

VPP



Berufsverband
Deutscher
Psychologinnen
und Psychologen

aktuell

VERBAND PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUTINNEN UND PSYCHOTHERAPEUTEN IM BDP E.V.

HEFT 58

September 2022

Traumafolgestörungen



Traumafolgestörungen

Das Störungsmodell bei Traumafolgestörungen in der Richtlinien-Psychotherapie

Im vorliegenden Beitrag werden Traumafolgestörungen aus Sicht der Richtlinien-Therapie und der Anforderungen des Antrags- und Gutachterverfahren betrachtet.

Die Behandlung von Traumafolgestörungen war in der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie – trotz der Anforderungen aus der klinischen Praxis – lange Zeit (d.h. vor 2011) in Deutschland offiziell nicht richtlinienkonform und somit nicht erlaubt. Dies ist auch deswegen kritisch zu reflektieren, da seit mindestens 2003 wichtige Ausführungen zur Notwendigkeit trauma-adaptierter Behandlungen vorliegen.

Schließlich hat sich die Behandlungssituation für akute Traumafolgestörungen in der Richtlinien-Psychotherapie schrittweise verbessert: Nachdem 2011 der 9. Faber/Haarstrick-Kommentar der Psychotherapie-Richtlinie traumatherapeutische Interventionen zunächst für die TP als zulässig erklärte, (Übersicht bei Jungclaussen, 2012a, 2012b, 2012c), wurde die Zulässigkeit „traumamodifizierter Behandlungen“ dann seit 2015 (im 10. Faber/Haarstrick-Kommentar; Dieckmann et al., 2015) auf alle Richtlinien-Verfahren ausgeweitet. Voraussetzung hierfür war u. a., dass eine gesicherte PTBS-Diagnose vorlag, worauf der Kommentar bereits eine Ausgabe vorher hinwies (vgl. Rüger et al., 2011). Zum Wohle der Patientinnen und Patienten durften also traumaspezifische Interventionen in einer Richtlinienpsychotherapie offiziell beantragt und durchgeführt werden. Gleichzeitig wurde EMDR 2014/15 als Methode in der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt. Das Richtlinien-System öffnete sich also (ausführliche Diskussion bei Jungclaussen, 2018; eine Übersicht zur aktuellen Diskussion um das Gutachterverfahren findet sich bei Hauten & Jungclaussen, 2022). Es empfiehlt sich, die aktuelle und künftige Diskussion zur Behandlung von Traumafolgestörungen in der Richtlinienpsychotherapie insbesondere im jeweils gültigen Faber/Haarstrick-Kommentar zu verfolgen (aktuell Dieckmann et al., 2021).

Vor dem Hintergrund der Öffnung und mit Blick auf die Reformierung des Gutachterverfahrens 2017 (d.h. Verdichtung/Verkürzung des Berichts an den Gutachter) stiegen gleichzeitig die Anforderungen an die schriftliche Trauma-Falldarstellung im Bericht an den Gutachter. Dieser Schritt ist stets anspruchsvoll, da im Krankheitsverständnis der Psychotherapie-Richtlinie die Rolle der Prädisposition für die Krankheitsentstehung von zentraler Bedeutung ist (Jungclaussen, 2018). Konkret lässt sich also fragen: Wie konzipiert und schreibt man ein richtlinienkonformes Störungsverständnis im Bericht unter Berücksichtigung akuter sowie chronifizierter trauma-ätiopathogenetischer Störungsanteile?

Aufgrund dieser veränderten und anspruchsvollen Situation ermangelte es für Traumafolgestörungen indes lange Zeit an adäquaten systematischen Darstellungen zur entsprechenden Fallformulierung im Rahmen der Beantragung.

Im Folgenden wird am Beispiel der TP und AP ein entsprechendes Modell in Kurzform dargestellt. In dieser Heuristik werden die inhaltlich-methodischen Anforderungen für das Verfassen der Psychodynamik einer Traumafolgestörung in Leitfaden-Form systematisch beschrieben. Dabei wird in der Heuristik zwischen Trauma Typ I (Monotrauma/PTBS) und Typ II (Frühe Traumatisierungen bzw. Komplextraumatisierungen) unterschieden. Es werden im Kontext der Psychodynamik hierfür je sieben methodische Denkschritte formuliert. Diese Schritte transformieren implizite Denkschritte zum Verfassen der Psychodynamik in explizite kognitive Konzept-Schritte. Die sieben Schritte stehen im Einklang mit den gültigen Psychotherapie-Richtlinien. Sie können, müssen aber nicht zwingend chronologisch verfasst werden. Die Trennung in sieben Schritte folgt didaktischen Zwecken.

Während dieser Psychodynamik-Leitfaden bereits für Konflikt- und Strukturstörungen seit Längerem vorliegt und angewandt wird (ausführlich bei Jungclaussen, 2013, S. 104–171) wurde dieser für Traumafolgestörungen in Fortbildungen seit ca. 2009 vermittelt und seit 2018 (Jungclaussen, 2018) publiziert. Dargestellt wird im vorliegenden Rahmen die siebenstufige Psychodynamik-Heuristik für Typ-I-Trauma (Monotrauma/PTBS), wie sie z. B. im Gutachterverfahren in den psychoanalytisch begründeten Richtlinienpsychotherapien (TP/AP) konkret anwendbar ist.

Psychodynamik-Leitfaden für Typ-I-Trauma-Störungen

Schritt 1: Prägnante psychogenetische Rekonstruktion der (frühen) Biografie zur Erläuterung der vulnerablen Strukturen (als Hypothese)

Zunächst wird die frühe Biografie prägnant beschrieben. Diese ist weniger beeinträchtigt als bei komplexen oder extremen Traumafolgestörungen bzw. Beziehungstraumata in der Frühgenese (vgl. Typ-II-Trauma). Biografische Angaben dienen im Sinne der psychogenetischen Rekonstruktion dazu, die Störungs-Prädisposition (für den Gutachter) biografisch nachvollziehbar zu machen.

Schritt 2: Nennung des Mono-Traumas

Das einzelne Mono-Trauma ist zu benennen, das der Symptombildung zugrunde liegt (z. B. Unfall, Vergewaltigung).

Schritt 3: Erklärung, warum es zu einer nicht gelingenden Bewältigung des Mono-Traumas kam

Im Falle der Ausbildung krankheitswertiger Symptome ist die Antwort auf die Frage relevant, warum der Patient das Mono-Trauma nicht bewältigt hat, also z. B. eine PTBS ausbildete und eine psychotherapeutische Behandlung benötigt. In den psychoanalytisch begründeten Therapieverfahren (TP und AP) wird diese Frage – wie eingangs betont – wie folgt zu beantworten versucht: Aufgrund welcher persönlich gewachsener Prädisposition und Vulnerabilität kann die Patientin bzw. der Patient das Mono-Trauma nicht vollständig selbst verarbeiten?

Ohne diesen richtliniengemäßen Einbezug einer dispositionellen Vulnerabilität, vor deren Hintergrund ein Trauma innerpsychisch verarbeitet wird, kann kein psychoanalytisch begründeter Krankheitsvorgang im Sinne der Richtlinien vorliegen und keine ambulante Richtlinien-Therapie befürwortet werden. Die Beschreibung einer konflikt- oder auch strukturbedingten Prädisposition kann aus Sicht der unterschiedlichen psychoanalytischen Metatheorien, aus triebpsychologischer, ich-psychologischer, objektbeziehungstheoretischer sowie selbstpsychologischer Sicht beschrieben werden.

Schritt 4: Beschreibung der vergeblichen Versuche der Patientin/des Patienten, mithilfe (pathogener) Kompensation und Ressourcen das Trauma zu bewältigen

Der nächste erforderliche psychodynamische Aspekt ist die Beschreibung, mithilfe welcher Abwehr-, Bewältigungsversuche oder Schutz- und Kompensationsmechanismen die Patientin/der Patient (bislang) versucht hat, sich an das (verfestigte) Mono-Trauma anzupassen bzw. dieses zu bewältigen (z. B. mittels Dissoziationen, Affektabsplattungen/-isolierungen, Depersonalisationen, Rückzug). Dabei sind die Grenzen zu pathologischen Formen der Anpassungsversuche fließend (z. B. Süchte). Zu den o. g. Kompensationsversuchen gehören auch Ressourcen der Patientin/des Patienten.

Schritt 5: Benennung des Entstehungswegs der aktuellen Störung

In Bezug auf die Entstehung des klinischen Bildes einer Traumafolgestörung nach einem Mono-Trauma können aus psychodynamischer Sicht mindestens folgende Varianten unterschieden werden:

- Verfestigung der Störung aufgrund fehlender Bewältigung (Persistierende Intrusionen/Flashbacks oder Dissoziationen)
- Kompensationsverlust/Erliegen der Abwehr oder
- Beendigung des Vermeidungsverhaltens

- retraumatisierende Auslöser („Trigger“)
- aufgrund eines wiederholten Trauma-Ereignisses (was „das Fass überlaufen lässt“)

Schritt 6: Benennung der Art der Dekompensation

In Schritt 6 der heuristischen Systematik stoßen die psychodynamisch wirksamen Kräfte aufeinander. Es können analog zu oben fünf Varianten systematisch unterschieden werden:

- Störungs-Verfestigung
- Wegfall von Kompensation/Erliegen der Abwehr
- Vermeidungsbeendigung
- Retraumatisierung
- Dekompensation aufgrund wiederholten Traumas. In diesem Fall überfordert das zweite Trauma-Ereignis die Verarbeitungsmöglichkeiten des Betroffenen, sodass es zur Dekompensation kommt.

Schritt 7: Beschreibung des Symptombildes (PTBS)

Beim letzten Schritt der Psychodynamik ist die Trauma-Symptomatik zu nennen. Im Kontext eines Mono-Traumas im Sinne eines Typ-I-Traumas wird als häufigste Symptomdiagnose eine PTBS zu konstatieren sein. Für eine trauma-modifizierte TP/AP im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie ist es notwendig, dass auf Symptomebene dezidiert eine PTBS diagnostiziert wurde (vgl. Rüger et al., 2011; Dieckman et al., 2018).

Der dargestellte Psychodynamik-Leitfaden für Trauma-Typ-I-Störungen wird noch durch einen weiteren, deutlich komplexeren Leitfaden für Typ-II-Störungen (Komplextraumatisierungen) ergänzt.

Aus Platzgründen kann dieser hier nicht dargestellt werden. Dieser zweite Trauma-Leitfaden sowie Fortbildungsinhalte finden sich ausführlich beschrieben bei Jungclausen (2018) sowie unter <https://psy-dak.de>.

Fazit

Die siebenschrittige Heuristik stellt eine systematische, komplexitätsreduzierende, in der Praxis angewandte und richtlinienkonforme Darstellung der inhaltlich-methodischen Anforderungen der Psychodynamik von Traumafolgestörungen dar.

Neben der eingangs erwähnten didaktischen Zielsetzung für die Praxis stellt das Konzept durch seine systematische Ausleuchtung des Psychodynamik-Konzepts einen Beitrag zur psychoanalytischen Konzeptforschung in einem weiteren

Sinne dar (vgl. Dreher, 2004; Leuzinger-Bohleber & Fischmann, 2006).

Die sieben Punkte stellen darüber hinaus eine Kriterien-sammlung bzw. eine Sammlung von Kernbegriffen dar, die sich zur Inhaltsanalyse von Psychodynamiken und somit zu Forschungszwecken eignet.

Ausblick zum Antrags- und Gutachterverfahren im Lichte aktueller Reformänderungen

Aus aktuellem Anlass sei abschließend die Versorgungssituation von Trauma-Patientinnen und -Patienten im Gutachterverfahren im Lichte der aktuellen Reformbewegungen des Gesetzgebers diskutiert, die zu tief greifenden Änderungen führen können. Der Gesetzgeber hat im Rahmen des 2019 beschlossenen „Gesetz zur Reform der Psychotherapeuten-ausbildung“ (PsychThGAusbRefG) die Einführung eines neuen einrichtungsübergreifenden Verfahrens zur Qualitätssicherung (QS) beschlossen.

Bei Einführung dieses neuen QS-Verfahrens soll das alte Antrags- und Gutachterverfahren abgeschafft werden. Der Wegfall des alten Gutachterverfahrens wird – wenn es konsequent umgesetzt wird – aber auch die Abschaffung der Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung bedeuten, die seit Jahrzehnten u. a. einen sicheren Therapierahmen gewährleistet. D. h., Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten könnten im neuen System bei Wegfall der Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung in einschneidend neuer Weise künftigen Prüfungen (z. B. der Behandlungsdauer) und somit möglichen Regressforderungen der Kassen ausgesetzt sein. Patientinnen und Patienten mit längerem Behandlungsbedarf, wie dies im ganz besonderen Maße bei Komplextraumatisierten der Fall ist, werden von diesen negativen Konsequenzen besonders betroffen sein: Aufgrund der geplanten QS-Maßnahmen liegt es nahe, dass Behandlerinnen und Behandler dann diejenigen Patientinnen und Patienten möglicherweise zurückhaltender in eine Behandlung aufnehmen werden, bei denen die Prognose der Behandlung aufgrund der Schwere der o. g. psychischen Beeinträchtigung zu Beginn der Therapie vermeidlich als problematisch eingestuft wird.

Behandlerinnen und Behandler könnten deshalb zu Beginn der Therapie bei schwerer und länger behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten potenziell mögliche Regressforderungen der Kassen befürchten sowie deshalb vor der Aufnahme „schwererer Patientinnen und Patienten“ zurückschrecken. Es ist somit stark davon auszugehen, dass – ganz

besonders zum Leidwesen von Trauma-Patientinnen und -Patienten – die geplanten Maßnahmen weniger einer Verbesserung der Behandlungsqualität, sondern mehr einer Kontrolle und letztlich einer Rationalisierung und Verknappung von psychotherapeutischer Versorgung im Kassensystem dienen könnten. In der Diskussion um das neue System wird auch die Frage aufgeworfen, ob die festen Stundenkontingente pro Verfahren auch erhalten bleiben (s. auch Diskussion bei Hauten & Jungclaussen, 2022).

Diese Entwicklung würde die seit über 50 Jahren in Deutschland qualitativ hochwertige und gesicherte psychotherapeutische Versorgung gerade von Menschen mit besonderem Behandlungsbedarf, z. B. Patientinnen und Patienten mit Traumafolgestörungen und schweren Persönlichkeitsstörungen, substanziell gefährden (vgl. Jungclaussen & Hauten, 2022). Dies entspräche einem Paradigmenwechsel in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland seit Beginn der psychotherapeutischen kassenärztlichen Versorgung in den 1960er-Jahren. Zu wünschen ist der Erhalt eines sicheren Behandlungsrahmens für die psychotherapeutische Versorgung vor allem länger behandlungsbedürftiger (traumatisierter) Patientinnen und Patienten. Der Erhalt der Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung durch das Antrags- und Genehmigungsverfahren schützt den erforderlichen Rahmen, d. h. die festen Stunden-Kontingente.

Positiv ist abschließend anzumerken, dass die Erkrankung von komplextraumatisierten Patientinnen und Patienten in der Neufassung des Diagnosekatalogs der WHO – im ICD-11 – durch die Neueinführung der Diagnose „komplexe Traumafolgestörung“ besonders gewürdigt wurde (Übersicht der Neuerungen bei Jungclaussen, Hauten, Lentzen, 2021). Hierdurch wird die Kostenübernahme in der kassenärztlichen Versorgung für Patientinnen und Patienten mit Komplextraumatisierungen einfacher und verlässlicher sichergestellt.

Prof. Dr. Ingo Jungclaussen
 Fachhochschule des Mittelstandes, Klinische Psychologie
 und Psychotherapie (Köln),
 Fortbildungs-Institut für Psychodynamische Didaktik
<https://psy-dak.de>

Die Literaturliste ist unter www.vpp-aktuell.de/leseproben als Download verfügbar.