

Geht traumaspezifische Psychotherapie in der Reha?

Prof. Dr. med. Volker Köllner

Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Psychosomatik, Centrum für Innere Medizin und Dermatologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin

und

Abteilung Psychosomatik und Verhaltenstherapie, Rehasentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung, Teltow

Volker.koellner@charite.de

Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11

ANDREAS MAERCKER¹, CHRIS R. BREWIN², RICHARD A. BRYANT³, MARYLENE CLOITRE⁴, MARK VAN OMMEREN⁵,
LYNNE M. JONES⁶, ASMA HUMAYAN⁷, ASHRAF KAGEE⁸, AUGUSTO E. LLOSA⁹, CÉCILE ROUSSEAU¹⁰,
DAYA J. SOMASUNDARAM^{11,12}, RENATO SOUZA¹³, YURIKO SUZUKI¹⁴, INKA WEISSBECKER¹⁵,
SIMON C. WESSELY¹⁶, MICHAEL B. FIRST¹⁷, GEOFFREY M. REED⁵

Evidence for two different ICD-11 posttraumatic stress disorders in a community sample of adolescents and young adults

Axel Perkonig¹ • Michael Höfler² • Marylène Cloitre^{3,4} • Hans-Ulrich Wittchen² •
Sebastian Trautmann² • Andreas Maercker¹

CLINICAL RESEARCH ARTICLE

Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis

Marylène Cloitre^{1,2*}, Donn W. Garvert¹, Brandon Weiss^{1,3}, Eve B. Carlson¹
and Richard A. Bryant⁴

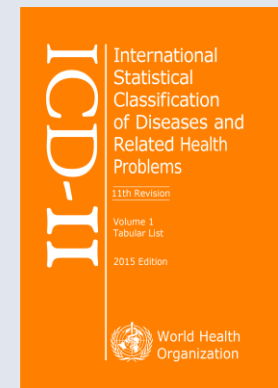
Posttraumatische Belastungsstörung

ICD-10		ICD-11	
A	Erleben eines belastenden Ereignisses von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde	Erleben eines extrem bedrohlichen oder entsetzlichen Ereignisses oder einer Reihe von Ereignissen	
B	- Wiedererleben in sich aufdrängenden Erinnerungen, Träumen oder Alpträumen - Vermeidung - Vegetative Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, übermäßige Schreckhaftigkeit und Schlafstörung	- Wiedererleben - Vermeidung - Anhaltende Wahrnehmung erhöhter Gefahr, z. B. mit Hypervigilanz oder Schreckhaftigkeit	
C	----	Funktionale Beeinträchtigung	
D	----	Symptomatik über mehrere Wochen anhaltend	

Bei der PTBS wird beim Ereigniskriterium „wird bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen“ wegen schlechter Operationalisierbarkeit gestrichen

ICD-11 Diagnosekriterien komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (Hecker & Maercker 2015)

Kriterium/ Symptome	Erläuterungen
A. Traumakriterium	Typischerweise Vorliegen eines „Man-made“-Typ-II-Traumas
B. Kernsymptome der PTBS	Wiedererleben in der Gegenwart (z. B. Flashbacks oder Albträume), Vermeidungsverhalten und Übererregung sind vorhanden, müssen klinisch aber nicht dominieren (z. B. durch Dissoziationsneigung kupiert)
C. Störung der Selbstregulation Emotionsregulationsprobleme	Keine Feinabstufung der Gefühlsausdrücke möglich. Leichte Erregbarkeit in zwischenmenschlichen Situationen und Kommunikationen. Ärger und Zorn dominieren. Selbstschädigende Verhaltensweisen.
Selbstkonzeptveränderungen	Beeinträchtigt Identitätsgefühl: ausgeprägte Überzeugung, ein beschädigtes Leben zu führen, das nicht mehr zu reparieren ist bzw. ausgeprägte Überzeugungen, im Leben etwas falsch gemacht zu haben und minderwertig zu sein. Permanentes Schuld- und Schamgefühl.
Probleme der Beziehungsfähigkeit	Unfähigkeit zur gleichberechtigten partnerschaftlichen Interaktion. Anfälligkeit für überspannte Ansichten. Unfähigkeit zu vertrauen
Dissoziationsneigung (fakultativ)	Dissoziative Symptomatik: anhaltende Aufmerksamkeitsstörungen und wiederholte psychogene Bewusstseinsstörungen. Ausgeprägte und häufige Amnesien und zeitweise Depersonalisationserleben



Traumatherapie

- Wirksamstes Agens in der Traumatherapie sind traumakonfrontative Verfahren.
- Für die Notwendigkeit einer ausgedehnten Stabilisierungsphase fehlt die Evidenz.
- Zunehmend Evidenz gibt es für den Effekt von adjuvanten Verfahren, z. B. Bewegungstherapie und Ausdauertraining.

Traumatherapie in der Reha?

- Traumakonfrontation ist am effektivsten als Einzeltherapie, oft sind Doppelstunden sinnvoll.
- In der Regel ist eine längere Behandlungsdauer als 5-7 Wochen notwendig, ein Therapeutenwechsel in der Konfrontationsphase ist kontraproduktiv!

Traumatherapie in der Reha?

- Traumakonfrontation ist am effektivsten. Einzeltherapie, oft sind Drogen
- In der Reha ist eine Behandlungsdauer als 5-6 Wochen, ein Therapeutenwechsel in der ersten Phase ist kontraproduktiv!

War's das mit der Traumatherapie in der Reha????

Wahrscheinlich werden wir doch gebraucht

- In der (Psycho)kardiologie sehen wir immer wieder Patienten, die nach Typ I-Trauma eine PTBS entwickelt haben und die bisher weder diagnostiziert noch behandelt wurde.
- Lange Wartezeiten auf einen ambulanten Traumatherapieplatz fördern hier die Chronifizierung und gefährden die Patienten letztlich vital.
- Mit EMDR steht hier ein Verfahren zur Verfügung, das mit wenigen Sitzungen die intrusive Symptomatik effektiv reduzieren kann – und das damit in der Reha anwendbar ist.
- EMDR könnte auch bei anderen intrusionsähnlichen Symptomen helfen.
- Hier bietet die neue Modellklausel im Vergütungssystem die Chance, entsprechende Projekte zu implementieren.

...und die KPTBS?

Daten zur KPTBS

Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) - Prävalenz, komorbide Diagnosen und Symptombelastung in der psychosomatischen Rehabilitation

Brenner L. (1,2), Wagner, B. (2), Köllner V. (1,3)

Methode

Stichprobe

- 285 Rehabilitanden einer Psychosomatischen Rehabilitationsklinik
- Alter: $M = 51.17$ Jahre $SD = 9.12$ Range = 23-67 Jahre
- Geschlecht: 73.7 % Frauen

Durchführung

- Naturalistische Fragebogenstudie
- 1 Messzeitpunkt: Aufnahme
- Im Rahmen der routinemäßigen Eingangsdiagnostik

Messinstrumente: Symptom-Checklist-90 (SCL-90-R) Franke, 2002

- Selbstbeurteilungs-Symptomcheckliste
- Erfassung symptomatischer Belastungen
- Screeninginstrument
- 90 Items/ 5-stufiger Likert-Skala
- Aufbau:
 - 9 Skalen
 - 3 Globale Werte

Skala 1 Somatisierung
Skala 2 Zwanghaftigkeit
Skala 3 Unsicherheit in Sozialkontakten
Skala 4 Depressivität
Skala 5 Ängstlichkeit
Skala 6 Aggressivität/Feindseligkeit
Skala 7 Phobische Ängste
Skala 8 Paranoides Denken
Skala 9 Psychotizismus

Messinstrumente: Impact of Event Scale (IES-R) Maercker & Schützwohl, 1998

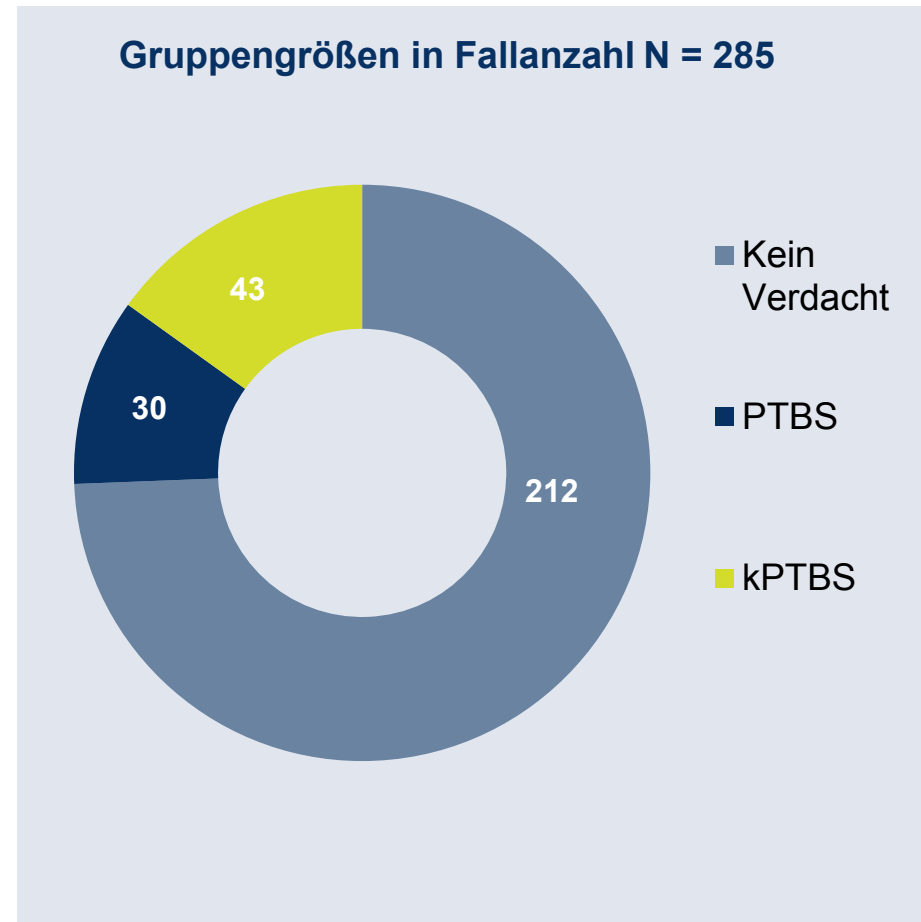
- Selbstbeurteilungsfragebogen
- Erfassung der Symptombelastung traumaspezifischer Beschwerden
- Screeninginstrument: **Identifizierung von PTBS Risikopatienten**
- 22 Items/ 4-stufiger Likert-Skala
- Aufbau: 3 Subskalen
 - Intrusion
 - Vermeidung
 - Hyperarousal

Messinstrumente: Screeninginstrument zur komplexen
Posttraumatischen Belastungsstörung (SkPTBS) Dorr et. al. 2016

- Selbsteinschätzungsfragebogen
- **Identifizierung von Risikopatienten für kPTBS**
 1. Potentiell traumatische Erfahrungen
 2. Peri- & posttraumatische Risiko- & Schutzfaktoren
 3. Symptome der kPTBS (14 Items 7-stufige Likert-Skala)
- PTBS-Kernsymptomatik wird nicht geprüft
- etablierte Instrumente bereits verfügbar (IES-R).

Positives Screening IES-R & SkPTBS

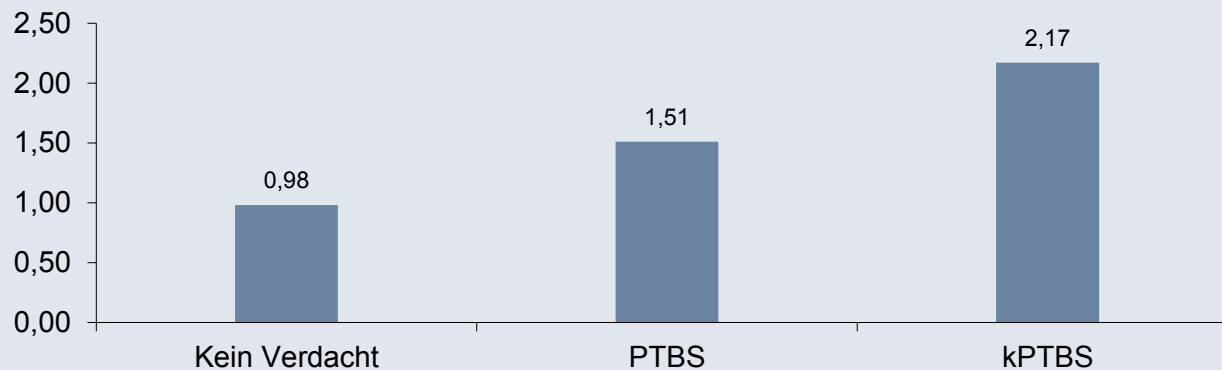
- PTBS Verdacht:
73 Patienten (**25,61 %**)
- kPTBS Verdacht:
43 Patienten (**15,09 %**)



- Geschlechtereffekt: mehr Frauen betroffen
- Patienten mit kPTBS Verdacht entsprechend des Konzepts:
 - Mehrere traumatische Ereignisse
 - Häufiger wiederholte & langanhaltende Traumata
 - Jüngeres Alter bei Ersttraumatisierung
 - Menschlich verursachte Traumata

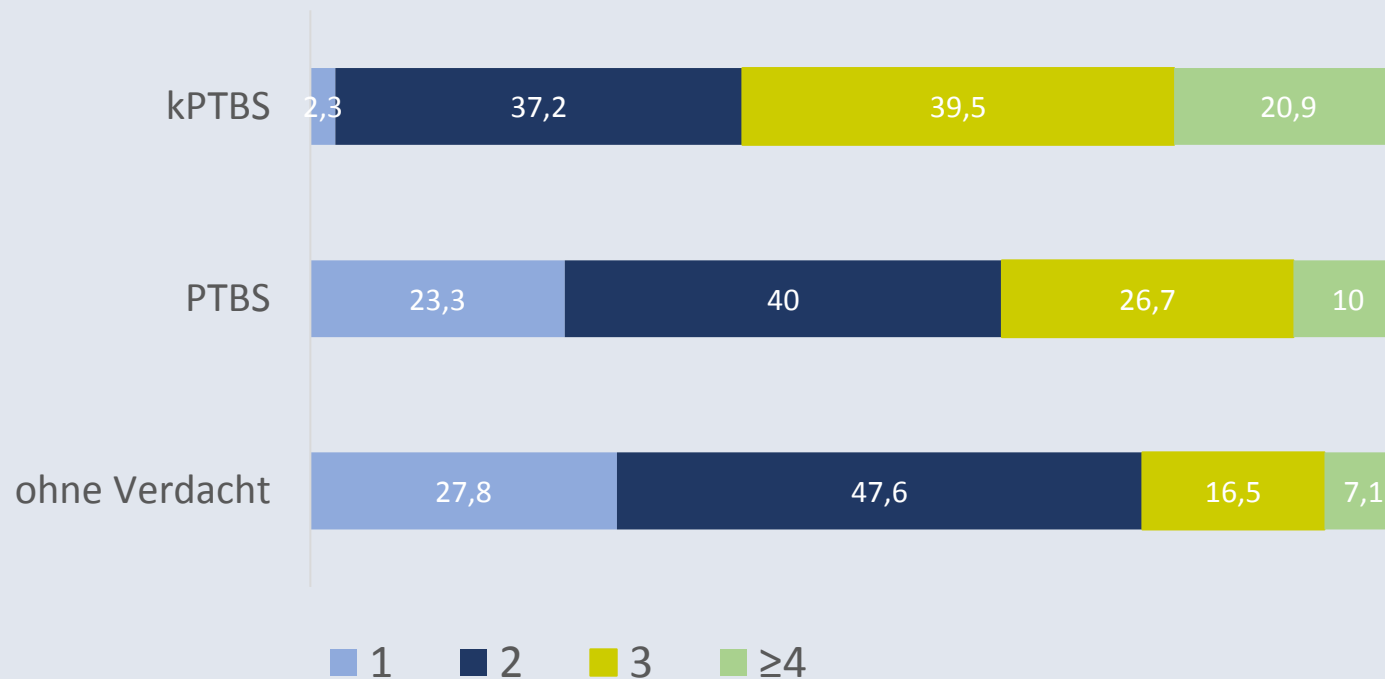
GSI = durchschnittliche psychische Belastung der SCL-90-R Items

Gruppenvergleich der Mittelwerte des Global Severity Index (GSI) der SCL-90-R



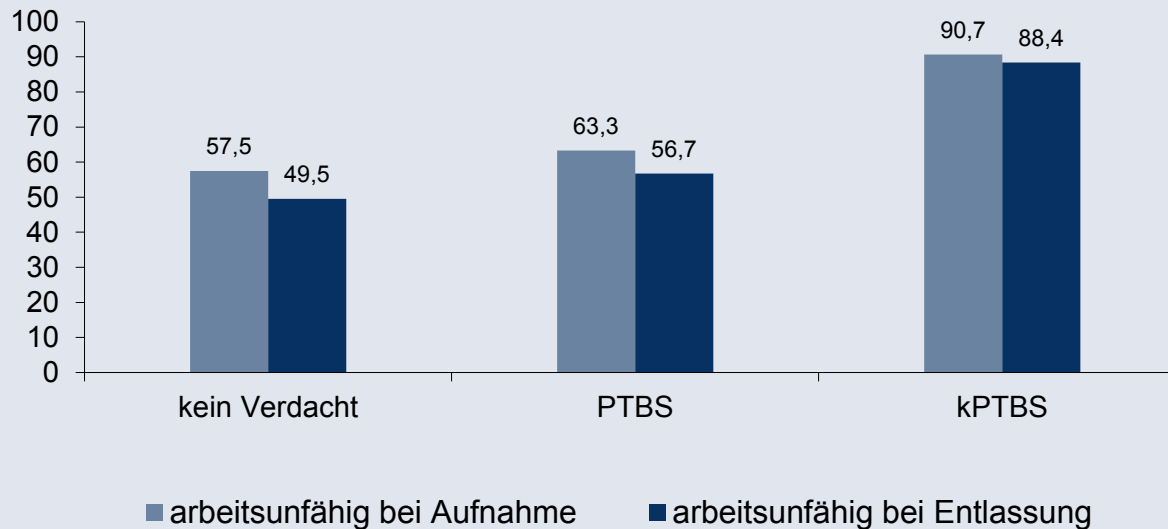
Kruskal-Wallis-H (2) = 79.49, $p < .001$, $d = 1.23$

Häufigkeiten der Anzahl an psychischen Entlassungsdiagnosen in %

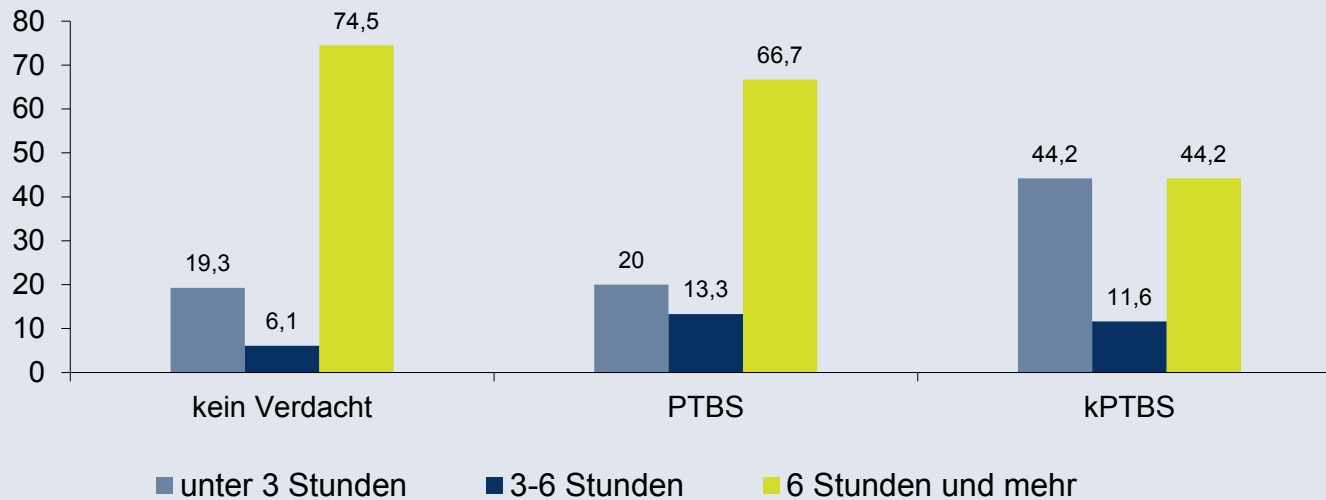


Kruskal-Wallis-H (2) = 27.45, $p < .001$, $d = 0.63$

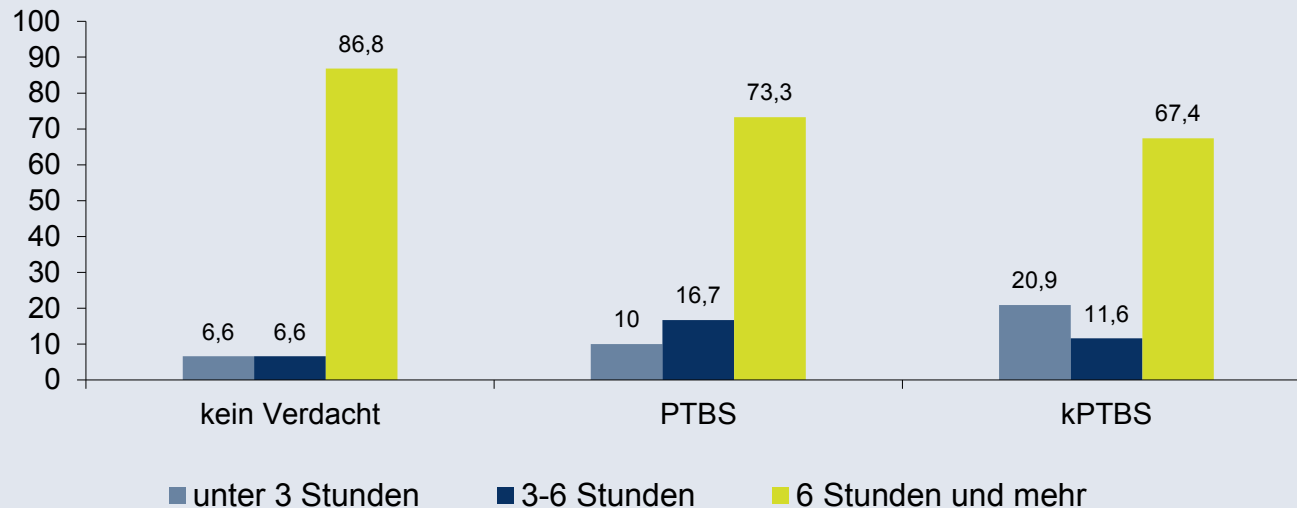
Häufigkeiten des Arbeitsunfähigkeitsstatus bei Aufnahme und Entlassung in %; χ^2 (N = 285) $p < .001$



**Häufigkeiten der quantitativen Leistungsbeurteilung (in Stunden)
für die letzte berufliche Tätigkeit in %; χ^2 (N = 285) p = .002**



Häufigkeiten der quantitativen Leistungsbeurteilung (in Stunden) für den allgemeinen Arbeitsmarkt in %; χ^2 (N = 285) p = .007



- ✓ Die Patienten mit kPTBS Verdacht wurden signifikant häufiger arbeitsunfähig aufgenommen und entlassen als die Vergleichsgruppen
- ✓ Hinsichtlich der quantitativen Leistungsbeurteilung erhielten sie häufiger ein aufgehobenes Leistungsvermögen (< 3 Stunden) für die letzte berufliche Tätigkeit und den allgemeinen Arbeitsmarkt.
- ✓ Bei ihnen wurde ca. dreimal häufiger ein aufgehobenes Leistungsvermögen festgestellt

Wo liegen die spezifischen Einschränkungen und was sind die möglicherweise verursachende dysfunktionale arbeitsbezogene Denk- und Verhaltensmuster?

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung und arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster

Complex Posttraumatic Disorder and Work-Related Behavioral and Experience Patterns

Autoren

Lorena Brenner^{1,2}, Charlotte Härtter², Rahel Bachem³ , Christine Knaevelsrud⁴, Volker Köllner^{1,2}

Unterscheiden sich Patient:innen mit kPTBS, PTBS bzw. ohne PTBS hinsichtlich:

- 1. funktioneller Beeinträchtigung** (Mini-ICF-Selbsteinschätzung)
- 2. arbeitsbezogener Erlebens- und Verhaltensmuster** (AVEM; Selbsteinschätzung)

1. arbeitsbezogener Erlebens- und Verhaltensmuster (AVEM; Selbsteinschätzung)

AVEM dimensions

Stanine-values

AVEM-dimensions

no-PTSD PTSD cPTSD

Subjective importance of work	5	5	5
Professional ambition	4	4	4
Readiness to burn oneself out	3	3	3
Striving for perfection	5	5	5
Ability to distance oneself	4	3	3
Resignation tendencies	6	7	8
Offensive coping	3	3	1
Experience of success at work	3	3	2
Life satisfaction	2	2	1
Experiencing social support	4	4	3
Inner peace and balance	3	3	2

Division into:

1-3: below average
4-6: average
7-9: above average

Graduation in:

3 / 7: easy
2 / 8: clear
1 / 9: strong

AVEM dimensions

Group comparison	no-PTSD-PTSD		no-PTSD-cPTSD		PTSD -cPTSD	
AVEM-dimensions	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Striving for perfection	-.27	1.00	-2.17	.001	-1.90	.067
Ability to distance oneself	1.39	.228	2.58	.001	1.19	.689
Resignation tendencies	-1.30	.190	-3.56	.000	-2.26	.031
Offensive coping	-.26	1.00	2.50	.000	2.78	.001
Experience of success at work	.14	1.00	2.14	.002	2.01	.070
Life satisfaction	.35	1.00	4.86	.000	4.52	.000
Experiencing social support	.86	.472	2.62	.000	1.76	.068
Inner peace and balance	.69	.775	2.49	.000	1.80	.057

AVEM pattern

Group comparison	no-PTSD - PTSD		no-PTSD - cPTSD		PTSD - cPTSD	
AVEM pattern	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>	<i>z</i>	<i>p</i>
Pattern G	2.673	.706	5.480	.022	2.807	.972
Pattern S	8.788	.094	14.270	.000	5.482	.860
Risk pattern B	-6.783	.672	-23.012	.000	-16.229	.065

Pattern G = Health

Pattern S = Protection

Risk pattern B = Risk of chronic exhaustion and resignation

Overview of significant differences

More pronounced with cPTSD

AVEM pattern:

- Risk pattern B

AVEM dimension:

- Striving for perfection
- Resignation tendencies

AVEM pattern:

- Pattern G (protective)
- Pattern S (protective)

AVEM dimension:

- Ability to distance oneself
- Offensive coping
- Experience of success at work
- Life satisfaction
- Experiencing social support
- Inner peace and balance

Less pronounced with cPTSD

ZWISCHENFAZIT

PTBS und KPTBS gehen mit einem unterschiedlichen Ausmaß an:

- Symptombelastung
 - und Komorbidität
 - und in der Folge auch an Funktionsbeeinträchtigungen einher.
 - schlechtere Prognose für den Erhalt der Erwerbsfähigkeit
- Ungünstige Auswirkungen des KPTBS-Symptomkomplexes auf den Bereich der Arbeit

Was sind die Auswirkungen früher Traumatisierung auf die psychische Symptombelastung und die arbeitsbezogene Selbstwirksamkeit?

Arbeitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung (aSW)

- Selbstwirksamkeit spielt eine wesentliche Rolle bei der posttraumatischen psychischen Gesundheit, wenn es um die Vorhersage von stressbedingten Outcomes und Störungen geht
- die arbeitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung (aSW) = subjektive Überzeugung, berufliche Anforderungen mithilfe der eigenen Fähigkeiten bewältigen
- Metaanalytische Befunde zeigen, dass die arbeitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung (aSW) ein wichtiger prognostischer Faktor für einen schnelle Rückkehr an den Arbeitsplatz (RTW) ist.

friaa

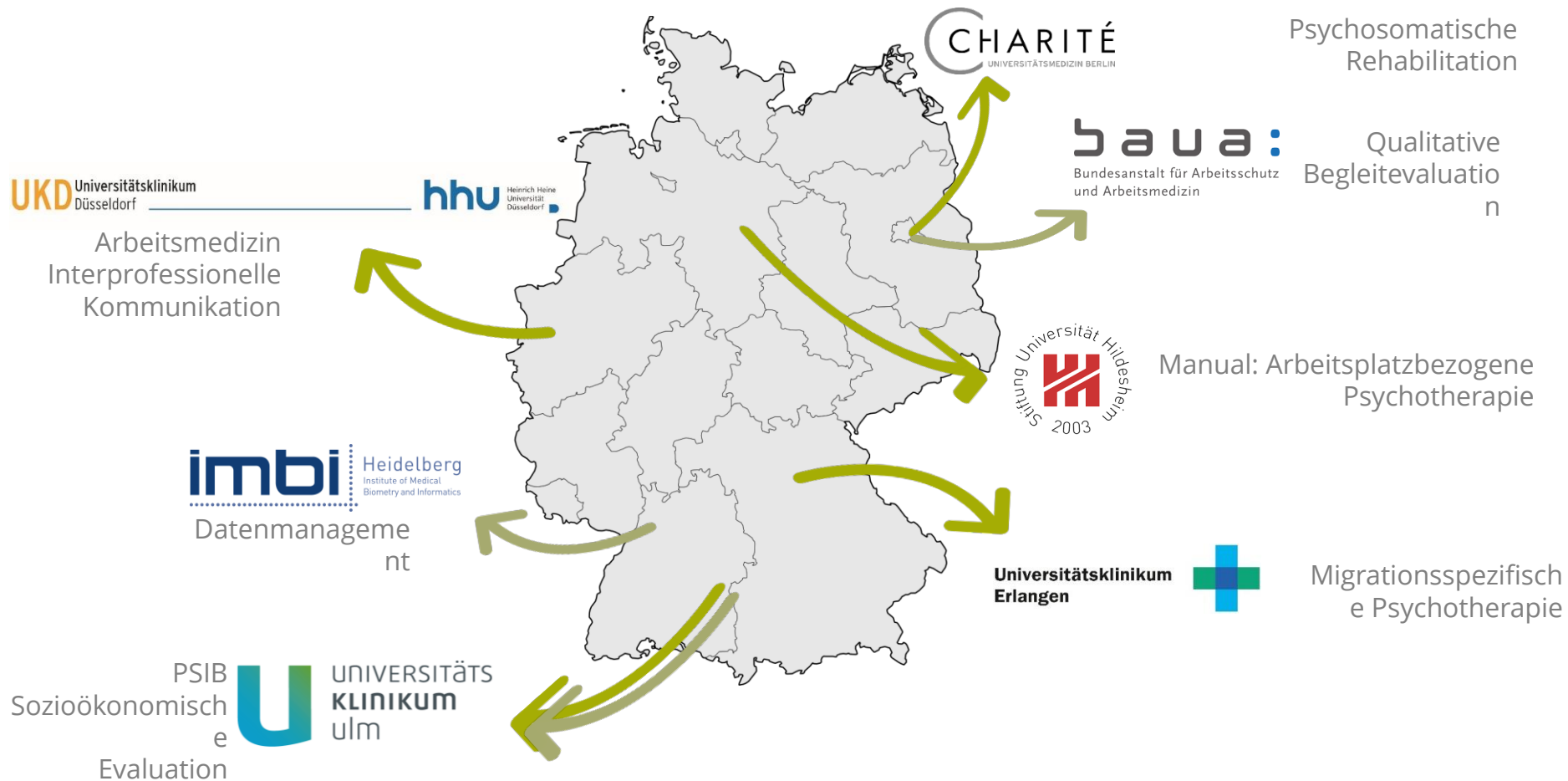
Frühe Intervention am Arbeitsplatz

Gefördert durch:

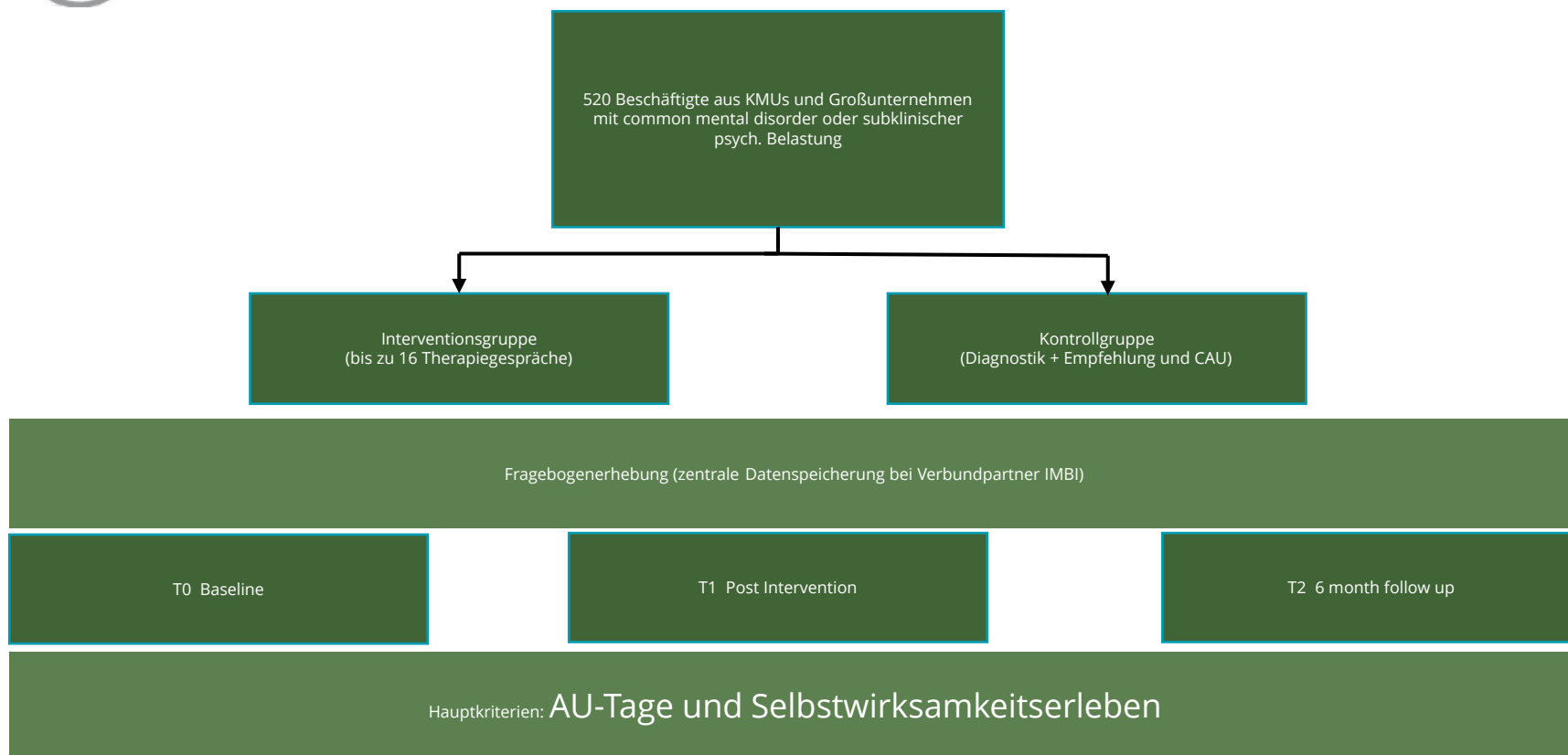


Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Projektpartner



RCT



Stichprobe

- Baselinedaten – Rekrutierung 09/2021-01/2023 an 5 Standorten in Deutschland
- **Erwerbstätige mit der Diagnose einer common mental disorder (F32-F34, F40-F43, F45, F48.0, F51) oder subklinischen psychischen Beschwerden** (Global Assessment of Functioning Scale < 81)
- $N = 545$; Alter $M = 46$ J. (11 SD , 49 J. Median); 55% weiblich
- Querschnittsuntersuchung
- Deskriptive Auswertung (Kreuztabellen, T-Tests) folgender Instrumente

Erwartungen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz (ERA)

	Ich stimme...					
	überhaupt nicht zu	größtenteils nicht zu	eher nicht zu	eher zu	größtenteils zu	voll und ganz zu
Wenn ich morgen wieder vollständig arbeite, erwarte ich,...						
dass ich mit Rückschlägen gut umgehen kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
dass ich durch meine Emotionen meine Aufgaben nicht gut ausführen kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
dass ich in der Lage bin, auf meine Grenzen zu achten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
dass ich meine Aufgaben ausführen kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
dass ich mit emotional schwierigen Situationen umgehen kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
dass ich keine Energie mehr für etwas anderes übrig haben werde.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
dass ich mich ausreichend auf meine Aufgaben konzentrieren kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
dass ich den Druck auf der Arbeit bewältigen kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
dass ich mögliche Probleme auf der Arbeit nicht lösen kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
dass ich mich ausreichend motivieren kann, um meine Arbeit auszuführen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
dass ich den körperlichen Anforderungen meiner Arbeit gewachsen bin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Childhood Trauma Screener (CTS)

Bitte geben Sie an inwiefern die Aussagen für Sie zutreffen

	Gar nicht	Selten	Einige Male	Häufig	Sehr häufig
Als ich aufwuchs...					
...hatte ich das Gefühl, geliebt zu werden.	☐	☐	☐	☐	☐
...schlugen mich Personen aus meiner Familie so stark, dass ich blaue Flecken oder Schrammen davontrug	☐	☐	☐	☐	☐
...hatte ich das Gefühl, es hasste mich jemand in meiner Familie.	☐	☐	☐	☐	☐
...belästigte mich jemand sexuell.	☐	☐	☐	☐	☐
...gab es jemanden, der mich zum Arzt brachte, wenn ich es brauchte.	☐	☐	☐	☐	☐

Symptomschwere

PHQ-9, (Patient-Health-Questionnaire, Depressionsmodul)

- 9 Items, Erfassung von Depressivität auf einer vierstufigen Skala

GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder)

- 2 Items, Erfassung von Angstsymptomen auf einer vierstufigen Skala

SSS-8 (Somatic Symptom Scale)

- 8 Items, Erfassung somatischer Symptome auf fünfstufiger Skala

Symptom Burden

Higher symptom burden in the subgroup „Trauma“ vs. „No Trauma“ regarding Depression, Anxiety and Somatic Symptoms

Depression	PHQ	Total Score			
		Trauma	No Trauma	Total	<i>P</i>
	<i>N</i>	220	326	546	<0.001
	<i>M</i>	14	12	13	
	<i>SD</i>	5.1	5	5.1	

Fear	GAD 2	Total Score			
		Trauma	No Trauma	Total	<i>P</i>
	<i>N</i>	220	326	546	0.004
	<i>M</i>	3.7	3.7	3.6	
	<i>SD</i>	1.7	1.7	1.7	

Somatic Symptoms	SSS 8	Total Score			
		Trauma	No Trauma	Total	<i>P</i>
	<i>N</i>	215	318	533	<0.001
	<i>M</i>	13	13	13	
	<i>SD</i>	5.5	5.8	5.7	

Ergebnisse im ERA

(Erwartung Rückkehr Arbeitsplatz)

	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>p</i>
Item 1	3,4 (1,4)	3,4 (1,3)	.776
Item 2	3,6 (1,4)	3,4 (1,4)	.199
Item 3	3 (1,3)	3,4 (1,4)	.007*
Item 4	4,2 (1,3)	4,1 (1,3)	.439
Item 5	3,1 (1,4)	3,3 (1,3)	.062
Item 6	4,4 (1,3)	4,2 (1,4)	.083
Item 7	3,5 (1,3)	3,5 (1,3)	.845
Item 8	3,3 (1,3)	3,4 (1,3)	.607
Item 9	3,4 (1,3)	3,4 (1,3)	.754
Item 10	3,5 (1,4)	3,6 (1,4)	.824
Item 11	4,2 (1,4)	4,4 (1,4)	.220



	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>p</i>
Item 1	3,4 (1,4)	3,4 (1,3)	.776
Item 2	3,6 (1,4)	3,4 (1,4)	.199
Item 3	3 (1,3)	3,4 (1,4)	.007*
Item 4	4,2 (1,3)	4,1 (1,3)	.439
Item 5	3,1 (1,4)	3,3 (1,3)	.062
Item 6	4,4 (1,3)	4,2 (1,4)	.083
Item 7	3,5 (1,3)	3,5 (1,3)	.845
Item 8	3,3 (1,3)	3,4 (1,3)	.607
Item 9	3,4 (1,3)	3,4 (1,3)	.754
Item 10	3,5 (1,4)	3,6 (1,4)	.824
Item 11	4,2 (1,4)	4,4 (1,4)	.220

Item 3: ...dass ich in der Lage bin, auf meine Grenzen zu achten

Was sind die Auswirkungen früher Traumatisierung auf die psychische Symptombelastung und die arbeitsbezogene Selbstwirksamkeit?

- Höhere Symptombelastung der Substichprobe „Trauma“ vs. „kein Trauma“
- Zusammenhang zw. früher Traumatisierung und der Abgrenzungsfähigkeit (aSW) im präklinischen Bereich
- Arbeitsbezogenes Selbstwirksamkeitserleben als Bindeglied zwischen Symptomatik und beruflicher Problematik
- Möglicher Ansatzpunkt rehabilitativer Interventionen bei KPTBS
- Weitere Studien mit einem konfirmatorischen Charakter notwendig

Leitthema

Bundesgesundheitsbl

<https://doi.org/10.1007/s00103-024-03908-3>

Eingegangen: 2. Januar 2024

Angenommen: 27. Mai 2024

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil
von Springer Nature 2024



Lorena Brenner¹ · Sophia Chrysanthou² · Eva Rothermund² · Volker Köllner^{1,2}

¹Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation, Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

²Reha-Zentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung, Teltow, Deutschland

³Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland

Auswirkungen der komplexen Traumafolgestörung auf die Arbeitswelt: Ein Scoping-Review

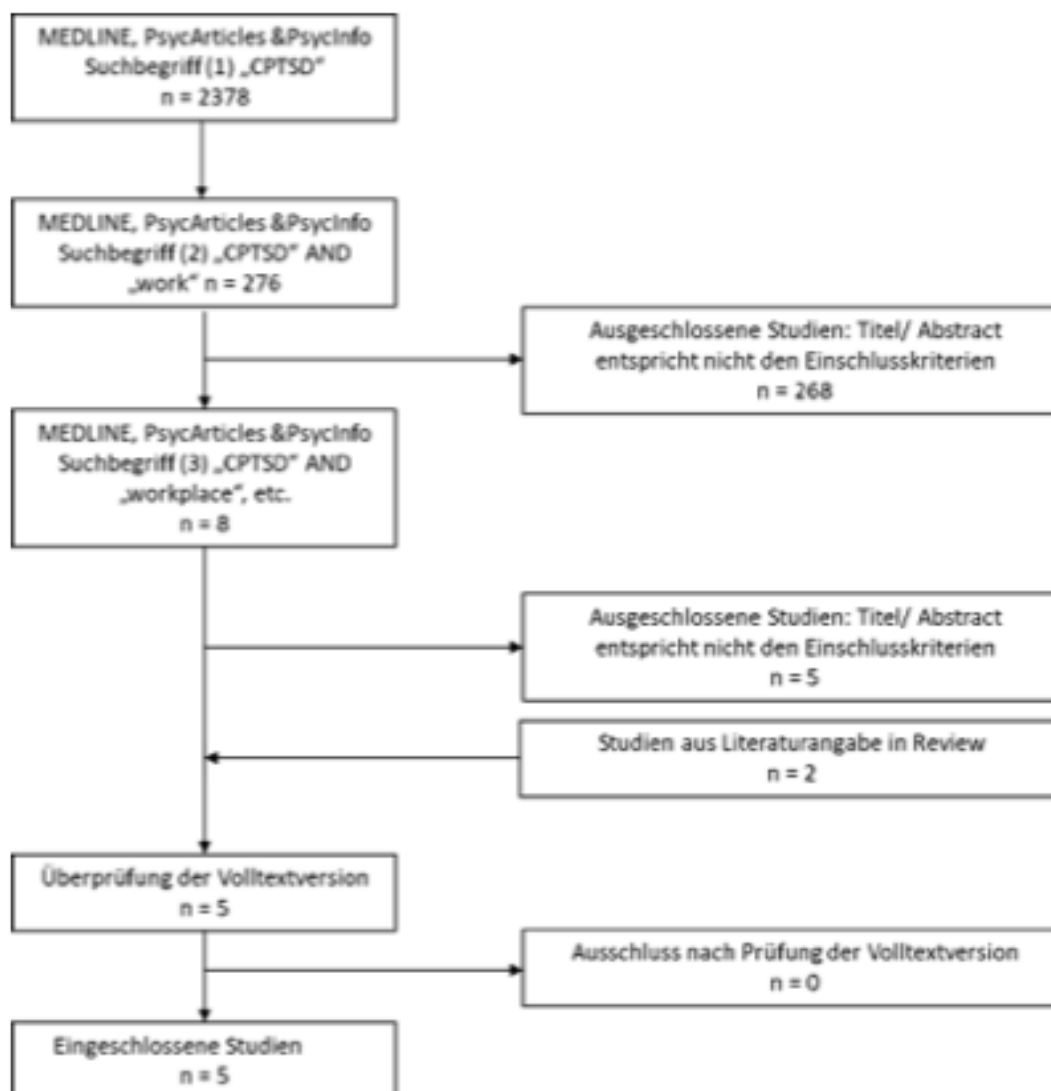


Abb. 1 ◀ Prozess der Literaturrecherche. Suchbegriffe: (1) „CPTSD“ OR „Complex PTSD“ OR „Complex post-traumatic stress disorder“; (2) „CPTSD“ OR „Complex PTSD“ OR „Complex post-traumatic stress disorder“ AND „work“; (3) „CPTSD“ OR „Complex PTSD“ OR „Complex posttraumatic stress disorder“ AND „workplace“ OR „work related“ OR „sickness absence“ OR „return to work“ OR „work environment“. (Quelle: eigene Abbildung)

**5 von 2378 Studien zum Thema
KPTBS beschäftigten sich explizit
mit dem Thema Arbeitswelt**

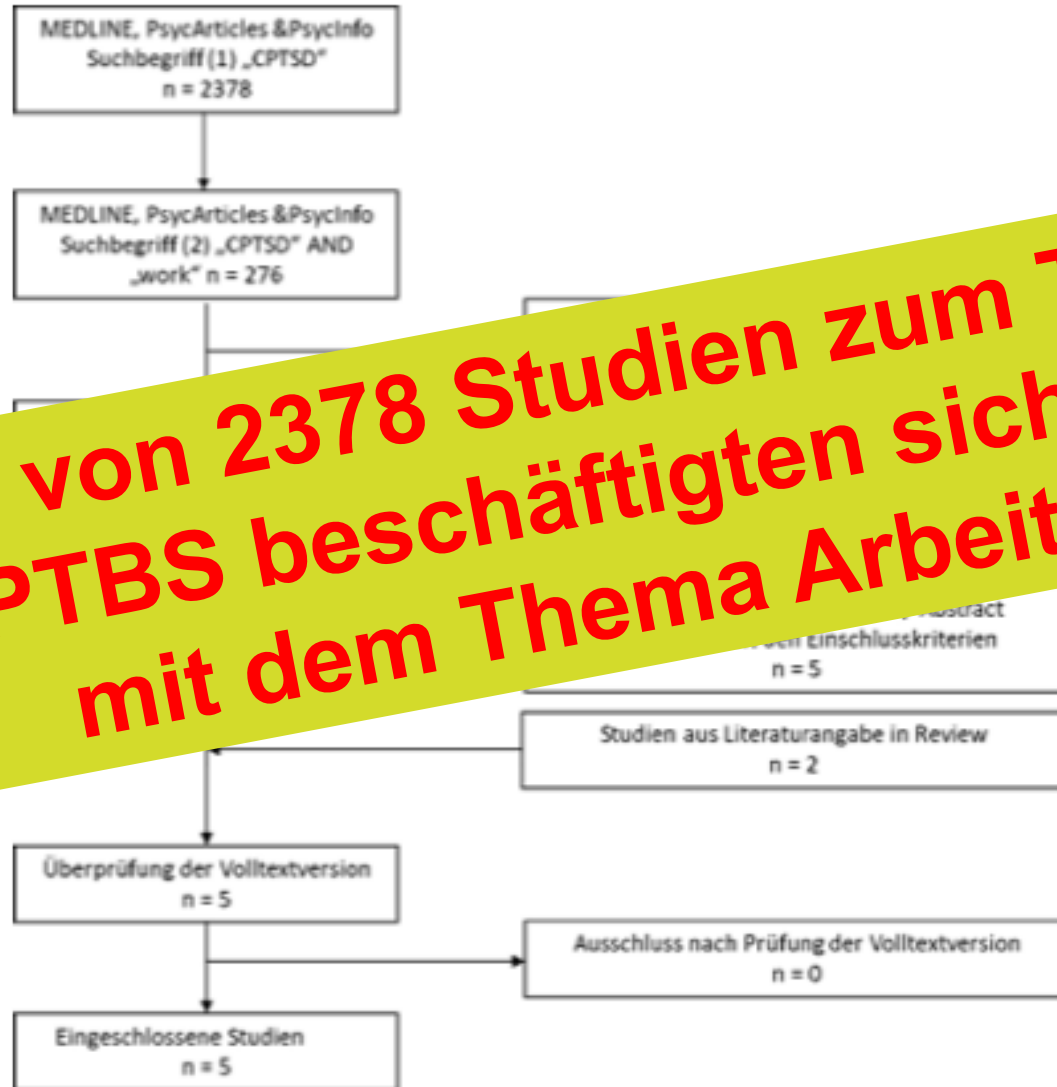


Abb. 1 ◀ Prozess der Literaturrecherche. Suchbegriffe: (1) „CPTSD“ OR „Complex PTSD“ OR „Complex post-traumatic stress disorder“; (2) „CPTSD“ OR „Complex PTSD“ OR „Complex post-traumatic stress disorder“ AND „work“; (3) „CPTSD“ OR „Complex PTSD“ OR „Complex posttraumatic stress disorder“ AND „workplace“ OR „work related“ OR „sickness absence“ OR „return to work“ OR „work environment“. (Quelle: eigene Abbildung)

Ausblick für die Reha:

- Das Thema „Arbeitswelt“ wird bei der Forschung zur KPTBS derzeit extrem ausgeblendet.
- Derzeit mehren sich die Hinweise, dass Patientinnen und Patienten mit KPTBS eine sozialmedizinische Risikogruppe sind.
 - Längere AU-Zeiten vor der Reha
 - Häufiger AU nach der Reha
 - Höheres Risiko, nicht mehr im Bezugsberuf oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten zu können.
- Hierbei scheint die Störung der Selbstregulation eine bedeutende Rolle zu spielen.
- Traumakonfrontation bei KPTBS passt schlecht in die Reha!
- Es bleibt aber genug zu tun im Bereich Selbstregulation – hier bedarf es weiterer Forschung und der Entwicklung spezifischer Konzepte.
- Zusätzlich lohnt es sich, schnell wirksame Therapien bei PTBS nach Typ-I-Traumatisierung in die Reha zu integrieren und zu evaluieren.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Alle Originalarbeiten finden Sie unter

<https://www.researchgate.net/profile/Volker-Koellner/research>