



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN – VORBEUGEN, BEHADELN UND REHABILITIEREN

Herausgegeben von Robert Bering und Christiane Eichenberg

Hochwasser, Corona, häusliche Gewalt, Amokläufe – psychische Beeinträchtigungen als Folge von Gewalt, Unfällen oder Naturkatastrophen finden in der Öffentlichkeit und in Fachkreisen zunehmend Aufmerksamkeit und stellen Psychotherapeutinnen und sozialpädagogische Helfer vor besondere Herausforderungen. Die psychosoziale Versorgung nach potenziell traumatisierenden Erfahrungen reicht von der Psychosozialen Akuthilfe über eine Psychotherapie bis zur Rehabilitation am Ende einer Versorgungskette.

Die einzelnen Bände der Reihe informieren über die Methoden der psychosozialen Versorgung für einzelne Risikogruppen, die Möglichkeiten der Prävention von Belastungsstörungen und innovative Wege der Beratung und Behandlung bei unterschiedlichen Traumata und Verlaufstypen.

Die HerausgeberInnen:

Robert Bering, Prof. Dr., war Mitgründer und zuletzt Chefarzt des Zentrums für Psychotraumatologie/Klinik für psychosomatische Medizin der Alexianer Krefeld GmbH. Heute lehrt er an der Universität zu Köln und ist Chefarzt in der Regionspsychiatrie Gødstrup in Dänemark.

Christiane Eichenberg, Prof. Dr., ist Leiterin des Instituts für Psychosomatik der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien, Fakultät für Medizin.

Die Einzelbände behandeln folgende Themen:

1. Band: Trauma und moralische Konflikte
2. Band: Kompendium Traumafolgen – Verlauf, Behandlung und Rehabilitation der komplexen PTBS
3. Band: Trauma und digitale Medien – Therapiemöglichkeiten und Risiken (Frühjahr 2023)
4. Band: Trauma und Gegenübertragung (Herbst 2023)
5. Band: Krisenintervention und Akuttherapie (Frühjahr 2024)

Weitere Bände in Vorbereitung

Robert Bering und Sonja Thüm

Kompendium Traumafolgen

**Verlauf, Behandlung und
Rehabilitation der komplexen PTBS**

Mit Abbildungen von Damir del Monte

Klett-Cotta

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

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

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von imagesetc/Adobe Stock

Die folgenden Abbildungen stammen von Damir del Monte:

Abb. 1-2, 1-3, 1-4, 1-5, 1-6, 2-1, 3-1, 3-2, 4-1.

Die Abbildungen 2-2 und 2-3 wurden von bergerdesign, Solingen erstellt.

Gesetzt von eberl & Koesel Studio, Altusried-Krugzell

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

Lektorat: Dipl.-Psych. Mihrican Özdem, Landau

ISBN 978-3-608-98406-4

E-Book ISBN 978-3-608-11954-1

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20589-3

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.

Vorwort zur 1. Auflage

Die Einführung der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (komplexe PTBS) in die ICD-11 ist ein Meilenstein für die Weiterentwicklung der Psychotraumatologie. Warum hat die Aufnahme der Diagnose so lange gedauert? Die komplexe PTBS hatte im »Klinikjargon« bereits vor ihrer Einführung in die ICD-11 viele Namen. Diese Fülle der Varianten bezeugt die Notwendigkeit, ein gemeinsames Verständnis zu entwickeln.

Der 2. Band der Reihe »Traumafolgestörungen – vorbeugen, behandeln und rehabilitieren« beantwortet folgende Fragen:

- Wie unterscheidet sich die komplexe PTBS von der klassischen Verlaufsform?
- Wie ist sie zu diagnostizieren und zu behandeln?
- Zu welchen Beeinträchtigungen führt die komplexe PTBS in der Lebensgestaltung und wie können diese rehabilitiert werden?

Eingangs rekapitulieren wir aus historischer Sicht, dass auch politische Einflüsse die erstmalige Einführung der PTBS in das DSM-III gelenkt haben. Ursprünglich ging es darum, eine Diagnose zu definieren, die eine gesellschaftliche Anerkennung für das erlittene Leid der Vietnamveteranen schafft. Spätestens mit der Definition der komplexen PTBS durch Judith Herman haben Untersuchungen auf breiter Ebene zeigen können, dass (sexualisierte) Gewalt sowie langjährige Vernachlässigungen breit gefächerte Symptombilder begründen können. Ein Zeitzeuge ist Mardi Horowitz, der auf seinem Vortrag am 24.09.2011 in Berlin deutlich machte, dass die Forschung mit amerikanischen Regierungsgeldern vor der Einführung der PTBS 1980 in das DSM-III nach einem strikten Design erfolgte:

»Wir schlossen suizidale Personen und solche mit Essstörungen oder Substanzmissbrauch aus. Wir selektierten die »guten« Fälle, die vermutlich vor dem einmaligen traumatischen Ereignis unbeschwert waren.«

Jetzt, wo die Diagnose der komplexen PTBS in das ICD-11 eingeführt ist, brauchen wir uns nicht mehr nur auf die »guten Fälle« berufen.

Die Ausarbeitung unseres schnittstellenübergreifenden Ansatzes ist historisch eng mit der Konzeption des Zentrums für Psychotraumatologie in Krefeld (ZfP) verbunden. In der Gründungszeit des ZfP war die Psychotraumatologie noch stark von Paradigmen aus der somatischen Notfallmedizin geprägt. Die Maximalversorgung für Schwerstfälle sollten so akut wie möglich beginnen, um größtmögliche Effekte zu erzielen. Im Zuge der Evaluationsstudien konnten wir über die Jahre feststellen, dass in ca. 60% der Behandlungsfälle einer PTBS/komplexen PTBS das ausschlaggebende Ereigniskriterium anhaltende (sexualisierte) Gewalt vorzugsweise in der Kindheit und Jugend waren. Zudem haben Evaluationsergebnisse zeigen können, dass unsere Patientinnen und Patienten unter einem breiten Komorbiditätsspektrum psychischer Störungen leiden. Nach ersten Forschungsergebnissen haben wir geschlussfolgert, dass wir auf gute Effekte der Symptomlinderung durch die stationäre Akutbehandlung verweisen konnten. Allerdings waren die Symptome weder ganz abgeklungen noch die Krankheitsfolgen annähernd behoben. Aus diesem Grunde wurde eine medizinische Rehabilitation an die Akutbehandlung des ZfP angegliedert. Hierdurch hat sich ein Feld der Medizin geöffnet, das für den Ansatz des Buches entscheidend ist: Eine nachhaltige Behandlung ist an psychosoziale Lösungen gebunden, die Leistungen der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation erfordern. Das stellt dieses Buch vor große Anforderungen. Neben der »neuen« Sprache der ICD-11 ist die Leserschaft in die Sprache der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) einzuführen. Die WHO hat seit Verabschiedung der ICF im Jahre 2001 beide Klassifikationssysteme komplementär nebeneinandergestellt; in der Versorgungsrealität stehen die Behandlung und Rehabilitation jedoch oft polari-

siert gegenüber. Ähnlich ist der »Schulstreit« zu beurteilen, der zwischen der psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Schule unterscheidet. Integrativ stellen wir einen modularen Ansatz vor, der in Abhängigkeit der Patient-Therapeut-Passung einen flexibilisierten Zugang zulässt. Für die komplexe PTBS ist die psychodynamische Fallkonzeption mit den zentralen Begrifflichkeiten der Übertragung, des Unbewussten sowie der entwicklungspsychologischen Ansätze tragend. Die Fallkonzeption bietet das Standbein, während die verschiedenen methodischen Möglichkeiten der Exposition das Spielbein der Therapiegestaltung sind. Modularität gilt auch für das Zusammenspiel von Krankenbehandlung und Rehabilitation. Somit möchten wir mit unserem Behandlungsansatz dazu beitragen, dass die Polarisierungen von komplexer und einfacher PTBS, Krankheit und Krankheitsfolgen sowie lineare und zyklische Modelle der Psychotherapie in unserer Vorstellung zu einem Sowohl-als-auch verschmelzen. Unsere Fallsteuerung berücksichtigt sowohl die Krankenbehandlung in der Richtlinienpsychotherapie als auch die Rehabilitation in medizinischen, sozialen und beruflichen Zusammenhängen.

Unser Dank gilt Kolleginnen und Kollegen der Kölner Schule um Gottfried Fischer. Maßgeblich an der Entwicklung des Konzeptes in Krefeld haben die beiden leitenden Oberärztinnen Dr. Claudia Bredenbeck und Nina Bertrams mitgewirkt. Gleichermaßen sind wir allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Zentrums zu großem Dank verpflichtet. Den rehabilitativen Ansatz haben wir insbesondere den Anregungen des Ausschusses für psychische Beeinträchtigungen der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation (DVfR) zu verdanken. Für die persönlichen Gespräche danken wir Robert Jay Lifton und Judith Herman. Für die Bahnung des Projektes sind wir dem Lektorat des Klett-Cotta-Verlages, Herrn Dr. Beyer, Frau Colagrossi und Frau Özdem verbunden. Jürgen Armbruster, Matthias C. Schmidt und Robert Lehrenfeld danken wir für wichtige Anregungen der Manuskriptgestaltung. Nicht zuletzt hat die Arbeitsgruppe des Schwerpunktes »psychische Beeinträchtigungen« des Departments für Heilpädagogik und Rehabilitation der Universität zu Köln wesentlich an Korrekturen und Zitationen mitgewirkt. Aus

unserer Sicht waren unsere Patientinnen und Patienten immer dabei – entweder als klinischer Erfahrungsschatz, als modifizierte Fallvignette oder als das »Warum« wir dieses Buch geschrieben haben.

Dieses Kompendium bietet allen Therapeutinnen und Therapeuten, die schnittstellenübergreifend arbeiten möchten, wertvolle Hilfestellungen zur Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation der komplexen PTBS nach der ICD-11 und der ICF. Die abgestimmte Behandlung und Rehabilitation sind der Türöffner für die Lösung medizinischer, beruflicher und sozialer Problemstellungen.

Im August 2022

Robert Bering, Sonja Thüm

Inhalt

Wegweiser	13
------------------------	----

1 Die komplexe PTBS: Störungsbild und

Krankheitsfolgen	21
1.1 Die Politik des Traumas	21
1.2 Die klassische PTBS nach ICD-11	36
1.3 Die komplexe PTBS nach ICD-11	39
1.4 Belastungsbezogene Störungsbilder nach ICD-11	44
1.5 Die Epidemiologie der komplexen PTBS	46
1.6 Die komplexe PTBS und Krankheitsfolgen: Einführung in die ICF	56
1.7 Betrachtung des Traumas in seinem Verlauf	65
1.7.1 Verlaufsmodell des Psychotraumas	66
1.7.2 Die komplexe PTBS im Verlaufsmodell	71
1.8 Verlaufstypen von Psychotraumafolgen	74
1.8.1 ICD-11 und Traumafolgen	75
1.8.2 Traumafolgestörung und Verlaufstyp	78
1.8.3 Persönlichkeitsstörungen	81
1.8.4 Dissoziative Störungen – der dissoziative Verlaufstyp	89
1.8.5 Affektive Störungen – der depressive Verlaufstyp	96
1.8.6 Störungen durch Substanzgebrauch, Verhaltenssüchte – der abhängige Verlaufstyp	99
1.8.7 Schizophrenie, andere primäre psychotische Störungen – der psychotische Verlaufstyp	102
1.8.8 Angststörung – der ängstliche Verlaufstyp	107
1.8.9 Zwangsstörungen – der zwanghafte Verlaufstyp	109
1.8.10 Essstörungen – der essgestörte Verlaufstyp	111
1.8.11 Neurokognitive Störungen – der demenzielle Verlaufstyp	113
1.8.12 Schlafstörungen – der schlafgestörte Verlaufstyp	115
1.8.13 Sexuelle Störungen – Verlaufstyp sexuelle Störungen ...	116

1.9	Die Neurobiologie der komplexen PTBS	118
1.9.1	Neurobiologische Grundlagen	119
1.9.2	Neurobiologie der komplexen PTBS im Verlaufsmodell	128
1.9.3	Zur klinischen Perspektive	137
1.9.4	Zusammenfassung	144
2	Diagnostik der komplexen PTBS	147
2.1	Einführung	147
2.2	Traumainventare	150
2.3	Messung psychotraumatologischer Symptome	152
2.4	Diagnostik der komplexen PTBS nach ICD-11	153
2.5	Verlaufsmessung allgemeinpsychopathologischer Symptome	157
2.6	Persönlichkeitskontrollstile/Persönlichkeits- störungen	159
2.7	Körperliche Symptome/Körperschema	161
2.8	Zur Sozialisation	164
2.9	Zur Risikobestimmung von Verläufen	166
2.10	Rehabilitationsdiagnostik der komplexen PTBS nach der ICF	168
2.11	Diagnostik der Traumafolgestörung	172
2.12	Anwendungsübersicht der Testothek	174
2.13	Wodurch zeichnet sich die komplexe PTBS psychometrisch aus?	177
3	Therapie der komplexen PTBS	182
3.1	Einführung	182
3.2	Psychodynamische Therapieverfahren	186
3.2.1	Von der »Brief Psychodynamic Therapy« zur Konfigurationsanalyse	187
3.2.2	Die Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie	191
3.2.3	Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie	197
3.2.4	Psychodynamische Therapie der komplexen PTBS	198

3.3	Kognitiv-behaviorale Ansätze	198
3.3.1	Kognitive Therapie	198
3.3.2	Prolongierte Expositionstherapie (PE)	200
3.3.3	Narrative Expositionstherapie (NET)	202
3.3.4	Brief Eclectic Psychotherapy (BEPP).....	203
3.4	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).....	204
3.5	Pharmakotherapie der komplexen PTBS	210
3.5.1	Pharmakotherapie allgemein	210
3.5.2	Psychopharmakotherapie nach Verlaufstyp der komplexen PTBS	217
3.6	Komplementäre Therapieverfahren	221
3.7	Psychotherapie nach Verlaufstypen der komplexen PTBS	224
4	Behandlungsverlauf	229
4.1	Übersicht Psychotherapieverlauf am Fallbeispiel	230
4.2	Therapieverlauf	239
4.2.1	Eröffnungsphase: Erstkontakt und Stabilisierung	239
4.2.2	Psychodynamische Fallkonzeption	247
4.2.3	Traumabiografie	251
4.2.4	Traumaexposition	251
4.2.5	Reflexion und Integration	257
5	Behandlung und Rehabilitation im integrativen Verlaufsmodell	262
5.1	Einführung	262
5.2	Bedarfsfeststellung in der Sprache der ICF	267
5.3	Leistungen der Rehabilitation	274
5.4	Rehabilitations- und Teilhaberecht.....	288
5.5	Rehabilitations- und Teilhaberecht in Österreich und der Schweiz	292
5.6	Module der Behandlung und Rehabilitation	295
5.6.1	Ambulante Versorgung.....	297
5.6.2	Stationäre Krankenhausbehandlung	300
5.6.3	Medizinische Rehabilitation	301

5.6.4	Berufliche Rehabilitation.....	303
5.6.5	Eingliederungshilfe	304
5.7	Behandlungs- und Teilhabeplanung in Fallbeispielen	307
5.7.1	Fallbeispiel 1: Zeuge eines Unfalls	307
5.7.2	Fallbeispiel 2: Missbrauchserkenntnis	312
5.7.3	Fallbeispiel 3: Täterintrojekte	316
5.7.4	Fallbeispiel 4: Sexueller Missbrauch	322
5.7.5	Fallbeispiel 5: Tod des Vaters	324
5.7.6	Fallbeispiel 6: Gasexplosion	326
5.7.7	Fallbeispiel 7: Heilserwartung	328
5.8	Resümee	329
	Literatur	333

Wegweiser

Mit der Verabschiedung der ICD-11 durch die WHO im Jahre 2019 wurde die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (komplexe PTBS) definiert. Klinisch zeichnet sich die komplexe PTBS zusätzlich zur klassischen PTBS durch Affektregulationsstörungen, negative Selbstwahrnehmung und Beziehungsstörungen aus. Nach den neuen Kriterien war die betroffene Person einem Ereignis oder einer Serie von Ereignissen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt. Sexueller Missbrauch in der Kindheit und lang anhaltende häusliche Gewalt werden explizit benannt. Die ICD-11 öffnet somit das diagnostische Spektrum der Kumulation von Traumatisierungen über die Lebenszeit. Die in der ICD-11 definierte Unterscheidung von komplexer PTBS und PTBS steigert die fachliche Herausforderung an Berufsgruppen der Heilkunde.

Um auf diese klinische Implementierung der komplexen PTBS vorbereitet zu sein, stellen wir uns folgende Fragen:

- Wie ist die komplexe PTBS zu diagnostizieren?
- Wie unterscheidet sich die komplexe PTBS von anderen psychischen Störungen der neu definierten Gruppe der »Störungen, die spezifisch Stress-assoziiert sind« (ICD-11: 6B4*)?
- Wie ist die komplexe PTBS zu behandeln?
- Welche Verlaufsformen der komplexen PTBS gibt es?
- Zu welchen Beeinträchtigungen der Teilhabe führt die komplexe PTBS?
- Wie können die Krankheitsfolgen rehabilitiert werden?

Wir legen ein Kompendium vor, das sowohl die Behandlung der Störung als auch die Rehabilitation der Krankheitsfolgen berücksichtigt. Dem Leser wird geboten, was der Gesetzgeber Leistungserbringern abverlangt: eine koordinierte Kranken- und Rehabilitationsplanung, die an der Bedarfslage der Betroffenen ansetzt und das Leistungsspektrum von allen beteiligten Leistungserbringern berücksichtigt. Hierbei bieten wir einen Ausblick auf die Einführung der ICD-11 und blicken auf die Historie der Vorläuferrevisionen, um den Übergang von der ICD-10 zur ICD-11 einzuordnen.

Beginnen wir mit der Vorgeschichte: Zu der Einführung der Diagnose PTBS im DSM-III in den Vereinigten Staaten 1980 hatte insbesondere die Veteranennachsorge nach dem Vietnamkrieg geführt. In den 1990er-Jahren wurde die gesellschaftliche Offenlegung der psychischen Folgen sexueller und häuslicher Gewalt in den Vereinigten Staaten deutlich. Judith Herman, eine Wegbereiterin der amerikanischen Psychotraumatologie, hat schon Anfang der 1990er-Jahre verdeutlicht, dass die Betroffenen meistens von Verkettungen psychotraumatischer Belastungen betroffen waren. Mit der Einführung des Störungsbildes PTBS als abgrenzbare Diagnose wurden die Behandler mit der Schwierigkeit konfrontiert, dass diese Patienten weitere Symptome aufwiesen, die sich durch die Diagnose einer PTBS nicht abbilden ließen. Missbrauch, Vernachlässigung und Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend sind wesentlich häufiger behandlungsbedürftig als umschriebene Ereignisse katastrophalen Ausmaßes. Komplexe Störungsbilder wurden im DSM-III aus dem Kriterienkatalog der PTBS ausgeschlossen. Mit der Einführung der komplexen PTBS in der ICD-11 wird diese Lücke nun offiziell geschlossen.

Die komplexe PTBS ist durch eine Vielzahl von traumatischen Situationen gekennzeichnet, aus der im traumatischen Prozess ein komplexes Störungsbild mit verschiedenartigen psychischen und körperlichen Symptomen resultiert. Wir fassen die Psychotraumatisierungen als eigenständige Ursache im Spektrum psychiatrischer und allgemeinmedizinischer Problemstellungen auf. Das Störungsbild verursacht weitreichende Beeinträchtigungen in der Lebensgestaltung, die sich auf die Gestaltung von Beziehungen, Berufsentwicklung und Familie auswirken. Aus diesem Grunde ist es aus Sicht

von Therapeuten sinnvoll, parallel zur Diagnostik und Behandlung der komplexen PTBS die Verbesserung der Aktivität und Teilhabe einschließlich der Optimierung von Umwelt- und Persönlichkeitsfaktoren einzubeziehen. Somit ist es unser Anliegen, den gesamten Behandlungs- und Rehabilitationsprozess in diesem Kompendium gebündelt darzustellen.

Vor diesem Hintergrund gliedert sich das Kompendium wie folgt: Einführung in das Störungsbild der komplexen PTBS, Diagnostik aus Sicht der ICD-11 und der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Die ICF wurde 2001 der ICD von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Seite gestellt, um die Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe unter Berücksichtigung der verschiedenen Umwelt- und Persönlichkeitsfaktoren darstellen zu können. Wir möchten parallel zur Einführung der komplexen PTBS die biopsychosozialen Auswirkungen beschreiben, damit die Behandlung und Rehabilitation »aus einem Guss« formuliert und umgesetzt werden. Hierbei denken wir insbesondere an die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation als Bestandteil eines umfassenden Gesundheitsmanagements bei der komplexen PTBS und ihren Varianten.

Definition: Sektoren- und rechtskreisübergreifender Ansatz

Betroffene einer komplexen PTBS profitieren von einem sektoren- und rechtskreisübergreifenden Ansatz. Hierunter verstehen wir die Koordination der Akutbehandlung im ambulanten, teilstationären und stationären Sektor sowie die Koordination rehabilitativer Leistungen unter Berücksichtigung der Leistungsträger von medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation.

Im Folgenden beschreiben wir die Gründe, wieso der Ansatz auch auf dem Gebiet der Psychotraumatologie an Aktualität gewonnen hat.

- Niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen sehen sich mit der Erwartungshaltung der Patienten konfrontiert, dass sie eine qualifizierte Traumatherapie durchführen.

- Wir plädieren dafür, dass die Akteure der Krankenbehandlung (ärztliche und psychologische Psychotherapeuten) in Kooperation mit Akteuren des Teilhabemanagements (z.B. Sozialarbeiterinnen) eine komplexe Behandlungs- und Rehabilitationsplanung durchführen. Die Leistungsträger und -erbringer sind aufgefordert, entsprechende Netzwerke der Behandlung und Rehabilitation zu schaffen.
- Das Entlassmanagement ist fester Bestandteil der Krankenbehandlung in der Akutpsychiatrie geworden. Je komplexer sich Störungsbilder darstellen, umso mehr ist die Erfolgsnachhaltigkeit davon abhängig, dass eine mittel- und langfristige Teilhabeplanung erfolgt. Ein sektoren- und rechtskreisübergreifendes Fallmanagement ist hierbei zielführend.
- Aus Sicht der Rehabilitationsmedizin gilt es, immer höhere Anforderungen zu bewältigen. Kürzere Behandlungszeiten im Akutbereich führen dazu, dass Traumatherapien einschließlich einer sorgfältig vorbereitenden Exposition im stationären Kontext nicht oder unzureichend durchgeführt werden können.
- Mit der letzten Novellierung des Leistungsrechts in Deutschland wurde psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten das Recht eingeräumt, medizinische Rehabilitationen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), Soziotherapie, Ergotherapie und Krankenhausbehandlungen zu verordnen (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2022). Hierdurch übernehmen auch die psychologischen Psychotherapeutinnen Steuerungsfunktion in der Behandlung.
- Rehabilitation ist ein wirksames Mittel, Opfern und Überlebenden Teilhabe und ein Stück Würde zurückzugeben. Rehabilitation fördert die Selbstwirksamkeit und wird hierdurch zu einem wichtigen Instrument, mögliche Fixierungen in Opferrollen zu lösen.
- Österreich, Deutschland und die Schweiz haben als deutschsprachige Länder die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) ratifiziert. Hierdurch haben sich diese Länder selbst zur Aufgabe gemacht, die Grundsätze der BRK in das Rehabilitations- und Teilhaberecht zu integrieren.

Fünf zentrale Fragen

- Wie diagnostiziere ich die komplexe PTBS nach ICD-11?
- Wie beschreibe ich die komplexe PTBS aus Sicht eines biopsychosozialen Modells?
- Wie behandle ich die komplexe PTBS?
- Wie beschreibe ich den Teilhabebedarf?
- Wie kann ich die soziale, berufliche und/oder medizinische Rehabilitation planen und durchführen?

Zur Beantwortung dieser fünf Fragen werden wir uns auf das Verlaufsmodell der Psychotraumatisierung stützen. Das Verlaufsmodell umfasst die Momente der traumatischen Situation, der (post)expositorischen Reaktion und des traumatischen Prozesses und definiert sich über den Situationskreis von Ereignis und Erlebnis (Fischer & Riedesser 2020). Somit sind wir gehalten, das Verlaufsmodell der Psychotraumatisierung auf die komplexe PTBS zu adaptieren.

Phänomenologisch finden sich verschiedene Varianten von Traumfolgestörungen. Hierzu gehören Gruppierungen der dissoziativen Störung, der Borderline-Persönlichkeitsstörung, Varianten von Suchterkrankungen sowie einige somatoforme und affektive Störungen. Es geht also um eine Sondierung, welche Bedeutung die Traumatisierungen für ein ganzes Spektrum an psychiatrischen Störungen hat. Auf dieses Konzept gestützt gehen wir auf unterschiedliche Verlaufstypen ein. Hierbei können wir uns insbesondere auf empirische Daten berufen, die z. B. die enge Beziehung zwischen der komplexen PTBS und der Borderline-Störung beschreiben.

Definition: Traumafolgestörungen

Wir unterscheiden die klassische und die komplexe PTBS nach der ICD-11. Traumafolgestörungen definieren sich als komplexe psychische Störungen mit unterschiedlichen Komorbiditätsprofilen, die psychotraumatologisch ableitbar sind.

Zunächst orientieren wir uns an der ICD-11. Zur Diagnostik der komplexen PTBS in der ICD-11 machen wir die Unterschiede zwi-

schen der PTBS, der komplexen PTBS, der prolongierten Trauerreaktion, der akuten Belastungsreaktion, der Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung sowie der Anpassungsstörung deutlich. Hinzu kommt die Abgrenzung von Störungsbildern von Kindern und Jugendlichen, was sich in der ICD-11 an der Altersgrenze von 6 Jahren definiert. Hierbei handelt es sich um die reaktive Bindungsstörung und die Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung. Wir stellen die neurobiologischen Grundlagen der komplexen PTBS dar, die die Einwirkungen von anhaltenden Gewalterfahrungen auf neuroanatomischer, endokrinologischer sowie neurophysiologischer Ebene verdeutlichen. Zur Beschreibung der komplexen PTBS stützen wir uns auf diagnostische Interviews sowie auf Verlaufsmessungen von Symptomen, Funktionen sowie Risiko- und Schutzfaktoren.

In Ergänzung zum biomedizinisch geprägtem Modell der ICD-11 geben wir eine Einführung in die ICF, die als Klassifikationsgrundlage für die Beschreibung von Teilhabestörungen gilt. Somit schaffen wir die Grundlage für ein zentrales Anliegen: Über die Behandlung hinaus ist eine Rehabilitationsplanung und Umsetzung erforderlich, um den psychosozialen Folgen der komplexen PTBS gerecht zu werden. Die ICD-11 und ICF werden zu diagnostischen Zwecken komplementär gegenübergestellt. Wir differenzieren zwischen Krankheit (= Störung im Sinne der ICD-11) und Krankheitsfolgen (= Störungfolgen im Sinne der ICF). Hierdurch gewinnen wir eine optimale Anpassung an den Aufbau des deutschen Sozialrechts, das streng zwischen der Krankenbehandlung im Sinne des SGB V und der Rehabilitation der Krankheitsfolgen im Sinne des SGB IX einschließlich der Eingliederungshilfe unterscheidet.

Zur Behandlung der komplexen PTBS differenzieren wir die kognitiven Verfahren vom EMDR sowie psychopharmakologische und psychodynamische Verfahren. Die Darstellung erfolgt auf aktuellem Wissenstand der nationalen, europäischen und amerikanischen Leitlinien. Hierbei verfolgen wir einen modularen Ansatz, der eine psychodynamische Fallkonzeption mit Varianten der Expositionsverfahren aus unterschiedlichen Schulen kombiniert. Für alle aufgeführten therapeutischen Schulen dienen Fallbeispiele zur Illustration.

Empfehlungen zur Rehabilitation der komplexen PTBS werden auf der Grundlage des biopsychosozialen Modells der ICF formuliert. Zu Beginn steht die Bedarfsfeststellung. Die Rehabilitationsplanung erstreckt sich über die medizinische zur beruflichen und sozialen Rehabilitation. Hierbei gehen wir auch auf die Neuerungen des deutschen Bundesteilhabegesetzes (BTHG) ein, das im Dezember 2016 beschlossen wurde. Das Gesetz hat zum Ziel, die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung zu verbessern und die geltende UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) verbindlich in der Bundesrepublik schrittweise umsetzen. Parallelprozesse finden auch in Österreich und in der Schweiz statt, da beide Länder die BRK ratifiziert haben.

Somit zeichnet sich das Kompendium durch eine systematische schulenübergreifende Darstellung der Behandlung und Rehabilitation der komplexen PTBS aus. Zur Aufarbeitung haben wir über den Fließtext hinaus folgende Textfelder definiert: Definition, Tipp für die Praxis, Fallbeispiel und Statement.

Für eine gendergerechte Schreibung verwenden wir die weibliche und männliche Form in unsystematischer Reihenfolge: die Psychologin, der Arzt, die Patienten. Sind Frauen oder Männer gemeint, schreiben wir dies explizit. Menschen, die sich weder dem einen noch dem anderen Geschlecht zugehörig fühlen, sind stets mitgemeint.

KAPITEL 1

Die komplexe PTBS: Störungsbild und Krankheitsfolgen

1.1 Die Politik des Traumas

Zum Einstand setzen wir uns mit der These auseinander, dass die Festlegung der Kodierrichtlinien für die posttraumatische Belastungsstörung im DSM-III (American Psychiatric Association 1980) auch politisch motiviert war. Diese These hat zwei Aspekte: Erstens stellt sich die Frage, warum die Diagnose der »Posttraumatic stress disorder« 1980 erstmalig in das DSM-III aufgenommen wurde; zweitens stellt sich die Frage, warum die Diagnose der komplexen Verlaufsformen erst 40 Jahre später mit der Veröffentlichung der 11. Fassung der »International Classification of Disease« Einzug gefunden hat. Es geht um den Traumadiskurs. Um die These der politischen Motive zu untermauern, ziehen wir verschiedene Quellen heran. Es handelt sich um die von José Brunner (2014) gesammelten Adorno-Vorlesungen »Die Politik des Traumas« aus dem Jahre 2009, die dargestellt hat, wie der Traumadiskurs sozialpsychologisch Wirksamkeit entfaltet hat. Eine zweite Quelle ist ein Videovortrag von Mardi Horowitz, den dieser 2011 in Berlin auf einer Tagung des Alexianer Instituts für Psychotraumatologie gehalten hat. Schließlich haben wir die Zeitzeugen Robert Jay Lifton und Judith Herman zur Einführung der PTBS in das DSM-III bzw. die laufende Diskussion um die Definition der komplexen PTBS in einem Interview konkret befragt, das am 06.12.2021 durchgeführt wurde.

Wir beginnen mit den Vorläufermodellen: Robert Jay Lifton hat z. B. vor der Einführung der PTBS im DSM-III über die Überlebenden der chinesischen Gefängnisse sowie über die Opfer von Hiroshima

geforscht. Der Abwurf der Atombombe auf Hiroshima ist ein gutes Beispiel. Die Überlebenden sind um die Welt gereist, um auch politisch motiviert zu berichten, was sie erlebt haben. Hierdurch wurden sie zur Symbolfigur der antinuklearen Bewegung. Dies kann man als »Mission der Überlebenden« verstehen. Mit folgenden Worten beschreibt Robert Jay Lifton die damalige Diskussion in den Gremien um die Einführung der PTBS in das DSM-III:

»My work on ›survivors‹ of Chinese thought reform, and the Hiroshima atomic bombing was offered to the committee. We formed to advise the writers of DSM-III to include along with work on Vietnam Veterans. We came before the authorities. Hiroshima is an excellent example. The survivors traveled around the world to tell, what they have experienced.« (06.12.2021, persönliche Mitteilung)

Ein weiteres Beispiel ist Viktor Frankl (2018), der als Holocaustüberlebender gleichzeitig Überlebender, Sprachrohr der Opfer und Wissenschaftler war. Die Stimmen der Betroffenen erhoben sich, bevor die Behörden Initiativen ergriffen hatten.

Die Einführung der PTBS in die diagnostischen Manuale ist auch eine Geschichte von Krieg und Frieden. So stellen wir fest, dass nach jedem Krieg Neudefinitionen von Diagnosen geschaffen wurden, die mit Trauma und Traumabewältigung zu tun hatten. Auf die jahrelange Vernachlässigung des Traumamodells folgte die Einführung neuer Begriffe in Kriegszeiten. Andere Bezeichnungen für die PTBS wurden schon vorher verwendet (z.B. Shell Shock, Combat stress reaction, Vietnam-Syndrom – auf Deutsch: Kriegszittern, Schüttelneurotiker, Physioneurose). Die ersten Filme von traumatisierten Soldaten nach dem Ersten Weltkrieg zeigten Krampfanfälle, Erblindung, Mutismen, also Störungsbilder, die aus heutiger Sicht stark mit dissoziativen Störungen verbunden sind.

Heute diskutieren wir die Differenzierung zwischen der PTBS, der komplexen PTBS, der Borderline-Persönlichkeitsstörung und den dissoziativen Störungen. Die Einführung der PTBS im DSM-III der American Psychiatric Association (APA) im Jahre 1980 war ein

wichtiger Meilenstein, einen gemeinsamen klinischen Begriff zu schaffen, der Überlebende von Extremlastungen (z. B. der Holocaust oder der Abwurf der Atombombe auf Hiroshima) und Kriegsveteranen subsumierte.

Ein weiterer Zeitzeuge war Mardi Horowitz, der mit seiner Veröffentlichung »Stress Response Syndrom« (1976) ein Pionier der Psychotraumatologie war und ist. Die Forschung mit Regierungsgeldern – so in seinem Vortrag in Berlin – erfolgte vor der Einführung der PTBS in das DSM-III einem strikten Design: *»Wir schlossen suizidale Personen und solche mit Essstörungen oder Substanzmissbrauch aus. Wir selektierten die ›guten‹ Fälle, die vermutlich vor dem einmaligen traumatischen Ereignis unbeschwert waren«* (Horowitz, 2011).

Somit ging es darum, eine Diagnose zu definieren, die eine gesellschaftliche Anerkennung für Vietnamveteranen schafft, ohne einräumen zu müssen, dass die Verletzung gleichermaßen vor der eigenen Haustür zu suchen war. Die Diagnose einer PTBS wurde nach Vietnam projiziert. Die Studien der Folgejahre haben immer deutlicher zeigen können, dass (sexualisierte) Gewalt, Inzest und Vernachlässigung in der eigenen Gesellschaft verankert waren.

Die Einführung der PTSD (posttraumatic stress disorder) im DSM-III bezog sich auf Traumatisierungen von Erwachsenen, die ihr Trauma im Erwachsenenalter erlebt haben. Die Einführung des Begriffs PTSD nahm den Überlebenden das Stigma, weil hiermit deutlich gemacht wurde, dass dies jeden Menschen treffen kann. Die Opfer bekamen etwas Würde zurück.

Auf die Frage, warum »complex PTSD« 1980 im DSM-III ausgeschlossen wurde, blickt Robert Jay Lifton zurück und sagt:

»PTSD in DSM-III gave great emphasis to the significance of adult trauma. I came to see Vietnam veterans as survivors. They found meaning in the meaninglessness of their war« (06.12.2021, persönliche Mitteilung).

Definition: PTBS im DSM-III

PTBS im DSM-III war ein Überbegriff für Traumata bei Erwachsenen und umfasste das, was das »Post-Vietnam-Syndrom« genannt wurde.

Nachdem wir die Einführung der PTBS aus einer Zeitzeugenperspektive betrachtet haben, gehen wir jetzt auf eine retrospektive sozialpsychologische Perspektive ein, die wir z. B. José Brunner durch seine Frankfurter Adorno-Vorlesungen zu verdanken haben. In seinem Vorwort ist zu lesen:

»Wo von seelischen Wunden und Verwundbarkeit die Rede ist, kommen immer auch Gewalt, Ungerechtigkeit und Hilflosigkeit zur Sprache, ebenso wie gesellschaftliche und staatliche Verantwortlichkeit thematisiert werden.« (Brunner 2014, S.7)

In seiner Darstellung zur »Politik des Traumas« verweist er auf zwei Gesellschaftsverträge, die für die aktuelle Diskussion grundlegend sind. Der erste Gesellschaftsvertrag ist römischer Bauart:

»Im Prinzip begründen die westlichen Industrienationen bis heute ihre demokratischen Grundrechte auf der Basis dieser Vorstellung von einem Gesellschaftsvertrag, der ihren Bürgern politische Rechte und Pflichten ebenso wie Schutz vor Willkür und Gewalt verspricht.« (Brunner 2014, S.17)

Der Traumadiskurs wird allerdings von einem zweiten »*ungeschriebenen*« Gesellschaftsvertrag geprägt:

»In diesem zweiten Gesellschaftsvertrag [...] verhiessen die modernen westlichen Staaten ihren Bürgern nicht nur Rechte, sondern auch die Aussicht auf Minderung des allgemeinen sozialen, psychischen und körperlichen Leidens.« (Brunner 2014, S.17f.)