

# **Komplexe Traumafolgestörungen: Informationen zu den Erkrankungsbildern**

**Wolfgang Wöller, Bonn**

**PRÄVALENZ PSYCHISCHER TRAUMATISIERUNGEN IN  
KINDHEIT UND JUGEND:  
REPRÄSENTATIVE STICHPROBE DER DEUTSCHEN  
BEVÖLKERUNG AUS DEM JAHR 2010 (HÄUSER ET AL. 2011)**

	Insgesamt	schwere Ausprägung
Körperliche Misshandlung	12 %	2,8 %
Sexueller Missbrauch	12,5 %	1,9 %
Emotionale Misshandlung	14,9 %	1,6 %

# ICD-11: ‚KOMPLEXE POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG‘

- „eine extensive Reaktion, die typischerweise nach **schwerem und lang anhaltenden Stressfaktoren wie wiederholtem Kindesmissbrauch, schwerer häuslicher Gewalt, Folter oder Sklaverei** entsteht“. Sie ist zu diagnostizieren, wenn
  1. die **Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung** nach den Kriterien der ICD-10 (intrusives Wiedererleben, Vermeidung/Betäubung, Übererregung) vorhanden sind und
  2. mindestens ein Symptom aus jedem der 3 Bereiche der **Selbstorganisation**
    - Affekt**
    - negatives Selbstkonzept**
    - Probleme der interpersonellen Beziehungsgestaltung**vorliegt.

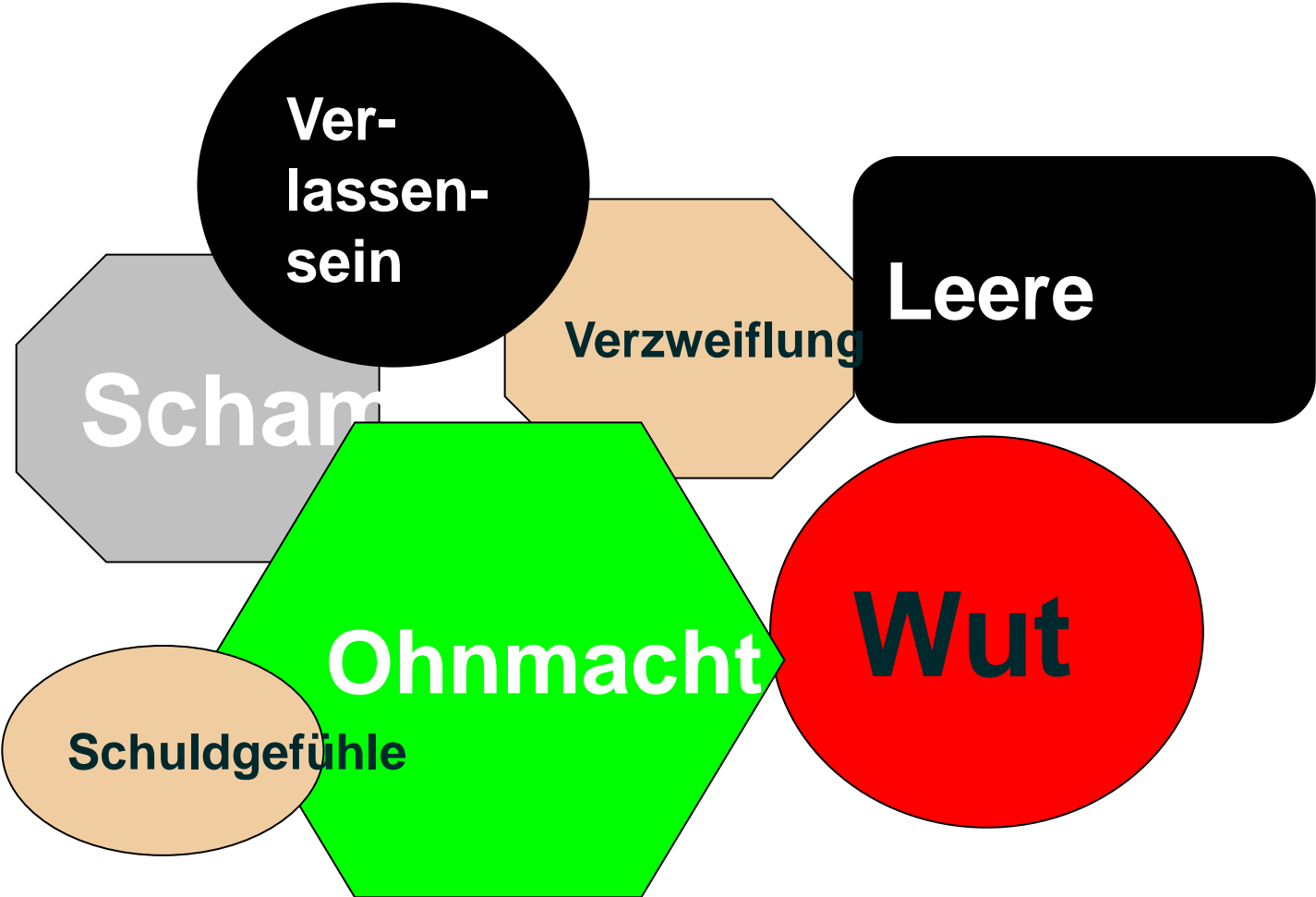
# KOMPLEXE PTBS – BESONDERHEITEN

- In der Regel familiäres Umfeld emotionaler Vernachlässigung
  - **weniger einzelne, abgrenzbare traumatische Ereignisse, sondern Atmosphäre allgemeiner Bedrohung, emotionalen Alleingelassenseins und fehlenden Geborgenseins**
    - oft schon in der präverbalen Lebensphase
    - oft nicht als konkrete Erinnerungen repräsentiert
  - schädigende Entwicklung der kindlichen **Beziehungs- und Bindungsfähigkeit**
  - verändern basale Ich-Funktionen, ebenso Repräsentanzen des Selbst und der wichtigsten Bezugspersonen (Stoltenborgh et al. 2013).
- Schädigungen durch emotionale Gewalt
  - Ängstigen, Terrorisieren, Demütigen, Einsperren von Kindern, Alleinlassen  
Hilflosigkeitserfahrung (Amos et al. 2011; Teicher et al. 2006).
  - Verrat durch wichtige Bezugspersonen, die bei den Übergriffen wegschauten oder sie leugneten.

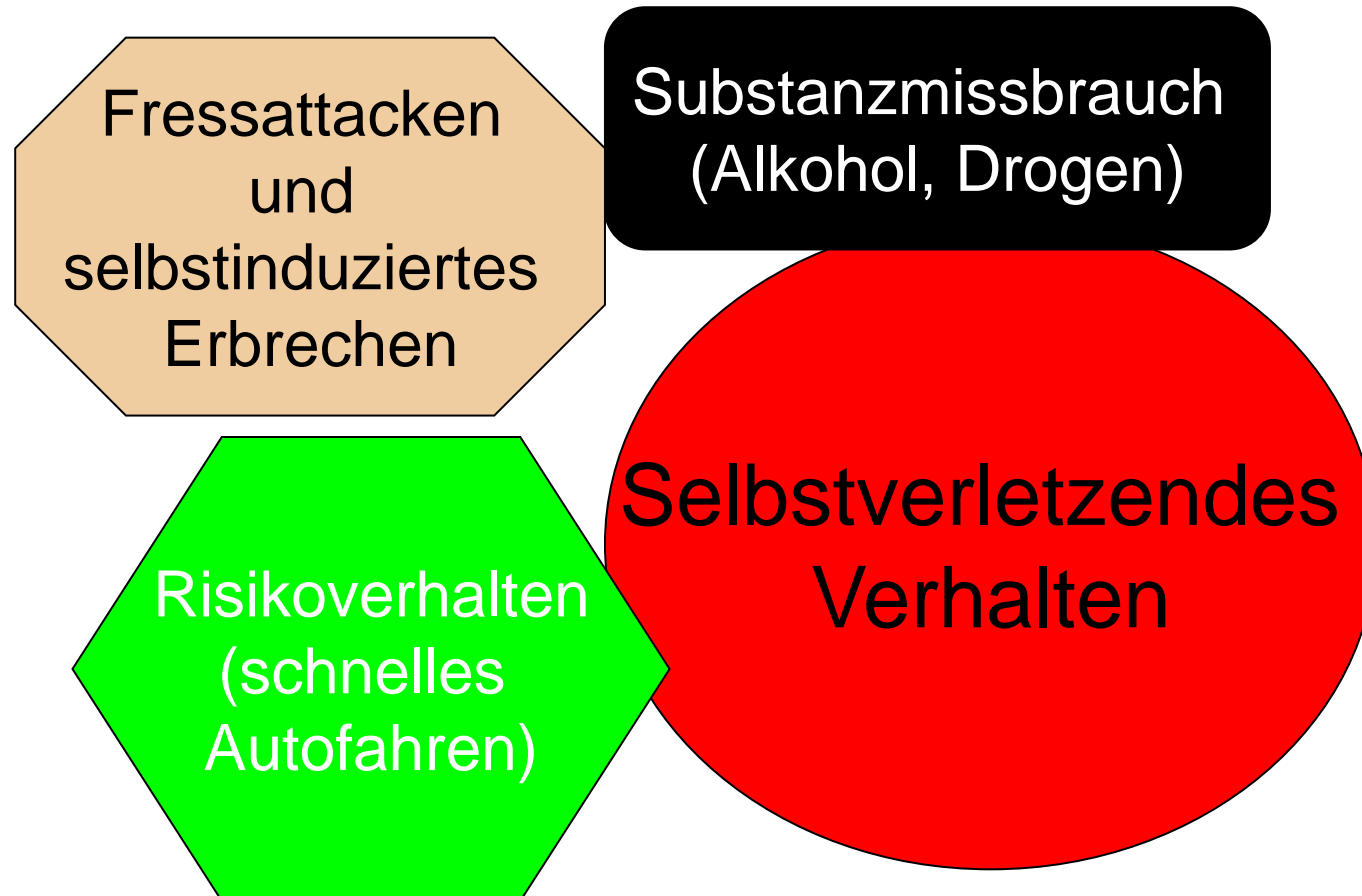
# STÖRUNG DER EMOTIONSREGULIERUNG

- Schwierigkeiten, Gefühle zu steuern
- Überflutung durch undifferenzierte negative Affektzustände
- körpernahe Spannungszustände
- depressive Störungen
- Angst- und Paniksymptome
- umfassendes Bedrohungsgefühl

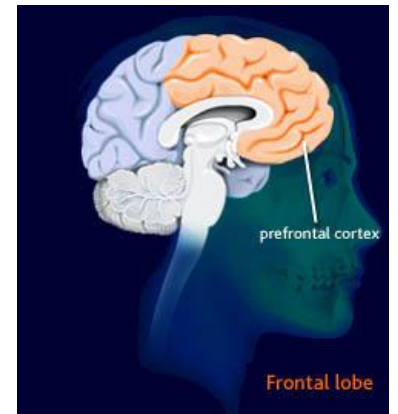
# UNDIFFERENZIIERTE TRAUMATISCHE AFFEKTZUSTÄNDE



# SELBSTSCHÄDIGENDE VERHALTENSWEISEN ZUR KOMPENSATION DER GESTÖRTEN EMOTIONSREGULIERUNG



# BINDUNGSTRAUMA



unangemessene und zurückweisende elterliche Reaktionen auf kindliche Affektzustände



negative emotionale Zustände des Kindes werden nicht reguliert, sondern bleiben über längere Zeit bestehen



„chaotische“ biochemische Veränderungen im kindlichen Gehirn: dauerhaft erhöhte Cortisonspiegel, exzessive Freisetzung von Adrenalin und Noradrenalin und anderer toxischer Substanzen



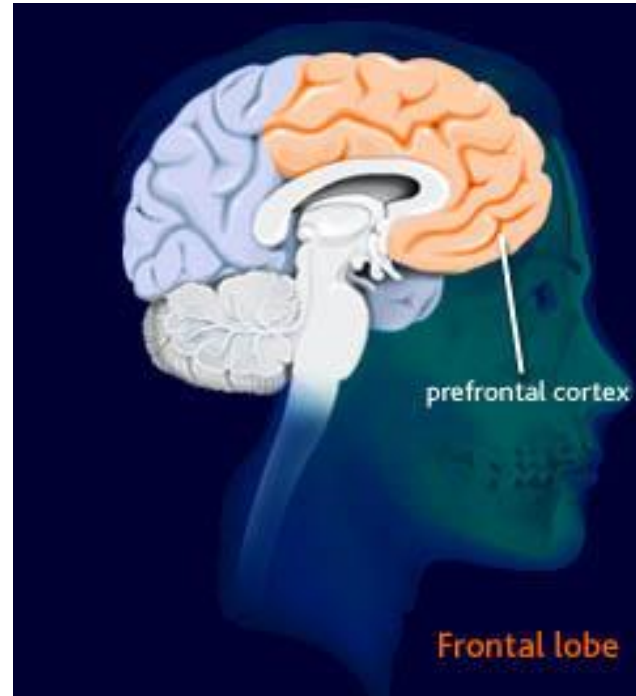
unzureichende Zellaufbau im Bereich der emotionsregulierenden Strukturen des Gehirns



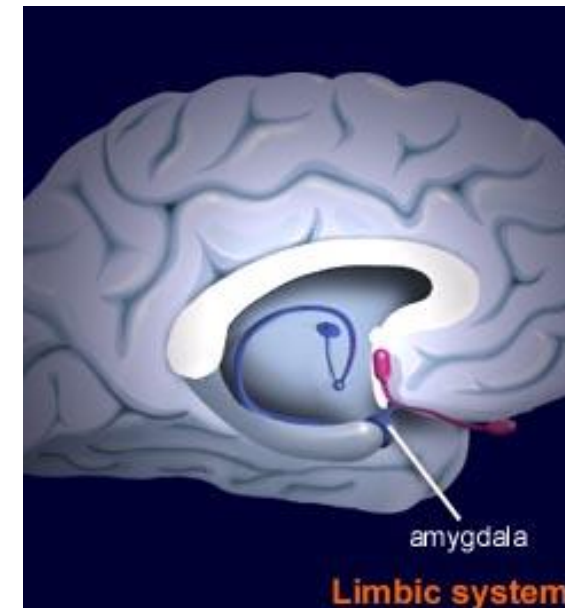
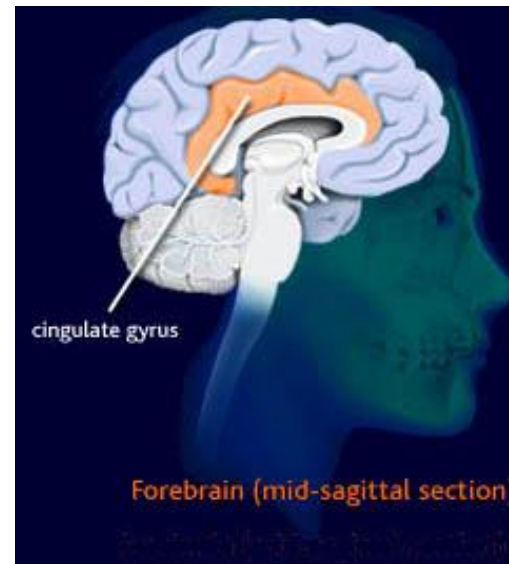


# VERMINDERTE TOP-DOWN-MODULATION BASALER EMOTIONALER SYSTEME, INSBES. DER AMYGDALA

→ ERHÖHTE BEREITSCHAFT ZUR WAHRNEHMUNG VON BEDROHUNGSSIGNALEN



- 1 – Orbitofrontaler Cortex
- 2 – Region des vorderen Cingulum
- 3 – Amygdala



# VERÄNDERUNG VON AUFMERKSAMKEIT UND BEWUSSTSEIN

- Dissoziative Erinnerungslücken im Alltag
- Erinnerungslücken bezogen auf die eigene Biographie
- Depersonalisations- und Derealisationsphänomene
- Aufmerksamkeitsdefizite

# VERÄNDERUNGEN IM SELBSTBILD

- extrem herabgesetztes Selbstwertgefühl
- Gefühl eigenen Unwerts
- Gefühl eigener Unfähigkeit
- umfassende irrationale Schuldgefühle
- Schamgefühle
- Gefühl, von anderen isoliert zu sein
- Überzeugungen, eine gute und respektvolle Behandlung nicht zu verdienen

# NEGATIVES SELBSTBILD IM DIENST DES BINDUNGSERHALTS

- Um die Bindungsbeziehung zu den wichtigsten Bezugspersonen zu erhalten, definiert sich das traumatisierte Kind als unwertes, egoistisches oder „böses“ Kind.
- Durch seine Überzeugung von der eigenen Schlechtigkeit und moralischen Minderwertigkeit kann das Bild der guten Eltern erhalten bleiben.
- → Versöhnungsversprechen : Sobald das Kind sich wieder den Erwartungen der Eltern entsprechend verhält, werden sie wieder liebevoll mit ihm umgehen (Ehlert & Lorke 1988; Gleiser 2003).

# VERÄNDERUNG IM UMGANG MIT ANDEREN MENSCHEN

- anhaltendes Misstrauen oder ungerechtfertigtes Vertrauen gegenüber potenziellen Schädigern
- Unfähigkeit, zwischen vertrauenswürdigen und vertrauensunwürdigen Menschen zu unterscheiden
- Neigung, selbst immer wieder in die Opferrolle zu geraten (Reviktimisierung)
- Neigung, andere zum Opfer zu machen

# SELBSTBEZOGENE SCHÄDIGENDE VERHALTENS-MUSTER ALS AUSDRUCK KOMPLEXER TRAUMABEDINGTER FUNKTIONSDEFIZITE

- Unfähigkeit der Selbstfürsorge
- Unfähigkeit sich zu schützen
- Unfähigkeit, sich von unangemessenen Forderungen anderer abzugrenzen
- Unfähigkeit Nein zu sagen
- Unfähigkeit, Gefahren antizipieren zu können
- Neigung zu Ohnmacht und Hilflosigkeit
  
- → erneuter Opferstatus (Reviktimisierungsneigung)

# SOMATISIERUNGSNEIGUNG

- chronische Schmerzen, insbes. im Unter- oder Oberbauch, aber auch chronische Rückenschmerzen, „Fibromyalgie“
- Symptome im Bereich des Magen-Darm-Trakts
- funktionelle Herzbeschwerden
- Störungen der Sexualfunktionen

# VERÄNDERUNG DER LEBENSEINSTELLUNGEN

- Verzweiflung
- Hoffnungslosigkeit
- Sinnverlust
- oft anhaltende latente Suizidalität
- Verlust positiver Überzeugungen
- Verlust der „normalen Illusionen“ des Lebens



# NEUE SYSTEMATIK DISSOZIATIVER STÖRUNGEN IN DER ICD-11

- Amnesien (Gedächtnislücken)
- Depersonalisationen
- neurologische Manifestationen
  - Visuelle Beeinträchtigungen (Visuelle Verzerrungen, Tunnelblick, Halluzinationen, Blindheit)
  - akustische Beeinträchtigung (Akustische Halluzinationen (Unspezifisch), Hörverlust, dissoziatives Stimmenhören)
  - Schwindel oder Benommenheit
  - andere sensorische Beeinträchtigungen (Brennen, Schmerzen, Kribbeln, Anspannung, Gefühllosigkeit, oder andere Symptome im Zusammenhang mit Berührung, Geschmack, Geruch, Gleichgewicht, Tiefensensibilität, Bewegungssinn oder Temperatursinn.)
  - nicht-epileptische Krampfanfälle
  - Lähmungen oder Muskelschwäche, Beeinträchtigungen des Gangs

# NEUE SYSTEMATIK DISSOZIATIVER STÖRUNGEN IN DER ICD-11

- Inkomplette und komplette Dissoziative Identitätsstörung
  - Verlust der Realitätskontrolle durch Alltagspersönlichkeit, Übernahme der Kontrolle durch Teilpersönlichkeiten
  - wechselnde Identitäten – wechselnde Persönlichkeitszustände – Identitätswechsel („Persönlichkeiten“)
  - Persönlichkeitszustände erhalten abwechselnd die Kontrolle über die Person
  - Stunden- bis tagelange Amnesie für andere „Persönlichkeiten“
  - zu 95% schwerwiegende und oft sehr gewaltsame Formen der körperlichen, sexuellen und emotionalen Gewalt (Putnam 1989)

# DAS DIAGNOSTISCHE DILEMMA (I)

- Bisher keine angemessene Repräsentanz komplexer Traumafolgestörungen in der ICD-10
  - Meist unzureichende Verschlüsselung als „einfache“ Posttraumatische Belastungsstörung nach den Kriterien der ICD-10 (intrusives Wiedererleben, Vermeidung/Betäubung, Übererregung) und/oder durch additive Aufzählung symptomatisch definierter Störungsbilder
  - Unzureichende Klassifikation dissoziativer Störungen in der ICD-10
- In Ermangelung einer geeigneten Diagnostik bestand keine Möglichkeit einer systematischen Erforschung der Therapiemöglichkeiten für komplexe Traumafolgestörungen.
- Die Ergebnisse aus Therapiestudien bei „einfacher“ PTBS lassen sich nicht auf die Behandlung komplexer Traumafolgestörungen übertragen.

# KOMPLEXE TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN

- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- depressive Störungen, insbes. therapierefraktäre Verläufe
- schwere dissoziative Störungen
- somatoforme Störungen, insbes. Schmerzstörungen
- Angsterkrankungen, insbes. Panikstörungen
- Essstörungen, insbesondere Bulimie
- Substanzabhängigkeit
- Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline-PS

(Herman 1992, Brown u. Finkelhor 1986, Felitti et al. 2002).

## DAS DIAGNOSTISCHE DILEMMA (2)

- Starke Heterogenität der Störungsbilder in Phänomenologie und Schwere
- Hohe Komorbidität: Komorbidität ist eher die Regel, nicht die Ausnahme!
- Traumafolgestörungen sind oft nur schwer aufgrund der vorherrschenden Symptomatik identifizierbar
  - insbes. im Bereich somatoformer und dissoziativer Störungsbilder
- Die Diagnosekategorie der komplexen PTBS nach ICD-11 stellt ohne Zweifel einen großen Fortschritt dar. Aussagekräftige Studien sind zu erwarten. Jedoch
  - umfasst auch sie nicht die gesamte Bereiche komplexer Traumafolgestörungen
  - stellt sich auch bei ihr das Problem der hohen Komorbidität

## **S3-LEITLINIE DER AWMF ZUR PTBS: BEHANDLUNGSEMPFEHLUNG ZUR KOMPLEXEN PTBS**

Für eine komplexe PTBS nach ICD-11 sollte die psychotherapeutische Behandlung mit einer Kombination traumafokussierter Techniken erfolgen, bei denen Schwerpunkte auf der Verarbeitung der Erinnerung an die traumatischen Erlebnisse und/oder ihrer Bedeutung liegen sowie auf Techniken zur Emotionsregulation und zur Verbesserung von Beziehungsstörungen im Sinne der Bearbeitung dysfunktionaler zwischenmenschlicher Muster.

LoE: 2a Abstimmungsergebnis: 21/24 (87%)

# KONSENSUSBASIERTE THERAPIEEMPFEHLUNGEN

- „Consensus Model of Phase-Oriented Trauma Therapy“ (Courtois 1999; Herman 1992; Reddemann 2017)
  - idealtypisch die 3 Phasen der Stabilisierung, Traumabearbeitung und Reintegration.
  - Verbesserung der Selbstregulation vor konfrontativer Bearbeitung traumatischer Erinnerungsfragmente
- Leitlinie der International Society for the Study of Trauma and Dissociation (Gast 2011, Gast & Wirtz 2016)

# VIelfältige Therapeutische Aufgaben bei komplexer PTBS

- Verbesserung der Emotionsregulierung
- Kontrolle der dissoziativen Symptomatik
- Veränderungen im Bereich des Selbstbildes, des Selbstwertgefühls und der Wahrnehmung anderer Menschen
- Stärkung der Bindungssicherheit
- Verbesserung von Selbstfürsorge und Selbstschutz
- Integration abgespaltener kindlicher oder destruktiver Persönlichkeitsanteile
- Verarbeitung der traumatischen Erinnerungen (Erinnerungsfragmente)



# BINDUNGSSTUDIEN BEI MISSHANDELTEN KINDERN

- Bindungsstile misshandelter Kinder (Cyr et al. 2010):
  - sicher gebunden: 14 %
  - unsicher-ambivalent: 12 %
  - unsicher-vermeidend: 23 %
  - unsicher-desorganisiert: 51 %

# DESORGANISIERTE BINDUNGEN

- entstehen, wenn die Bindungsfigur gleichzeitig die Quelle von Trost und Angst ist (Main u. Hesse 1990).
  - Bindungsdesorganisation ist das Ergebnis einer gleichzeitigen Aktivierung des Bindungs- und des Bedrohungssystems gegenüber der gleichen Bezugsperson (Lyons-Ruth u. Jacobvitz 2008).

# PROBLEME DER THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNGSGESTALTUNG BEI KOMPLEXER PTBS (I)

- Täterübertragung: Patientin erwartet unbewusst Schädigungen und Übergriffe durch die Therapeutin
  - Sie geht davon aus, dass sie mit hoher Wahrscheinlichkeit von ihr erneut ausgebeutet, alleingelassen oder in anderer Weise erneut geschädigt werden wird.
- → vollständige Anpassung an die vermeintlichen Wünsche der Therapeutin
  - Überzeugung, dass die Therapeutin sich rächen würde, wenn ihre Wünsche oder Bedürfnisse nicht erfüllt werden.
  - Gefühl, dem Willen der Therapeutin ohnmächtig ausgeliefert zu sein, ohne die Möglichkeit zu haben, darüber mit ihr sprechen zu können.
  - Wenn eine Täter-Übertragung aktiv ist, kann prinzipiell *jede* Intervention als verurteilend, verführend, zurückweisend oder entwertend erlebt werden.

# PROBLEME DER THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNGSGESTALTUNG BEI KOMPLEXER PTBS (2)

- Übertragung des hilflosen, versorgungsbedürftigen Elternteils: Die Patientin
  - geht selbstverständlich davon aus, dass sie für das Wohlbefinden der Therapeutin zu sorgen hat,
  - wird sich folglich zuallererst deren vermeintlichen Wünschen anpassen, bevor sie daran denkt, eigene Bedürfnisse zu artikulieren.

# PROBLEME DER THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNGSGESTALTUNG BEI KOMPLEXER PTBS (3)

- Retterübertragung: Die Therapeutin wird als rettende Bindungsfigur wahrgenommen.
  - Patientin sieht sich selbst als schwach und ohnmächtig.
  - Überzeugung, die benötigte Hilfe nur von der aktuell behandelnden Therapeutin erhalten zu können
  - Gefahr einer malignen Abhängigkeitsentwicklung

# SCHLUSSFOLGERUNGEN IM HINBLICK AUF DEN PSYCHOTHERAPIEBEDARF BEI KOMPLEXEN TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN

- Wegen der diagnosebedingt unzureichenden Forschungslage sind wir bei der Einschätzung des therapeutischen Bedarfs nach wie vor auf Experteneinschätzungen angewiesen.
- Die vielfältigen therapeutischen Aufgabenstellungen und die breite Komorbidität begründen einen erhöhten Behandlungsbedarf, der durch übliche Kontingente im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie nicht abgedeckt ist. Ein besonders hoher Bedarf ist bei schweren dissoziativen Störungen gegeben.
- Die negativen Erfahrungen in frühen Bindungsbeziehungen wirken sich erschwerend auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung aus.
- Die Variabilität der Störungsbilder und Problemstellungen und die Besonderheiten der therapeutischen Beziehungsgestaltung machen eine individualisierte, am Bedarf orientierte Behandlungsplanung unverzichtbar.