



Jan Gysi

# Diagnostik von Traumafolgestörungen

Multiaxiales Trauma-Dissoziations-Modell  
nach ICD-11

 hogrefe

# Diagnostik von Traumafolgestörungen

# **Diagnostik von Traumafolgestörungen**

Jan Gysi

Programmbereich Psychiatrie

Jan Gysi

# Diagnostik von Traumafolgestörungen

Multiaxiales Trauma-Dissoziations-Modell nach ICD-11

**Dr. med. Jan Gysi**

Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie FMH  
Sollievo.net/Interdisziplinäres Zentrum für Psychische Gesundheit  
Länggass-Strasse 84  
3012 Bern  
Schweiz  
info@jangysi.ch  
www.jangysi.ch

**Wichtiger Hinweis:** Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

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

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG  
Lektorat Medizin/Psychiatrie  
Länggass-Strasse 76  
3012 Bern  
Schweiz  
Tel. +41 31 300 45 00  
info@hogrefe.ch  
www.hogrefe.ch

Lektorat: Susanne Ristea  
Bearbeitung: Martin Kortenhaus, Illertissen  
Herstellung: René Tschirren  
Illustrationen (Innenteil): Jan Gysi, Bern  
Umschlagabbildung: Getty Images/Tomekбудудедомек  
Umschlag: Claude Borer, Riehen  
Satz: punktgenau GmbH, Bühl  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Eberl & Koesel, Altusried-Krugzell  
Printed in Germany

1. Auflage 2021  
© 2021 Hogrefe Verlag, Bern  
(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-96011-1)  
(E-Book-ISBN\_EPUB 978-3-456-76011-7)  
ISBN 978-3-456-86011-4  
<http://doi.org/10.1024/86011-000>

**Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

**Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Dank

Dieses Buch baut auf der Arbeit von tausenden von Forscherinnen und Forschern sowie Autorinnen und Autoren in den vergangenen über 100 Jahren. Ihnen gilt mein Dank und Respekt.

Das vorliegende Buch entstand über einen Zeitraum von über zehn Jahren. In diesen Jahren habe ich von unzähligen Kolleginnen und Kollegen gelernt und profitiert. Sie alle hier namentlich aufzuführen würde den Rahmen sprengen. Besonders erwähnen möchte ich trotzdem Ellert Nijenhuis, der mich als Lehrer und Mentor immer wieder inspiriert und weitergebracht hat. Weiter erwähnen möchte ich Suzette Boon, Onno Van der Hart, Kathy Steele, Andreas Maercker, Luise Redemann und Michaela Huber, die als Ikonen des Fachs den Weg für unsere Arbeit heute vorgezeichnet haben und für mich besonders wichtig und hilfreich waren.

Einzelne Kapitel dieses Buchs wurden von Kolleginnen und Kollegen gegengelesen. Von ihnen habe ich viele wichtige und hilfreiche Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge erhalten. Mein herzlicher Dank richtet sich an Christoph Scherer, Anne Bossard, Elgin Bröhmer, Brigit Lang, Katrin Hartmann, Claudia Vollmar, Selina Brunner, Sabine Lüdi, Sara Guggi, Rebecca

Coray und Marion Mohnroth. Das ganze Sollievo-Team war mir im Entstehungsprozess eine wichtige Stütze, wofür ich ebenfalls dankbar bin.

Weiter danke ich verschiedenen Betroffenen, die in vielfältiger Weise mit ihren Rückmeldungen und ihrer Erlaubnis, einzelne Teile ihrer Geschichte in diesem Buch zu erwähnen, mich unterstützt und gelehrt haben.

Der Hogrefe-Verlag, mit Susanne Ristea in ihrer Funktion als Programmleiterin Psychiatrie, Gesundheitswesen und Medizin, hat mich im Entstehungsprozess großzügig unterstützt und mir viel Vertrauen entgegengebracht.

Und zum Schluss gehört mein riesiger Dank meinen beiden Töchtern und der gesamten Familie. Sie haben mich in diesem langen Entstehungsprozess mit Geduld, Verständnis und Ermunterungen unterstützt und begleitet. Der größte Dank gilt dabei meiner Ehefrau, Faïza Kaddour. Sie hat mich immer wieder ermuntert, an diesem Entstehungsprozess dranzubleiben und mich dabei fachlich und persönlich begleitet, motiviert und unterstützt.

*Bern, im Juli 2020*





# Geleitwort

Es gibt in jedem Fachgebiet „*Splitter*“ und „*Lumper*“ – oder auf Deutsch „*Spalter*“ und „*Integrierer*“. Das vorliegende Buch von Dr. med. Jan Gysi stammt ganz sicher von einem „*Integrierer*“. Das ist jemand, dem es darauf ankommt, die größeren Zusammenhänge zu sehen, und der nicht eine einzelne, losgelöste oder abstrahierte Idee vertritt und dieser dann im Kampf gegen andere zum Sieg verhelfen will. Hier wird ein integrierender Zugang zum großen, wichtigen und immer noch faszinierenden Gebiet der Traumafolgestörungen vorgelegt, der bisher unverbundene Bestandteile klinischen Wissens zusammenbringt – so wie ich es noch aus keinem der international publizierten Fachbücher zu diesem Themenkreis kenne.

Bis vor fünfzig Jahren war das Wort „Trauma“ ein eher vereinzelt gebrauchtes Wort in der Alltagssprache und in der Fachsprache der Psycho-Professionellen. Dann erst kam die Erstbeschreibung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Historisch ist sie ein Ergebnis des Zusammenspiels von engagierten Fachpersonen aus den Bereichen der (männlichen) Militärveteranen-Behandlung und der psychosozialen Bewegung für Rechte (weiblicher) Gewaltopfer. Seit der Anerkennung der PTBS-Diagnose erst durch das DSM der American Psychiatric Association im Jahr 1980 und dann die ICD der Weltgesundheitsorganisation im Jahr 1990 hat sich daraus eine Revolution entwickelt: Das Verständnis und das klinische Wissen zu allen Arten psychischer Gewaltfolgen sind ungeheuer gewachsen und haben sich zum Nutzen unserer Patientinnen und Patienten, Klientinnen und Klienten enorm erweitert.

Ein großes Problem der Entwicklung und der Differenzierung des Wissens zu den Traumafolgestörungen ist, dass diese verschiedenen diagnostischen Kategorien zugeordnet werden: zunächst der Diagnosegruppe, die sich um die PTBS herum gebildet hat, dann der Gruppe der dissoziativen Störungen sowie auch einem Teil der Persönlichkeitsstörungen. Es gibt fachhisto-

risch gesehen einige gar nicht so schlechte Gründe für die getrennte Einordnung der psychischen Traumafolgen in verschiedene Diagnosegruppen. Vielleicht für einige überraschend gründet diese Differenzierung ja nicht nur in der Abgrenzung von Symptomen oder klinischen Phänomenen – also nicht nur in der Psychopathologie. Vielmehr ist es so, dass seit zirka fünfzig Jahren die Neuprägung von Diagnose(-gruppen) häufig mit der Entwicklung wirksamer therapeutischer Ansätze zu tun hat. Im Falle der Traumafolgestörungen heißt das, dass es einerseits für die PTBS und andererseits für die Borderline-Persönlichkeitsstörung wichtige und segensreiche spezifische therapeutische Entwicklungen gab – viele von Ihnen, die dieses Buch lesen, werden diese kennen. Auch für die dissoziativen Störungen beginnen sich im größeren Maßstab spezifische Behandlungsansätze zu entwickeln, die diesen Patientinnen und Patienten endlich wirksamer und nachhaltiger helfen können.

Wenn dann mehr therapeutisches – besonders psychotherapeutisches – Wissen angesammelt sein wird, dann steht auch eine weitere Integration verschiedener Diagnosegruppen des ICD- oder DSM-Systems in Aussicht.

„Diagnose kommt vor Therapie“ – das werden einige von Ihnen im Studium gelernt haben. An diesem Motto ist natürlich ganz viel dran, auch wenn man aus seinem klinischen Alltag weiß, dass das professionelle Arbeiten dann doch nicht so einfach ist, wie dieses Motto vorgibt. Dennoch ist es weiterhin eine großartige Leitidee für die klinische Arbeit. Jan Gysi setzt genau da an, denn in diesem Buch geht es ganz wesentlich um die Diagnostik. Er präsentiert ein „Netzwerk“ von klinischen Beurteilungsaspekten. Dabei richtet er sich jeweils an den neuesten internationalen Standards des internationalen ICD-11-Systems der Weltgesundheitsorganisation aus. Diese Standards waren mit großem Aufwand erarbeitet worden, wozu gehörte, dass man

interdisziplinär mit allen Gesundheitsberufen arbeitete und dass es nicht nur um prototypische Patienten aus sogenannten „WEIRD“-Ländern geht – die Abkürzung steht für Patienten aus W = westlich, E = gebildet (*educated*), I = industrialisiert, R = reich, D = demokratisch. Alle Betroffenen aus den verschiedensten globalen kulturellen und wirtschaftlichen Kontexten sollen mit diesem neuen ICD-11-System adäquater als bisher beschrieben werden können.

Dies ist ein Buch voller nützlicher klinischer Details, die sich insgesamt zu einem größeren Ganzen der Beschreibung und diagnostischen Einordnungen unserer Patientinnen und Patienten ordnen. Jan Gysi beschreibt – integriert in seinen Text – eine Reihe ganz neuer Konzepte, die für die Beschreibung und das Verständnis der klinischen Probleme sehr hilfreich sein können. Dazu gehört sein Begriff der „Typ-III-Traumatisierung“, in der es um die Folgezustände von organisierten und online vermittelten Traumata geht,

beispielsweise sexualisierte Gewalt in Internetforen oder den sogenannten Loverboy-Missbrauch. Ein anderes Konzept ist das der „Belastungsstörung bei anhaltender Gewalt“, also während weiterer Gewalt-, Kriegs-, Verfolgungs- oder Flucht-Traumata. Auch seine vielen prägnant formulierten klinischen Beobachtungen zu in somatischen Symptomen „versteckten“ dissoziativen Prozessen sind ganz außerordentlich anregend.

Dem breiten klinischen Wissen und den vielen äußerst nützlichen Detailbeschreibungen sind viele Leserinnen und Leser zu wünschen – die dies wiederum im Dienste ihrer Patientinnen und Patienten einsetzen können.

Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker, Zürich

(von 2011 bis 2018 Leiter der WHO-Arbeitsgruppe zur Diagnostik der Traumafolgestörungen)

# Inhaltsverzeichnis

<b>Dank</b> .....	5
<b>Geleitwort</b> .....	7
<b>Abkürzungen</b> .....	14
<b>Navigator</b> .....	15
<hr/>	
<b>1 Das Trauma-Dissoziations-Achsenmodell zur systematisierten Diagnostik von Traumafolgestörungen</b> .....	25
1.1 Einleitung .....	25
1.2 Trauma .....	26
1.2.1 Traumatisierende Belastungen .....	26
1.2.2 Einteilung von Traumata .....	27
1.3 Das 5-Achsen-Modell zur systematischen Diagnostik von Traumafolgestörungen .....	35
1.3.1 Ehemalige Achsen des DSM-III und DSM-IV .....	35
1.3.2 Achsen des TD-Modells .....	35
1.3.3 Diagnostik und Therapieplanung im Rahmen des 5-Achsen-Modells .....	38
Literatur .....	39
<hr/>	
<b>2 TD-Achse I – Persönlichkeitsstörungen</b> .....	43
2.1 Einleitung .....	43
2.2 Persönlichkeitsstörungen in der ICD-11 .....	43
2.2.1 Klassifikation in der ICD-11 .....	43
2.2.2 Diagnostisches Vorgehen nach ICD-11 .....	44
2.2.3 Borderline-Muster .....	45
2.3 Diagnostik im Rahmen einer Traumatherapie .....	46
2.3.1 Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie .....	46
2.3.2 Diagnostik in Traumatherapien .....	47
2.3.3 Ressourcendiagnostik .....	48
Literatur .....	49
<hr/>	
<b>3 TD-Achse II: spezifisch belastungsbezogene Störungen</b> .....	51
3.1 Einleitung .....	51
3.1.1 Von der ICD-10 zu der ICD-11 .....	51
3.1.2 Abstufungen von Belastungen und Diagnosen nach ICD-11 .....	52

3.2	Traumatisierende Ereignisse und Prozesse	52
3.2.1	Definition von Trauma	52
3.2.2	Merkmale traumatischer Ereignisse	53
3.2.3	Peritraumatische Dissoziation	54
3.2.4	Posttraumatische Erschütterungen des Selbst- und Menschenbilds	58
3.2.5	Phasenmodell zum Entstehen posttraumatischer Störungen	59
3.2.6	Langfristige Verläufe von PTBS	60
3.3	Posttraumatische Belastungsstörung (6B40)	60
3.3.1	Traumakriterium	60
3.3.2	Traumatrias	61
3.3.3	Zusatzsymptome nach DSM-5	70
3.3.4	Unterformen posttraumatischer Belastungsstörungen	71
3.3.5	Fragebögen	71
3.3.6	Diagnose	72
3.3.7	Differenzialdiagnosen	73
3.4	Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (6B41)	73
3.4.1	Traumakriterium für kPTBS	74
3.4.2	Störungen der Selbstorganisation	74
3.4.3	Fragebögen	81
3.4.4	Diagnose	81
3.4.5	Differenzialdiagnosen	82
3.5	Anhaltende Trauerstörung (6B42)	85
3.5.1	Diagnose	86
3.5.2	Fragen	86
3.5.3	Differenzialdiagnosen	87
3.6	Anpassungsstörung (6B43)	88
3.6.1	Diagnose	88
3.6.2	Fragen	89
3.6.3	Differenzialdiagnosen	90
3.7	Belastungsstörung bei anhaltender Traumatisierung (BSAT)	90
3.7.1	Einführung des Begriffs	90
3.7.2	Symptome	90
3.7.3	Vorgehen	91
3.7.4	Allgemeines Screening	92
	Literatur	93

<b>4</b>	<b>TD-Achse III: strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit</b>	<b>101</b>
4.1	Einleitung	101
4.1.1	Verlust der exekutiven Kontrolle über das Handeln	101
4.1.2	Diagnostik struktureller Dissoziation	101
4.2	Übersicht zu struktureller Dissoziation in der ICD-11	102
4.2.1	Dissoziative Identitätsstörung (6B64)	103
4.2.2	Partielle dissoziative Identitätsstörung (6B65)	104
4.3	Abklärung	105
4.3.1	Indikation	105
4.3.2	Screening-Fragen	106
4.4	Herausforderungen für die Diagnostik	106
4.4.1	Dissoziative Anosognosie	107
4.4.2	Scham und Angst	108
4.4.3	Versteckte Gewalt führt zu versteckten Symptomen	109
4.4.4	Weitere Herausforderungen in diagnostischen Abklärungen	110

4.4.5	Hilfreiche Aspekte einer diagnostischen Abklärung	112
4.4.6	Fachkompetenz von Diagnostikern	113
4.5	Normale Ambivalenz, Ego-States, Persönlichkeitszustände	115
4.5.1	Ich-Syntonie und Ich-Dystonie	115
4.5.2	Das Spektrum von normaler Ambivalenz zu dissoziativen Persönlichkeitszuständen	116
4.5.3	Ego-States und Persönlichkeitszustände	117
4.6	Fragebögen	119
4.6.1	Selbstberichtinstrumente	119
4.6.2	Diagnostische Interviews	119
4.7	Diagnostik struktureller Dissoziation	119
4.7.1	Dissoziierte Persönlichkeitszustände	123
4.7.2	Dissoziierte Handlungen	133
4.7.3	Dissoziierte Erinnerungen: Amnesien	143
4.7.4	Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche	145
4.7.5	Weitere unspezifische Hinweise auf strukturelle Dissoziation	145
4.7.6	Dissoziationsphänomene während der Diagnostik	149
4.8	Auswertung	150
4.8.1	Diagnostik von pDIS und DIS	150
4.8.2	Symptome der kPTBS bei Menschen mit struktureller Dissoziation	152
4.8.3	Unklare diagnostische Situationen	153
4.8.4	Diagnostische Zugänge zur Abklärung struktureller Dissoziation	154
4.8.5	Weitere Unterkategorien	155
4.8.6	Differenzialdiagnosen	155
4.8.7	Gutachten	169
4.8.8	Forensische Aspekte	170
4.8.9	Diagnose pDIS oder DIS: Wie weiter?	171
4.9	Weiterführende spezialisierte Diagnostik	171
4.9.1	Theorie der strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit nach Van der Hart, Nijenhuis und Steele	171
4.9.2	Analyse der Persönlichkeitszustände	173
4.9.3	ANP und EP: unterschiedliche Formen der Ausprägung	181
4.9.4	Diagnostik der Therapiephasen	181
	Literatur	186
<hr/>		
<b>5</b>	<b>TD-Achse IV: dissoziative Symptome</b>	<b>195</b>
5.1	Einleitung	195
5.1.1	Primäre und sekundäre dissoziative Störungen	195
5.1.2	Verwirrung der Begrifflichkeiten	196
5.2	Dissoziative Symptome an der Grenze von Somatik und Psychiatrie	197
5.3	Somatoforme und psychoforme Dissoziation	198
5.3.1	Trauma, Dissoziation und funktionelle Symptome	198
5.3.2	Bedeutung für die Diagnostik	201
5.4	Dissoziativ-neurologische Symptomstörungen	202
5.4.1	Übersicht und Grundlagen der Diagnostik	202
5.4.2	Dissoziativ-neurologische Symptomstörung mit visuellen Beeinträchtigungen (6B60.0)	203
5.4.3	Dissoziativ-neurologische Symptomstörung mit akustischen Beeinträchtigungen (6B60.1)	205
5.4.4	Dissoziativ-neurologische Symptomstörung mit Schwindel und Benommenheit (6B60.2): psychogener/dissoziativer Schwindel	207

5.4.5	Dissoziativ-neurologische Symptomstörung mit anderen sensorischen Beeinträchtigungen (6B60.3)	208
5.4.6	Dissoziativ-neurologische Symptomstörung mit nicht epileptischen Krampfanfällen (6B60.4)	214
5.4.7	Dissoziativ-neurologische Symptomstörung mit Beeinträchtigungen des Sprechens (6B60.5)	222
5.4.8	Dissoziativ-neurologische Symptomstörung mit Parese oder Schwäche (6B60.6)	224
5.4.9	Dissoziativ-neurologische Symptomstörung mit Beeinträchtigung des Gangs (6B60.7)	231
5.4.10	Dissoziativ-neurologische Symptomstörung mit Beeinträchtigung der Bewegungen (6B60.8)	232
5.4.11	Dissoziativ-neurologische Symptomstörung mit kognitiven Beeinträchtigungen (6B60.9)	233
5.5	Dissoziative Amnesie (6B61)	234
5.5.1	Amnesien in der Gegenwart	234
5.5.2	Dissoziative Amnesien für die Vergangenheit	239
5.5.3	Plötzlich beginnende, anhaltende retrograde Amnesie	240
5.5.4	Anterograde dissoziative Amnesie	241
5.6	Depersonalisations-Derealisationsstörung (6B66)	242
5.6.1	Symptome	242
5.6.2	Fragebögen	244
5.6.3	Abklärung	244
5.6.4	Diagnose und Differenzialdiagnosen	245
5.6.5	Therapie	245
5.7	Trance	246
5.7.1	Trancestörung (6B62)	247
5.7.2	Trance-Besessenheitsstörung (ICD-11: 6B63)	247
	Literatur	248

<b>6</b>	<b>TD-Achse V: komorbide Störungen</b>	259
6.1	Einleitung	259
6.2	Suchtstörungen	260
6.3	Essstörungen	262
6.4	Zwangsstörungen	265
6.4.1	Trauma und Zwangsstörungen	265
6.4.2	Differenzialdiagnose zu Gedankenkreisen, Zwangsgedanken und struktureller Dissoziation	265
6.5	Depression	267
6.5.1	Traumatisierungen als Risikofaktor für Depressionen	267
6.5.2	Komorbidität von PTBS und Depression	267
6.5.3	Differenzialdiagnose zwischen chronischem Hypoarousal und Depressionen	267
6.6	Angststörungen	268
6.7	Bipolare Störungen und Schizophrenie	269
6.8	Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung	269
6.9	Autismus-Spektrum-Störung	269
6.9.1	ASS als Risikofaktor für Traumafolgestörungen	270
6.9.2	Symptome nach Trauma bei Menschen mit ASS	270
6.9.3	Differenzialdiagnose zwischen ASS und Traumafolgestörungen	271
6.10	Maladaptives Tagträumen	271

6.11 Körperliche Erkrankungen	271
6.12 Körperliche Verletzungen	272
Literatur	273
<hr/>	
<b>7 Diagnostische Aspekte für Berichte an Strafverfolgungsbehörden</b>	281
7.1 Generelle Herausforderungen mit der Glaubhaftigkeit	281
7.2 Übersicht über Glaubhaftigkeitsprobleme von Opfern von Sexualstraftaten	283
7.2.1 Glaubhaftigkeitsproblem Nr. 1: Mangel an (ggf. körperlichem) Widerstand	283
7.2.2 Glaubhaftigkeitsproblem Nr. 2: verzögerte Anzeigeerstattung	288
7.2.3 Glaubhaftigkeitsproblem Nr. 3: unvollständige, inkonsistente und fehlerhafte Aussagen	291
7.2.4 Glaubhaftigkeitsproblem Nr. 4: die nicht den Erwartungen von Ermittlungsbehörden entsprechende emotionale Reaktion des Opfers	292
7.2.5 Glaubhaftigkeitsproblem Nr. 5: falsche Vorstellungen zu Traumatherapie und Angst vor Suggestion durch Therapeuten	292
7.3 Richtige und falsche Erinnerungen bei traumatisierten Menschen	294
7.3.1 Generieren von falschen Erinnerungen unter Laborbedingungen	294
7.3.2 Allgemeine Erkenntnisse zu Erinnerungen	295
7.3.3 Spezielle Erkenntnisse zu posttraumatischen Erinnerungen	295
7.4 Schlussfolgerungen	297
Literatur	297
<hr/>	
<b>8 Fragenübersicht</b>	301
8.1 TD-Achse I: Abklärungen zu Persönlichkeitsstörungen	301
8.2 TD-Achse II: Abklärungen zu spezifisch belastungsbezogenen Störungen	301
8.2.1 Posttraumatische Belastungsstörung (6B40)	301
8.2.2 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (6B41)	302
8.2.3 Anhaltende Trauerstörung (6B42)	304
8.2.4 Anpassungsstörung (6B43)	305
8.2.5 Belastungsstörung bei anhaltender Traumatisierung	305
8.3 TD-Achse III: Abklärungen zu struktureller Dissoziation (pDIS, 6B65, und DIS, 6B64)	306
8.3.1 Abklärung struktureller Dissoziation	306
8.3.2 Unspezifische Hinweise	308
8.3.3 Ausgewählte Differenzialdiagnosen	309
8.4 TD-Achse IV: Abklärungen zu dissoziativen Symptomen	310
8.4.1 Dissoziativ-neurologische Symptomstörungen	310
8.4.2 Dissoziative Amnesie (60B61)	312
8.4.3 Depersonalisations-Derealisationsstörung (6B66)	312
8.4.4 Trancestörung (6B62) und Trance-Besessenheitsstörung (6B63)	313
8.5 TD-Achse V: Abklärungen zu komorbiden Erkrankungen	313
<b>Sachwortverzeichnis</b>	315

# Abkürzungen

<b>ANP</b>	anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil (Seite 172)	<b>ITQ</b>	International Trauma Questionnaire (Seite 72)
<b>BPS</b>	Borderline-Störung (Seite 45)	<b>kPTBS</b>	komplexe posttraumatische Belastungsstörung (Seite 73)
<b>BSAT</b>	Belastungsstörung bei anhaltender Traumatisierung (Seite 90)	<b>MID</b>	Multidimensional Inventory of Dissociation (Seite 120)
<b>CDS</b>	Cambridge Depersonalisation Scale (Seite 244)	<b>MIS</b>	Maastrichter Fragebogen (Interview mit einer Person, die Stimmen hört) (Seite 155)
<b>DDIS</b>	Dissociative Disorders Interview Schedule (Seite 121)	<b>pDIS</b>	partielle dissoziative Identitätsstörung (Seite 104)
<b>DES</b>	Dissociative Experience Scale, Fragebogen zu Dissoziationserfahrungen (Seite 120)	<b>PNEA</b>	psychogene nicht epileptische Anfälle (Seite 214)
<b>DIS</b>	dissoziative Identitätsstörung (Seite 103)	<b>PTBS</b>	posttraumatische Belastungsstörung (Seite 60)
<b>DIS-Q</b>	Dissoziationsfragebogen (Seite 120)	<b>SDQ</b>	Somatoform Dissociation Questionnaire (Seite 203)
<b>DNEK</b>	dissoziative nicht epileptische Krampfanfälle (Seite 214)	<b>SIDDS</b>	strukturiertes Interview zur Diagnose dissoziativer Störungen (Seite 123)
<b>DSM-5</b>	Fünfte Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM; englisch für „Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen“), der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA)	<b>SKID-D</b>	strukturiertes klinisches Interview für dissoziative Symptome (Seite 121)
<b>EP</b>	emotionaler Persönlichkeitsanteil (Seite 172)	<b>TADS-I</b>	Trauma und Dissoziative Symptome Interview (Seite 121)
<b>FDS</b>	Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (Seite 120)	<b>TD-Achse</b>	Trauma-Dissoziations-Achse (Seite 25)
<b>ICD-11</b>	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)		



Übersicht über die 5 Trauma- und Dissoziationsachsen

1

<p><b>I: Persönlichkeitsstörungen</b> 4.3</p>	<p><b>II: spezifisch belastungsbezogene Störungen</b> 51</p>	<p><b>III: strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit</b> 101</p>	<p><b>IV: dissoziative Symptome</b> 195</p>	<p><b>V: komorbide Störungen</b> 259</p>
<p><b>Schweregrad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• leichte Persönlichkeitsstörung (6D10.0) (44)</li> <li>• mäßige Persönlichkeitsstörung (6D10.1) (44)</li> <li>• schwere Persönlichkeitsstörung (6D10.2) (44)</li> </ul>	<p><b>posttraumatische Belastungsstörung (6B40) (60)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumakriterium (60)</li> <li>• Traumatrias:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wiedererleben (61)</li> <li>- Vermeidung (63)</li> <li>- Hyperarousal (66) oder Hypoarousal (68)</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>dissoziative Identitätsstörung (6B64) (103)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlust der exekutiven Kontrolle             <ul style="list-style-type: none"> <li>- ohne Amnesien: teildissoziiertes Handeln (133)</li> <li>- mit Amnesien: volldissoziiertes Handeln (133)</li> </ul> </li> <li>• Persönlichkeitszustände (dissoziative Identitäten) mit eigenem Muster von Erleben, Wahrnehmen, Erfassen und Interagieren mit sich selbst, dem eigenen Körper und der Umgebung (123)</li> <li>• mind. zwei Persönlichkeitszustände übernehmen wiederholt die exekutive Kontrolle</li> <li>• Wechsel zwischen Zuständen, verbunden mit Veränderungen von Empfindungen, Wahrnehmung von Affekten, Kognitionen, Erinnerung, motorischer Kontrolle und Verhalten (140)</li> </ul>	<p><b>dissoziativ-neurologische Symptombstörungen (6B60) (202) mit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• visuellen Beeinträchtigungen (203)</li> <li>• akustischen B. (205)</li> <li>• Schwindel und Benommenheit (207)</li> <li>• anderen sensorischen Beeinträchtigungen (208)</li> <li>• nicht epileptischen Krampfanfällen (214)</li> <li>• Beeinträchtigungen des Sprechens (222)</li> <li>• Parese oder Schwäche (224)</li> <li>• Beeinträchtigungen des Gangs (231)</li> <li>• Beeinträchtigungen der Bewegungen (232)</li> <li>• kognitiven Beeinträchtigungen (233)</li> </ul>	<p>häufige komorbide Störungen zur Regulation von Traumafolgesymptomen (nicht immer Folge von Trauma, aber oft mit Funktion der Symptomregulation):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suchtstörungen (6C4ff) (260)</li> <li>• Essstörungen (6B8ff) (262)</li> <li>• Zwangsstörungen (6B20) (265)</li> </ul>
<p><b>Persönlichkeitsprobleme (6E50.7)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Persönlichkeitsprobleme (6E50.7)</b></li> <li>• <b>Persönlichkeitsstörung? (44)</b></li> </ul>	<p><b>komplexe posttraumatische Belastungsstörung (6B41) (73)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumakriterium (74)</li> <li>• Traumatrias (61)</li> <li>• Trias Störung der Selbstorganisation</li> <li>• Affektregulationsstörung (74)</li> <li>• Probleme Selbstbild (77)</li> <li>• Probleme in Beziehungen (78)</li> </ul>	<p><b>partielle dissoziative Identitätsstörung (6B65) (104)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlust der exekutiven Kontrolle, jedoch keine Amnesien (nur teildissoziiertes Handeln)</li> <li>• Persönlichkeitszustände (dissoziative Identitäten)</li> <li>• ein Persönlichkeitszustand ist dominant und funktioniert im Alltag, Beeinträchtigung durch nicht dominante Zustände</li> </ul>	<p><b>dissoziative Amnesie (6B61) (234)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• peri-/posttraumatische Amnesien (55)</li> <li>• Alltagsamnesien (234)</li> <li>• Amnesien Vergangenheit (239)</li> <li>• retrograde Amnesie (240)</li> <li>• anterograde Amnesie (241)</li> </ul>	<p>komorbide Störungen als häufige Folge von Trauma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depression (6A7ff) (267)</li> <li>• Angststörungen (6B0ff) (268)</li> </ul>
<p><b>Ausprägung von 5 Merkmalsdomänen (45)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mit negativer Affektivität (6D11.0)</li> <li>• mit Dissozialität (6D11.2)</li> <li>• mit Enthemmung (6D11.3)</li> <li>• mit Zwanghaftigkeit (6D11.4)</li> </ul>	<p><b>anhaltende Trauerstörung (6B42) (85)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• anhaltende Trauerreaktion nach Tod eines nahen Menschen</li> <li>• starke Sehnsucht und/oder gedankliches Verhaftetsein mit der verstorbenen Person</li> <li>• mind. 6 Monate bzw. länger als kulturspezifisch</li> </ul>	<p><b>Depersonalisations-Derealisationsstörung (6B66) (242)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depersonalisation</li> <li>• Derealisation</li> <li>• Desomatization</li> <li>• Deaffektualisation</li> <li>• Detemporalisation</li> </ul>	<p>weitere komorbide Störungen, mit/ohne Zusammenhang mit Trauma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bipolare Störungen (6A60ff) (259)</li> <li>• Schizophrenie (6A20ff) (259)</li> <li>• ADHS (6A05ff) (259)</li> <li>• Autismus-Spektrum (6A02) (259)</li> <li>• maladaptives Tagträumen (271)</li> <li>• körperliche Erkrankungen (271)</li> <li>• körperliche Verletzungen (272)</li> </ul>	<p><b>Trancestörung (6B62) (247)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Trance-Bessensheitsstörung (6B63) (247)</b></li> </ul>
<p><b>Persönlichkeitsstörung mit Borderline-Muster (6D11.5) (45)</b></p>	<p><b>Anpassungsstörung (6B43) (88)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• psychosozialer Stressor</li> <li>• Präokkupation mit dem Ereignis</li> <li>• Anpassungsschwierigkeiten</li> <li>• Beginn mind. nach 1 Monat, Dauer max. 6 Monate</li> </ul>	<p><b>reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (6B44)</b></p>	<p><b>enthemmte soziale Interaktionsstörung des Kindesalters (6B45)</b></p>	<p><b>Belastungsstörung bei anhaltender Traumatisierung (90)</b></p>

2

Übersicht Anamnese und Symptome

<p><b>Übersicht über verschiedene Aspekte und Symptome</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wo möglich, differenziert erfragen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• im Alltag?</li> <li>• bei Stress?</li> <li>• ich-synon</li> <li>• teildissoziiert?</li> <li>• volldissoziiert?</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Traumatisierungen</b></p> <p><b>Traumaaamnese (26):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bindungstrauma (27)</li> <li>• medizinische Trauma (29)</li> <li>• Typ-I-Trauma (28)</li> <li>• Typ-II-Trauma (28)</li> <li>• Typ-III-Trauma (30)</li> <li>• Amnesien in Kindheit/Jugend (239)</li> </ul>	<p><b>I: Persönlichkeit</b></p> <p><b>Persönlichkeitsprobleme (44):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• unflexible maladaptive Muster von Kognition, emotionaler Erfahrung, emotionalem Ausdruck selbst- und/oder fremdschädigendem Verhalten</li> <li>• negative Affektivität</li> <li>• Distanziertheit</li> <li>• Dissozialität</li> <li>• Enthemmung</li> <li>• Zwanghaftigkeit</li> <li>• Borderline-Muster (45):             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Furcht vor Verlassenwerden</li> <li>- instabiles Selbstbild</li> <li>- instabile und intensive interpersonelle Beziehungen</li> <li>- Impulsivität</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>II: Traumatrias (PTBS, kPTBS)</b></p> <p><b>Wiedererleben (61):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intrusionen und Flashbacks und Umgang damit</li> <li>• Vermeidung von Orten</li> <li>• Vermeidung von Gedanken und Gefühlen</li> <li>• Alpträume, Angst vor dem Einschlafen</li> <li>• Schlafstörungen</li> </ul> <p><b>Vermeidung (63):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermeiden von Handlungen</li> <li>• Vermeiden von Orten</li> <li>• Vermeidung von Gedanken und Gefühlen</li> </ul> <p><b>Hyperarousal (66):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzentration</li> <li>• Schreckhaftigkeit</li> <li>• Gefühl erhöhter Gefahr</li> <li>• Schlafstörungen</li> <li>• akut/chronisch</li> </ul> <p><b>Hypoarousal (68):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betäubung</li> <li>• Erstarren</li> </ul>	<p><b>III: Persönlichkeitszustände (strukturelle Dissoziation)</b></p> <p><b>Symptome (123):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• teil-/volldissoziierte Emotionen, Kognitionen, Körperempfindungen, Impulse</li> <li>• teil-/volldissoziierte Erinnerungen (Alltag, Stress) (155)</li> </ul> <p><b>Sicherheit heute:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Täteridealisierung, Täterbindung</li> <li>• Kontakte mit Tätern, Schweigegebote</li> <li>• Retraumatisierungen</li> <li>• eigene Täterschaft (aktuell, früher)</li> <li>• Belastungsstörung bei anhaltender Traumatisierung (90)</li> </ul>	<p><b>II: Trias Störung der Selbstorganisation (kPTBS)</b></p> <p><b>Affektregulation (74):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wechsel schnell/langsam</li> <li>• Angst und Panikattacken</li> <li>• Reizbarkeit und Wutattacken</li> <li>• Selbsthass, Schamattacken</li> <li>• dysfunktionale Strategien zur Affektregulation</li> <li>• funktionale Strategien</li> </ul> <p><b>negatives Selbstkonzept (77):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Versagensgefühle</li> <li>• Wertlosigkeitsgefühle</li> <li>• Probleme mit Selbstfürsorge</li> <li>• schwere Schamgefühle</li> <li>• Victim-Blaming</li> </ul> <p><b>negatives Menschenkonzept (78):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sich abgeschnitten fühlen von Menschen</li> <li>• Probleme, nahe zu bleiben</li> <li>• Misstrauen</li> <li>• emotionale Isolation (auch mit Menschen)</li> </ul>	<p><b>IV: dissoziative Symptome</b></p> <p><b>dissoziativ-neurologisch:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• visuell (203)</li> <li>• akustisch: Hörverlust (205), Tinnitus (205), Hyperakusis (205)</li> <li>• Schwindel, andere sensorische (207)</li> <li>• Schmerzen (208)</li> <li>• (211)</li> <li>• nicht epileptische Krampffälle (214)</li> <li>• Sprechen (222)</li> <li>• dissoziativer Stupor (224)</li> <li>• Synkopen (227)</li> <li>• Paresen, Gangstörungen (231)</li> </ul> <p><b>Depersonalisation und Derealisation (242):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depersonalisation</li> <li>• Derealisation</li> <li>• Desomatisierung</li> <li>• Deaffektualisation</li> <li>• Detemporalisation</li> </ul> <p><b>Amnesien (234):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alltag</li> <li>• Vergangenheit</li> <li>• nach Trauma</li> <li>• retrograd</li> <li>• anterograd</li> </ul> <p><b>Trance und Trance-Besessenheit (246)</b></p>	<p><b>Beziehungen (59):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinder</li> <li>• Partnerschaft</li> <li>• Eltern</li> <li>• Freundeskreis</li> <li>• professionelle Helfende</li> <li>• Peer-Kontakte und Selbsthilforganisationen</li> <li>• soziale Medien</li> <li>• Tiere</li> </ul> <p><b>psychiatrische Vorgeschichte (59):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• frühere Diagnosen</li> <li>• stationäre Behandlungen</li> <li>• ambulante Therapien</li> <li>• Therapieabbrüche</li> <li>• Medikamente</li> <li>• Zwangsmaßnahmen</li> <li>• Suizidversuche (stationär, ambulant)</li> </ul> <p><b>psychiatrische Vorgeschichte (59):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sucht (260)</li> <li>• Essstörungen (262)</li> <li>• Zwangsstörungen (265)</li> <li>• Depression (267)</li> <li>• Angst (268)</li> <li>• bipolare Störungen (269)</li> <li>• Schizophrenie (269)</li> <li>• ADHS (269)</li> <li>• Autismus-Spektrum (269)</li> <li>• maladaptives Tagtraumen (271)</li> <li>• körperliche Erkrankungen (271)</li> <li>• körperliche Verletzungen (272)</li> </ul>
--	--	--	---	--	---	---	---

TD-Achse I: Persönlichkeitsstörungen

3

**Persönlichkeitsprobleme (QE50.7) (44)**

- besondere Charakteristika der Persönlichkeit, die eine Behandlung beeinträchtigen können, die aber die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nicht erfüllen
- Dauer mindestens 2 Jahre

**Persönlichkeitsstörung (6D10) (44)**

frühzeitig, bereits in der Adoleszenz in Erscheinung tretende unflexible maladaptive Muster von Kognition, emotionaler Erfahrung, emotionalem Ausdruck und Verhalten

**milde Persönlichkeitsstörung (6D10.0)**

- Störungen betreffen einige Lebensbereiche, aber nicht alle; in einigen Lebensbereichen sind diese Störungen möglicherweise nicht sichtbar
- normalerweise nicht mit wesentlicher Selbst- und Fremdgefährdung verbunden, aber mit erheblichem persönlichem Leidensdruck oder mit Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen

**mäßige Persönlichkeitsstörung (6D10.1)**

- wesentliche Probleme in den meisten zwischenmenschlichen Beziehungen mit Störungen in den meisten Lebensbereichen
- manchmal mit wesentlicher Selbst- und Fremdgefährdung verbunden, erhebliche Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen (Familie, Beruf, Ausbildung, und andere)

**schwere Persönlichkeitsstörung (6D10.2)**

- schwere Probleme in allen zwischenmenschlichen Beziehungen mit Störungen in den meisten Lebensbereichen
- häufig mit wesentlicher Selbst- und Fremdgefährdung verbunden, schwere Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen (Familie, Beruf, Ausbildung, und andere)

**Persönlichkeitsstörung mit negativer Affektivität (6D11.0) (45)**

- Hauptelemente: Tendenz, ein großes Spektrum negativer Emotionen zu erleben
- mögliche Symptome: Erleben negativer Emotionen mit einer Frequenz und einer Intensität, die nicht im Verhältnis zu einer Situation steht; emotionale Labilität und schwache Emotionsregulation, negative Ansichten, tiefer Selbstwert und schwaches Selbstvertrauen, Misstrauen

**Persönlichkeitsstörung mit Distanziertheit (6D11.1) (45)**

- Hauptelemente: Tendenz zu interpersoneller Distanz (soziale Distanziertheit) und emotionaler Distanz (emotionale Distanziertheit)
- mögliche Symptome: soziale Distanz (Vermeiden sozialer Kontakte, Mangel an Freundschaften, Vermeiden von Intimität), und emotionale Distanziertheit (Reserviertheit, Unnahbarkeit, eingeschränkter emotionaler Ausdruck)

**Persönlichkeitsstörung mit Dissozialität (6D11.2) (45)**

- Hauptelemente: Tendenz zur Missachtung der Rechte und Gefühle anderer Menschen, Selbstzentriertheit und Mangel an Empathie
- mögliche Symptome: Selbstzentriertheit (Anspruchsdenken, Erwartung der Bewunderung von anderen, positives und negatives Sensation-Seeking u.a.) und Mangel an Mitgefühl (Gleichgültigkeit bezüglich der Auswirkungen der eigenen Handlungen auf andere Menschen, Aggressivität, Rücksichtslosigkeit u.a.)

**Persönlichkeitsstörung mit Enthemmung (6D11.3) (45)**

- Hauptelemente: Tendenz zum leichtsinnigen Handeln aufgrund externer oder interner Stimuli, ohne Erwägung potenzieller negativer Konsequenzen
- mögliche Symptome: Impulsivität, Ablenkbarkeit, Verantwortungslosigkeit, Rücksichtslosigkeit, Mangel an Planung

**Persönlichkeitsstörung mit Zwanghaftigkeit (6D11.4) (45)**

- Hauptelemente: enger Fokus auf eigene Ansprüche für Perfektion und richtig/falsch, Anspruch auf Kontrolle der eigenen Handlungen und der Handlungen von anderen Menschen, und Kontrolle von Situationen, um Konformität mit eigenen Standards zu gewährleisten
- mögliche Symptome: Perfektionismus (z. B. Fokus auf soziale Regeln, Verpflichtungen, Normen von richtig und falsch, gewissenhafte Aufmerksamkeit auf Details, rigide tägliche Alltagshandlungen, Hyper-Planung, Nachdruck auf Organisation, Ordnung und Sauberkeit), und emotionale und handlungsbezogene Zwänge (rigide Kontrolle des emotionalen Ausdrucks, Sturheit, Risikovermeidung, Mangel an Flexibilität u.a.)

**Borderline-Muster (6D11.5) (45)**

- Hauptelemente: durchgängiges Muster der Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, des Selbstbilds und der Affekte
- mögliche Symptome: verzweifeltes Versuchen, reales oder imaginiertes Verlassenwerden zu vermeiden; Identitätsstörung, die sich durch markantes und anhaltendes instabiles Selbstbild oder Selbstgefühl manifestiert; Tendenz, in emotionalen Krisen unbedacht zu reagieren mit Gefahr von Selbstverletzungen; chronisches Gefühl der Leere, Probleme im Umgang mit Wut, vorübergehende dissoziative oder psychoseartige Symptome bei hohem emotionalem Arousal u.a.

4		TD-Achse II: spezifisch belastungsbezogene Störungen			
ICD-11	posttraumatische Belastungsstörung (6B40)	komplexe posttraumatische Belastungsstörung (6B41)	anhaltende Trauerstörung (6B42)	Anpassungsstörungen (6B43)	Symptome
Auslöser	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exposition mit einem Ereignis oder einer Serie von Ereignissen mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß (60)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exposition mit einem Ereignis oder einer Serie von Ereignissen mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß</li> <li>meistens längerdauernde oder wiederholte Ereignisse, bei denen Flucht schwierig oder unmöglich war (z. B. Folter, Sklaverei, Genozidversuche, längerdauernde häusliche Gewalt, wiederholter sexueller oder körperlicher Kindesmissbrauch) (73)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>andauernde und tiefgreifende Trauerreaktion nach dem Tod eines Partners, eines Elternteils, eines Kindes oder einer anderen nahen Person (85)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>identifizierbarer psychosozialer Stressor, oder mehrere Stressoren (z.B. Scheidung, Krankheit, Behinderung, sozioökonomische Probleme, Konflikte zu Hause oder an der Arbeit) (88)</li> </ul>	
	<p><b>Traumatrias</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Wiedererleben des/der traumatischen Ereignisses/Ereignisse (61)</li> <li>Vermeidung von Gedanken und Erinnerungen an das Ereignis, oder Vermeidung von Aktivitäten, Situationen oder Menschen in Verbindung mit dem Ereignis oder den Ereignissen (63)</li> <li>persistierende Wahrnehmung erhöhter gegenwärtiger Gefahr, Hypervigilanz oder verstärkter Schreckhaftigkeit auf Reize wie unerwartete Geräusche (66)</li> </ol>	<p><b>Trias Störung der Selbstorganisation</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>schwere und tiefgreifende Probleme der Affektregulation (74)</li> <li>andauernde Ansichten über sich selber als vermindert, unterlegen oder wertlos, verbunden mit schweren und tiefgreifenden Gefühlen von Scham, Schuld oder Versagen (77)</li> <li>andauernde Schwierigkeiten in tragenden Beziehungen oder im Gefühl der Nähe zu anderen (78)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ein starkes Verlangen nach der verstorbenen Person</li> <li>gedankliches Verhaftetsein mit der verstorbenen Person</li> <li>verbunden mit intensivem emotionalem Schmerz (z.B. Traurigkeit, Schuld, Wut, Leugnen, Beschuldigen, Schwierigkeiten mit dem Akzeptieren des Todes, Gefühl, einen Teil von sich selber verloren zu haben, Unfähigkeit zu positive Gefühlen, emotionale Taubheit und Schwierigkeiten, sich in soziale oder andere Aktivitäten zu begeben)</li> <li>die Trauerreaktion hat für eine atypisch lange Zeit andauert (mind. 6 Monate) und betrifft deutlich die erwarteten sozialen, kulturellen und religiösen Normen der Gesellschaft oder des Kontextes des Betroffenen</li> <li>Trauerreaktionen, die länger andauert haben, aber sich innerhalb der gesellschaftlichen Norm befinden, werden als normale Trauerreaktion angesehen und nicht dieser Diagnose zugeordnet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Auftreten normalerweise innerhalb eines Monats nach dem Stressor</li> <li>ausgeprägte Beschäftigung mit dem Stressor und seinen Konsequenzen</li> <li>exzessives Sorgen</li> <li>wiederholte und belastende Gedanken an den Stressor, oder</li> <li>konstantes Gedankenkreisen über die Konsequenzen</li> <li>Scheitern beim Anpassen an den Stressor</li> <li>die Symptome sind nicht ausreichend spezifisch oder schwerwiegend für die Diagnose einer anderen psychischen Erkrankung und verschwinden typischerweise innerhalb von 6 Monaten, außer der Stressor dauert länger an</li> </ul>	
	<p><b>Differenzierung von Unterformen (nicht in der ICD-11) (71):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>angstbasiert: <ul style="list-style-type: none"> <li>primär Angst und Panik, Hypervigilanz</li> <li>Intrusionen und Alpträume mit Angst</li> </ul> </li> <li>wutbasiert: <ul style="list-style-type: none"> <li>primär Wut, Hass, Aggressionen, Wutphantasien</li> <li>Intrusionen und Alpträume mit Wut</li> </ul> </li> <li>schambasiert: <ul style="list-style-type: none"> <li>zusätzlich Scham, Selbsthass, Impulse zur Selbstbestrafung, Rückzug</li> <li>Intrusionen und Alpträume mit Angst und Wut sowie Scham</li> </ul> </li> </ul>				

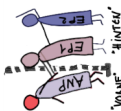
TD-Achse III: Übersicht strukturelle Dissoziation

5

155  
differenziertere Unterteilung  
der strukturellen Dissoziation

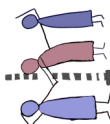
**teildissoziiertes Handeln bei Stress (pDIS Typ 1)**

- im Alltag ich-syntone Handlungen
- bei Stress teildissoziierte Handlungen (mit Depersonalisation)



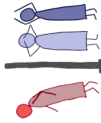
**teildissoziiertes Handeln im Alltag (pDIS Typ 2)**

- im Alltag und bei Stress ich-syntone und teildissoziierte Handlungen, mit Depersonalisation, ohne Amnesien



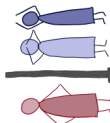
**voll dissoziiertes Handeln bei Stress (DIS Typ 1)**

- im Alltag teildissoziierte Handlungen, ohne Amnesien
- bei Stress voll dissoziiertes Handeln, mit Amnesien (mit Switches bei Stress)



**voll dissoziiertes Handeln im Alltag (DIS Typ 2)**

- im Alltag und bei Stress teil- und voll dissoziierte Handlungen, mit und ohne Amnesien (mit Switches im Alltag)



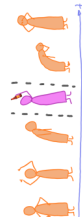
partielle dissoziative Identitätsstörung (6B65)

Für die (partielle) dissoziative Identitätsstörung ist eine Teilung der Identität in zwei oder mehr unterschiedliche Persönlichkeitszustände (dissoziative Identitäten) charakteristisch, in der Folge mit ausgeprägten Diskontinuitäten im Selbstleben und in der eigenen Handlungsfähigkeit. Jeder Persönlichkeitszustand verfügt über ein eigenes Muster an Erleben (124), Wahrnehmung (126), Begreifen (128) und Beziehung zu sich selbst, dem eigenen Körper und der Umwelt (137).

Ein Persönlichkeitszustand ist dominant und funktioniert üblicherweise im Alltag, wird aber von einem oder mehreren nicht-dominanten Persönlichkeitszuständen intrudiert (dissoziative Intrusionen). (104)

Diese Intrusionen können Kognition, Affekt, Wahrnehmung, Motorik und Verhalten betreffen. Sie beeinträchtigen subjektiv das Funktionieren des dominanten Persönlichkeitszustandes und sind typischerweise aversiv besetzt. (123)

Keine oder nur wenig Amnesien (143)



Die nicht-dominanten Persönlichkeitszustände übernehmen nicht regelmäßig die exekutive Kontrolle über das Bewusstsein und das Handeln des Individuums. Es kann aber gelegentlich zeitlich begrenzte und vorübergehende Episoden geben, in denen ein eigenständiger Persönlichkeitszustand die exekutive Kontrolle übernimmt, um begrenzte Handlungen durchzuführen, z. B. als Reaktion auf emotionale Ausnahmezustände oder in Zuständen mit Selbstverletzungen oder dem Wiedererleben traumatischer Erinnerungen (151).

- Die Symptome können nicht durch eine andere Erkrankung oder durch Substanzen oder Medikamente erklärt werden.
- Die Symptome führen zu bedeutsamen Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, arbeitsbezogenen oder anderen wichtigen Lebensbereichen.

dissoziative Identitätsstörung (6B64)

Mindestens zwei unterschiedliche Persönlichkeitszustände übernehmen wiederholt die exekutive Kontrolle über Bewusstsein und Handeln des Individuums in den Interaktionen mit anderen oder mit der Umwelt, beispielsweise in der Erfüllung bestimmter Aspekte des Alltags wie Elternschaft oder Arbeit oder als Reaktion auf bestimmte Situationen (z. B. solche, die als bedrohlich empfunden werden).

Wechsel zwischen Persönlichkeitszuständen sind verbunden mit entsprechenden Veränderungen im Empfinden, in der Wahrnehmung, den Affekten, Kognitionen, Erinnerungen sowie in der motorischen Kontrolle und im Verhalten. (104)

Typischerweise gibt es Episoden von Amnesien, die schwergradig sein können. (143)

die unterschiedlichen Persönlichkeitszustände übernehmen alternierend die exekutive Kontrolle über das Bewusstsein und das Funktionieren die unterschiedlichen Handlungen der Persönlichkeitszustände betreffen Alltagsaspekte (z.B. Arbeit, Freizeit, Familie) wie auch Selbstverletzungen und das Reinszenieren von traumatischen Erfahrungen (151)



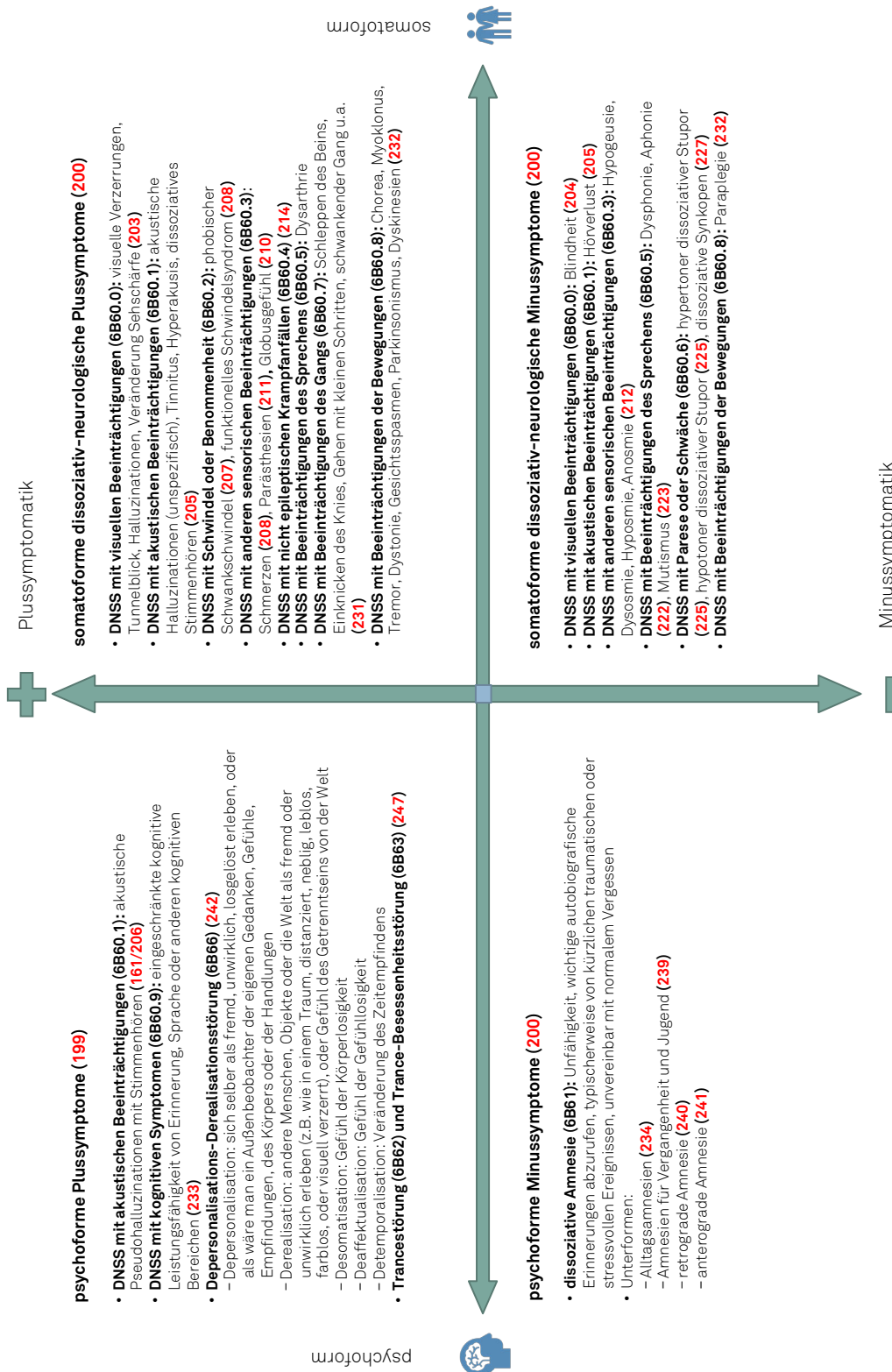
ICD-11  
(Normalschrift: ICD-11, kursiv: Ergänzungen)

6

## TD-Achse III: diagnostisches Vorgehen bei Verdacht auf strukturelle Dissoziation



7 TD-Achse IV: dissoziativ-neurologische Symptomstörungen (DNSS) und andere dissoziative Störungen



**TD-Achse V: komorbide Erkrankungen**

**somatische Erkrankungen**

**direkte Verbindung mit Traumafolgestörung**  
Hämatoeme, Hautverletzungen, anale/vaginale Verletzungen (Verstümmelungen), sexuelle Infektionen u.v.m. (272)

**indirekte Verbindung mit Traumafolgestörung**  
Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Asthma bronchiale, Diabetes mellitus Typ II u.v.m. (271)

(vermutlich) unabhängige komorbide psychische Erkrankungen

Diese Erkrankungen stehen eher nicht im direkten Zusammenhang mit den Traumafolgestörungen. Verbindung über Life-Events-Vulnerabilität.

**traumaassoziierte komorbide psychische Erkrankungen**

Diese Erkrankungen können sekundär als Traumafolgestörung auftreten (Aber: nicht alle diese Erkrankungen sind automatisch Traumafolgestörungen)

**Erkrankungen als Folge**  
Folge der posttraumatischen/dissoziativen Symptomen

**Esstörungen (262)**

Die Hintergründe sind komplex. Vereinfacht:

- Anorexie (6B80): chronische Depersonalisation durch Untergewicht → Intrusionen  $\Phi$ , (teil)dissoziiertes Handeln  $\Phi$ ; zudem Regulation Nähe-Distanz
- Bulimie (6B81): Spannungsabbau durch Erbrechen
- Binge Eating (6B82): Regulation PTBS-Symptome
- Adipositas: Emotionsregulation durch Essen und Übergewicht; vermutlich auch chronische Depersonalisation; zudem Regulation Nähe-Distanz

**dissoziativ (6B60ff)**

**somatische DD**

dissoziative Krampfanfälle (214)

dissoziative Synkopen (227)

dissoziative Körperschmerzen (insbesondere Kopfschmerzen) (208)

dissoziative Analgesie, Hypästhesie (211)

Aphonie/Dysphonie/Dysarthrie (Stimmverlust, Probleme mit Reden) (222)

Globusgefühl (210)

dissoziativer Hörverlust (205)

dissoziative Lähmungen (232)

dissoziativer Schwindel (207)

Dissoziative Gangstörungen (231)

dissoziative Blindheit (204)

und viele mehr

**Schizophrenie und andere psychotische Störungen (269)**

Schizophrenie (6A20ff), schizoaffektive Störungen (6A21ff), schizotypische Störung (6A22), andere DD:

- Intrusionen von Ohnmacht und Hoffnungslosigkeit
- chronisches Hypoarousal kann wie Depression erscheinen!

**obligate DD:** dissoziatives vs. psychotisches Stimmenhören, dissoziativer Stupor vs. Katatonie

**neurokognitive Störungen**

Delirium (6D70), (6D72), Demenzen (6D8ff) u.v.m.

**(rezidivierende) depressive Störung (6A7ff) (267)**

sehr vereinfacht: der Umgang mit Traumafolgesymptomen kostet viel Energie → Depression

- generalisierte Angst (6B00)
- Panikstörung (6B01)
- Agoraphobie (6B02)
- andere (siehe 6B03ff)

**Angststörungen (268)**

Diagnostizieren, wenn die formalen Kriterien einer Angststörung erfüllt sind, auch wenn es Folge von Hyperarousal und Wiedererleben ist

**Sucht (6C4ff) (260)**

- legale und illegale Suchtmittel können gegen posttraumatische und dissoziative Symptome eingesetzt werden
- bei (p)DIS unterschiedliche Wirkung je nach Zustand
- Abklärung Einnahme Suchtmittel mit teil- oder volldissoziiertem Handeln
- schwierige Abklärung dissoziativer Symptome bei chronischer Sucht → Abklärung eigentlich erst nach Entzug möglich

**Zwangsstörungen (265)**

Zwangshandlungen können zur Regulation von PTBS-Symptomen eingesetzt werden.

- Zwangsstörung mit Einsicht (6B20.0)
- Zwangsstörung ohne Einsicht (6B20.1)

Entzündungen (Infektion, autoimmun), Tumore, Durchblutungsstörungen, etc.

neurologische Störungen

Entzündungen, Lähmungen, Tumore u.v.m.

Reflux, Störung Speiseröhre u.v.m.

Infektionen, Durchblutungsstörungen, Tumore u.v.m.

zerebrale Ursachen, Infektionen, Kompression von Nerven u.v.m.

neurologisch, infektiös, KHK u.v.m.

neurologische Störungen, Verletzungen u.v.m.

neurologisch, infektiös u.v.m.

generell/große DD

**bipolare Störungen, Manie (269)**

bipolare Störung Typ I (6A60ff)

bipolare Störung Typ II (6A61ff)

DD: akutes Hyperarousal kann wie manischer Schub erscheinen!

**ADHS (6A05ff) (269)**

- starke Symptomüberlappung ADHS – posttraumatisches Hyperarousal
- möglicherweise oft falsche ADHS-Diagnosen bei Traumafolgestörungen; kann auch komorbid auftreten
- Wirkung von Methylphenidat ist kein Unterscheidungsmerkmal, da Wirkung evtl. auch bei Traumafolgestörungen
- bei ADHS-Testung deshalb obligat auch Traumafolgestörung abklären

**Autismus-Spektrum-Störungen (6A02) (269)**

- speziell Kinder, die sich aufgrund von Gewalt stark zurückziehen, können mit Autismus-ähnlichen Symptomen reagieren (bis zu Mutismus)
- bei Autismustestung deshalb obligat auch Traumafolgestörung abklären



Checkliste: Diagnostik, Gesamtevaluation und Behandlungsplanung

9

<p><b>A. Diagnostik nach ICD-11</b></p>	<p><b>B. Sicherheit</b></p>	<p><b>C. Therapie</b></p>	<p><b>D. soziale Unterstützung</b></p>
<p><b>TD-Achse I: Persönlichkeitsstörung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schweregrade: mild, mäßig, schwer (44)</li> <li>• Ausprägung (45)             <ul style="list-style-type: none"> <li>– mit negativer Affektivität (6D11.0)</li> <li>– mit Distanziertheit (6D11.1)</li> <li>– mit Dissozialität (6D11.2)</li> <li>– mit Enthemmung (6D11.3)</li> <li>– mit Zwanghaftigkeit (6D11.4)</li> </ul> </li> <li>• Borderline-Muster (6D11.5)</li> </ul>	<p><b>1. Trauma</b> (als Opfer und/oder als Zeuge)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bindungstrauma (27)             <ul style="list-style-type: none"> <li>– medizinisches Trauma (29)</li> <li>– einmalig</li> <li>– mehrmals, chronisch</li> </ul> </li> <li>• Typ-I-Trauma (28)             <ul style="list-style-type: none"> <li>– akzidentell</li> <li>– interpersonell</li> </ul> </li> <li>• Typ-II-Trauma (28)             <ul style="list-style-type: none"> <li>– akzidentell</li> <li>– interpersonell</li> </ul> </li> <li>• Typ-III-Trauma (30)             <ul style="list-style-type: none"> <li>– familiär</li> <li>– außerhalb der Familie</li> </ul> </li> </ul> <p><b>2. Belastungsstörung bei anhaltender Traumatisierung (90)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• keine bekannten anhaltenden Traumatisierungen</li> <li>• Verdacht auf Traumatisierungen</li> <li>• anhaltende Traumatisierungen             <ul style="list-style-type: none"> <li>– wahrscheinlich/gesichert</li> <li>– mit/ohne Anzeige</li> <li>– mit/ohne Ermittlungen</li> <li>– wiederholte Retraumatisierungen</li> </ul> </li> <li>• Pat. traumatisiert aktuell andere</li> </ul>	<p><b>1. Einschätzung der Therapie (47) allgemeine Aspekte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualität des Therapiebündnisses</li> <li>• Anpassungsfähigkeit (Umsetzung von Anpassungsstrategien)</li> <li>• Management von Belastungssituationen</li> <li>• Beherrschung von Selbstgefährdung</li> <li>• Qualität der interpersonellen Beziehungen</li> <li>• Arzneimittelbedarf</li> <li>• Bedarf an stationären Behandlungen</li> <li>• Auflösung von Übertragungs-Phänomenen</li> <li>• Kontakt zwischen den Sitzungen</li> <li>• subjektives Wohlbefinden</li> <li>• spezifische Aspekte für Menschen mit struktureller Dissoziation</li> </ul> <p><b>2. persönliche Ressourcen (48)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eigene Fähigkeiten</li> <li>• positive Imaginationen</li> <li>• gesunde Hobbys</li> <li>• Selbstakzeptanz und Mitgefühl</li> <li>• Fähigkeit zur Entspannung</li> <li>• Fähigkeit, sich um den Körper zu sorgen</li> <li>• Religion und Spiritualität</li> <li>• Tiere</li> <li>• Naturerfahrungen und Kräfteorte</li> </ul> <p><b>3. Bewältigungsstrategien (48)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Handlungsfähigkeit in Notsituationen</li> <li>• Vertrauen in eigene Fähigkeiten</li> <li>• Kreativität bei der Lösungssuche</li> <li>• ausdauerndes Festhalten an einem Ziel</li> <li>• Verschaffen von Trost</li> <li>• Flexibilität in Reaktionen</li> <li>• Achtsamkeit</li> <li>• Fähigkeit zur Ablenkung in Not</li> <li>• Suchen von Verbündeten</li> </ul>	<p><b>1. sichere soziale Situation heute (59)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partnerschaft</li> <li>• Kinder</li> <li>• Angehörige</li> <li>• Freundeskreis</li> <li>• Tiere</li> <li>• Gemeinschaftszugehörigkeit (Kirche, Sport u.a.)</li> <li>• Selbsthilforganisationen, Peers</li> <li>• Wohnen und sichere Nachbarschaft</li> <li>• Arbeit, Tagesstruktur</li> <li>• Finanzen, Versicherungen</li> <li>• Aufenthaltsstatus</li> </ul> <p><b>2. HelferInnen-Netz (Vernetzung?) (59)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PsychiaterIn</li> <li>• psychiatrische Pflege</li> <li>• Hausarzt/Hausärztin</li> <li>• Gynäkologe, andere Ärzte</li> <li>• Ergotherapie, Physiotherapie</li> <li>• Körpertherapie, Naturheilkunde</li> <li>• Sozialarbeit, Beistandschaft u.a.</li> <li>• Beratungsstelle(n)</li> <li>• Angehörige</li> <li>• Peers, Selbsthilforganisationen</li> <li>• Seelsorge, kirchliche Mitarbeitende</li> <li>• ArbeitgeberIn, Leitung Tagesstruktur</li> <li>• Anwaltschaft</li> <li>• Klimiken, Spitäler, andere</li> </ul>
<p><b>TD-Achse II: Störungen assoziiert mit Stress</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PTBS (6B40) (60)             <ul style="list-style-type: none"> <li>– angstbasiert</li> <li>– wutbasiert</li> <li>– schambasiert</li> </ul> </li> <li>• komplexe PTBS (6B41) (73)</li> <li>• anhaltende Trauerstörung (6B42) (85)</li> <li>• Anpassungsstörung (6B43) (88)</li> </ul>	<p><b>3. Anzeigerstattung und Verfahren (281)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• keine Straftat(en)</li> <li>• unbekannt</li> <li>• keine Anzeige, verjährt</li> <li>• keine Anzeige, unverjährt</li> <li>– Glaubhaftigkeitsprobleme?             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Anzeige und Ermittlungen</li> <li>– Glaubhaftigkeitsprobleme?</li> </ul> </li> <li>• Anzeige, Verfahren abgeschlossen</li> <li>• Einfluss auf Möglichkeit, mit Traumaexposition zu beginnen</li> </ul>	<p><b>daraus abgeleitet: Behandlungsplanung</b></p> <p>Prioritäten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Selbst- und Fremdgefährdung</li> <li>2. äußere Sicherheit (Schutz vor Retraumatisierungen)</li> <li>3. Sicherheit Kinder</li> <li>4. Diagnostik, Therapieeinschätzung, Ressourcenabklärung und Klärung der sozialen Unterstützung.</li> <li>5. weitere Behandlungsplanung in Abhängigkeit der vorliegenden Störungen der TD-Achsen I-V und deren Auswirkung auf Lebensqualität, Familie, Arbeitsfähigkeit etc.</li> </ol>	
<p><b>TD-Achse III: strukturelle Dissoziation dissoziative Identitätsstörung (6B64) (103)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• volldissoziiert bei Stress</li> <li>• völdissoziiert im Alltag</li> <li>• partielle DIS (6B65) (104)</li> <li>• teildissoziiert bei Stress</li> <li>• teildissoziiert im Alltag</li> </ul>	<p><b>TD-Achse IV: dissoziative Symptome</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dissoziativ-neurologische Symptomenstörung(en) (6B60ff) (202)</li> <li>• dissoziative Amnesie (6B61) (234)</li> <li>• Depersonalisations- Derealisationsstörung (6B66) (242)</li> <li>• Trancestörung (6B62) (247)</li> <li>• Trance-Besessenheitsstörung (6B63) (247)</li> </ul>		
<p><b>TD-Achse V: komorbide Störungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depression (6A70/6A71) (267)</li> <li>• Angst-/Panikstörung (268)</li> <li>• Sucht (6C4ff) (260)</li> <li>• Essstörungen (6B8ff) (262)</li> <li>• Zwangsstörung (6B20) (265)</li> <li>• ADHS (6A05ff) (259)</li> <li>• psychisch, andere (259)</li> <li>• körperliche Erkrankungen (271)</li> </ul>			



## 1

# Das Trauma-Dissoziations-Achsenmodell zur systematisierten Diagnostik von Traumafolgestörungen

## 1.1

## Einleitung

Die Behandlung von Traumafolgestörungen hat insbesondere in den vergangenen 2 Jahrzehnten enorme Fortschritte gemacht. Die Forschung zu den verschiedenen Formen von Traumafolgestörungen hat unser Wissen zu Trauma und Dissoziation deutlich verbessert. So gibt es seit ca. 10–15 Jahren viel mehr Literatur und bessere Weiterbildungsmöglichkeiten als früher (Nijenhuis, 2015, 2017).

Angesichts der Fülle an neuen Erkenntnissen in der Psychotraumatologie kann die Übersicht über die verschiedenen posttraumatischen Symptome und Störungen jedoch schwierig sein. Während die meisten Bücher den Fokus auf die Therapie von Traumafolgestörungen legen, gibt es zur Diagnostik zurzeit nur Literatur zu Teilbereichen des Spektrums der Traumafolgestörungen (Overkamp, 2017; Schellong, Schützwohl, Lorenz, & Trautmann, 2019).

Ziel dieses Buches ist es, diese Lücke zu schließen und einen Überblick zur umfassenden Diagnostik von Traumafolgestörungen zu geben.

Die psychischen und körperlichen Folgen von traumatischen Erfahrungen hängen von vielen unterschiedlichen psychischen, körperlichen, sozialen und genetischen Faktoren ab (Herman, 2015). Dementsprechend unterschiedlich können auch die daraus resultierenden Auswirkungen sein. Der Überblick über die verschiedenen Symptome nach einem Trauma ist deshalb herausfordernd und anspruchsvoll.

Zur einfacheren und systematischen Übersicht über die Vielfalt und Komplexität der posttraumatischen Symptomatik wird in diesem Buch ein Modell mit 5 Achsen vorgestellt, die im Rahmen einer umfassenden Diagnostik abgeklärt werden können. Diese 5 Achsen werden „Trauma-Dissoziations-Achsen“ genannt (kurz TD-Achsen). Sie orientieren sich

an der ICD-11 (WHO, 2019) und umfassen die folgenden 5 Bereiche:

- TD-Achse I: Diagnostik der Bindungs- und Persönlichkeitsebene (Kap. 2, Seite 43)
  - Persönlichkeitsstörungen
- TD-Achse II: Diagnostik der spezifisch belastungsbezogenen Störungen (Kap. 3, Seite 51)
  - posttraumatische Belastungsstörung (Kap. 3.3, Seite 60)
  - komplexe posttraumatische Belastungsstörung (Kap. 3.4, Seite 73)
  - anhaltende Trauerstörung (Kap. 3.5, Seite 85)
  - Anpassungsstörung (Kap. 3.6, Seite 88)
  - reaktive Bindungsstörung des Kindesalters
  - enthemmte soziale Interaktionsstörung
  - Belastungsstörung bei anhaltender Traumatisierung (Kap. 3.7, Seite 90)
- TD-Achse III: Diagnostik der strukturellen Dissoziation (Kap. 4, Seite 101)
  - dissoziative Identitätsstörung (Kap. 4.2.1, Seite 103)
  - partielle dissoziative Identitätsstörung (Kap. 4.2.2, Seite 104)
- TD-Achse IV: Diagnostik der dissoziativen Symptome (Kap. 5, Seite 195)
  - dissoziativ-neurologische Symptomstörungen (Kap. 5.4, Seite 202)
  - dissoziative Amnesie (Kap. 5.5, Seite 234)
  - Depersonalisations-Derealisationsstörungen (Kap. 5.6, Seite 242)
  - Trance- und Besessenheitszustände (Kap. 5.7, Seite 247)
- TD-Achse V: Komorbide Störungen (Kap. 6, Seite 259)
  - affektive Störungen
  - Suchtstörungen
  - Zwangsstörungen
  - Essstörungen
  - und andere

Die 5 Achsen bilden ein strukturierendes und orientierendes Modell für ein systematisiertes diagnostisches Vorgehen basierend auf der ICD-11. Dadurch sollen beispielsweise die Behandlungsplanung (mit therapeutischer Prioritätensetzung und Wahl der Methode) und die Einschätzung der Prognose und der Arbeitsfähigkeit erleichtert werden.

In diesem Buch wird der Hauptfokus auf die Diagnostik von Traumafolgestörungen gelegt. Empfehlungen für die Therapie werden nur vereinzelt gegeben. Das Modell basiert auf keiner Therapieschule und keinen spezifischen psychologischen Modellen (z. B. Psychoanalyse, kognitive Verhaltenstherapie, humanistische Psychologie oder andere).

In diesem einführenden Kapitel werden zuerst einige Grundlagen zu Arten von traumatischen Ereignissen zusammengetragen. Zur Erleichterung des Überblicks für die Diagnostik von Traumafolgestörungen wird in einem zweiten Teil eine multiaxiale Diagnostik in 5 Trauma-Dissoziationsachsen vorgestellt.

## 1.2

### Trauma

Der Begriff „Trauma“ stammt aus dem Griechischen (griechisch: Wunde, τραύμα) und bedeutet Verletzung bzw. Wunde physischer oder psychischer Art (Häcker & Stapf, 2009).

Psychische und körperliche Reaktionen auf belastende Erlebnisse sind bereits seit der Antike bekannt. Genauer untersucht werden sie seit etwa der Mitte des 19. Jahrhunderts, zeitweise mit heftig geführten gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Auseinandersetzungen zur Frage, wie sich erschütternde Ereignisse auf den Körper und den Geist auswirken (Herman, 1992; Nijenhuis, 2015, 2017).

#### Merke

Bei Traumafolgestörungen handelt es sich um psychische und körperliche Erkrankungen, die als Folge belastender oder traumatischer Erfahrungen auftreten.

#### 1.2.1

### Traumatisierende Belastungen

Eine Vielzahl von sehr unterschiedlichen Ereignissen können traumatisierend wirken, z. B. Naturkatastrophen, Verkehrsunfälle, Stalking, Folter, emotionale Vernachlässigung, sexualisierte Gewalt und viele mehr.

Neben der Art einer traumatisierenden Belastung sind auch das Alter und der Entwicklungsstand zum Zeitpunkt eines Traumas wichtig. Eine identische Er-

fahrung kann in der frühen Kindheit, in der Jugend oder im Erwachsenenalter unterschiedliche psychische und körperliche Symptome zur Folge haben (Nijenhuis, 2015). Zudem ist bei von Menschen verursachten Traumatisierungen von Bedeutung, welche Bindung zum Verursacher einer Traumatisierung bestand (z. B. Eltern versus unbekannter Dritter), wie viele Verursacher involviert waren, welcher Grad der Beschämung auftrat, die Reaktionsweisen während eines Traumas (z. B. peritraumatische Dissoziation, Todesangst) sowie viele weitere Faktoren.

Nachfolgend soll die Unterschiedlichkeit traumatischer Belastungen in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren anhand einiger Beispiele dargestellt werden.

#### Beispiele

Herr A. (Abbildung 1-1a) erlebt ein gesundes Leben mit vielen Ressourcen. Nach einer Ausbildung zum Lokomotivführer und positiven Beziehungen hat er eine hohe Lebensqualität, bis er eines Tages einen Zugsuizid erlebt an einem Zug, den er führt. Danach erleidet er eine schwere psychische Krise mit Wiedererleben, Anspannung, Reizbarkeit und Albträumen. Die diagnostische Abklärung seiner Symptome ergibt eine posttraumatische Belastungsstörung ohne komorbide Störungen.

Herr B. (Abbildung 1-1b) wächst in einem Land mit politischer Unterdrückung auf. Kindheit und Jugend sind gesund und ohne spezielle Belastungen. Während des Studiums nimmt er an einer Demonstration teil, wird festgenommen und gefoltert. Nach mehreren Jahren unter schwierigsten Bedingungen im Gefängnis kommt er frei und flüchtet ins Ausland. Auf der Flucht erlebt er erneut Gewalt und gerät in Lebensgefahr. Im Zielland stellt er einen Asylantrag, der zuerst abgelehnt wird. Erst nach verschiedenen Einsprachen erhält er eine Aufenthaltsbewilligung aus politischen Gründen. Die diagnostische Abklärung ergibt eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung und eine dissoziativ-neurologische Symptomstörung mit Schmerzen.

Herr C. (Abbildung 1-1c) wird als Kind drogenabhängiger Eltern geboren, die ihn ab Geburt oft über viele Stunden alleine lassen und die in den wenigen Interaktionen kaum emotional zugänglich sind. Das Kind wächst in der Folge die ersten 5 Jahre emotional, körperlich und sozial depriviert auf. Bei der Einschulung fallen schwere Vernachlässigungszeichen auf, nach Abklärungen wird er in einer Pflegefamilie platziert. Danach findet die weitere Kindheit und Jugend in einem gesunden Umfeld statt. Die diagnostischen Abklärungen ergeben eine Persönlichkeitsstörung mit negativer Affektivität.

Frau D. (Abbildung 1-1d) hat eine unauffällige Kindheit. Mit 13 Jahren beginnt ein Loverboy-Missbrauch durch einen Lehrer und Frau D. endet in der Zwangsprostitution. Nach vielen Jahren zuerst in der Prostitution und danach in Kliniken mit Symptomen von schweren Selbstverletzungen, Bulimie und dissoziativen Krampfanfällen gelingt es durch verschiedene Therapien, eine Stabilisierung zu erreichen. Die diagnostische Abklärung ergibt eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung, eine dissoziative Identitätsstörung, eine dissoziativ-neurologische Symptomstörung mit nicht epileptischen Krampfanfällen und eine komorbide Essstörung.

Frau E. (Abbildung 1-1e) wächst bei einer Mutter mit Borderline-Muster und einem Vater mit einer Alkoholabhängigkeit auf. Die emotionale Unterstützung der Eltern wechselt stark, positive Bindungserfahrungen wechseln sich ab mit Abwertung und emotionaler Gewalt. Als der Vater längere Zeit im Gefängnis ist, stabilisiert sich das Leben ein wenig, u.a., weil Nachbarn Unterstützung auf Bindungsebene anbieten können. Als Teenager erleidet Frau E. dann aber mehrere Vergewaltigungen durch einen Freund. In einer späteren Beziehung erlebt sie kurz positive Erfahrungen, bis auch dieser Partner sie emotional, finanziell und sexuell missbraucht. Sie hat wiederholt depressive Episoden und unkontrollierte Alkoholinjektionen. Die diagnostische Abklärung ergibt ein Borderline-Muster, eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung, eine partielle dissoziative Identitätsstörung mit dysfunktionalem Alkoholkonsum, eine Alkoholabhängigkeitsstörung sowie eine rezidivierende depressive Störung.

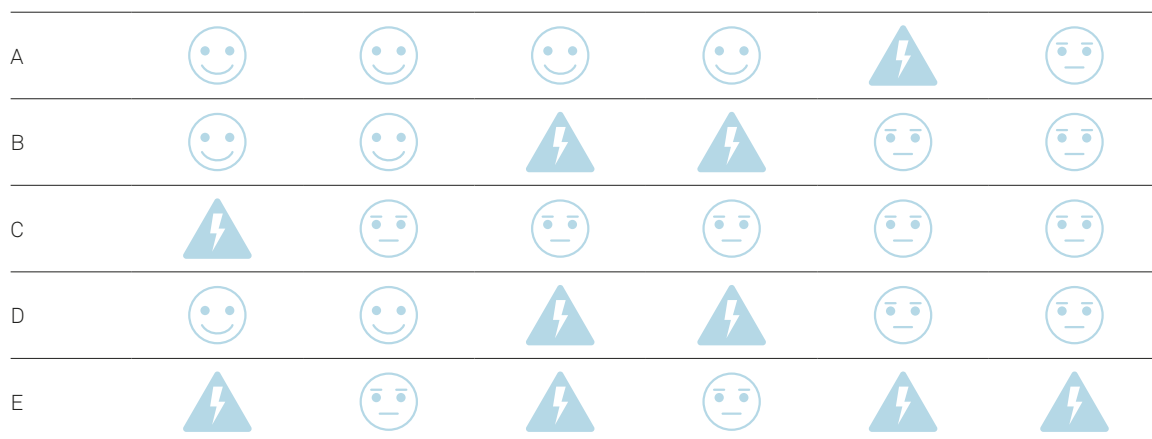
Die Unterschiedlichkeit der vielen Aspekte bei traumatischen Erfahrungen kann zu mannigfachen psychischen Symptomen führen. Ziel des Trauma-Dissoziations-Achsenmodells ist die leichtere Orientierung bei der systematischen Abklärung von Traumafolgen.

### 1.2.2 Einteilung von Traumata

Belastende Erfahrungen können sich wie in Kap. 1.2.1 beschrieben in äußerst unterschiedlicher Weise manifestieren. Vom „einfachen“ Autounfall bis zur mehrjährigen sexuellen Ausbeutung oder von einer belastenden Festnahme während einer politischen Demonstration bis hin zu mehrjähriger Haft und Folter aus politischen Gründen werden sehr ungleiche Erfahrungen als „Trauma“ bezeichnet. Deshalb ist es hilfreich, die verschiedenartigen traumatischen Erfahrungen genauer zu differenzieren (für eine ausführliche Darlegung zu Trauma und traumatischen Erfahrungen siehe E. Nijenhuis [Nijenhuis, 2015]).

#### Bindungstraumatisierungen

Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen umfassen makrotraumatische Ereignisse wie körperliche Misshandlungen, sexuelle Übergriffe und körperliche Vernachlässigung sowie eine Vielzahl kumulativer Mikrotraumen durch andauernde Entwertungen und Überforderungen, langdauernde Situationen des Alleinseins und der fehlenden emotionalen und körperlichen Geborgenheit. Dazu gehören auch emotionaler Missbrauch, emotionale Vernachlässigung sowie eine



Geburt —————> heute  
**Abbildung 1-1:** Unterschiedliche Formen von Traumata und deren Auswirkungen. **a** Monotrauma im Erwachsenenalter. **b** Wiederholte Traumatisierungen im Erwachsenenalter. **c** Schwere Bindungstraumatisierungen in der frühen Kindheit. **d** Loverboy-Missbrauch in der Jugend. **e** Verschiedene Traumatisierungen ab früher Kindheit.

Vielzahl von Trennungen oder Verlusten (Wöller, 2006a, 2006b). **Tabelle 1-1** gibt eine Übersicht über verschiedene Bindungstraumatisierungen in der Kindheit.

Bindungstraumatisierungen in der Kindheit können insbesondere zu Persönlichkeitsstörungen im Erwachsenenalter führen mit umfassenden Störungen der Emotionsregulation und der Fähigkeit zur Mentalisierung (Wöller, 2006a). Nicht alle Persönlichkeitsstörungen sind jedoch im Umkehrschluss auf chronische Traumatisierungen in der Kindheit zurückzuführen. Für alle Persönlichkeitsstörungen muss eine komplexe Interaktion von genetischen Faktoren, Belastungsfaktoren (Kap. 1.2.1) und protektiven Faktoren angenommen werden (Paris, 1998).

Aufgrund der Bedeutung der Bindungstraumatisierungen und Persönlichkeitsstörungen für Therapie und Beratung werden sie im Rahmen der TD-Achsen an erster Stelle untersucht (Kap. 2, Seite 43).

### Aufteilung nach Terr: Typ I (Monotrauma) und Typ II (Mehrfachtrauma)

Neben den Bindungstraumatisierungen in der Kindheit lassen sich viele Arten unterschiedlicher Traumata über den gesamten Lebensverlauf unterscheiden. Von Terr stammt die Unterteilung in kurzfristige Trauma (Typ I) und langfristige Trauma (Typ II) (Terr, 1989). Weiter unterteilen lassen sich die traumatischen Ereignisse in solche, die sich akzidentiell ereignen, und solche, die durch Menschen verursacht werden (**Tabelle 1-2**):

- **Typ-I-Trauma:** einmalige traumatische Ereignisse, oft mit Gefühl der existenziellen Bedrohung (existenzielle Bedrohung ist aber nicht Bedingung nach ICD-11), gekennzeichnet durch Plötzlichkeit und Überraschung:
  - *akzidentiell:* Unfälle (z.B. Auto-, Zugunfälle), Naturkatastrophen (z.B. Tsunami, Hurrikan, Überschwemmungen), Naturunfälle (z.B. Lawinen,

**Tabelle 1-1:** Bindungstraumatisierungen in der Kindheit. Zu unterscheiden sind: Durch welche Bindungspersonen? Vorübergehend oder andauernd? In welchem Alter? Mit/ohne bewusste Absicht?

Art der Gewalt	Beispiele
psychische Gewalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• körperliche Isolation: Ablehnen von Körperkontakt, Abwerten von Kontaktversuchen des Kindes</li> <li>• wiederholtes Entmutigen</li> <li>• permanente Schuldzuweisungen</li> <li>• Entwertungen, Demütigungen, Beschimpfungen, Bloßstellen, Verspotten (privat und/oder öffentlich)</li> <li>• Beschämung als Erziehungsmittel</li> <li>• sich widersprechende und sich gegenseitig ausschließende Botschaften (Doppelbotschaften), ausgehend vom Inhalt der gesprochenen Worte, dem Tonfall, der Gestik, der Mimik oder der Handlungen</li> <li>• Bedrohen (Angst einjagen, drohen), Angst als Erziehungsmittel, Erpressen</li> <li>• Infragestellung und/oder Abwertung der Wahrnehmung, Zurückweisen der Gefühle als unzutreffend durch Bindungspersonen</li> <li>• andauernde Überforderung</li> <li>• Parentifizierung</li> <li>• rigide Vorschriften für Kleidung, Aussehen, Essen, Sexualität u. a.</li> <li>• soziale Isolation</li> <li>• rigide Kontrolle über soziale Kontakte (Freundeskreis, soziale Medien u. a.)</li> <li>• fehlendes Setzen von Grenzen</li> <li>• Missbrauch im Rahmen eines Konfliktes zwischen den Eltern, Erzwingen von Loyalitätskonflikten zwischen den Eltern (oder anderen Bezugspersonen)</li> <li>• Wegnehmen von Gegenständen oder Tieren mit besonderer emotionaler Bedeutung (vorübergehend, definitiv, mit/ohne Zerstören bzw. Töten)</li> <li>• Grooming und späterer sexueller Missbrauch</li> </ul>
körperliche und psychische Vernachlässigung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fehlen notwendiger Fürsorge (Ernährung, Pflege, gesundheitliche Versorgung)</li> <li>• Ignorieren, Missachten, Ablehnen</li> <li>• Mangel an Aufsicht (Schutz vor Gefährdungen)</li> <li>• wiederholtes, langes Alleinsein</li> <li>• Mangel an Anregung zur motorischen, geistigen, emotionalen und sozialen Entwicklung</li> </ul>
körperliche Gewalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schläge (mit der Hand, den Füßen, Gegenständen)</li> <li>• andere gewaltsame Handlungen: Verbrennungen, Stiche, Schütteln, Würgen, Vergiftungen, kalt abdschen, An-den-Ohren/Haaren-ziehen u. a.</li> </ul>
sexuelle Gewalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• s. Typ-I- und Typ-II-Trauma sowie Typ-III-Traumatisierungen (Seite 30)</li> </ul>

- Steinschlag, Erdbeben) und berufsbedingte Traumatisierungen (z. B. Feuerwehr, Polizei, Ambulanz, Notfallstation eines Spitals, Medizin allgemein)
- *interpersonelle Traumatisierungen*: sexualisierte Gewalt (z. B. Vergewaltigung), körperliche Gewalt, Überfälle und Terrorangriffe
- **Typ-II-Trauma**: mehrmalige traumatische Ereignisse, wiederholt und/oder regelmäßig auftretend, oder eine Serie von Einzelereignissen:
  - *akzidentiell*: technische Katastrophen (z. B. Nuklearunfälle) oder langdauernde Naturkatastrophen (z. B. Erdbeben, lange Dürre)
  - *interpersonelle Traumatisierungen*: z. B. wiederholte sexualisierte Gewalt in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter, Kriegserleben, Geiselnahme, Folter, politische Inhaftierung, Flucht u. a.

postulierte weiteren Forschungsbedarf zu den möglichen Folgen schwerer medizinischer Erkrankungen (Maercker, 1998). Mit dem Modell des „Enduring Somatic Threat“ (EST, „anhaltende körperliche Bedrohung“) wurden die Unterschiede zwischen medizinischen und anderen Traumata herausgearbeitet (Edmondson, 2014). Darin wurde beschrieben, dass bei medizinischen Krankheiten die Bedrohung aus dem eigenen Körper komme, die davon ausgehende Gefahr andauernd und die Gefahr auf die Zukunft ausgerichtet sei (Köllner, 2019). Als besondere Risikosituationen sind bisher u. a. intensivmedizinische Maßnahmen wegen lebensbedrohlicher Erkrankungen (Jackson et al., 2007), Herz- und Lungentransplantationen (Davydow, Lease, & Reyes, 2015) und Fehlgeburten (Farren et al., 2016) nachgewiesen worden (**Tabelle 1-3**). Weiter zu beachten sind die potenziell traumatisierenden Folgen einer Frühgeburt mit längerer Behandlung in einem Brutkasten. Frühgeburten könnten mit einem erhöhten Risiko für spätere emotionale und psychologische Schwierigkeiten der Neugeborenen einhergehen (**Tabelle 1-3**) (Maroney, 2003).

### Trauma durch körperliche Erkrankungen und medizinische Eingriffe

In Ergänzung zu den Typ-I- und Typ-II-Traumatisierungen nach Terr führte Maercker medizinisch bedingte Traumata als eigenständige Kategorie ein und

**Tabelle 1-2:** Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse nach Typ I und Typ II.

Art der Gewalt	Typ-I-Traumata (einmalig/kurzfristig)	Typ-II-Traumata (mehrfach/langfristig)
interpersonelle Traumata	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sexuelle Übergriffe: Vergewaltigung, übergriffige Berührungen</li> <li>• körperliche Gewalt: Überfall, häusliche Gewalt</li> <li>• Terroranschlag</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• repetitive sexualisierte und körperliche Gewalt</li> <li>• Geiselnahme, Folter</li> <li>• Krieg</li> </ul>
akzidentielle Traumata	<ul style="list-style-type: none"> <li>• schwere Unfälle: Verkehr, Lawine, Erdbeben, Flugzeugunfall u. a.</li> <li>• berufsbedingte Traumatisierungen: Polizei, Ambulanz, Medizin, Pflege u. a.</li> <li>• kurzdauernde Katastrophen: Hurrikan, Brand, Tsunami</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• technische Katastrophen: Nuklearkatastrophe, Giftgaskatastrophe</li> <li>• langdauernde Naturkatastrophen: Erdbeben, Dürre</li> </ul>

**Tabelle 1-3:** Einteilung medizinischer Traumatisierungen, adaptiert nach Maercker (A. Maercker & Augsburger, 2019), Beispiele.

Bindungstraumata	Typ-I-Traumata (einmalig/kurzfristig)	Typ-II-Traumata (mehrfach/langfristig)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frühgeburt mit anschließender längerdauernder neonatologischer intensivmedizinischer Behandlung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• schwere Unfallverletzungen: Hemiplegie, Verlust Arm/Bein, Verbrennungen</li> <li>• schwere innere Erkrankungen: Hirnschlag, Herzinfarkt</li> <li>• lebensbedrohliche Erfahrungen: Reanimationen, Erwachen während Narkose</li> <li>• Traumatisierungen durch Komplikationen einer Geburt (für Mutter)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• chronische lebensbedrohliche Krankheiten: Krebs, HIV/AIDS, schwere Herzinsuffizienz u. a.</li> <li>• chronische schwere unheilbare (oder nur bedingt behandelbare) Erkrankungen: schwere rheumatische oder neurologische Erkrankungen, Niereninsuffizienz, Stoffwechselstörungen u. a.</li> </ul>

### Typ-III-Traumatisierungen bei organisierten und ritualisierten Gewaltstrukturen

Von den bisher beschriebenen Formen von Traumatisierungen sollten besonders schwerwiegende Arten von Gewalt abgegrenzt werden, die sich durch den Grad an Vernetzung der Täterschaft und deren Ausmaß an kriminellem psychologischem Fachwissen zum Herstellen posttraumatischer Störungen und struktureller Dissoziation (Seite 101) unterscheidet. Diese schweren Formen treten besonders in organisierten und ritualisierten Gewaltstrukturen auf. Um sie von Typ-I-Traumatisierungen (Monotrauma) und Typ-II-Traumatisierungen (Mehrfachtrauma) abzugrenzen, werden sie hier Typ-III-Traumatisierungen benannt.

In organisierten und rituellen Gewaltstrukturen wird die systematische Anwendung schwerer sexualisierter Gewalt (in Verbindung mit körperlicher und psychischer Gewalt) an Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen durch die Zusammenarbeit einer organisierten Täterschaft ermöglicht. Sie ist häufig verbunden mit kommerzieller sexueller Ausbeutung (Zwangsprostitution, Handel mit Kindern, Herstellen von Missbrauchsmaterial von Kindern). Dient eine Ideologie zur Begründung oder Rechtfertigung der Gewalt, wird dies als rituelle Gewaltstruktur bezeichnet (Fachkreis, 2018; Nick, Schröder, Briken, & Richter-Appelt, 2019).

Die meisten Informationen zu organisierter und ritualisierter Gewalt stammen von Betroffenen und deren psychosozialen Fachkräften (Nick et al., 2019). Befragungen in den USA kamen zum Ergebnis, dass etwas 5-17% der Frauen und Kinder, die wegen sexualisierter Gewalterfahrungen in Behandlung waren, von organisierter und ritualisierter Gewalt berichteten (Finkelhor, Williams, Burns, & Kalinowski, 1988; McClellan, Adams, Douglas, McCurry, & Storck, 1995). Ähnliche Studien in Großbritannien, Nordamerika und Australien kamen zu ähnlichen Ergebnissen (Nick et al., 2019). In Deutschland ergaben Befragungen von Psychotherapeuten mit Kassenzulassung, dass 5-10% der Befragten bereits Opfer von organisierter und ritualisierter Gewalt behandelt hatten (Kownatzki et al., 2011).

Exemplarisch werden hier 3 Formen organisierter und ritualisierter Gewaltstrukturen vorgestellt:

- organisierte und ritualisierte Gewalt im familiären Kontext
- Online-Missbrauch von Kindern und Jugendlichen und Herstellen von Bildmaterial von Missbrauch
- Loverboy-Missbrauch

### Organisierte und ritualisierte Gewalt im familiären Kontext

Organisierte und ritualisierte Gewalt kann in Familien generationenübergreifend eingebunden sein. Möglich ist eine frühkindliche Bindung an eine Täterschaft, Gruppe und Ideologie mit Schweigegeboten, Erpressung und Verfolgung (Fachkreis, 2018).

Im Kontext solcher Gewaltgruppierungen berichten viele Betroffene neben verschiedenen Formen emotionaler, körperlicher und sexueller Gewalt auch von spezifischen Formen der Bewusstseinspaltung und -manipulation (Nick et al., 2019). Sie erzählen von extremer Gewaltanwendung in der Kindheit und Jugend mit Auftreten einer strukturellen Dissoziation (Seite 101). Diese Form der Kontrolle und Ausbeutung wird auch als Mind Control bezeichnet (Breitenbach, 2011; Fliss, 2013; Igney, 2012; Miller, 2014, 2018).

Der Missbrauch beinhaltet in der Regel die organisierte Ausbeutung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen von Kinderprostitution und Menschenhandel, wobei die gezielte Herstellung dissoziativer Anteile dem methodischen Vertuschen der Straftaten dient. Manchmal kommen ritualisierte Aspekte wie Symbole, Zeremonien und Satanismus dazu (Nick et al., 2019). Rituelle Gewalt ist in der Regel nur ein Bestandteil verschiedener anderer Formen organisierter Gewalt und sollte nicht isoliert betrachtet und wahrgenommen werden.

Organisierte und ritualisierte Gewalt im familiären Kontext besteht vermutlich bereits seit vielen Jahrzehnten und länger (Miller, 2018). Das Wissen in solchen Gewaltstrukturen wird möglicherweise über Generationen weitergegeben (Fachkreis, 2018).

### Online-Missbrauch von Kindern und Jugendlichen und Herstellen von Bildmaterial von Missbrauch

Mit der Entwicklung von Internetdiensten, neuen Kommunikationsmöglichkeiten (z. B. Instant Messaging), digitalen Foto- und Filmtechniken und weiteren technischen Errungenschaften haben sich seit der Jahrtausendwende unzählige neue technische Möglichkeiten eröffnet, die unser Leben in vielfältiger Weise beeinflussen und uns weitergebracht haben. Leider haben sich parallel zu den Verbesserungen auch problematische Folgen des Fortschritts ergeben, die indirekt auch negative Folgen für Psychiatrie und Psychotherapie haben.

#### Merke

Die neuen Technologien haben dazu geführt, dass pädosexuelle Täter sich besser, gezielter und anonym als früher vernetzen können und rascher zu spe-