



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser  
gesamtes Programm finden Sie unter  
[www.klett-cotta.de/schattauer](http://www.klett-cotta.de/schattauer)

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.

Schattauer

[www.schattauer.de](http://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 National-

bibliografie; 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  
AKarameros@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  
clangel@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 and Psychotherapie  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Martinstraße 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 Schüepp**

Praxis für Psychotherapie  
Lange Straße 94  
27711 Osterholz-Scharmbeck  
schuepp@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  
Guttmanstraße 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

<b>1</b>	<b>Neurobiologie komplexer Traumafolgestörungen</b> .....	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
<b>2</b>	<b>Grundlagen der Diagnostik</b> .....	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
<b>3</b>	<b>Diagnostische Klassifikation von Traumafolgestörungen</b> .....	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
<b>4</b>	<b>Befund und Diagnosestellung</b> .....	86
	BRITTA MENNE, RUTH EBBINGHAUS	
4.1	Einleitung .....	86
4.2	Anamnese und Verhaltensbeobachtung .....	86
4.3	Abfassung von Befunden bzw. Attesten .....	92



<b>5</b>	<b>Instrumente zur strukturierten Diagnostik</b> .....	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
<b>6</b>	<b>Differenzialdiagnostik und Komorbidität komplexer Traumafolgestörungen</b> .....	124
	LEONHARD KRATZER, MATTHIAS KNEFEL, MELANIE BÜTTNER	
6.1	Einleitung .....	124
6.2	Was sind Traumafolgestörungen? .....	126
6.3	Diagnostik der spezifischen Traumafolgestörungen .....	127
<b>7</b>	<b>Gutachterliche Diagnostik</b> .....	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
<b>8</b>	<b>Kultursensibles Vorgehen in der Diagnostik</b> .....	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

<b>9</b>	<b>Rahmenbedingungen, Therapiesetting und Vernetzung</b> .....	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
<b>10</b>	<b>Zur Finanzierung Trauma zentrierter Psychotherapie für Patient:innen mit KPTBS .....</b>	<b>220</b>
	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
<b>11</b>	<b>Behandlungsvorbereitung .....</b>	<b>233</b>
	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
<b>12</b>	<b>Grundstrategien in der psychotherapeutischen Behandlung .....</b>	<b>250</b>
	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
<b>13</b>	<b>Therapiemethoden und Behandlungstechniken .....</b>	<b>299</b>
	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

<b>14</b>	<b>Was ist nachteilig für die Behandlung und sollte vermieden werden?</b> .....	356
	MARTIN SACK, ARCHONTULA KARAMEROS	
<b>15</b>	<b>Pharmakologische Behandlungsansätze bei komplexen Traumafolgestörungen</b> .....	361
	GUSTAV WIRTZ	
<b>16</b>	<b>Evidenzbasierte Standards der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen Traumafolgestörungen</b> .....	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
<b>17</b>	<b>Psychotherapie komplexer Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen</b> .....	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
<b>18</b>	<b>Komplexe Traumafolgestörungen bei älteren Patientinnen und Patienten</b> .....	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
<b>19</b>	<b>Patientinnen und Patienten mit Behinderungen</b> .....	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

<b>20</b>	<b>Behandlung von Opfern organisierter Gewalt</b> .....	430
	CLAUDIA FLIß	
<b>21</b>	<b>Psychotherapie bei noch bestehendem Täterkontakt</b> .....	438
	CLAUDIA FLIß	
<b>22</b>	<b>Behandlung von Tätern mit komplexen Traumafolgestörungen</b> .....	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
<b>23</b>	<b>Komplexe Traumafolgestörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung</b> .....	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
<b>24</b>	<b>Dissoziative Störungen</b> .....	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
<b>25</b>	<b>Psychotherapeutische Behandlung traumatisierter geflüchteter Menschen</b> .....	501
	BARBARA ABDALLAH-STEINKOPFF, JENNY MIKA	
25.1	Einleitung .....	501
25.2	Therapeutisches Vorgehen .....	504

<b>26</b>	<b>Traumafolgestörungen und psychosoziale Versorgung bei Geflüchteten in der frühen postmigratorischen Phase</b> .....	<b>511</b>
	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
<b>27</b>	<b>Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Suchtproblemen</b> .....	<b>520</b>
	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
<b>28</b>	<b>Esstörungen und komplexe Traumafolgestörungen</b> .....	<b>539</b>
	GÜNTER REICH	
28.1	Einleitung .....	539
28.2	Traumatisierungen bei Esstörungen .....	543
28.3	Fazit .....	555
<b>29</b>	<b>Körperbeschwerden als Folge psychischer Traumatisierungen</b> .....	<b>562</b>
	MARTIN SACK, HELGA MATTHEß	
<b>30</b>	<b>Sexualität in der Traumatherapie</b> .....	<b>568</b>
	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	Traumamasensibel über Sexualität sprechen .....	588
30.4	Wie kann eine Therapie für Betroffene aussehen? .....	591
30.5	Fazit .....	598
<b>31</b>	<b>Behandlung von Patientinnen und Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen und psychotischen Erkrankungen</b> .....	<b>603</b>
	INGO SCHÄFER	
31.1	Einleitung .....	603
31.2	Diagnostik und Indikationsstellung .....	605
31.3	Psychotherapie .....	606
31.4	Pharmakotherapie .....	607

<b>32</b>	<b>Traumاسensible psychiatrische Pflege</b> .....	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
<b>33</b>	<b>Methodenintegration: Versuch einer Systematisierung für die KPTBS</b> .....	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

<b>34</b>	<b>Genderaspekte in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen</b> .....	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
<b>35</b>	<b>Behandlung der Folgen von Gewalt und sexuellem Missbrauch in Institutionen</b> .....	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
<b>36</b>	<b>Behandlung im System: Eine kritische Perspektive auf Normierungspraktiken der Versorgung Gewalterfahrener</b> .....	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

<b>37</b>	<b>Das Schweigedilemma – Sexueller Missbrauch im Kontext der katholischen Kirche</b> . . . . .	<b>708</b>
	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
<b>38</b>	<b>Das Soziale Entschädigungsrecht</b> . . . . .	<b>720</b>
	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
	<b>Sachverzeichnis</b> . . . . .	<b>726</b>

MARTIN SACK, JULIA SCHELLONG, ULRICH SACHSSE

## 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 Problembereiche 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 Fußspitz gehört zu einer anderen wissenschaftstheoretischen Kategorie als die Diagnose Amotivationsales 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 traumatisierender 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 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 konstruktiver 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. Besondere 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.