



4.3 Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

In der 11. Version der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der WHO (ICD-11) wurde die Diagnose der »komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung« (6B41) aufgenommen. Die Diagnose soll die Folgen und die Symptomatik langanhaltender und chronischer Traumatisierung beschreiben, die sich häufig in Form von chroni-

ischem und wiederholtem sexuellen oder physischen Missbrauch in Kindheit und Jugend zeigt. Studien zu Symptomprofilen der komplexen PTBS zeigen, dass der Anteil von sexuellem Missbrauch in Patientengruppen mit komplexer PTBS doppelt so hoch ist im Vergleich zu »einfacher« PTBS und die Anzahl multipler Traumatisierungsarten die Wahrscheinlichkeit, eine komplexe PTBS-Symptomatik aufzuweisen, signifikant erhöht (Karatzias et al. 2017). Neben der Ausbildung der klassischen PTBS-Symptomatik (Wiedererleben, Vermeidung und Hyperarousal) umfassen die Diagnosekriterien auch Störungen der Emotionsregulation (u.a. erhöhte

Reizbarkeit und Wut oder verminderte Schwingungsfähigkeit), Störungen der Identität (u.a. anhaltendes negatives Selbstbild oder tiefgreifende Gefühle von Scham, Schuld und Versagen) und Störung zwischenmenschlicher Beziehungen (u.a. Schwierigkeiten, Beziehungen aufrechtzuerhalten oder sich anderen nahe zu fühlen). Außerdem ist das klinische Bild durch eine Komplexität der Symptomatik geprägt, die sich häufig in Suizidalität, Impulsivität, stärkere psychosoziale Beeinträchtigung, höhere Hospitalisierungsraten (Zlotnick et al. 2003), selbstverletzendem Verhalten (Harned et al. 2018), Dissoziation (Vonderlin et al. 2018), Substanzmissbrauch (Sanders et al. 2018) oder auch erhöhten Komorbiditäten (Hyland et al. 2021) zeigt. Dabei stellt die Symptomatik der komplexen PTBS erhöhte Anforderungen an die psychotherapeutische Behandlung. Meta-analytische Befunde zeigen, dass sowohl die Anzahl der Studien als auch die Effektivität der Psychotherapie bei PTBS nach früher Traumatisierung in Kindheit und Jugend deutlich geringer ist als bei Patientinnen mit späterer Traumatisierung (Karatzias, Murphy et al. 2019). Außerdem besteht auch bei Psychotherapeutinnen häufig die Sorge, sie könnten Patientinnen mit komplexer PTBS-Symptomatik durch traumafokussierte Psychotherapie destabilisieren, weshalb das Trauma in dieser Patientinnengruppe häufig unbehandelt bleibt (van Minnen et al. 2010). Dabei ist die Empfehlung der aktuellen S3-Leitlinien zur Behandlung der PTBS mit 100 % Übereinstimmung der Experten und Expertinnen eindeutig, dass allen Patientinnen mit PTBS eine traumafokussierte Psychotherapie angeboten werden soll (Schäfer et al. 2019). 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 (siehe Leitlinienempfehlung PTBS) sowie auf Techniken zur Emotionsregulation und zur Verbesserung von Beziehungsstörungen im Sinne der Bearbeitung dysfunktionaler zwischenmenschlicher Muster. In diesem Sinn adressiert die Dialektisch-Behaviorale Therapie der PTBS (DBT-PTBS) diese Anforderungen. Ursprünglich entwickelt, um Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen und komorbider PTBS zu behandeln, ist sie spezifisch auf die Bedürfnisse von Patientinnen mit komplexer PTBS nach sexueller oder körperlicher Traumatisierung in Kindheit und Jugend ausgerichtet. Das folgende Kapitel gliedert sich in drei Teile: Zunächst soll das Störungsmodell der komplexen

PTBS nach sexuellem Missbrauch aus Sicht der DBT-PTBS dargestellt werden. Dann erfolgt eine knappe Beschreibung des Behandlungskonzepts, gefolgt von einem kurzen Abriss der empirischen Datenlage.

Das Modell

Wie alle therapiestützenden Modelle basiert auch diese auf einer Mischung aus wissenschaftlicher Evidenz, klinischer Beobachtung und Selbstreflexion der Betroffenen. Diese Modelle sind primär darauf ausgelegt, das Behandlungsrational und die Psychoedukation zu stützen. Die Legimitation dieser Modelle, aber keinesfalls seine Verifikation, entfaltet sich in der Prüfung des Therapieerfolgs. Oder einfacher ausgedrückt: Dass ein Modell im therapeutischen Kontext nützlich und wirksam ist, zeigt noch nicht, dass es auch im wissenschaftlichen Sinne wahr ist.

In Erweiterung der diagnostischen Kriterien des ICD 11 können wir die klinische Patho-Phänomenologie der komplexen PTBS in drei Kategorien gliedern:

- 1) Störungen des Traumagedächtnisses
- 2) Störungen der Selbstorganisation (Selbstkonzept; Emotionsregulation; zwischenmenschliche Interaktion)
- 3) Aufrechterhaltende Faktoren (dysfunktionale Bewältigungsstrategien; soziale Faktoren).

Störungen des Traumagedächtnisses

Intrusionen, also unkontrollierbares mentales Wiedererleben von traumatischen Ereignissen mit hohem Realitätsdruck, gehören zu den Kardinalsymptomen der PTBS. Smartphone-basierte Erhebungen im Alltag (Ambulatory Assessment) bei Patientinnen mit komplexer PTBS nach sexuellem Missbrauch fanden im Mittel über sieben Intrusionen pro Tag, wobei erhebliche Schwankungen vorlagen (Kleindienst et al. 2017). Die neurobiologischen Mechanismen von Intrusionen sind weitgehend unklar, einige Untersuchungen fanden funktionelle Alterationen von inhibitorischen Regionen wie vLPFC, ACC sowie des medialen Temporallappens (Hall et al. 2018; Stevens et al. 2017). Auf klinisch-phenomenologischer Ebene werden traumatische Ereignisse als sensorische, physiologische, kognitive und emotionale Eindrücke in Form eines mentalen Traumanetzwerks gespeichert. Auf der sensorischen Ebene dominieren hier Bilder, Gerüche und Haptik sowie auch physiologische oder sexuelle Erregung. Die emotionale Ebene ist meist geprägt von Ohnmacht, Angst, Ekel, Demütigung, es können aber auch Lust, Nähe, Geborgenheit und Stolz

amalgamiert sein. Die kognitive Ebene ist meist diffus besetzt, meist beherrscht von Verwirrung sowie repetitiven und mantraartigen Gedankenspiralen (Maddox et al. 2019).

Wir gehen heute davon aus, dass diese Segmente des Traumanetzwerkes eng verknüpft sind und daher meist gemeinsam aktiviert werden (Krans et al. 2009). Viele Betroffene berichten zudem über altersbezogene Charakteristika. Das heißt, die Netzwerke werden über die Lebensspanne kaum korrigiert. Bei Reaktivierung erlebt sich die Betroffene wie zum Zeitpunkt der Ereignisse. Nicht nur die Emotionen entsprechen denen eines Kindes, auch die sensorischen Aspekte suggerieren dieses Erleben: Die Täter wirken dann groß, schwer und übermächtig, man selbst erlebt sich als klein, schwach und hilflos. Die Schmerzen können oft schlecht lokalisiert werden, sondern werden – wie damals – als diffuses Stechen im Unterleib oder »Bauch« erlebt (Hiskey et al. 2008). Häufig sind die Patientinnen sehr erleichtert, wenn man ihnen im Laufe der Psychoedukation das Phänomen dieser »Altersregression« erklärt.

Die Traumanetzwerke können durch eine Vielzahl unspezifischer Trigger aktiviert werden (Dunkelheit, Körperhaltungen, Berührungen, eigene sexuelle Erregung, Geräusche usw. (Kihlstrom 2006).

Ähnlich wie bei Panikattacken scheinen die aktivierten Netzwerke intensive Angstreaktionen hervorzurufen, deren neurochemisches Korrelat den Prozess rasch aggraviert. Obgleich die Betroffenen wissen, dass dies lediglich Erinnerungen sind, erleben sie diese als ausgesprochen realitätsnah (Intrusionen), oder sie verlieren gänzlich den Kontakt zur Realität und erleben die Ereignisse tatsächlich noch einmal (Flashbacks). Nachvollziehbarerweise entwickeln die Betroffenen eine Vielzahl von Strategien, die darauf zielen, die Auftretenswahrscheinlichkeit dieser Intrusionen zu reduzieren (Meidung) oder zumindest nach Aktivierung rasch abzuschwächen (Escape). Neben sozialen Vermeidungsstrategien kommen auch schwerwiegendere Verhaltensmuster zum Einsatz, die meist darauf zielen, die emotionale Sensitivität zu minimieren: Blutentnahmen, anorektisches Verhalten, Intoxikationen, aber auch Neuroleptika und Benzodiazepine. Zu den häufigsten Escape-Strategien gehört sicherlich die Dissoziation, die mit einer raschen Reduktion der emotionalen Wahrnehmung einhergeht, aber auch Selbstverletzungen, Ess-Brech-Attacken, Alkohol oder kognitive Leugnung kann hier genannt werden.

Die moderne Lerntheorie geht heute davon aus, dass beide kurzfristig wirksamen Strategien (Ver-

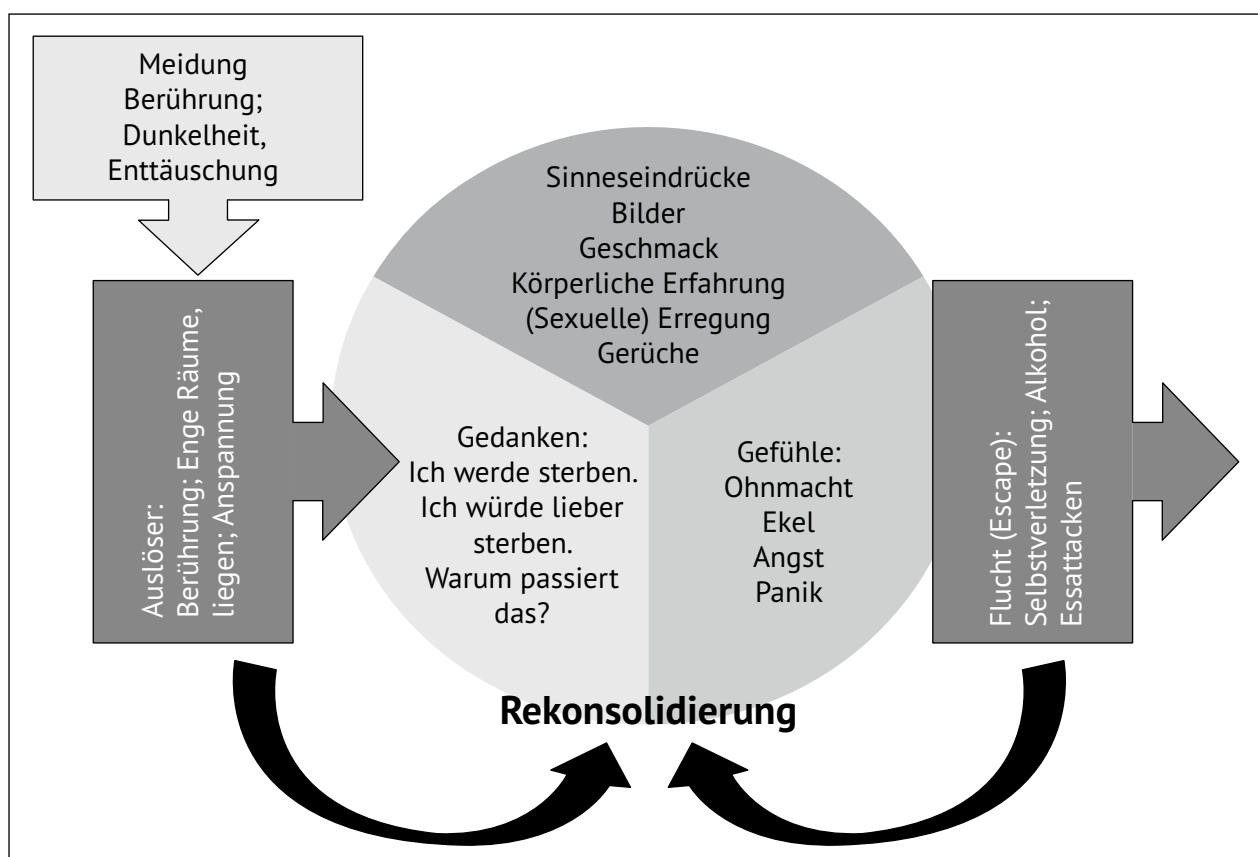


Abbildung 4.2.1 Dynamik der Traumanetzwerke

meidung und Escape) langfristig die etablierten Netzwerke konsolidieren und damit wesentlich zu deren Vigilanz und Aufrechterhaltung beitragen (Ehlers & Steil 1995; Lee 2009). Abb. 4.2.1 skizziert modellhaft Charakteristik und Dynamik dieser Traumanetzwerke.

Die Reduktion von Häufigkeit und Intensität dieser Intrusionen ist neben der Revision von traumabezogenen Selbstkonzepten ein zentrales Anliegen aller Traumatherapien. Klinisch können wir dabei auf die jahrzehntelange Erfahrung von expositions-basierten Interventionen bauen, die sich lege artis durchgeführt als hoch wirksam erwiesen haben (z.B. Craske et al. 2022).

Selbstorganisation und traumabezogene Selbstkonzepte

Die Auswirkung von Ekel auf das Selbstkonzept.

Neuere Untersuchungen zu Traumafolgestörungen nach sexueller Gewalt weisen auf die Bedeutung von Ekel in der Entwicklung und Aufrechterhaltung von PTBS hin. So finden etwa Badour et al. (2013); Badour et al. (2023), dass ca. 70 % aller erwachsenen Opfer von sexueller Gewalt über starken Waschdrang unmittelbar nach dem Übergriff berichten, der bei ca. 25 % auch nach einem Jahr persistiert. Außerdem zeigten sich bei Opfern von sexueller Gewalt signifikante Zusammenhänge zwischen dem Gefühl der mentalen Beschmutzung, Waschwängen und Schweregrad der PTBS. Klinisch berichten viele Betroffene davon, dass »jede Zelle ihres Körpers beschmutzt sei«. Allen aber ist gemeinsam, dass sie sich einerseits vor sich selbst ekelten, andererseits aber auch das durchdringende Gefühl haben, dass andere ihren Makel bemerken und sich daher von ihnen abwenden oder sie gar zutiefst verachten. Die entsprechende Emotion ist daher eine tief verwurzelte Scham und folgerichtig permanente Angst vor sozialer Abwertung oder Ausgrenzung (*»Wenn ich auf die Straße gehe, habe ich das Gefühl, dass alle sehen, was mit mir geschehen ist, dass sie sogar riechen, was passiert ist. Das ist schier unerträglich.«*). Dies deckt sich mit empirischen Untersuchungen, die starke Zusammenhänge zwischen traumabezogener Scham und dem Gefühl der mentalen Beschmutzung finden (McCann et al. 2023). Therapeutisch interventionell können imaginative Interventionen zur Reduktion des Ekelgefühls eingesetzt werden (Jung & Steil 2013).

Traumatische Invalidierung. Es herrscht weitgehend Übereinstimmung, dass fehlende oder frustrierende Berichte der Betroffenen über sexuelle Übergriffe gegenüber primären Bezugspersonen ein wichtiger Prädiktor für Entwicklung und Aufrechter-

haltung von PTBS darstellen (Back & Lips 1998; de Roos & Curtis 2021). Auch die meisten unserer Patientinnen berichten über das Problem, dass sie ihre Missbrauchserfahrung entweder aufgrund von Bedrohung, Angst oder Verstrickungen nicht mitteilen konnten oder versucht hatten, sich gegenüber primären Bezugspersonen zu öffnen, und damit scheiterten (Leiva-Bianchi et al. 2023). Psychopathologisch subsumiert man die daraus resultierenden langfristig wirksamen Reaktionsmuster unter dem Begriff der »Alienation«, also einem tiefgreifenden Gefühl der sozialen Entfremdung.

Drohungen und Verstrickungen. Es liegt auf der Hand, dass Sexualtäter gesteigertes Interesse daran haben, dass deren Opfer, die ja häufig im Familienumfeld gesucht werden, Stillschweigen bewahren (Back & Lips 1998; Blake et al. 2014). Dazu werden Drohungen eingesetzt, aber auch gezielte Versuche, die Betroffenen in das Geschehen zu verstricken (Allard-Gaudreau et al. 2023). Häufig versuchen Täter, beim Opfer positive Gefühle zu erzeugen. Dies geht von Belohnungen, Nähe, Zärtlichkeiten bis hin zur sexuellen Stimulation. Das diffuse Gefühl der Verstrickung, also der eigenen Beteiligung, wird langfristig als intensive Scham, Schuld und Selbsthass internalisiert und hindert die Betroffenen häufig auch als Erwachsene daran, therapeutische Hilfe aufzusuchen. Auch während der Therapie sollten solche Phänomene und Erlebensmuster gezielte therapeutische Beachtung finden, da die resultierenden Scham- und Schuldgefühle den Fortschritt und die Wirksamkeit der Expositionsbehandlung reduzieren können (Øktedalen et al. 2015).

Erklärungsprozesse. Der vierte Themenkomplex, der Einfluss nimmt auf die Verarbeitung und Internalisierung traumatischer Erfahrungen, hängt damit zusammen, wie Kinder (und nicht nur diese) unkontrollierbare und unerklärliche Phänomene mental bewältigen. Forscher wie A. Gopnik (2000) untersuchten die Mechanismen der Theoriebildung von Kindern und verweisen auf einen »angeborenen Erklärungstrieb«: Gelingt es, Erklärungen zu finden, die die Ursachen in steuerbaren Kausalzusammenhängen verorten, so dienen diese der Ohnmachtsreduktion und erzeugen ein unbestimmtes Gefühl der Kontrollierbarkeit. Demnach greifen auch Kinder, die von zwischenmenschlicher Gewalt betroffen sind, auf diesen psychologischen Mechanismus zurück und suchen nach Erklärungen. Dabei stehen gerade Kinder, die im Allgemeinen von familiennahem Missbrauch betroffen sind, vor besonderen Herausforderungen. Um die Ursachen der verstörenden Ereignisse nicht den primären Bezugspersonen zuzuordnen, müssen diese sich

selbst zugeordnet werden. Hieraus resultieren pervasive Schuldgefühle.

Zusammenfassend können wir aus dem komplexen Bild der chronischen PTBS vier zentrale affektive Komponenten (Selbstekel, Scham, Schuld und Alienation) herausarbeiten. Diese resultieren jeweils aus prototypischen Erfahrungs- oder Bewältigungsprozessen und manifestieren sich als stabile idioaffektive Selbstkonzepte, welche ein weites Feld von Bewertungsprozessen, emotionalen Reaktionen und Verhaltensmustern der Betroffenen steuern. Die Revision dieser traumabezogenen Selbstkonzepte erfordert spezifische therapeutische Interventionen, die sich von den klassischen in-sensu-Expositionen deutlich abheben.

Emotionale Dysregulation

Neben der psychologischen Dimension, also der inhaltlichen Charakteristik der Emotionen (überwertige Scham, Ekel, Schuld usw.), ist auch die neurobiologische Ebene der Emotionsregulation charakteristischen Alterationen unterworfen ist (Maercker et al. 2022). Phänomenologisch manifestiert sich die generalisierte Störung der Emotionsregulation in niedrigen Reizschwellen, hohen Amplituden und langsamer Rückbildung für alle Emotionen. Neurobiologisch konnten nicht nur funktionelle, sondern auch morphologische Alterationen des fronto-limbischen Systems nachgewiesen werden (Übersicht siehe Ford & Courtois 2021). Aus Platzgründen soll hier nicht auf Details eingegangen werden, jedoch dürfen wir nicht übersehen, dass diese generelle emotionale Hypersensitivität auch Implikationen für das therapeutische Handeln hat: Einerseits sollten die Betroffenen lernen, mithilfe von spezifischen Fertigkeiten (Skills) ihre Emotionen zu regulieren, andererseits sollten Therapeuten wissen, wie man – nicht nur während der Exposition – mit intensiven Emotionen umgeht und wie man dissoziative Zustände, die häufig Folge intensiver Emotionen sind, unterbricht.

Interpersonelle Probleme

Wir können davon ausgehen, dass die oben geschilderten Selbstkonzepte und die darin verwobenen idio-affektiven Netzwerke das Sozialverhalten der Betroffenen grundlegend steuern. Ein hohes Maß an Misstrauen, Angst vor sozialer Zurückweisung und Demütigung, ein entsprechend unsicheres Auftreten erschweren den Aufbau tragfähiger sozialer Netze oder auch die Arbeit in kollegialen Systemen (Jittayuthd & Karl 2022). Im Gegensatz zu Borderline-Patientinnen haben die meisten Patientinnen mit komplexer PTBS selten Schwierigkeiten, allein

zu sein. Sie führen daher oft ein »vita minima« mit reduzierten Ansprüchen und kleinem Aktionsradius (Friedmann et al. 2020). Ein wichtiges Thema ist sicherlich die Angst vor Nähe und Zärtlichkeiten, also vor jeder Form von Intimität, die biografisch an traumatische Erfahrungen gekoppelt ist. Ein besonderes Thema ist die Partnerwahl. Hier herrscht eine gewisse Präferenz für Partner aus dem psychopathischen Spektrum mit den bekannten unangenehmen Folgen wie Gewalt, sexuelle Erniedrigung und Demütigungen (Bellot et al. 2024). Auch hier können wir nicht davon ausgehen, dass sich diese Probleme ohne gezielte therapeutische Interventionen lösen lassen, doch dazu später.

Aufrechterhaltende Faktoren

Dysfunktionale Verhaltensmuster. Das ICD-11 erwähnt in seiner klinisch fundierten Beschreibung des Störungsbildes auch dysfunktionales Verhalten wie »risikoreichen Sex, gefährliches Fahrverhalten, selbstverletzendes Verhalten und aggressive Durchbrüche« insbesondere bei Adoleszenten. Dieses Verhalten wird als »Ausdruck von Störungen der Affektregulation oder zwischenmenschlicher Probleme« verstanden (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/585833559>).

Lerntheoretisch betrachtet, handelt es sich hierbei um gelernte Strategien, die eingesetzt werden, um kurzfristig intensive Anspannungszustände, traumaassoziierte Netzwerke oder Intrusionen abzuschwächen. Langfristig bestätigen diese Verhaltensmuster die subjektive Relevanz der Traumanetzwerke und wirken sich negativ destabilisierend auf Selbstkonzepte und zwischenmenschliche Bereiche aus. Nicht beschrieben sind im ICD-11 Verhaltensmuster, die, wie oben bereits erwähnt, eingesetzt werden, um die emotionale Empfindlichkeit zu reduzieren, wie etwa Blutentnahme (HB ≈ 7), Anorexie oder Oligodipsie, um nur einige Beispiele zu erwähnen. Lerntheoretisch können wir diese Verhaltensmuster im Sinne einer negativen operanten Verstärkung als wichtige aufrechterhaltende und stabilisierende Faktoren einordnen. Gerade schwer erkrankte Patientinnen haben oft Schwierigkeiten, dieses Verhalten aufzugeben. Die DBT-PTBS verfügt über ein breites Repertoire von Skills bis zum Kontingenzmanagement, das hier zum Tragen kommt.

Aufrechterhaltende soziale Systeme. Ein bio-soziales Modell einer chronischen psychischen Erkrankung wäre unvollständig, wenn es die aufrechterhaltenden sozialen Parameter nicht berücksichtigen würde. Viele ältere Patientinnen haben sich eine soziale Umgebung geschaffen, in welcher die ausgeprägte Störung toleriert wird und

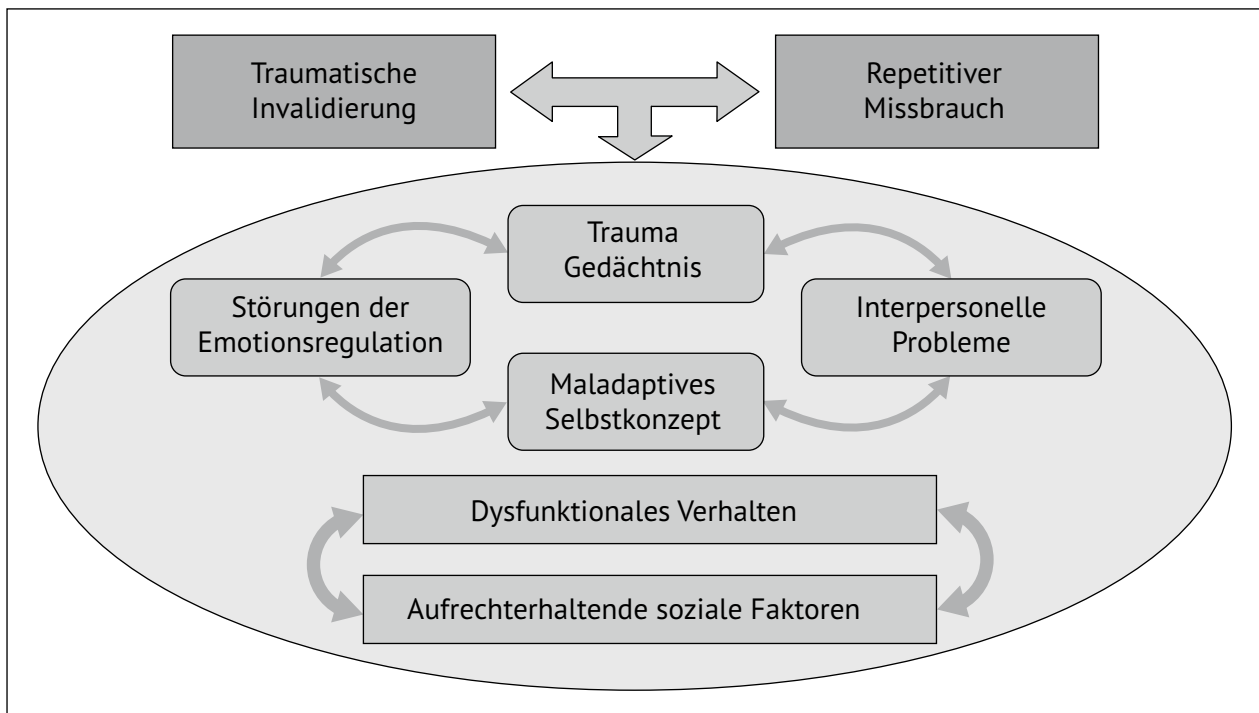


Abbildung 4.2.2 Biosoziales Modell der komplexen PTBS

sie Unterstützung erfahren. Aber auch Jugendliche wissen sich in ihrer (digitalen) Umgebung einzurichten. Selbstverständlich ist es von keiner Seite beabsichtigt, durch Schonung, Unterstützung oder Mitleid die Störung zu verlängern. Dennoch berücksichtigen erfolgreiche Therapieprogramme nicht nur die Angst der Patientinnen vor genesungsbedingter Minimierung der sozialen Unterstützung, sondern auch die Angst der Mitmenschen, die sich an das bisweilen submissive, anspruchlose Verhalten ihrer Freundin oder Partnerin gewöhnt haben und durchaus irritiert bis aversiv auf die raschen Veränderungsprozesse reagieren können.

Zusammenfassend skizziert Abbildung 4.2.2 das biosoziale Modell der DBT-PTBS, welches neben der wiederholten, oft lang anhaltenden traumatischen Erfahrung mit Tätern, die meist im Umkreis der Familie zu finden sind, häufig eine weitere soziale Traumatisierung als ursächlich postuliert, in dem es schlecht möglich ist, dass das Kind oder die Jugendliche diese Erfahrungen kommuniziert. Daraus resultiert ein komplexes Störungsbild, das neben dem Traumagedächtnis auch ausgeprägte neurobiologische Störungen der generellen Emotionsregulation aufweist. Hinzu kommen prototypische affektiv getönte Selbstkonzepte (durchdrungen von Selbstekel, Scham und Schuld) sowie zwischenmenschliche Probleme, die bestimmt sind von Misstrauen, Fremdheitsgefühl und Angst vor Nähe. Häufig werden dysfunktionale Verhaltensmuster eingesetzt, um die akute Not zu lindern, die jedoch langfristig das pathologische System sta-

bilisieren. Gerade bei chronischen erkrankten Erwachsenen oder digital vernetzten Jugendlichen können häufig auch die sozialen Netze als aufrechterhaltende Parameter identifiziert werden.

4.4 DBT für komplexe PTBS

DBT-PTBS ist ein modulares Behandlungsprogramm, das am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) der Universität Heidelberg in den Jahren 2005 bis 2021 unter der Leitung von M. Bohus entwickelt wurde. DBT-PTBS ist auf die Bedürfnisse von Patientinnen mit komplexer PTBS nach sexueller oder körperlicher Traumatisierung in Kindheit und Jugend ausgerichtet. Sie wurde damit speziell für Betroffene konzipiert, die unter schweren Problemen der Emotionsregulation, anhaltenden Selbstverletzungen, chronischen Suizidgedanken sowie schweren dissoziativen Symptomen leiden und dabei ein ausgeprägtes negatives Selbstkonzept mit einem hohen Maß an Schuld, Scham, Selbstverachtung und zwischenmenschlichen Problemen zeigen. Um diese sehr unterschiedlichen Kernbereiche zu behandeln, kombiniert die DBT-PTBS evidenzbasierte therapeutische Strategien: Prinzipien, Regeln und Fertigkeiten der DBT, traumaspezifische kognitive und expositionsbasierte Techniken sowie imaginative Interventionen und Verfahren zur Verhaltensänderung. Das Behandlungsprogramm ist so konzipiert, dass es sowohl ambulant (45 Wochen) als auch stationär (12 Wo-

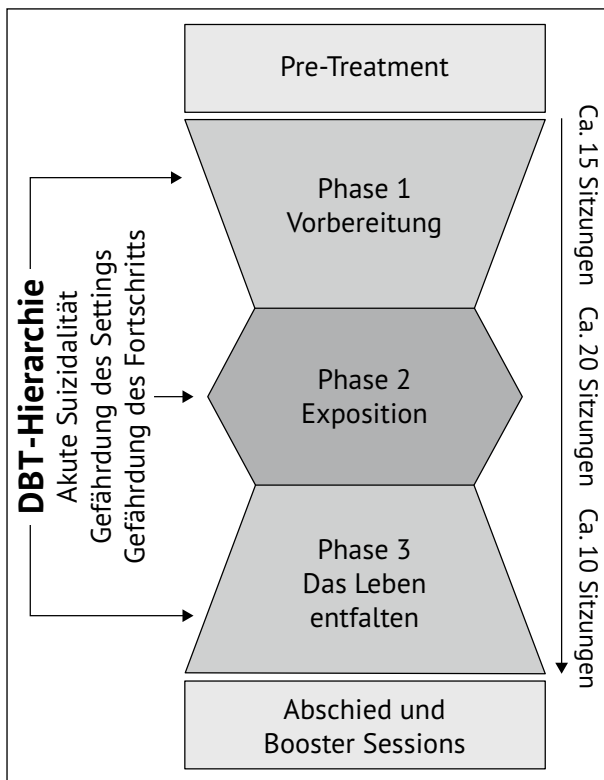


Abbildung 4.3.1 Struktur der DBT-PTBS

chen) durchgeführt werden kann. Ergebnisse aus zwei randomisierten kontrollierten Studien zeigen große Effektstärken auf unterschiedlichste Symptombereiche sowie eine signifikante Überlegenheit von DBT-PTBS im Vergleich zur Cognitive Processing Therapy (CPT). Aufgrund dieser Ergebnisse ist die DBT-PTBS ein vielversprechendes evidenzbasiertes Behandlungsprogramm für alle Merkmale einer komplexen PTBS nach sexuellem Missbrauch in Kindheit und Jugend.

Das therapeutische Programm der DBT-PTBS

Das Behandlungsprogramm umfasst im ambulanten Bereich 45 Einzelsitzungen, die auch mit einer Skillsgruppe kombiniert werden können. Im stationären Sektor verdichtet sich die Behandlung auf 12 Wochen. Im Kern handelt es sich um ein »blended treatment«, also um eine Kombination von Einzeltherapie und Selbstmanagement, da die Patientinnen ein umfangreiches Selbsthilfe-Handbuch mit Psychoedukation, Skills und Therapie-Aufgaben erhalten, das sie im Laufe der Therapie durcharbeiten. Strukturell gliedert sich die DBT-PTBS in **drei Hauptphasen** (siehe Abb. 4.3.1):

In der **Vorbereitungsphase** (ca. 15 Sitzungen) erfolgt eine umfangreiche Psychoedukation, die Erarbeitung eines individualisierten Störungsmodells sowie kurz- und langfristiger alltagsnaher Therapieziele zur Förderung der Veränderungsmotivation. Da im Nachgang der ersten zwei Exposi-

tionssitzungen mit einer gewissen Aggravierung von Schuld, Scham und Selbstkel zu rechnen ist, sollte man die Patientinnen darauf vorbereiten und die entsprechenden Skills zu Abschwächung dieser Emotionen vermitteln. Hinzu kommen wichtige Fertigkeiten (Skills) im Umgang mit Hochstress und Dissoziation. Zeitgleich wird damit begonnen, mithilfe von strukturierten Imaginationsübungen ein funktionaleres Selbstkonzept (Wise Mind) zu etablieren, das durch eine wohlwollende und mitfühlende Haltung gegenüber sich selbst gekennzeichnet ist. Sollte schwerwiegendes krisengenerierendes Verhalten vorliegen, wird dieses ebenfalls in dieser Phase mithilfe von Verhaltens- und Kettenanalysen fokussiert.

Die **Expositionsphase** (ca. 20 Sitzungen) verfolgt das übergeordnete Ziel, die Vermeidung der Patientinnen abzubauen, intrusives Erleben und belastende Emotionen zu reduzieren, das Traumagedächtnis zu vervollständigen sowie dysfunktionale Interpretationen des Traumas zu hinterfragen, um schließlich das Erlebte in die eigene Biografie zu integrieren. Hierzu gliedert sich die Expositionsphase in drei unterschiedliche Segmente:

1) *In-sensu-Exposition gegenüber den gegenwärtig belastendsten Erinnerungen (Traumanetzwerken).*

Die Patientin wird lernen, dass sie die gefürchteten traumakonnotierten Emotionen heute als Erwachsene unbeschadet prozessieren kann. Hier stehen meist Emotionen wie Ohnmacht, Ekel, Schmerzen im Zentrum, gegebenenfalls auch eigene sexuelle Erregung und Nähe. Da es im Kern darum geht, inhibitorische neuronale Netzwerke zu generieren, ist es wichtig, auf ausreichende Wiederholungen in verschiedenen Kontexten zu achten (z.B. Craske et al. 2022). Wir veranschlagen daher für die Bearbeitung des ersten Index-Ereignisses ca. 7 Therapiestunden (plus tägliche Exposition im Selbstmanagement). Da sich diese Lernprozesse generalisieren, benötigen wir für die weiteren Indexereignisse deutlich weniger Zeit. Methodisch ist es zentral, dass die behandelnden Therapeutinnen wissen, wie man während der Exposition das Auftreten von Dissoziation und Flashbacks verhindert.

2) *Exposition gegenüber traumatischer Invalidierung.*

Wie oben ausgeführt, müssen wir davon ausgehen, dass die meisten Betroffenen zum damaligen Zeitpunkt nicht in der Lage waren, ihre traumatischen Erlebnisse mit wichtigen Bezugspersonen vertrauensvoll zu teilen. Entweder wurden sie durch Drohungen oder Verstrickungen daran gehindert oder sie haben es versucht und es wurde ihnen kein Glauben geschenkt. Es hat sich bewährt, auch diese traumatisch erlebte Erfahrung im Rahmen von

in-sensu-Expositionen zu bearbeiten. Methodisch orientieren sich diese an in-sensu-Expositionen der Index-Ereignisse, indem die Betroffenen entweder die Situation am Ende des Index-Ereignisses reaktivieren, in welcher sie meist allein waren und mit ihrer ganzen Verzweiflung konfrontiert, wobei sie sich nicht vorstellen konnten, diese Erfahrung mit jemandem zu teilen. Oder man reaktiviert die tiefgreifende Enttäuschung und Zurückweisung durch die Bezugspersonen. Auch hier geht es darum, dass die Betroffenen erleben, dass sie heute als Erwachsene diese intensiven kindlichen Emotionen prozessieren können, ohne daran Schaden zu nehmen.

3) Wise-Mind-Exposition. Viele bohrende Fragen bleiben während der Exposition oft unbeantwortet: Hätte ich mich nicht doch wehren können? Bin ich vielleicht doch schuld? Warum habe ich da mitgemacht? Weshalb wurde ich sexuell erregt? Warum habe ich es niemandem erzählt? usw. Diese peinigenden Selbstvorwürfe, meist tief verankert im Selbstkonzept der Betroffenen, können mit kognitiven Interventionen nur unzureichend revidiert werden. Die DBT-PTBS greift deshalb auf ein bewährtes Konzept der Gestalt- und Hypnotherapie zurück und bearbeitet diese Fragen aus der Perspektive eines neu entwickelten Selbstkonzepts, das getragen ist von Mitgefühl, liebevoller Güte, Gelassenheit und Mitfreude (Wise Mind). Auch wenn diese Parameter auf den ersten Blick etwas esoterisch erscheinen, haben wir in der klinischen Praxis vielversprechende Erfahrungen damit gemacht. Dies steht auch im Einklang mit bisherigen Forschungsbefunden zu Mitgefühl (Compassion) und (komplexer) PTBS, auch wenn die genauen Wirkmechanismen in zukünftigen Studien weitere Beachtung finden sollten (Karatzias, Hyland et al. 2019; Winders et al. 2020). Nicht zuletzt gilt dies auch für den abschließenden strukturierten Prozess der »radikalen Akzeptanz« der eigenen traumatischen Vergangenheit.

Die dritte Phase »**Das Leben entfalten**« befasst sich mit Neuorientierung und Neuorganisation des Alltagslebens. Dies ist durchaus notwendig, da die erfolgreiche Behandlung der komplexen PTBS nicht nur zu einer weitgehenden Reduktion von Intrusionen und Flashbacks führt, sondern eben auch zu einer tiefgreifenden Revision des trauma-bezogenen Selbstkonzepts (Görg et al. 2019). Patientinnen, die bisher von Selbstekel, Schuld- und Schamgefühlen gepeinigt waren, der Welt zutiefst misstrauisch gegenüberstanden und sich notgedrungen in psychiatrischen Hilfesystemen eingerichtet hatten, erleben sich nun häufig deutlich op-

timistischer, fühlen sich wie befreit vom inneren Kampf gegen Ohnmacht, Schuld und Scham und verfügen nun über energetische Ressourcen, die sie zur Umsetzung von inneren Werten und Zielen einsetzen können. Gleichzeitig verspüren viele Patientinnen Sorgen und Befürchtungen vor der Zunahme von Verantwortung oder den Erwartungen anderer Personen (z.B. des Partners). Hierbei benötigen sie daher strukturierte therapeutische Unterstützung.

Eingebettet sind diese drei Hauptphasen in eine strukturierte Vor- und Nachbehandlung. Wie in Abb. 4.3.1 skizziert, gelten die allgemeinen Prinzipien und Regeln der Standard-DBT für das gesamte Programm, einschließlich der hierarchisierten Behandlungsprioritäten. Gemäß dieser Hierarchie liegt der erste Fokus des Therapeuten immer auf schwerwiegenden krisenerzeugenden Verhaltensweisen wie akuter Suizidalität oder lebensbedrohlicher Selbstverletzung; der zweite auf Verhaltensweisen, die die Kontinuität der Therapie gefährden könnten, wie aggressive Ausbrüche gegenüber dem Therapeuten oder kriminelle Handlungen, die zu einer Inhaftierung führen könnten; und der dritte auf Problemen, die den Therapiefortschritt erheblich beeinträchtigen könnten, wie z.B. schwere dissoziative Muster, Vermeidung von Hausaufgaben oder unzureichende emotionale Aktivierung während der Expositionsphase.

Wirksamkeitsnachweise

In einer ersten randomisierten kontrollierten, von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Studie mit 74 Patientinnen, die an einer PTBS nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit litten, zeigte sich eine signifikante Überlegenheit der stationären DBT-PTBS im Vergleich zu einer Wartebedingung, in der die übliche Behandlung erlaubt war (Bohus, Dyer et al. 2013). Drei Monate nach der Entlassung ergaben die Daten eine hohe Effektstärke zwischen den Gruppen, wobei eine signifikante Reduktion der PTBS-Symptome von $d = 1,35$ (Intention-to-treat-Analyse) und $d = 1,6$ (Completer-Analyse) verzeichnet wurde. Lediglich 5 % der Patientinnen (2 von 36) brachen die Behandlung vorzeitig ab. Weder der Schweregrad der ko-inzidenten Borderline-Symptome noch die Anzahl der Selbstverletzungen zu Beginn der Behandlung hatten Einfluss auf das Therapieergebnis (Krüger et al. 2014). Auch während der Expositionsphase wurde keine Zunahme von selbstverletzendem Verhalten oder Suizidgedanken beobachtet. Diese Befunde konnten unter ambulanten Bedingungen repliziert werden (Senyüz in prep.).

Da Studien gegen Wartelisten-Kontrollen wenig aussagekräftig sind, wurde in einer zweiten Therapiestudie, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), die Wirksamkeit einer vorläufigen Version der ambulanten DBT-PTBS in einer multizentrischen, randomisierten kontrollierten Studie mit Cognitive Processing Therapy (CPT; Resick & Schnicke 1992) verglichen (Bohus et al. 2020; Kleindienst et al. 2021). Eingeschlossen wurden 193 Frauen mit einer PTBS aufgrund von sexuellem oder körperlichen Missbrauch in der Kindheit, die zusätzlich drei oder mehr DSM-5-Kriterien für eine Borderline-Störung erfüllten, einschließlich affektiver Instabilität. Die Teilnehmerinnen erhielten bis zu 45 Einzelsitzungen innerhalb eines Jahres und drei zusätzliche Sitzungen während der darauffolgenden drei Monate. Der vordefinierte primäre Endpunkt war der Verlauf der PTBS-Symptomatik, erfasst mit der Clinician-Administered PTSD Scale für DSM-5 (CAPS-5), von der Randomisierung bis zum 15. Monat. Die primären Intent-to-treat-Analysen basierten auf den dimensional CAPS-5-Werten. Diese Analysen wurden durch kategoriale Ergebnismaße ergänzt, die eine symptomatische Remission (definiert als der Verlust der PTBS-Diagnose), eine verlässliche Verbesserung (festgelegt durch den reliable change index) und eine verlässliche Genesung (definiert als symptomatische Remission *und* verlässliche Verbesserung) beurteilten. In die Intent-to-treat-Analysen wurden alle 193 randomisierten Patientinnen einbezogen. Die Auswertungen zeigten eine signifikante Reduktion der PTBS-Symptomatik (gemessen mit der CAPS-5) von Prä- zu Post-Therapie in beiden Gruppen (Effektgrößen: DBT-PTBS: $d = 1,35$; CPT: $d = 0,98$). Darüber hinaus ergab sich eine signifikante Überlegenheit der DBT-PTBS im Vergleich zur CPT hinsichtlich der PTBS-Symptomatik nach Abschluss der Behandlung (Gruppenunterschied: 4,82 [95 %CI 0,67–8,96]; $p = 0,02$; $d = 0,33$). Verglichen mit der CPT-Gruppe wies die DBT-PTBS-Gruppe eine geringere Anzahl vorzeitiger Behandlungsabbrüche auf (37 [39,0 8201 %] vs. 25 [25,5 8201 %]; $p = 0,046$) und zeigte signifikant höhere Raten symptomatischer Remission (35 [40,7 8201 %] vs. 52 [58,4 8201 %]; $p = 0,02$). Eine Subgruppen-Analyse von 93 Patientinnen, die neben der PTBS auch die DSM-5 Kriterien für eine Borderline-Störung erfüllten, zeigte auch bei dieser Population eine deutliche Reduktion der PTBS-Symptomatik mit hohen Effektstärken ($d = 1.20$ [95 8201 % CI 0.80–1.58]). Zusätzlich zu der Verminderung der PTBS-Symptomatik zeigte sich auch eine deutliche Reduktion der Borderline-Symptomatik ($d = 1.17$, [95 8201 % CI 0.77–1.55]).

Die Follow-up-Untersuchungen ergaben, dass die Befunde neun Monate nach Therapieende stabil blieben (Vonderlin et al. 2024).