	ALEX STERN, ILKA KRAUGMANN, LISA FAHRIG, HJOERDIS E. WIRTH	
36.1	Einleitung	696
36.2	Normierung und Fremdbestimmtheit bei Gewalterfahrung und Gewaltbetroffenheit	697
36.3	Die Gemeinsamkeit der Erfahrungen	703
36.4	Handlungsspielräume	704
36.5	Fazit	705

37 Das Schweigedilemma – Sexueller Missbrauch im Kontext der katholischen Kirche 708
GREGOR MENNICKEN

37.1 Einleitung 708

37.2 Wozu schweigen? 709

37.3 Sexualisierte Gewalt durch Kleriker 709

37.4 Kirchenrecht 713

37.5 Strafrecht 714

37.6 Betroffenheit macht sprachlos 714

37.7 Therapie begleitet Aufarbeitung 716

37.8 Ausblick 717

38 Das Soziale Entschädigungsrecht 720
MARIA MONICA FUHRMANN

38.1 Einführung 720

38.2 Berechtigte 720

38.3 Leistungsvoraussetzungen 721

38.4 Leistungen, insbesondere Schnelle Hilfen 722

38.5 Die Traumaambulanz 723

38.6 Ausblick 724

Sachverzeichnis 726

Einleitung zur 2. Auflage 2022

Die Diagnose *Traumatisierung* bzw. *Traumafolgestörung* wurde noch vor 20 Jahren mit Skepsis aufgenommen. Damals wurde prophezeit, es handele sich um eine Mode-Diagnose, die nicht lange Bestand haben werde. Heute gibt es wenige Tage, an denen in den Medien nicht von »Traumata« die Rede ist. Forschungsergebnisse und Behandlungsmethoden der Traumatherapie haben die Psychotherapie und nicht zuletzt den gesellschaftlichen Diskurs über die Folgen von Gewalt und sexuellen Traumatisierungen nachhaltig belebt und geprägt. Die neurowissenschaftliche Forschung hat die Folgen von traumatischen Erfahrungen bis in die genetische und epigenetische Regulation untersucht. Inzwischen besteht Konsens darüber, dass kindliche Traumatisierungen, einschließlich schwerer Vernachlässigung der Hauptrisikofaktor für die Entstehung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen sind, und auch mit erheblichen körperlichen Gesundheitsstörungen einhergehen können. Die 1. Auflage dieses Buches 2013 liegt noch keine 10 Jahre zurück. Wir haben bewusst auch die Einleitung zur 1. Auflage belassen, um zu verdeutlichen, wie die geschichtliche Entwicklung des Konzeptes und der Diskussionsstand noch vor wenigen Jahren waren. Seitdem hat sich viel entwickelt. Fast alle Beiträge wurden deshalb grundlegend aktualisiert.

Aktueller Anlass für diese 2. Auflage ist das Erscheinen der neuen Version der Internationalen Diagnoseklassifikation der Weltgesundheitsorganisation, ICD-11. Bezüglich der Diagnostik von Traumafolgestörungen

stellt diese einen echten Fortschritt dar. Den spezifischen stressbezogenen Störungen wurde ein eigenes Kapitel zugewiesen und die Diagnose komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS) neu in das Klassifikationssystem aufgenommen (Maercker et al. 2013). Traumafolgestörungen können hiermit angemessener diagnostiziert werden und demzufolge auch fundierter und entsprechend den Bedürfnissen des Störungsbilds behandelt werden. Zusätzlich befördert die Einführung der Diagnose KPTBS die Forschung zu komplexen Traumafolgestörungen ganz erheblich. Dies macht sich aktuell bereits deutlich bemerkbar. Die Anzahl der publizierten Studien zu KPTBS nimmt gegenwärtig erheblich zu. Die neue Diagnose Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung KPTBS erfasst gut Patienten und Patientinnen mit traumabedingten Bindungsstörungen/Persönlichkeitsstörungen/Selbst- und Beziehungsregulationsstörungen als auch jene mit einer chronifizierten Posttraumatischen Belastungsstörung. Die Überschneidung mit Persönlichkeitsstörungen ist erheblich und wirft die Frage auf, welche Diagnose künftig sinnvoller ist. KPTBS ist bei Erwachsenen, Adoleszenten und Kindern gleichermaßen ein stabiles Konstrukt. Zusammenhänge mit Dissoziativen Störungen und KPTBS sind nachgewiesen, genauso wie der erhöhte Behandlungsbedarf mit multimethodalem Ansatz. Das Konstrukt ist interkulturell bestätigt in verschiedensten Ländern und Kulturen, und zeigt sich auch bei Veteranen, und bei Geflüchteten als valide diagnosti-

sche Kategorie. Das alles ist im Sinne des Anliegens unseres Handbuchs eine sehr erfreuliche Entwicklung, die sicherlich in den nächsten Jahren auch ihren Niederschlag in der Weiterentwicklung und Validierung therapeutischer Behandlungskonzepte und nicht zuletzt familienbezogener und präventiver Konzepte finden wird. Wir wünschen uns, dass das nun in der 2. Auflage vorliegende, den komplexen Traumafolgestörungen gewidmete Buch therapeutisch tätigen Kollegen und Kolleginnen Überblick und Orientierung zum aktuellen Stand des Wissens bietet und darüber hinaus auch Anregung für weitere Entwicklungen im Verständnis und vor allem der Behandlung chronischer traumaassoziierter Erkrankungen geben kann.

Dass ein Beitrag Bestandteil dieses Buches ist, bedeutet nicht, dass alle Herausgebenden seinem Inhalt in allen Aspekten zustimmen. Das wäre bei unserer beruflichen Individualität und den jeweiligen unterschiedlichen Erfahrungsbereichen auch erstaunlich. Es bedeutet, dass wir übereinstimmend vertreten, dass dieses Kapitel ein Diskussionsbeitrag ist, der aus unserer Sicht für den Gesamtkontext relevant ist.

Das richtige Gendern der deutschen Sprache ist ein gesellschaftspolitischer Prozess,

der unabgeschlossen ist. Sie werden im Buch mehrere Formen finden. In dieser Einleitung haben wir mit verschiedenen Möglichkeiten des Genderns gespielt. Hinzugefügt haben wir einige Kapitel aus dem Bereich Gesellschaft. Dennoch ist das Buch natürlich unvollständig. Es lassen sich leicht wichtige, eigentlich unverzichtbare Problembeispiele finden, die fehlen. Wir erheben weder einen Anspruch auf Vollständigkeit noch auf überdauernde Richtigkeit. Dieses Buch ist eine Positionierung im aktuellen Diskurs, nicht mehr und nicht weniger.

Wie wird sich die Diskussion weiterentwickeln? Da schließen wir uns weiterhin Karl Valentin an: »Prognosen sind immer schwierig. Besonders dann, wenn sie sich auf die Zukunft beziehen.«

Literatur

Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A. et al. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet* 381(9878), 1683–1685.

Einleitung zur 1. Auflage 2013

»Komplexe Traumafolgestörungen«. Noch ein Konzept! Brauchen wir das?

Das vorliegende Buch ist das Ergebnis intensiver Diskussionen einer Arbeitsgruppe der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie zu Konzeptualisierung, Diagnostik und Behandlung von komplexen Traumafolgestörungen. Von Beginn an war deutlich, dass es nicht leicht sein würde, in Fragen wie etwa der diagnostischen Klassifikation oder von Behandlungsstandards Konsens zu erzielen. Entsprechend lag uns daran, die mit besonders schweren Traumatisierungen oder schwerer Vernachlässigung in der Kindheit einhergehenden klinischen Phänomene zu beschreiben und den aktuellen Wissensstand zur Behandlung möglichst umfassend darzustellen. Die Ergebnisse des konstruktiven und fruchtbaren Austausches sind nun in dieses Buch eingeflossen. Allen beteiligten Diskutanten, Autoren und Reviewern der Artikelentwürfe gilt unser herzlicher Dank für ihre engagierte Mitarbeit!

Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie arbeiten nach wie vor mit Konzepten, nicht mit naturwissenschaftlich belegten Tatsachen. Die Diagnose Fußpilz gehört zu einer anderen wissenschaftstheoretischen Kategorie als die Diagnose Amotivationales Syndrom. Daran haben auch immer validere Diagnose-Kriterien in ICD (*International Classification of Diseases*) oder DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) nichts geändert. Ein konkreter Patient wird trotz SKID in dem einen amerikanischen Behandlungs- und Forschungs-

zentrum als Patient mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, im zweiten als Patient mit einer Bipolaren Störung diagnostiziert. In Deutschland wäre eine Patientin vor 50 Jahren mit dem Konzept der Grundstörung nach Michael Balint behandelt worden, vor 40 Jahren mit dem der Narzisstischen Störung nach Heinz Kohut. Vor 30 Jahren wäre das Konzept Borderline-Persönlichkeitsstörung nach Otto F. Kernberg und Christa Rohde-Dachser richtig gewesen, gefolgt vor 20 Jahren vom Konzept der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (KPTBS) nach Judith Herman und Bessel van der Kolk. Vor zehn Jahren wäre das Konzept ADHS im Erwachsenenalter unverzichtbar gewesen, heute ist mit dem Konzept Hochbegabung mit leichtem Asperger-Syndrom zu arbeiten. Psychotherapeuten behandeln mit Entstehungs- und Wirksamkeitsmythen (Frank 1987; Hermer & Röhrle 2008). Wenn ihr Wirksamkeitsmythos therapeutisch hilfreich war, schließen sie daraus, dass er auch im naturwissenschaftlichen Sinne richtig war. Wer heilt, hat recht.

Die kontinuierliche Neuschöpfung von Konzepten und Theorien ist geboten, solange sich ein Konstrukt nicht langfristig als besonders aussagefähig und ausreichend herausgestellt hat. Depression ist ein solches Konzept. Doch halt – heute heißt das Burnout. Burnout darf man haben, Depression nicht. Auch hier: neue Konzepte! Ein Entwicklungsanreiz für neue Konzepte besteht darin, dass das alte inzwischen zu kränkend, zu abwertend konnotiert ist. Hysterie etwa geht gar nicht mehr.

Neue Konzepte bilden sich insbesondere, wenn die alten therapeutisch nicht genug helfen, wenn also die Therapiefortschritte auf der Grundlage des alten Konzeptes unbefriedigend sind, »noch Luft nach oben« lassen, wie es aktuell gerne formuliert wird. Unsere aktuelle politische und gesellschaftliche Sprache beinhaltet eine kontinuierliche Kreation von Euphemismen.

Das Konzept Trauma ist so gesehen schon recht betagt. Die Auswirkungen von Kriegstraumata wurden schon von Homer in der Ilias genau beschrieben, wenn es um die »Mänis« des schwer traumatisierten achäischen Eliteoffiziers Achill geht. Shakespeare hat mehrere Gestalten mit klarer Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) geschaffen: das Ehepaar Macbeth, Richard III. und Hamlet jr. etwa. Folgen traumatisieren der Arbeitsunfälle durch die Industrialisierung wurden schon im 19. Jahrhundert unter den Begriffen »Railway Spine« und »Railway Brain« konzeptualisiert. Den französischen und österreichischen Forschern Jean-Martin Charcot, Pierre Janet und Sigmund Freud war die Traumagenese vieler »hysterischer« – heute würden wir sagen: psychosomatischer und psychoneurotischer – Symptombildungen durch sexuellen Kindesmissbrauch bekannt. Die Auseinandersetzungen mit den Kriegsneurosen des Ersten Weltkrieges blieben für die allgemeine Psychotherapie und Psychiatrie relativ konsequenzenlos.

In den 1960er Jahren musste die damals gültige psychiatrische Lehrmeinung, ein gesunder Mensch sei *jeder* seelischen Traumatisierung gewachsen, ohne einen bleibenden Schaden davonzutragen, mühsam widerlegt werden, um den Holocaust-Überlebenden gerecht zu werden (Venzlaff 1958). Im Rahmen dieser Diskussion wurde auch deutlich, dass es Menschen gibt, die als Kinder oder Erwachsene nie Opfer einer schweren Traumatisierung im engeren Sinne geworden waren, aber vergleichbare Symptombilder ent-

wickelt hatten. Denen ging es sehr schlecht und sie berichteten von langjährig unguten Entwicklungsbedingungen in ihrer Kindheit. Die Londoner Schule der Psychoanalyse widmete sich der Behandlung solcher Bindungstraumata und Masud Khan formulierte den Begriff der »kumulativen Traumatisierung« durch schädigende Bindungserfahrungen. Dieses Konzept kann als ein Vorläufer des Konzeptes der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (KPTBS) verstanden werden (Furst 1967).

In den 1980er und 1990er Jahren wurden Studien veröffentlicht, die einen empirischen Zusammenhang zwischen psychotherapeutisch oder psychiatrisch behandlungsbedürftigen Störungen im Erwachsenenalter und Kindheitstraumata belegten. Obwohl diese Ergebnisse uneinheitlich sind, zeigen sie doch einen Trend auf: einen Anstieg der Häufigkeit von psychiatrischen Störungsbildern im Vergleich zu den nicht-klinischen Kollektiven, was in einigen Studien mit ambulanten und stationären Gruppen von Patientinnen bzw. Patienten bis zu einer Verdoppelung der Zahl der Missbrauchsoffer führt (Sachsse et al. 1997). Von Anfang an galt neben der Gruppe der Suchtkrankheiten (Lüdecke et al. 2010) und der Psychosomatosen ein besonderes Interesse den Persönlichkeitsstörungen und hier vor allem der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Dulz et al. 2011). Die Prävalenz steigt, ausgehend von derjenigen in der Allgemeinbevölkerung, mit zunehmender Schwere der klinischen Störung graduell an. Außerdem wurde bald deutlich, dass es ein Unterschied ist, ob jemand einmal im Alter von 22 Jahren vergewaltigt wurde oder ob es im Alter zwischen acht und 14 Jahren zweimal pro Woche zu Vergewaltigungen durch einen nahen Familienangehörigen gekommen war. So unterschied die amerikanische Trauma- und Gedächtnisforscherin Lenore Terr (1994) das Typ-I-Trauma (Monotrauma) vom Typ-II-

Trauma (wiederholte Traumatisierung im Rahmen eines nahen Beziehungsgefüges).

Im Jahr 1976 veröffentlichte die amerikanische Traumaforscherin Judith Herman ein für die Behandlung schwerer traumainduzierter Störungsbilder wegweisendes Buch mit dem deutschen Titel *Die Narben der Gewalt* (Herman 1994). Herman entwickelte in ihrem Buch eine Systematisierung der Folgen von Traumatisierungen durch sexuellen Missbrauch, Vernachlässigung und Misshandlung in der Kindheit. Sie schlug die Bezeichnung »Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung« (KPTBS; Herman 1992) für ein charakteristisches Syndrom nach chronischen Traumatisierungen vor:

- Störungen der Affektregulation
- dissoziative Symptome
- Störungen der Selbstwahrnehmung
- Störungen der Sexualität und Beziehungsgestaltung
- somatoforme Körperbeschwerden
- Veränderungen persönlicher Glaubens- und Wertvorstellungen

Bemerkenswerterweise, aber klinisch richtig, gehört zu den Kriterien der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung nicht die für die Posttraumatische Belastungsstörung typische intrusive Symptomatik, da sie hier durchaus nicht immer festzustellen ist. Vielmehr sind viele Symptome der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung geeignet, Intrusionen und Übererregung suffizient zu verhindern. Sie bildet sich aus, um die belastende Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung mit Intrusionen, Flashbacks, Übererregung und Realitätsverlust möglichst weitgehend einzuschränken oder sogar zu verhindern. Dies kann sich bei der Behandlung einer Suchterkrankung bemerkbar machen, wenn im Entzug intrusive Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung manifest werden und einen Behandlungsabbruch be-

dingen können. Bei der Behandlung einer Agoraphobie bessert sich diese vielleicht zunächst, es tauchen dann aber intrusive Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung auf, die nunmehr suffizient behandelt werden müssen.

Die Vielfalt der Beschwerden, an denen Patienten mit Komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung leiden, erschließt sich dem Verständnis erst dann, wenn man die Symptomatik als Anpassungsstrategie und kompensatorische Bewältigung von zugrunde liegenden Regulationsdefiziten begreift, die Folge sowohl einzelner Traumatisierungen als auch traumatischer Beziehungserfahrungen sind (van der Kolk et al. 1996). Aus der Perspektive von Betroffenen erscheint die Umwelt aufgrund von traumatischen Erfahrungen oft als unsicher und durch nicht vorhersehbare Gefahren gekennzeichnet. Hinzu kommt ein fehlendes Gefühl von Kompetenz und Selbstsicherheit, vermittelt durch die Erfahrung, dass nicht nur die Umwelt unberechenbar ist, sondern auch die eigenen Impulse und Affekte schwer steuerbar und beherrschbar sind. Meist erleben sich Patienten den Intrusionen und Albträumen in einer sehr quälenden Weise ausgeliefert. In Anpassung an diese selbstregulatorischen Defizite aufgrund wiederholter negativer Beziehungserfahrungen entwickeln sich in zunehmendem Maße Misstrauen, Ängste, Rückzugsverhalten sowie Kontakt- und Beziehungsschwierigkeiten. Diese Symptomatik erreicht schließlich ein so großes Ausmaß und betrifft so viele Lebensbereiche, dass sie als schwere psychische Erkrankung mit dem Rang einer Persönlichkeitsstörung in Erscheinung treten kann, z.B. einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS).

Herman (1992) stellte zeitweise zur Diskussion, dass jede Borderline-Persönlichkeitsstörung im Grunde eine Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung sei. Das

Konzept der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung wurde in Vorbereitung der DSM-IV-Klassifikation durch eine Expertengruppe um Herman und van der Kolk weiter ausgearbeitet. Die Arbeitsgruppe empfahl unter Berufung auf Ergebnisse einer Feldstudie mit über 500 Patienten mit traumabedingten Störungen (van der Kolk et al. 1996), die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung unter dem Akronym DESNOS (*Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified*) als diagnostische Kategorie anstelle der Kategorie Borderline-Persönlichkeitsstörung ins DSM-IV aufzunehmen. Die Kategorie DESNOS erhielt schließlich für Forschungszwecke den Rang eines zusätzlichen klinischen Beschreibungsmerkmals der Posttraumatischen Belastungsstörung. Die Bezeichnung DESNOS wird im amerikanischen Sprachraum synonym mit dem Begriff Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung verwandt (Sack 2004).

Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung schildern häufig eine Vorgeschichte körperlicher, psychischer oder sexueller Traumatisierungen. Inzwischen häufen sich Befunde, die von Prävalenzraten von über 50 % bis hin zu 80 % für schwere kindliche Traumatisierungen bei Borderline-Patienten berichten (Sachsse et al. 1997; Zanarini et al. 2002). Gleichzeitig wird von kompetenter Seite betont, dass die Rolle von Traumatisierungen in der Genese von Borderline-Persönlichkeitsstörungen wichtig ist, aber weder eine notwendige noch hinreichende ätiologische Bedingung darstellt (Dulz et al. 2011). Die Diskussion darüber, ob Borderline-Störungen komplexe Traumafolgestörungen sind, hängt ganz davon ab, wie der Begriff Trauma definiert und verstanden wird. Zweifelsfrei ist nicht jede Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Traumafolgestörung, wenn die Traumadefinitionen des DSM und der ICD zugrunde gelegt werden. Ein Mensch kann eine klinisch gra-

vierende Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickeln, ohne als Kind oder Jugendlicher ein einziges Mal vergewaltigt oder durch körperliche Gewalt traumatisiert worden zu sein. Wenn allerdings die schweren Bindungs- und Beziehungsschädigungen einbezogen werden, ist jede Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Traumafolgestörung. Entwicklungstraumatisierungen (engl.: *relational traumata*) in Form von schwerer Vernachlässigung (Schore 2001) oder wiederholter psychischer Gewalt – etwa durch massive Abwertungen und Morddrohungen –, die an Kindern begangen werden, sind in den Traumakriterien nach DSM-IV und ICD-10 nicht explizit enthalten, obwohl Patienten mit den entsprechenden Folgen einen großen Teil der hilfesuchenden Patienten in der psychotherapeutischen Praxis ausmachen. Dies legt nahe, die Definition von Traumatisierungen um kindliche Erfahrungen von psychischer Gewalt und Vernachlässigung zu erweitern, wie vor einigen Jahrzehnten schon in der Psychoanalyse beispielsweise der Londoner Schule (Furst 1967), die bei repetitiven Bindungsschädigungen von »kumulativem Trauma« gesprochen hat. Das erhebliche Schädigungspotenzial von physischer Gewalt, Vernachlässigung und konstanter emotionaler Invalidierung wird durch eine Vielzahl neurobiologischer Befunde bestätigt, die belegen, welche umfangreichen Schäden Traumatisierungen durch Beziehungspersonen im Gehirn des Kindes hinterlassen; solche frühen Schädigungen sind auch auf der neurobiologischen Untersuchungsebene bis ins Erwachsenenalter nachweisbar (Schore 2001).

Andererseits wird der Begriff Trauma durch diese Ausweitung kaum noch operationalisierbar; er wird zu einem Synonym für »unverarbeitet, nicht zu bewältigen, nicht integrierbar, besonders schlimm, besonders leidvoll«. Der Mangel an Trennschärfe und die Probleme bei der Begriffs-

verwendung werden dadurch verstärkt, dass es inzwischen neben dem Begriff der »Entwicklungstraumatisierung« noch den des »Beziehungstraumas« gibt, etwa für Mobbing oder sehr belastende Partnerschaften, sowie den Begriff der »Entwicklungstraumastörung«, der für komplexe traumatisierende Einflüsse besonders in der Pubertät und Adoleszenz Anwendung findet.

Empirisch und von der Klinik der Symptombildungen her liegt es also nahe, bei einer Persönlichkeitsstörung, insbesondere einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, aber auch bei einer Suchtkrankheit, einer schweren Depression, einer schweren Somatisierungsstörung oder einem Schmerzsyndrom sowie bei allen dissoziativen Störungen zu überprüfen, ob es sich um eine Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung handeln könnte.

Die Wiederentdeckung des Traumas als psychodynamisch wirksames Ereignis war ein wichtiger Impuls für Forschung und Therapie (Sachsse 2004; Sack 2010). Wenn der Überschneidungsbereich der Störungsbilder der Borderline-Persönlichkeitsstörung und Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung – einschließlich komplexer dissoziativer Störungen – so groß ist, liegt es nahe, beide Diagnosen als Ausprägungen einer gemeinsamen, durch Entwicklungstraumatisierungen ausgelösten Grundproblematik zu fassen. Diesen Vorschlag machen Miller und Resick (2007), die bei sexuell traumatisierten Frauen und bei Kriegsveteranen zwei Typen posttraumatischer Symptomatik in Form externalisierender und internalisierender Symptome fanden. Externalisierende Symptome sind durch Impulsivität, Substanzmissbrauch und Züge einer Cluster-B-Persönlichkeitsstörung charakterisiert. Internalisierende Symptome entsprechen depressiven Reaktionen, Selbstverletzungen, dissoziativen Symptomen sowie ängstlichem Vermeidungsverhalten und sozialem

Rückzug. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wäre demnach als externalisierender Typus einer komplexen Traumafolgestörung zu verstehen, während die von Herman (1994) vorgeschlagene Diagnose Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung der internalisierenden Ausprägung einer Traumafolgestörung entspricht. Das Konzept einer komplexen Traumafolgestörung mit externalisierenden und internalisierenden Ausprägungen deckt sich gut mit der klinischen Beobachtung, dass es Mischformen zwischen den beiden Extrempolen der Symptomausprägung gibt und dass sich internalisierende und externalisierende Symptomatik beim gleichen Patienten zeitlich abwechseln können. Dies ist typischerweise dann zu beobachten, wenn auch erhebliche dissoziative Symptome vorliegen. Konsequenterweise wird derzeit die Strategie verfolgt, die Diagnose einer Entwicklungstraumafolgestörung (*Developmental Trauma Disorder*), die sowohl externalisierende als auch internalisierende und dissoziative Symptome umfasst, in das Kinder-Jugend-Kapitel des DSM-5 einzuführen.

Machen wir hier mal eine Zwischenbilanz:

Neben der klar definierten akuten Posttraumatischen Belastungsstörung nach Typ-I- und Typ-II-Trauma haben wir die chronifizierte Posttraumatische Belastungsstörung mit persistierender intrusiver Symptomatik, aber oft auch mit Depressionen als konstriktiver Leit-Symptomatik (Kessler et al. 1995). Darum empfiehlt sich das Konzept der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung, das gerade auch jene Symptombildungen umfasst, die als Bewältigungs- und Anpassungsstrategien gegen die permanenten Intrusionen der Posttraumatischen Belastungsstörung zu verstehen sind. Das Konzept Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung steht in Konkurrenz zum Konzept Borderline-Persönlichkeitsstörung. Borderline-Persönlichkeitsstörung ist

nur dann eine Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung, wenn Bindungs- und Entwicklungs Traumata ebenfalls als Traumatisierungen verstanden werden. Das leitet über zur Entwicklungs Traumafolgestörung (*Developmental Trauma Disorder*) als Nachfolgekonzept der DESNOS (*Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified*), aber auch zur Beziehungstraumatisierung etwa durch Mobbing oder Scheidungskrieg. Vor diesem Hintergrund wäre auch möglich zu formulieren, ein Patient hätte in Kindheit und Jugend eine erhebliche Verwöhnungs-Traumatisierung erlitten. Nun ja. Alles Trauma – oder was?

Literatur

- Dulz, B. S., Herpertz, S. C., Kernberg, O. F., Sachsse, U. (2011). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Frank, J. D. (1987). Die Heiler. München: dtv.
- Furst, S. S. (1967). Psychic Trauma. New York, London: Basic Books.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress*; 5: 377–91.
- Herman, J. L. (1994). Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München: Kindler.
- Hermer, M., Röhrle, B. (2008). Therapeutische Beziehungen: Geschichte, Entwicklungen und Befunde. Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1: Allg. Teil. Tübingen: dgvt; 15–105.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*; 52(12): 1048–60.
- Lüdecke, C., Sachsse, U., Faure, H. (2010). Sucht – Bindung – Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer.
- Miller, M. W., Resick, P. A. (2007). Internalizing and externalizing subtypes in female sexual assault survivors: implications for the understanding of complex PTSD. *Behav Ther*; 38(1): 58–71.
- Sachsse, U. (2004). Traumazentrierte Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- In diesem Buch stellen wir uns dieser verwirrenden Begriffs- und Konzept-Vielfalt. Wir haben nicht die Hoffnung, alle Widersprüche aufzulösen, aber wir wollen sie zur Diskussion stellen und den Leserinnen und Lesern ermöglichen, sich selbst fundiert zu positionieren. Insofern ist »Komplexe Traumafolgestörungen« kein neues Konzept, sondern eher ein vorläufiger Begriff, der die Offenheit der aktuellen Diskussion beinhaltet.
- Wie wird sich diese Diskussion weiterentwickeln? Da schließen wir uns Karl Valentin an: »Prognosen sind immer schwierig. Besonders dann, wenn sie sich auf die Zukunft beziehen.«
- Sachsse, U., Eßlinger, K., Schilling, L. (1997). Vom Kindheitstrauma zur schweren Persönlichkeitsstörung. *Fundamenta Psychiatrica*; 11(1): 12–20.
- Sack, M. (2004). Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung. *Nervenarzt*; 75: 451–9.
- Sack, M. (2010). Schonende Traumatherapie – Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen. Stuttgart: Schattauer.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Inf Ment Health J*; 22: 201–69.
- Terr, L. (1994). *Unchained Memories*. New York: Basic Books/Harper Collins.
- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma. *Am J Psychiatry*; 153: 83–93.
- Venzlaff, U. (1958). Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen. Berlin: Springer.
- Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F., Vujanovic, A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of Borderline psychopathology and psychosocial impairment among Borderline inpatients. *J Nerv Ment Dis*; 190: 381–7.

I

Diagnostik

1 Neurobiologie komplexer Traumafolgestörungen

1.1 Einleitung

Seit mehr als einer Dekade ist der schädliche Einfluss stressbezogener menschlicher Interaktionen sowie von Traumata auf Struktur und Funktion des menschlichen Gehirns bekannt – sowohl bei den Fachleuten für Psychotraumatologie als auch in Teilen der interessierten Allgemeinbevölkerung. Bei genauerer Betrachtung aus neurowissenschaftlicher und psychologischer Perspektive mutet dieser Zeitpunkt jedoch ziemlich verspätet an. Das mag daran liegen, dass der Gedanke »Gehirn einerseits und Verhalten bzw. Umwelt andererseits beeinflussen sich wechselseitig« mit einem Weltbild kollidiert, das sich aus Descartes' Lehre der Dualität von Körper und Geist (und damit deren Unabhängigkeit voneinander) herleitet.

In der Tat wurden etwa die schädlichen Effekte einer frühkindlichen sozialen Deprivation, beispielsweise in Waisenhäusern, von Psychiatern und Entwicklungspsychologen schon Mitte des letzten Jahrhunderts sehr akribisch beschrieben (»Hospitalismus«; z. B. Spitz 1945). Auch das »Battered Child Syndrome« ist lange bekannt. Der amerikanische Psychologe Harry Harlow führte Verhaltensexperimente an Rhesusaffen durch (Harlow et al. 1965). Die Affen wurden nach ihrer Geburt für bis zu ein Jahr in völliger sozialer Isolation gehalten, ohne jeglichen Kontakt zu Menschen bzw. anderen Affen

oder Tieren, was zu einem praktisch kompletten Verlust aller sozialen Verhaltensweisen bei erstaunlich normaler intellektueller Entwicklung führte. Nach der Geburt isolierte Affenweibchen, die im Erwachsenenalter inseminiert wurden (*motherless mothers*), ignorierten, quälten oder töteten ihre Babys (Harlow & Suomi 1971).

Harlows Experimente waren ein bedeutender Wegweiser für das in der Folge zur Blüte gelangende Forschungsgebiet der sogenannten *environmental plasticity*. Neurowissenschaftler untersuchten tierexperimentell, welche Konsequenzen eine ärmliche oder aber eine reichhaltige Umwelt (sog. *enriched environment*) auf Verhalten und Gehirn von Tieren hat (Renner & Rosenzweig 1987). Generell ist unter neuronaler Plastizität alles zu verstehen, was sich im Gehirn als Reaktion auf Umwelt- oder interne Reize (beispielsweise während der Reifung) ändern kann und muss. Umweltreize können für den Organismus gut oder schlecht sein, das gleiche trifft auch auf die Reaktionen des Gehirns zu. Für den Organismus gute Einflüsse können günstige (a), aber auch schädliche (b) Reaktionen des Gehirns hervorrufen. Für den Organismus schlechte Einflüsse können schädliche (c), aber auch günstige (d) Reaktionen des Gehirns auslösen.

Hier jeweils ein Beispiel für die vier Alternativen:

(a) und (b). Intensives und ausdauerndes Üben eines Musikinstrumentes führt zu einer enormen Ausdifferenzierung und Befähigung der beteiligten motorischen und somatosensorischen Kortexareale, weit über das normale Maß hinausgehend. Dies hatten Fachleute schon früher aufgrund tierexperimenteller Befunde zu motorischem Lernen vermutet. Vielen imponierte auch die deutlich größere Greifhand des virtuosen Jahrhundert-Geigers Yehudi Menuhin: Das musste doch seine Entsprechung im Gehirn haben! Leider aber verursacht intensives und ausdauerndes Üben eines Musikinstrumentes vornehmlich bei Berufsmusikern gar nicht so selten auch schädliche Reaktionen dieser Kortexareale, nämlich sogenannte Dystonien (Bewegungsstörungen), die im Extremfall sogar bis zur Berufsunfähigkeit führen können (Spahn et al. 2010).

(c) und (d). Schwere Hirntraumata beispielsweise zerstören natürlich unwiderruflich

Nervengewebe. Das Gehirn versucht sich dann selbst zu helfen, manchmal mit Erfolg: Nicht von der Schädigung betroffene Hirnareale können bis zu einem gewissen Maß lernen, die Funktion von zerstörten Hirnarealen zu übernehmen, oder durch Aussprossen von Synapsen neue Kontakte zu schaffen. Leider ist die Aussprossung von Synapsen häufig aber auch kontraproduktiv und führt zu zusätzlichen Symptomen, die sich nicht allein aus der primären Schädigung ableiten lassen (z.B. zu einer Spastik, also einer erhöhten Eigenspannung der Skelettmuskulatur).

Das heißt, dass nichts selbstverständlich und fast alles möglich ist und präzise erforscht werden muss. Dies ist umso wichtiger in den Bereichen, in denen es um die Anwendung von Forschung geht, also auch für den Bereich der Therapie von Patientinnen und Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen.

Im Folgenden soll erläutert werden, wie sich traumatische Ereignisse auf Gehirn und Verhalten von Menschen auswirken können.

1.2 Posttraumatische Belastungsstörung

Hippocampus

Vor etwa 20 Jahren veröffentlichten Bremner et al. Befunde zu Veränderungen im Gehirn von Vietnam-Veteranen mit chronifizierter Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS; Bremner et al. 1995). Der Hippocampus, eine für Gedächtnis und Emotion wichtige Hirnregion im Schläfenlappen (→ Abb. 1-1), war bei diesen Patienten im Vergleich zu gesunden Kontrollprobanden signifikant verkleinert. Ein ähnlicher Befund ergab sich bei Frauen, welche in der Kindheit

sexualisierter Gewalt ausgesetzt waren und ebenfalls eine langjährige Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung aufwiesen (Bremner et al. 1997). In der Folge erschien eine Vielzahl von weiteren Studien, welche die Ergebnisse der Gruppe um Bremner weitgehend bestätigten (für eine Zusammenfassung s. Karl et al. 2006). Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass das Ausmaß der hippocampalen Volumenreduktion mit Stärke und zeitlicher Dauer der Symptome

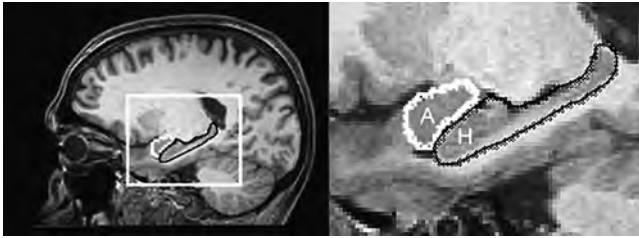


Abb. 1-1: T1-gewichtete sagittale magnetresonanztomografische Aufnahme einer gesunden Person. **a** Sagittaler Schnitt auf der Ebene der Amygdala und des Hippocampus. **b** Vergrößerte Darstellung des in Bild a weiß umrahmten Bereichs. Die Amygdala ist mittels einer weißen Umrandung und der Hippocampus mittels einer schwarzen Umrandung hervorgehoben. A = Amygdala; H = Hippocampus

einer Posttraumatischen Belastungsstörung korreliert (Bremner et al. 1995, 1997; Gilbertson et al. 2002; Gurvits et al. 1996; Irle et al. 2005; Weniger et al. 2008; für einen Überblick s. Karl et al. 2006). Personen mit chronifizierter Posttraumatischer Belastungsstörung leiden auch unter deutlichen Gedächtnisproblemen (Bremner et al. 1995, 1997; Gurvits et al. 1996; Irle et al. 2005; Weniger et al. 2008; Winter & Irle 2004). Auch hier ist das Ausmaß der Hippocampus-Volumenreduktion mit dem der Gedächtnisprobleme assoziiert (Irle et al. 2005; Weniger et al. 2008).

Zahlreiche Forschungsgruppen interpretieren diese Daten dahingehend, dass der chronische Stress der Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung den Hippocampus schädigt (Glukokortikoid-Kaskaden-Hypothese; Sapolsky et al. 1986; → Abb. 1-2). Möglich ist, dass der chronische Stress einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu einer dauerhaft erhöhten Glukokortikoid-Ausschüttung führt, welche insbesondere im Hippocampus mit seinen zahlreichen Rezeptoren neurotoxisch wirkt. Tierexperimentelle Studien konnten zeigen, dass extremer und lang anhaltender Stress durch ranghöhere Individuen, denen ein unterlegenes Tier nicht ausweichen kann, zu reduzierten Hippocampus-Volumina führt

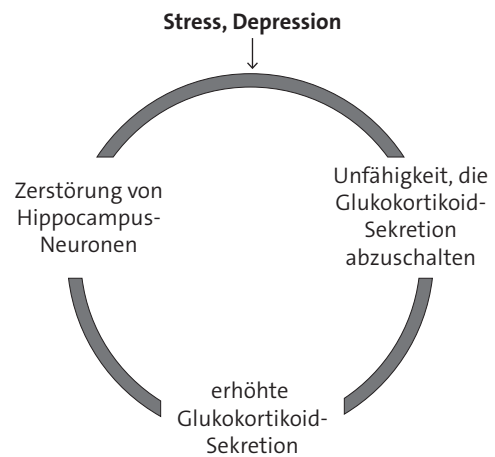


Abb. 1-2: Vereinfachte Darstellung der Glukokortikoid-Kaskaden-Hypothese nach Sapolsky et al. (1986). Chronischer und unbewältigter Stress sowie schwere Depressionen führen zu einer Unfähigkeit, die stressbezogene Glukokortikoid-Sekretion wieder abzuschalten. Die daraus resultierende dauerhaft erhöhte Glukokortikoid-Sekretion schädigt den Hippocampus. Diese kausale Verkettung wirkt bei chronifizierten Störungen im Sinne eines Circulus vitiosus immer weiter (in der Abbildung im Uhrzeigersinn), wodurch auch eine weitere Verstärkung des posttraumatischen Stresses und der Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung eintreten kann.

(Sapolsky et al. 1990). Dies legt nahe, dass die Möglichkeit, die Stressreaktion irgendwann