

# Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

## Belastungsstörungen, dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

© Thomas Wiebke

<b>1. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen</b>	<b>138</b>
1.1. Akute Belastungsreaktion	139
1.2. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	140
1.3. Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS)	145
1.4. Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung	148
1.5. Anpassungsstörungen	153
<b>2. dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)</b>	<b>154</b>
2.1. Dissoziative Amnesie	157
2.2. Dissoziative Fugue	157
2.3. Dissoziativer Stupor	157
2.4. Trance- oder Besessenheitszustände	158
2.5. dissoziative Störungen der Bewegung und der Wahrnehmung (Konversionsstörungen)	159
2.6. sonstige dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	161
2.6.1. Ganser-Syndrom (Pseudodemenz)	161
2.6.2. dissoziative Identitätsstörung = DIS	162

# Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

## Belastungsstörungen, dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

© Thomas Wiebke

### 1. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD 10 F 43)

Synonyme: Erlebnisreaktion, Stressreaktion

Hier handelt es sich um abnorme seelische Reaktionen auf schwerwiegende und meist auch länger andauernde Konflikt- bzw. Belastungssituationen, also um Störungen, die in einem **zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang mit einer situativen Belastung** oder einem Erlebnis auftreten und mit der Erlebnisverarbeitung oder der Distanzierung vom auslösenden Erlebnis wieder abklingen. **Die Störung wäre ohne das auslösende Ereignis nicht aufgetreten!**<sup>1</sup>

Diese **psychoreaktiven Störungen beruhen nicht auf einer neurotischen Entwicklung**. Menschen mit Konfliktreaktionen waren bis dahin „unauffällig“; sie werden es wieder, wenn die psychische Reaktion abgeklungen ist.

- Die strenge Situationsbezogenheit der abnormen Reaktion ist aber kein sicheres Abgrenzungskriterium zur neurotischen Reaktion, da auch diese durch bestimmte Auslösesituationen in Gang gebracht wird.
- **Konflikte** werden nur **pathogen**, wenn es dadurch zu einer Überforderung kommt, wenn eine Konfliktlösung nicht möglich ist (normalerweise haben Konflikte eine positive konstruktive Bedeutung für die Reifung).
- Für viele reaktive Störungen werden bestimmte persönliche Voraussetzungen im Sinne einer erhöhten *Vulnerabilität* angenommen, also neurotische oder Persönlichkeitsstörungen, die das Entstehen von Belastungsreaktionen fördern.
- Die psychoreaktiven Störungen werden auch **Stressreaktionen** genannt. Gemäß dem **kognitiven Stressmodell** von Lazarus wird die persönliche Wertigkeit eines belastenden Ereignisses danach bestimmt, wie die kognitive Bewertung aussieht und wie hoch der Bedrohungsaspekt ist. Als besonders belastend wird die Erfahrung der Nichtkontrolle erlebt. Stressauswirkungen hängen letztlich vom Verhältnis der Umwelanforderungen zur individuellen Bewältigungskapazität („*coping ressource*“) ab. Der Bewertungsprozess selbst ist unbewusst.
- Das ICD 10 führt die psychoreaktiven Störungen heute v.a. unter F 43 als „**Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen**“; wir rechnen hier aber auch noch die psychoreaktive Persönlichkeitsveränderung dazu.
- Es bestehen teilweise Überschneidungen mit den dissoziativen Störungen.

---

<sup>1</sup> D.D.: neurotische Störungen, bei denen zwar oft ein auslösender Faktor eruiert werden kann, die eigentliche Ursache der Störung aber tiefer liegt.

# Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

## Belastungsstörungen, dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

© Thomas Wiebke

### 1.1. Akute Belastungsreaktion (ICD10 F43.0)

Synonyme: psychischer Schock, Nervenschock, akute Krisenreaktion

- Ein psychischer Schock tritt **innerhalb von Minuten (max. 1 Stunde) nach einem schwerwiegenden und überwältigenden traumatischen Erlebnis** auf, bei dem eine unmittelbare Bedrohung für Leben oder Sicherheit des Betroffenen oder ihm sehr nahe stehenden Menschen bestand; solche Situationen können sein
  - Todesfälle im Angehörigenkreis,
  - Verlust der Wohnung etc. durch Brand oder Ähnliches,
  - eine Vergewaltigung,
  - ungewöhnlich plötzliche und bedrohliche Veränderungen der sozialen Situation
  - usw. ....
- Die Tatsache, dass nicht alle Menschen, die eine solche Situation erleben auch eine Störung entwickeln, weist darauf hin, dass auch hier eine gewisse Vulnerabilität eine wichtige Rolle spielt, ebenso wie die dem Einzelnen zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien.

#### Symptomatik

- Eine Gruppe von Symptomen gleicht in weiten Teilen denen einer generalisierten Angststörung, insbesondere die vegetativen und anderen körperlichen Symptome, sowie die psychischen Symptome einschließlich des Entfremdungserlebens etc.
- Es kommt anfangs oft zu einem Gefühl von Betäubung, verbunden mit Einschränkungen von Aufmerksamkeit und Reizverarbeitung sowie mit Desorientiertheit;
- danach evtl. ein immer weitergehendes „Sich-Zurück-Ziehen“ aus der Situation bis hin zu stuporösen Zuständen;
- evtl. aber auch Aggressionen, Unruhezustände, Hyperaktivität, Flucht oder Fugue;
- Rückbildung der Symptome bei kurzzeitiger oder schnell gemilderter Belastung innerhalb von 8 Stunden, sonst spätestens innerhalb von 2 Tagen
- evtl. Amnesie für die Zeit der Störung

#### Hilfestellung in akuten Belastungssituationen

- Ruhe bewahren, Sicherheit ausstrahlen;
- auch ruhig mit dem Betroffenen sprechen, wenn er nicht reagiert;
- signalisieren, dass man den Betroffenen nicht allein lässt und dass Hilfe kommt (Polizei, Notarzt etc.); dabei vorsichtig Körperkontakt suchen
- Abschirmung des Betroffenen vor der Zudringlichkeit Neugieriger;
- zuhören, nicht beschwichtigen.
- Das sog. *Debriefing*, bei dem der Therapeut mit dem Opfer unmittelbar nach dem Ereignis das Erlebte durcharbeitet und dabei den Betroffenen auffordert, alles genau zu erzählen und seinen Emotionen freien Lauf zu lassen, hat sich eher als kontraproduktiv erwiesen, und kann unter Umständen das Risiko für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung sogar erhöhen.

# Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

## Belastungsstörungen, dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

© Thomas Wiebke

### 1.2. Posttraumatische Belastungsstörung (ICD10 F43.1)<sup>2</sup>

**Synonyme:** posttraumatische Belastungsreaktion, PTBS, PTSD (posttraumatic stress disorder)

Hier handelt es sich um eine Störung, die nach dramatischen, außergewöhnlich bedrohlichen bzw. katastrophenartigen Erlebnissen oder Ereignissen auftritt, die bei fast jedem Menschen zu tiefgreifender Verzweiflung und psychischen Problemen führen würden. Die Störung folgt dem Trauma nicht unmittelbar, sondern mit einer gewissen Verzögerung, i.d.R. nach Wochen bis zu 6 Monaten.

Die PTBS wurde erstmals mit Erscheinen der 10. Revision in der Internationalen Krankheitsklassifikation der WHO (ICD10) Anfang der 90er Jahre als eigenständige Störungsentität anerkannt, in der amerikanischen DSM-Klassifikation schon ca. 10 Jahre zuvor.

Da der Traumabegriff in der Literatur und vor allem in den Medien in den letzten Jahren zunehmend ausgeweitet worden ist, benennt das amerikanische *DSM V* noch klarer als die *ICD10* die typischen auslösenden Ereignisse dieser Störung; die betreffende Person war demnach konfrontiert mit einem der folgenden Ereignisse:

- Tod oder tödlicher Bedrohung,
- schwerer Verletzung oder angedrohter schwerer Verletzung,
- sexueller Gewalt oder angedrohter sexueller Gewalt,

und zwar in mindestens einer der nachfolgenden Weisen:

- direkt ausgesetzt;
- als Augenzeuge;
- indirekt (erfahren, dass ein naher Verwandter oder ein Freund einem traumatischen Ereignis ausgesetzt war; wenn dieses Ereignis ein Todesfall oder eine tödliche Bedrohung war, dann musste dieser bzw. diese die Folge von Gewalt oder eines Unfalles gewesen sein);
- Konfrontation mit Details von traumatischen Ereignissen (z. B. als Ersthelfer, Polizist ...).

Entsprechend der neueren Forschungsergebnisse wird heute zwischen Typ-I- und Typ-II-Traumata unterschieden, wobei man unter einem *Typ-I-Trauma ein einmaliges und kurzdauerndes Ereignis* versteht (z.B. Naturkatastrophe, Unfall etc.), während es sich bei den *Typ-II-Traumata um lang anhaltende oder sich wiederholende Ereignisse* handelt (z.B. wiederholter sexueller Missbrauch in der Kindheit, Geiselhäft, Folter etc.). Es erscheint auch sinnvoll zwischen zufälligen (akzidentiellen) und beabsichtigten<sup>3</sup> (intendierten) Traumatisierungen zu unterscheiden.

---

<sup>2</sup> zukünftig: ICD11 6B40

<sup>3</sup> sog. *man-made disaster* bzw. *-trauma*

# Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

## Belastungsstörungen, dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

© Thomas Wiebke

### Epidemiologie

- Die Lebenszeitprävalenz für eine PTBS wird mit 2-3% angegeben, wobei Frauen etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Männer.
- Ob ein traumatisierter Mensch eine PTBS entwickelt oder nicht hängt von vielen Faktoren ab:
  - Schon vor dem Trauma bestehende Störungen wie bestimmte Persönlichkeitszüge (zwanghaft, asthenisch, depressiv, ängstlich) oder neurotische Störungen gelten als prädisponierend und können die Schwelle für die Entwicklung einer PTBS herabsetzen und den Verlauf der Störung beeinflussen.
  - Sowohl Typ-II-Traumatisierungen als auch intendierte Traumatisierungen erhöhen das Risiko der Entwicklung einer PTBS.
  - Auch die Art des belastenden Erlebnisses beeinflusst das statistische Risiko eine PTBS zu entwickeln; so leiden ca. 50-80% der vergewaltigten Frauen und ca. 35% der kriegstraumatisierten Menschen unter einer PTBS, während nach Unfällen (8%) und Naturkatastrophen (5%) die Prävalenz deutlich niedriger liegt.
  - Ein weiterer wichtiger Faktor ist, wie stark die Betroffenen in der traumatisierenden Situation den Verlust von Selbstwirksamkeit erleben.
  - Schließlich sprechen etliche Studien dafür, dass eine peritraumatische Dissoziation<sup>4</sup> die Wahrscheinlichkeit von Traumafolgestörungen allgemein erhöht; dies gilt umso mehr, je jünger die Betroffenen zum Zeitpunkt der Traumatisierung waren (Kinder), je intensiver die erlebte Bedrohung und Angst und je geringer die Identitätsausprägung in der Situation war.
  - Weitere Risikofaktoren sind belastende Erlebnisse in der Kindheit, ein instabiles soziales Netz und ein geringerer Bildungsstand.

### Ätiologie

#### **A. Neurobiologische Aspekte**

- Bestimmte genetische Faktoren sollen prädisponierend wirken, insbesondere ein Gen, welches die Anzahl von Serotonintransportern<sup>5</sup> codiert, und so indirekt möglicherweise zu einer Verminderung bestimmter Serotoninrezeptoren und damit zu erhöhter Neigung zu überängstlichen Reaktionen führt.
- Pränataler Stress und problematische Bindungserfahrungen an primäre Bezugspersonen in der frühen Kindheit können zu anhaltenden Veränderungen in der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse und damit zu einem dauerhaft erhöhten Cortisolspiegel führen, welcher sich negativ auf die Informationsverarbeitung auswirken soll; allerdings deuten neuere Forschungsbefunde darauf hin, dass eher geringere Cortisolspiegel als höhere einen Risikofaktor für die PTBS darstellen.

---

<sup>4</sup> Unter peritraumatischer (griech.: peri = um herum) Dissoziation versteht man das Auftreten bzw. Erleben dissoziativer Phänomene in unmittelbar zeitlichem Zusammenhang mit einem traumatischen Ereignis. Die häufigsten Phänomene sind hier Depersonalisation („Ich sah mich und das was geschah wie von außen“), Derealisation („Das alles erschien irgendwie unecht, wie im Traum oder in einem Film.“), emotionale Taubheit (numbing), oft auch Analgesie (Schmerzunempfindlichkeit), Außerkörpererfahrungen (out of body experiences), und schließlich dissoziative Amnesie.

<sup>5</sup> Serotonintransporter sind die Carrierproteine, die für die Wiederaufnahme von Serotonin sorgen.

# Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

## Belastungsstörungen, dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

© Thomas Wiebke

- Unter extremem Stress und entsprechender Ausschüttungen von Katecholaminen<sup>6</sup> kommt es offenbar zu Funktionsstörungen in der Interaktion wichtiger Hirnareale (v.a. Thalamus, Amygdala, Hippocampus und präfrontaler Kortex); dazu folgendes vereinfachtes Modell:
  - Normalerweise wird der Thalamus angstauslösende Wahrnehmungen („Säbelzähntiger“) an die Amygdalae und auch an den präfrontalen Kortex und andere Rindenstrukturen weiterleiten, wo es – in „Zusammenarbeit“ mit dem Hippocampus - zu einer Bewertung dieser Situation kommt, welche dann ihrerseits an die Amygdalae weitergeleitet wird. Diese Informationen bewirken dann eine der Situation angemessene Antwort des Organismus, entweder im Sinne einer emotionalen und motorischen Reaktion und entsprechender weiterer Ausschüttung von Hormonen (v.a. Stresshormone), oder – bei entsprechender Bewertung durch kortikale Strukturen – ein Herunterregulieren dieser Stressreaktion.
  - Bei einem Trauma kommt es zu einer Art „Kurzschluss“ im Bereich von Neuronen im präfrontalen Kortex, was bedeutet, dass die angstauslösenden Wahrnehmungsreize ausschließlich direkt an die Amygdala weitergeleitet werden, eine Bewertung durch den präfrontalen Kortex etc. aber ausbleibt. Die Wahrnehmungsinhalte bleiben dabei fragmentiert, können nicht in einen größeren Zusammenhang eingeordnet werden. Diese fragmentierten und mit extrem hoher Erregung des sympathischen Nervensystems (*Hyperarousal*) assoziierten Signale bewirken eine Hemmung des Hippocampus (v.a. durch Noradrenalin), und verhindern damit eine kontextuelle Abspeicherung als Gedächtnisinhalt.
  - Die einzelnen Wahrnehmungen können also nicht assoziiert und irgendwann als vergangenes Erlebnis, welches aber nicht mehr bedrohlich ist, im Gedächtnis abgespeichert und integriert werden, sie bleiben vielmehr dissoziiert und bilden eine Art „Traumablasen“.<sup>7</sup>
  - Diese dissoziierten und fragmentierten Gedächtnisinhalte können sehr leicht durch Wahrnehmungsreize, welche irgendwie mit der traumatischen Situation in Verbindung gebracht werden (sog. Schlüsselreize oder *Trigger*), aktiviert bzw. abgerufen werden, etwa durch einen Schrei, durch einen bestimmten Geruch, eine bestimmte Farbe oder Ähnliches, aber auch durch Körperwahrnehmungen bzw. körperliche Phänomene wie Schmerzen, Schwindel, Menstruation etc. Die „Traumablase“ scheint dann „platzen“, wodurch das Bewusstsein mit den in ihr enthaltenen fragmentierten Erinnerungen und der entsprechenden extremen vegetativen Erregung überflutet wird (= Flashbacks, Intrusionen). Dies bedeutet in gewisser Weise jedes Mal eine Art Retraumatisierung, wodurch ein Teufelskreis mit zunehmender Stressbelastung des Organismus entsteht.
  - Durch den mit Dauerstress einhergehenden erhöhten Cortisolspiegel kommt es mit der Zeit womöglich zu einer Schädigung hippocampaler Neurone, was die oft auffällig verkleinerten Hippocampi vieler Traumapatienten erklären könnte.
  - Erwähnenswert und wichtig ist weiterhin die Tatsache, dass im Moment der Traumatisierung die rechte Amygdala hyperaktiv ist, während die linke praktisch „gelähmt“ scheint. Da aber die linke Amygdala ihre Informationen zum Brocca-Sprachzentrum im Frontallappen weiterleitet, kann der traumatisierte Mensch im Zustand eines Hyperarousals kaum Worte finden, das zu beschreiben oder auszudrücken, was er erlebt bzw. erlebt hat (*speechless terror*).

<sup>6</sup> Katecholamine sind biogene Amine wie Dopamin, Noradrenalin, Adrenalin u.a., die in den Nebennieren sowie in Zellen des ZNS und des sympathischen Nervensystems gebildet und ausgeschüttet werden.

<sup>7</sup> Vergleichbar vielleicht mit Zysten im Körper bzw. Organen, welche z.B. Eiter, Blut, Parasiten etc. enthalten können, und oft durch Verletzungen oder Infektionen entstehen.

# Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

## Belastungsstörungen, dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

© Thomas Wiebke

### B. Tiefenpsychologische Aspekte

- Die Situationen bzw. Erfahrungen, die zu einer PTBS führen, sind so weit jenseits jeglicher Vorerfahrung, in gewisser Weise gar als absurd zu bezeichnen, dass sie das Selbstkonzept und das dazugehörige Selbst- und Weltbild des betroffenen Menschen zutiefst erschüttern. Dies wird dadurch verstärkt, dass das Opfer meist den kompletten Verlust von Selbstwirksamkeit erlebt. In der Folge kommt es zu einer Etablierung von Selbst- und Objektrepräsentanzen, die im Widerspruch zu den bisherigen zu stehen scheinen.
- Im weiteren Verlauf kommt es zur Aktivierung bestimmter Abwehrmechanismen wie Dissoziation, Objektspaltung, Vermeidung und Regression, wobei durch letztere oftmals frühe Entwicklungsstufen und –konflikte reaktiviert werden, welche mit Schutzbedürftigkeit, Wünschen nach Geborgenheit, Unabhängigkeit, Macht etc. zu tun haben können. Hierdurch wiederum können auch unreife Beziehungsmuster aktiviert werden.

### C. Verhaltenstherapeutische Aspekte

- Erklärungsansätze finden sich hier zum Teil in den Theorien zum klassischen und operanten Konditionieren, wobei durch klassische Konditionierungen eher die hochgradige Erregung und Angst zu erklären sind, die im Rahmen von Flashbacks durch entsprechende Trigger ausgelöst werden. Dagegen können operante Konditionierungen (v.a. durch negative Verstärkung) das typische Vermeidungsverhalten von PTBS-Patienten erklären.
- Ob und wie ausgeprägt sich eine PTBS entwickelt hängt aber v.a. sehr stark von der kognitiven Verarbeitung der traumatischen Situation ab: je intensiver der Verlust von Selbstwirksamkeit und Kontrolle, je bedrohlicher die Situation erlebt wird, umso eher entwickelt sich eine PTBS. Zudem kommt es bei traumatisierten Menschen im Verlauf der Zeit oft zu dysfunktionalen Kognitionen wie „Ich bin ja selber schuld!“, „Das geschieht mir ganz recht, weil ich ein schlechter Mensch bin!“ etc.

### Symptomatik

- Die Betroffenen leiden an anhaltenden Erinnerungen an das traumatische Erlebnis, bzw. „erleben“ die Katastrophe immer wieder in Form von sich aufdrängenden (intrusiven) Bildern, Erinnerungen oder Körperwahrnehmungen, welche als sich als sog. *Flashbacks*<sup>8</sup> manifestieren und/oder in Form von Alpträumen; manche Patienten berichten auch über Halluzinationen, bei denen aber ihr Trugcharakter i.d.R. erkannt wird (sog. dissoziative Pseudohalluzinationen).
- Die Betroffenen scheinen dabei das traumatische Ereignis immer wieder zu durchleben, wobei es oft zu dissoziativen Phänomenen wie Depersonalisation und Derealisation, im Extremfall auch zum dissoziativen Stupor kommen kann
- Sie fürchten und meiden in der Folge alles, was in irgendeiner Form die Intrusionen auslösen könnte (Zeitungsberichte, Fotos, Gespräche etc.); dabei verlieren sie meist das Interesse an ihrer Umgebung, oft auch an ihren sozialen Kontakten, ziehen sich innerlich und äußerlich immer mehr zurück.

---

<sup>8</sup> Als Flashback wird ein durch Trigger ausgelöstes, plötzliches Wiedererleben des traumatischen Ereignisses oder der damit verbundenen Gefühle bezeichnet, wobei die Betroffenen diese Gefühle sehr intensiv erleben, meist ohne sie dabei wirklich als Erinnerung identifizieren zu können („Emotional wieder mitten drin in der Situation“).

# Lehrgangsskript „Heilpraktiker/in für Psychotherapie“

## Belastungsstörungen, dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)

© Thomas Wiebke

- Viele Betroffene können sich an das traumatisierende Ereignis oder zumindest an wichtige Details des Ereignisses nicht mehr erinnern, und/oder
- sie geraten zunehmend in einen Zustand von Überempfindlichkeit und vegetativer Erregung (Hyperarousal) des ZNS mit der Folge von:
  - Schlafstörungen
  - Reizbarkeit und Wutausbrüchen,
  - Konzentrationsproblemen
  - Hypervigilanz und Schreckhaftigkeit.
- Viele Betroffene versuchen, diese Erregungszustände durch Alkohol, Medikamente oder Drogen selbst zu regulieren; auch ein nicht selten zu beobachtendes selbstverletzendes Verhalten kann unter diesem Aspekt verstanden werden.
- Weitere typische Merkmale bzw. Folgen können sein:
  - Anhaltende Gefühle von Scham und Schuld,
  - negative Selbst- oder Umweltwahrnehmung,
  - Unfähigkeit positive Emotionen zu erleben,
  - Depressionen, Ängste,
  - Abhängigkeitsprobleme (Alkohol, Drogen)
  - Suizidalität.
- Der Verlauf ist ausgesprochen wechselhaft, die Prognose in der Regel günstig (besonders bei begleitender Psychotherapie); allerdings kann die Störung chronifizieren und zu bleibenden Persönlichkeitsstörungen führen (s.u. unter „andauernde Persönlichkeitsveränderung durch Extrembelastung“).

### Diagnostik

Da sich vor allem die Traumaforschung in den letzten 25 Jahren rasant weiter entwickelt hat, hat sich zunehmend herausgestellt, dass die klassischen Diagnosekriterien der PTBS, wie sie heute<sup>9</sup> noch in der ICD10 Gültigkeit haben, die Folgen vieler Traumatisierungen nur unzureichend abbilden, insbesondere Folgen, die auf ein Typ-II-Trauma zurückzuführen sind. Dieser Tatsache entspricht die im Sommer 2018 von der WHO veröffentlichte 11. Revision der ICD, indem hier die neue Diagnoseentität der **komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (KPTBS)** aufgenommen wurde (s.u.)

Es ist aktuell noch unklar, wann die ICD11 in Deutschland verbindlich eingeführt wird, daher sollten momentan für die HPP-Prüfung vor allem noch die **ICD10-Kriterien**<sup>10</sup> für die PTBS bekannt sein, ich empfehle aber, sich auch mit der KPTBS auseinanderzusetzen.

---

<sup>9</sup> Stand November 2018

<sup>10</sup> Zitiert aus: Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen (4.Auflage)