

**Folgen schwerer Traumatisierungen – klinische Bedeutung und
Validität der Diagnose komplexe posttraumatische
Belastungsstörung**

Martin Sack

PD Dr. med. Martin Sack
Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie
Medizinische Hochschule Hannover
Tel.: 0511/532-3195
e-mail: sack.martin@mh-hannover.de

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	2
2	Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen PTBS	4
2.1	Klassifikation komplexer posttraumatischer Störungsbilder	5
2.2	Symptomatik der komplexen PTBS.....	7
2.3	Abgrenzung der komplexen PTBS gegenüber Persönlichkeitsstörungen	10
2.4	Empirische Validierung des Konzeptes der komplexen PTBS.....	11
2.5	Ätiologische Modelle der komplexen PTBS	13
2.6	Behandlung der komplexen PTBS	14
2.7	Schlussfolgerungen	16
3	Teststatistische Gütekriterien des Interviews zur komplexen PTBS	17
3.1	Reliabilität (interne Konsistenz)	17
3.2	Antworthäufigkeiten	18
4	Studie zur Validität der Diagnose komplexe PTBS	20
4.1	Fragestellung und Hypothesen	20
4.2	Methodik	21
4.2.1	Instrumente	22
4.2.2	Stichprobe	25
4.3	Ergebnisse.....	26
4.4	Diskussion:	29
5	Zusammenfassung und Ausblick.....	32
6	Literaturverzeichnis.....	34
7	Anhang: Das Interview zur komplexen PTBS (IK-PTBS)	40

1 Einführung

Das Symptomspektrum von Patienten mit schwersten und langanhaltenden Traumatisierungen wird durch die Diagnosekriterien der posttraumatischen Belastungsstörung nur unzureichend beschrieben. Ergänzend wurde daher von einer Arbeitsgruppe um Judith Herman und Bessel van der Kolk die Diagnose der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung vorgeschlagen. Diese beschreibt ein auch unter dem Akronym DESNOS (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified) bekanntes Symptombild, das Störungen der Affektregulation, dissoziative Symptome und Somatisierung, gestörte Selbstwahrnehmung, Störungen der Sexualität und Beziehungsgestaltung sowie Veränderungen persönlicher Glaubens- und Wertvorstellungen umfasst. Eine Fülle heterogener Symptome, die sonst als komorbide Störungsbilder einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zu klassifizieren wären, wird durch das Konzept der komplexen PTBS auf ein einheitliches ätiologisches Modell zurückgeführt. Dabei werden die jeweiligen Symptome als Bewältigungsstrategien und nicht primär als Defizite verstanden. Aus einem Verständnis der ätiologischen Zusammenhänge komplexer Traumafolgestörungen lassen sich spezielle psychotherapeutische Behandlungsstrategien ableiten, wie zum Beispiel stabilisierende Behandlungstechniken, die sich in der Praxis bei Patienten mit komplexer PTBS bereits bewährt haben.

Während eines Forschungsaufenthaltes an dem von Bessel van der Kolk geleiteten Trauma Center in Boston im Jahr 2000 hatte ich Gelegenheit das Konzept der komplexen PTBS aus erster Hand kennen zu lernen. Das von der Bostoner Arbeitsgruppe entwickelte Interview zur komplexen PTBS (SIDES = Structured Interview for Disorders of Extreme Stress) wurde dort routinemäßig eingesetzt und diente als Grundlage, um Diagnose und Behandlungsplanung bei Patienten mit komplexen Traumafolgen in Fallkonferenzen zu diskutieren.

Basierend auf Vorarbeiten von Arne Hofmann übersetzten und bearbeiteten wir das SIDES Interview im Jahr 2001 um eine deutsche Fassung zu erstellen, das Interview zur komplexen PTBS (IK-PTBS). Für die deutschsprachige Fassung wurde das amerikanische SIDES-Interview leicht gekürzt und an die Struktur eines SKID-Interviews angepasst, um eine möglichst einfache Handhabbarkeit zu erreichen. Die praktischen Erfahrungen mit dem Interview zur komplexen PTBS (IK-PTBS) waren so ermutigend, dass wir an der Medizinischen Hochschule Hannover eine erste Studie zur Validierung begannen, deren Ergebnisse in dieser Arbeit berichtet werden. Aufgrund des großen Interesses von traumatherapeutisch arbeitenden Kollegen, begannen wir das Interview auf Anfrage zur Verfügung zu stellen. Inzwischen wurde das Interview zur komplexen PTBS auch in einem Buch von Michaela Huber (2003) abgedruckt.

Während es in den 90er Jahren im amerikanischen Sprachraum intensive Bemühungen um die Forschung zur komplexen PTBS gab, haben diese in den letzten Jahren deutlich abgenommen. In persönlichen Gesprächen mit amerikanischen Kollegen war zu erfahren, dass es wenig Anlass zur Hoffnung gebe, das Konzept der komplexen PTBS könne Eingang in die neue Klassifikation DSM-V finden. Zudem bestehe, angesichts der weiter schwierigen Lage um die gesellschaftliche Anerkennung von Traumafolgestörungen, wenig Bereitschaft, eine zusätzliche neue Diagnosekategorie einzuführen. Insgesamt scheint sich im amerikanischen Sprachraum überwiegende Skepsis breit gemacht zu haben, ob sich das Konzept der komplexen PTBS durchsetzen kann.

Interessanterweise ist gegenwärtig in Europa eine gegenläufige Entwicklung zu beobachten. Weiterbildungsangebote zur Behandlung von Patienten mit den Folgen schwerer und früher Traumatisierungen erleben einen großen Zuspruch und großes Interesse bei ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Zudem wurden in den letzten Jahren spezialisierte Behandlungskonzepte für die Behandlung von Patienten mit den Folgen schwerer und früher Traumatisierungen sowohl auf psychodynamischem Hintergrund (Reddemann 2004; Sachsse 2004) als auch auf verhaltenstherapeutischer Grundlage (Steil et al. 1997; Smucker und Dancu 1999) entwickelt. Eine ganze Reihe aktueller deutschsprachiger Publikationen behandelt die Frage der Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schweren Traumafolgestörung und setzt sich mit dem Konzept der komplexen PTBS auseinander (Teegen und Schriefer 2002; Driessen et al. 2002; Kunzke und Güls 2003; Wöller und Kruse 2003; Sack 2004; Kühler und Stachetzki 2005). Dass die Diagnostik und Behandlung von Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen im deutschsprachigen Raum und in Europa eine solch hohe Beachtung findet hat, sicherlich mit der Häufigkeit dieser Problematik in der psychotherapeutischen Praxis und mit den besonderen Schwierigkeiten zu tun, die in der Behandlung dieser Patienten auftreten können.

Wir möchten im folgenden den klinischen Stellenwert und den Forschungsstand zum Konzept der komplexen PTBS anhand unseres im Nervenarzt (2004) erschienenen Artikels diskutieren (Kap. 2). Danach stellen wir erste eigene Forschungsergebnisse zu Testgütekriterien (Kap. 3) und zur externen Validität (Kap. 4) des Interviews zur komplexen PTBS (IK-PTBS) vor. Das Interview zur komplexen PTBS ist zusammen mit dem zugehörigen Auswerteschema im Anhang dieser Arbeit zu finden.

2 Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen PTBS

Der folgende Text wurde im Nervenarzt 75 (2004) S. 451-459 unter dem Titel 'Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung' veröffentlicht.

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist ein durch traumatische Erlebnisse ausgelöster Beschwerdekomples mit den Symptombereichen Wiedererleben, Vermeidungsverhalten, sowie vegetative Übererregbarkeit. Dieses charakteristische Muster von Symptomen tritt nach Traumatisierungen verschiedenster Art auf, abhängig von Schwere und Art der Traumatisierung in unterschiedlich hoher Prävalenz – von 2-5% nach Verkehrsunfällen bis hin zu über 50% nach Vergewaltigungen und schwersten Gewaltverbrechen (Kessler et al. 1995; McFarlane et al. 2001). Das Spektrum von Symptomen, die durch lebensgeschichtlich frühe oder sehr schwere und lang andauernde Traumatisierungen ausgelöst werden können, ist jedoch weitaus umfangreicher, als es in den eng umgrenzten diagnostischen Kategorien der PTBS erfasst wird.

Wie umfangreich die Bandbreite von möglichen Symptomen nach Traumatisierungen ist, wurde Mitte der 60er Jahre bekannt, als die ersten Untersuchungen über die Folgen von Lagerhaft und Verfolgung publiziert wurden (Eitinger 1965; Krystal und Niederland 1965). Zahlreiche Beobachtungen, vor allem aus der Begutachtung von Holocaust-Verfolgten, zeigten, dass schwerste und langanhaltende Traumatisierungen häufiger als zuvor angenommen zu weitreichenden Persönlichkeitsänderungen mit depressiven Verstimmungen, Schlafstörungen, starkem Misstrauen und anderen Beziehungsstörungen sowie zu körperlichen Beschwerden, wie beispielsweise Schmerzsyndromen führen können (Baeyer et al. 1964). Die lange Zeit dominierende Lehrmeinung, dass psychische Traumafolgen eine letztlich auf persönliche Schwäche zurückzuführende Ausnahmeerscheinung seien, wurde durch diese Befunde endgültig widerlegt.

Im Zuge der seit Ende der 70er Jahre in verstärktem Maße öffentlich geführten Diskussion über die Folgen von sexueller Gewalt und Misshandlung in der Kindheit wurde erneut thematisiert, dass das Spektrum der traumaassoziierten Symptome weit über den eng eingegrenzten Bereich der PTBS hinausreicht und durch diese diagnostische Kategorie nur unzureichend diagnostisch erfasst wird. Als Langzeitfolgen von schweren Kindheitstraumatisierungen wurden körperliche Beschwerden unklarer Ätiologie (Walker et al. 1992), dissoziative Symptome (Waldinger et al. 1994),

chronisches selbstschädigendes oder selbstverletzendes Verhalten (Sachsse 1999; Zlotnick et al. 1996a) und eine verzerrte kognitive und affektive Selbstwahrnehmung (Roth und Newman 1991) beschrieben. Diese Befunde gaben Anlass zur Diskussion, inwieweit Traumatisierungen generell zu psychischen Erkrankungen disponieren. Auch die außergewöhnlich hohen Komorbiditätsraten der PTBS mit anderen psychischen Störungen (z.T. über 80%), wie sie unabhängig voneinander in zwei großangelegten epidemiologischen Studien berichtet wurden (Creamer et al. 2001; Kessler et al. 1995), weisen auf eine generell durch Traumatisierungen erhöhte psychische Vulnerabilität hin.

Tabelle 1: Häufige Symptome und zugeordnete klinische Diagnosen bei chronisch traumatisierten Patienten

Symptomatik	Klinische Diagnose
Intrusionen, Vermeidungsverhalten	Posttraumatische Belastungsstörung
Soziale Ängste, Phobien	Angststörungen
Suizidalität, Hoffnungslosigkeit	Depressive Störungen
Erschöpfung, Schmerzsyndrome, erhöhtes vegetatives Erregungsniveau	Somatoforme Störungen
Amnesien, Depersonalisation und Derealisation	Dissoziative Störungen
Beziehungsstörungen, Misstrauen, Impulsivität, Selbstverletzen, Scham und Schuldgefühle	Persönlichkeitsstörungen
Alkohol- und Medikamentenmissbrauch	Suchterkrankungen
Wasch- und Reinigungszwänge	Zwangsstörungen

2.1 Klassifikation komplexer posttraumatischer Störungsbilder

Hinsichtlich der Frage der potentiellen Auswirkungen von Traumatisierungen, bietet eine Differenzierung von Traumatisierungen nach einmaligen traumatischen Ereignissen (Typ I Trauma) und langdauernden und extremen Traumatisierungen (Typ II Trauma), wie sie von Lenore Terr (1991) vorgeschlagen wurde, eine erste Orientierungshilfe. Typ II Traumatisierungen gehen in der Regel mit dem Erleben von extremer Hilflosigkeit und Demütigung einher, die zu einer tiefgreifend Erschütterung existentieller Grundannahmen über den Wert der eigenen Person und die Vertrauenswürdigkeit anderer Menschen führen (Janoff-Bulman 1992). Entsprechend schwerer und weit umfassender sind die Folgen für die seelische Gesundheit bei Betroffenen mit Typ II Trauma, z.B. nach Folter oder nach langjährigem sexuellen Missbrauch.

Die Bezeichnung 'komplexe posttraumatische Belastungsstörung' wurde von der amerikanischen Traumaforscherin Judith Herman (Herman 1993a) vorgeschlagen um ein charakteristisches syndromales Störungsbild nach chronischen Traumatisierungen

zu beschreiben. Die zugehörigen Symptombereiche sind Störungen der Affektregulation, dissoziative Symptome, gestörte Selbstwahrnehmung und gestörte Wahrnehmung des Täters, Störungen der Sexualität und Beziehungsgestaltung sowie Veränderungen persönlicher Glaubens- und Wertvorstellungen.

Das Konzept der komplexen PTBS erfuhr in Vorbereitung der DSM-IV Klassifikation durch eine Expertengruppe um Judith Herman, Bessel van der Kolk, Susan Roth und David Pelcovitz eine weitere Ausarbeitung und einer erste empirische Überprüfung im Rahmen einer Feldstudie an über 500 Patienten (Herman 1993b). Der Vorschlag, die komplexe PTBS unter dem Akronym DESNOS (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified) als diagnostische Kategorie in die DSM-IV einzuführen, wurde von der DSM-IV Kommission leider nicht aufgegriffen. Dabei hat sicherlich eine Rolle gespielt, dass keine neue Diagnose, die ätiologische Voraussetzungen enthält, in das streng an der Klassifikation von Symptomen ausgerichtete DSM-System aufgenommen werden sollte. Zudem wäre es zu Überschneidungen mit anderen Diagnosen gekommen, wie z.B. der Posttraumatischen Belastungsstörung, der Borderline-Störung oder Dissoziativen Störungen, was die DSM-IV Klassifikation zumindest unübersichtlicher gemacht hätte. Letztendlich wurde die Kategorie DESNOS als zusätzliches klinisches Beschreibungsmerkmal der PTBS in den Anhang des DSM-IV aufgenommen. Die Bezeichnung DESNOS wird im amerikanischen Sprachraum synonym mit dem Begriff komplexe PTBS verwendet.

In der Diagnoseklassifikation ICD-10 der WHO findet sich neben der akuten Belastungsreaktion und der posttraumatischen Belastungsstörung die Kategorie 'andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung' (ICD-10 F62.0) mit einer Leitsymptomatik, die durch unflexibles und unangepasstes Verhalten gekennzeichnet ist. Im einzelnen sind dies feindselige oder misstrauische Haltung der Welt gegenüber, sozialer Rückzug, Gefühle der Leere und Hoffnungslosigkeit, chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohsein sowie Entfremdung (Weltgesundheitsorganisation 1994). Diese diagnostische Kategorie wurde eingeführt, um eine Grundlage für die gutachterliche Anerkennung der psychischen Folgen von Haft und Verfolgung zu schaffen. Persönlichkeitsänderungen im Anschluss an kurzzeitige Traumatisierungen, beispielsweise durch einen Autounfall werden ausdrücklich ausgeschlossen. Die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung ist ausschließlich auf die Folgen von Traumatisierungen im Erwachsenenalter anwendbar, wenn man davon ausgeht, dass Veränderungen der Persönlichkeit erst nach der Pubertät verlässlich eingeschätzt werden können. Da in der psychotherapeutischen Praxis weit häufiger Patienten mit kindlichen Traumatisierungen anzutreffen sind als mit Extrembelastungen im Erwachsenenalter verwundert es nicht, dass diese Kategorie bislang wenig Anklang gefunden hat; es gibt bisher keine publizierten Studien zur empirischen Validierung der einzelnen Symptomkriterien der

andauernden Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung oder zur Prävalenz des Konstruktes (Beltran und Silove 1999).

2.2 Symptomatik der komplexen PTBS

Störungen der Affektregulation zählen zu den häufigsten bei traumatisierten Patienten anzutreffenden Problemen und haben besonders weitreichende Konsequenzen für die Funktionsfähigkeit im Alltag. Von einigen Autoren wird die gestörte Fähigkeit zur Affekt- und Selbstregulation sogar als charakteristische Grundstörung der komplexen PTBS betrachtet (Ford 1999; van der Kolk 1996b). In typischer Weise beschreiben Patienten, dass sie schon bei relativ geringen Belastungen zu Überreaktionen mit starker Gefühlsbeteiligung neigen und dass sie große Schwierigkeiten haben, sich anschließend wieder zu beruhigen und Abstand zu gewinnen. Oft ist Beruhigung nur unter Einsatz der ganzen Aufmerksamkeit möglich. Nicht selten wird versucht sich durch exzessiven Alkoholkonsum oder selbstverletzendes Verhalten von belastenden Affekten abzulenken oder unerträgliche Spannungszustände zu beenden (van der Kolk 1996b). Weitere Symptome der gestörten Affektregulation sind Schwierigkeiten, belastende und unangenehme Affekte auszuhalten und Impulse zu steuern. Damit einhergehend können Suizidalität, exzessives Risikoverhalten und andere autoaggressive und fremdaggressive Handlungen auftreten.

In engem Bezug zur Problematik der Selbstschädigung aufgrund fehlender selbstregulatorischer Kompetenzen steht ein Problembereich, der unzureichenden Selbstschutz in bedrohlichen Situationen und unzureichende Selbstfürsorge in alltäglichen Belangen umfasst. Letzteres kann, im Extremfall bis zur Vernachlässigung von Ernährung und Körperpflege führen. Als Hintergrund solcher Verhaltensweisen werden oft ausgeprägte Gefühle von Schuld und Scham berichtet sowie das Gefühl persönlich unwert oder dauerhaft zerstört zu sein. Derartige negative Selbstbeschreibungen und verzerrte Wahrnehmungen sind geradezu kennzeichnend für die Selbstbewertung von früh- und langdauernd traumatisierten Menschen. Es handelt sich dabei um dysfunktionale Kognitionen, die einer therapeutischen Veränderung oft nur schwer zugänglich sind. Bei genauerer Betrachtung lässt sich erkennen, dass Schuldgefühle und Scham eine wichtige stabilisierende Funktion haben und vor psychischer Desintegration bewahren – so bietet die Annahme eigener Schuld ein subjektives Erklärungsmodell für das Geschehene und kann helfen, das Gefühl von eigener Ohnmacht und Hilflosigkeit zu vermindern (Feinauer und Stuart 1996; McCann und Pearlman 1990).

Häufig besteht ein ausgeprägtes Misstrauen oder sogar eine Vermeidung jeglicher sozialer Kontakte aufgrund traumatischer Beziehungserfahrungen. Die Ängste vor sozialen Kontakten verstärkten sich zudem, wenn gleichzeitig geringe soziale

Kompetenzen vorhanden sind. Daraus resultierend kann es zu einer Haltung von ständigem Misstrauen kommen, anderen zu vertrauen oder nahe Beziehungen aufzubauen. Nicht selten berichten Patienten, überhaupt keine engen Freunde oder Bezugspersonen zu haben (McCann und Pearlman 1990; Zoellner et al. 1999).

Reinszenierungen traumatischer Erfahrungen mit der Gefahr, wiederholt zum Opfer von Gewalt oder Ausbeutung zu werden, lassen sich als eine spezifische Beziehungsstörung verstehen. Es handelt sich dabei um eine, in der Regel unbewusst konstellierte Wiederholung traumatischer Beziehungsmuster, die als Bewältigungsversuch der traumatischen Erfahrung verstanden werden kann (Wöller 1998). Das Risiko, immer wieder in ähnliche traumatische Beziehungen verstrickt zu werden, ist um so höher, je weniger bewusst die pathologischen Beziehungsmuster und deren Bewältigungswunsch sind. Auch die Viktimisierung anderer Menschen kann ein Versuch der Bewältigung eigener traumatischer Erfahrungen darstellen. Oft haben traumatisierte Patienten große Angst davor, dass sie andere zum Opfer eigener destruktiver Impulse und Reaktionen machen könnten. Das Potential zu fremdaggressiven Handlungen ist bei traumatisierten Männern sicher größer als bei traumatisierten Frauen, die aggressive Impulse eher gegen sich selbst wenden (Dutton und Painter 1981; Lisak et al. 1996). Insgesamt wird das Risiko der Viktimisierung anderer Menschen, z.B. der eigenen Kinder durch eine traumatisierte Mutter, wohl aber eher überschätzt (Glasser et al. 2001; Kaufman und Zigler 1987).

Dissoziative Symptome werden typischerweise selten spontan berichtet und sind nur durch genaues Nachfragen zu erfahren. Sie manifestieren sich häufig in der Form von Depersonalisation und Derealisation, aber auch als ausgeprägte Amnesien in Bezug auf lebensgeschichtliche Ereignisse, stuporöse dissoziative Zustände oder dissoziatives Weglaufen (Fugue). Im Alltag können ausgeprägte dissoziative Reaktionen zu erheblichen Problemen führen, da sie weitgehend automatisiert auftreten, z.B. wenn schon bei relativ geringer Belastung (Zeitdruck, Anforderungssituation) starkes Depersonalisationserleben in der Form von 'neben sich stehen' mit entsprechenden Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen auftritt (Gast 2000). Dissoziative Symptome sind wahrscheinlich auf neurobiologische Schutzmechanismen zurückzuführen, die den Organismus vor überfordernden Belastungen bewahren (Krystal et al. 1996). Die umfangreiche Forschungsliteratur aus den letzten Jahren hat das Verständnis der dissoziativen Störungen erheblich erweitert.

Psychisch traumatisierte Menschen leiden auffällig häufig an Körperbeschwerden, für die keine ausreichende organische Ursache gefunden werden kann. Erhöhte Prävalenzraten von Somatoformen Störungen sind bei traumatisierten Menschen empirisch gut belegt (Andreski et al. 1998). Experimentelle Studien zeigen, dass Traumata viel eher in der Form somatosensorischer Erinnerungen haften bleiben, als in der Form verbaler Erinnerungen (van der Kolk und Fisler 1995). Nicht selten lassen sich sogar flashback-

artige Körpersensationen beobachten, beispielsweise plötzlich einsetzende Schmerzen im Zusammenhang mit traumatischen Erinnerungen. In anderen Fällen scheint es, als seien Körperbeschwerden der 'Preis', um weiterleben und weiterfunktionieren zu können und als trage der Körper die Last der traumatischen Erinnerungen (Scaer 2001; van der Kolk 1996a). George Engel hat bereits 1959 in seinem klassischen Konzept des 'pain prone patient' (Engel 1959) den Zusammenhang zwischen chronischen Schmerzsyndromen und kindlichen Traumatisierungen beschrieben. Inwiefern es sich dabei um eine erlernte Schmerzbereitschaft, um intrusive Erinnerungen an mit Schmerzen verbundene Traumatisierungen oder um Symptome im Zusammenhang mit Regulationsstörungen des autonomen Nervensystems handelt, bedarf weiterer Klärung.

Ein wichtiger, bei traumatisierten Patienten oft übersehener Problembereich ist das Fehlen einer Zukunftsperspektive, die sich im Sinne einer resignierten Lebenshaltung, sowie Interesselosigkeit oder Hoffnungslosigkeit äußern kann. Persönliche Grundüberzeugungen, Wertvorstellungen und Glaubeneinstellungen können als Folge von Traumatisierungen entwertet und zerstört sein (Janoff-Bulman 1992). Die betroffenen Patienten wirken auch in ihrer Vorstellungskraft und kreativen Phantasie eingeschränkt, z.B. bei der Suche nach Lösungswegen für Alltagsprobleme. Die Lust an aktiver Lebensgestaltung und die Fähigkeit angenehme Aktivitäten beizubehalten, ist oft stark beeinträchtigt. Entsprechend erscheint den Betroffenen das Leben als sinnlos und ohne lohnendes Ziel. Eine dementsprechend brüchige innere Orientierung und ein fehlender innerer Halt gehen mit einer erhöhten Latenz von Suizidalität und Selbstaufgabe besonders in Krisensituationen einher (Molnar et al. 2001).

Gedanken und Einstellungen dem Täter oder der Tätergruppe gegenüber sind eine sehr spezielle Problematik, die bislang noch wenig systematisch untersucht wurde. Besonders auffällig ist, wenn Opfer von Gewalt und Missbrauch innerlich fast ständig mit der Person des Täters beschäftigt sind und eine offensichtlich verzerrte Wahrnehmung des Täters haben. Dies kann sich beispielsweise in dem Gefühl ausdrücken, dass der Täter immer noch anwesend ist oder heute immer noch Macht ausüben könnte, auch wenn dies objektiv unmöglich ist (Herman 1993b). Auch Idealisierung oder paradoxe Dankbarkeit gegenüber dem Täter oder der Tätergruppe kommen vor (Dutton und Painter 1981).

Einige Symptombereiche, die durchaus häufig bei schwer traumatisierten Patienten zu finden sind, wurden von der Arbeitsgruppe um Judith Herman nicht explizit in den Kriterienkatalog der komplexen PTBS aufgenommen. Hierzu zählen an erster Stelle Suchmittelmissbrauch und Abhängigkeitserkrankungen, z.B. durch exzessiven Alkoholkonsum, Konsum von Drogen und Medikamenten (McFarlane 1998), die in den diagnostischen Kriterien der komplexen PTBS unter selbstschädigendem Verhalten subsumiert sind und häufig Teil einer Selbstmedikation sind.

Soziale Ängste und andere Angststörungen, Essstörungen, depressive Störungen und Zwangssymptome sind weitere häufige, zugleich mit einer komplexen PTBS vorliegende Diagnosen und Symptome. Inwieweit diese Störungen als echte komorbide Erkrankungen anzusehen sind, oder ob sie nicht eher als Symptome der Grunderkrankung komplexe PTBS angesehen werden sollten, ist Gegenstand der aktuellen Diskussion (Luxenberg et al. 2001b; Ross 2000). Für die klinische Praxis empfiehlt es sich, alle vorhandenen Störungsbereiche zu dokumentieren und gegebenenfalls komorbide Diagnosen zu stellen.

2.3 Abgrenzung der komplexen PTBS gegenüber Persönlichkeitsstörungen

Angesichts der bei Patienten mit Typ II Traumatisierung in aller Regel vielfältigen Symptomatik, die auch persönliche Einstellungen und Selbstregulationsstörungen umfasst, liegt nahe, die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zu stellen (Herman 1992). Besonders die Abgrenzung zu Borderlinestörungen bereitet mitunter Schwierigkeiten, da sich die Symptomkriterien der komplexen PTBS und der Borderline-Störung teilweise erheblich überschneiden (Driessen et al. 2002). Nach Ansicht der Arbeitsgruppe um Bessel van der Kolk (van der Kolk 2002) stellen Störungen der Affektregulation das entscheidende Merkmal der komplexen PTBS dar, während bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen Probleme in der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen, verbunden mit plötzlichen Beziehungsabbrüchen, im Vordergrund stehen. Die Borderlinestörung lässt sich aus dieser Perspektive im Kern als eine Störung der Bindungs- und Beziehungsfähigkeit beschreiben, während die komplexe PTBS primär als eine Störung der Selbstregulation und Selbstwahrnehmung imponiert (Luxenberg et al. 2001b). Ein weiteres Unterscheidungskriterium ist der vorwiegend depressiv getönte Affekt bei Patienten mit komplexer PTBS während für Borderline Patienten häufige Stimmungswechsel mit stärkerer Auslenkung auch in den euphorischen Bereich, z.B. im Rahmen von Idealisierung typisch sind. Dissoziative Symptome sind zudem notwendiger Bestandteil der Diagnose einer komplexen PTBS und treten in der Regel in chronifizierter Form bis hin zu schweren dissoziativen Störungen auf, während bei Borderline Patienten eher passagere dissoziative Reaktionen auf Belastungen beschrieben werden. Die Auffassung, dass es sich bei der komplexen PTBS und der Borderlinestörung trotz teilweiser Überschneidung der Symptomatik um klinisch unterscheidbare Störungsbilder handelt, wird durch empirische Befunde einer Studie gestützt, bei der sich eine relativ geringe Korrelation zwischen komplexer PTBS und der Borderline-Skala eines Fragebogens zu Persönlichkeitsstörungen fanden (Zlotnick und Pearlstein 1997). Insgesamt muss jedoch gesagt werden, dass die empirische Befundlage zur Abgrenzung der komplexen PTBS von Borderlinestörungen und anderen Persönlichkeitsstörungen und zur Prognose des Behandlungserfolges noch ganz unzureichend ist. Eine Reihe von klinischen Erfahrungsberichten stimmen dahin überein, dass die Behandlungsprognose von Patienten mit komplexer PTBS, bei adäquater

psychotherapeutischer Behandlung, wahrscheinlich besser ist, als bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen anderer Genese (Luxenberg et al. 2001a).

Bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen oder mit multipler psychischer Symptomatik sollte grundsätzlich eine sorgfältige Anamnese hinsichtlich früherer Traumatisierungen erhoben werden. Oft lässt sich das Beschwerdebild erst mit dem Wissen um eine traumatische Genese in einen verstehbaren Zusammenhang mit der Lebensgeschichte des Betroffenen bringen. Unpassende und unangenehme Verhaltensweisen, die zuvor als manipulatives Verhalten oder unterschwellige Aggressivität auffielen, können z.B. als Bewältigungsstrategien und als Versuch verstanden werden, sich vor befürchteten Übergriffen durch andere zu schützen. Natürlich treffen diese Überlegungen in gewissem Maße auch auf Borderline Störungen zu, bei denen man die hohe Prävalenz von schweren kindlichen Traumatisierungen von bis zu 90% mit in Betracht ziehen muss (Driessen et al. 2002; Herman et al. 1989; van der Kolk 1999). Bei Patienten, die primär an Störungen der Affektregulation leiden und über spezifische Ängste, Scham und Schuldgefühle im Zusammenhang mit Traumatisierungen berichten, sollte nach unserer Ansicht die Diagnose einer komplexen PTBS als Leitdiagnose gestellt werden, um eine entsprechende Weichenstellung für die weitere Therapie vorzunehmen.

2.4 Empirische Validierung des Konzeptes der komplexen PTBS

Die Beschreibung des Symptombildes der komplexen PTBS basiert auf klinischer Beobachtung und Erfahrung in der Behandlung von traumatisierten Patienten. Eine Arbeitsgruppe um Bessel van der Kolk und Judith Herman erarbeitete auf der Basis von Expertenkonsens eine Liste von Symptomkriterien für die Diagnose einer komplexen PTBS (siehe Anhang: Auswerteschema des Interviews zur komplexen PTBS). In Vorbereitung der DSM-IV Klassifikation wurde anhand dieser Kriterien ein 45-Items umfassendes standardisiertes Interview zur Diagnostik der komplexen PTBS (Structured Interview for Disorders of Extreme Stress, SIDES) sowie eine entsprechende self-rating Form (SIDES-S) erstellt. Das Instrument erhebt die aktuelle und die Lebenszeitprävalenz der komplexen PTBS, sowie den Schweregrad der Symptomatik bezogen auf den letzten Monat. Das SIDES ist das zur Zeit einzige verfügbare Erhebungsinstrument zur komplexen PTBS. Eine erste Validierung erfolgte im Rahmen einer Feldstudie im Vorfeld der DSM-IV Klassifikation an 523 PTBS-Patienten (Pelcovitz et al. 1997; van der Kolk et al. 1996). Das SIDES-Interview zeichnet sich durch gute teststatistische Kennwerte (Cronbachs-alpha .96) und eine gute Interraterreliabilität (Kappa .81) aus (Pelcovitz et al. 1997).

Die mit dem SIDES erhobenen Symptomkriterien wurden mit dem Ziel einer externen Validierung des Konstruktes komplexe PTBS in mehreren Studien mit Daten anderer standardisierter Fragebögen verglichen (Sack et al. 2002; Teegen und Schriefer 2002;

Zlotnick et al. 1996b). Dabei fanden sich durchweg hypothesengerecht hohe Korrelationen zwischen komplexer PTBS und Fragebögen zu somatoformen Symptomen, zu dissoziativen Symptomen, Angst und anderen Störungen der Affektregulation sowie Symptomen der PTBS. Eine Clusteranalyse von Beschwerdeangaben aus mehreren Fragebögen zeigte, dass Patienten aus dem Cluster mit besonders stark ausgeprägter und multipler Symptomatik in vielen Charakteristika dem Symptombild der komplexen PTBS entsprachen (Dickinson et al. 1998). Dissoziation, Somatisierung und Störungen der Affektregulation, jeweils mit dem SIDES erhoben, erwiesen sich auch in einer Studie von van der Kolk et al. (van der Kolk et al. 1996) als durchweg hoch miteinander korreliert. Zusammengefasst sprechen diese Befunde für eine hohe Konsistenz der Kernsymptomatik der komplexen PTBS. Eine ursprünglich im Kriterienkatalog der komplexen PTBS enthaltene Skala 'verzerrte Täterwahrnehmung' wurde aufgrund der Ergebnisse der DSM-IV Feldstudie als nicht-relevant für die Diagnostik einer komplexen PTBS herausgenommen, da Angaben über eine verzerrte Täterwahrnehmung stark von der Art des Traumas abhängig sind und insgesamt zu selten gemacht wurden (Pelcovitz et al. 1997).

In mehreren unabhängig voneinander durchgeführten Studien erwies sich die Diagnose einer komplexen PTBS als eng mit der Diagnose einer PTBS assoziiert (Jongedijk et al. 1996; Sack et al. 2002; Teegen und Schriefer 2002). Der Zusammenhang von komplexer PTBS mit sexuellem Missbrauch oder körperlicher Misshandlung ist empirisch gut gesichert (Dickinson et al. 1998; Pelcovitz et al. 1997; Roth et al. 1997; Zlotnick et al. 1996b). Eine komplexe PTBS ohne greifbare Traumatisierung wurde nur in 6% der Fälle von behandlingssuchenden Patienten und bei 4% aller Fälle aus einer Bevölkerungsstichprobe gefunden (Pelcovitz et al. 1997). Diese Befunde rechtfertigen die in der DSM-IV Klassifikation getroffene Einordnung der komplexen PTBS als ein eng mit der PTBS assoziiertes klinisch relevantes Störungsbild. Auch für die Hypothese, dass das Störungsbild der komplexen PTBS besonders mit Traumatisierungen in frühem Lebensalter assoziiert ist, gibt es empirische Belege. In 3 Studien fand sich eine signifikante Korrelation eines jüngeren Alters zum Zeitpunkt der ersten Traumatisierung mit der Diagnose einer komplexen PTBS bzw. mit der Schwere der Symptomatik (Ford und Kidd 1998; Sack et al. 2002; van der Kolk et al. 1996). Lediglich in einer Studie konnte dieser Zusammenhang nicht nachgewiesen werden (Roth et al. 1997).

Tabelle 2: Prävalenzraten der komplexen PTBS in unterschiedlichen Populationen

Autoren	Land	Stichprobe	Anteil kompl. PTBS
Ford & Kid (1998)	USA	74 Vietnamveteranen	57%
Jongedijk et al. (1996)	NL	21 Kriegsveteranen	38%
Newman et al. (1995)	USA	10 Vietnamveteranen mit chron. PTBS	100%
Roth et al. (1997)	USA	234 Frauen (sex. Missbrauch oder Misshandlung)	50%
Sack et al. (2002)	D	72 Patienten einer Traumaambulanz (78% w)	22%
Teegen & Vogt (2002)	D	33 Folteropfer (76% m)	66%
Teegen & Schäfer (2002)	D	71 misshandelte Frauen	27%
Weine et al. (1998)	USA	24 traumatisierte Flüchtlinge (50% w)	0%

Die Ergebnisse von Studien zur Häufigkeit der komplexen PTBS in verschiedenen Populationen sind in Tabelle 2 zusammengefasst. Bei der auffallend geringen Prävalenzrate in der Studie von Weine et al. (1998), in einer sicherlich hoch durch traumatische Erfahrungen belasteten Stichprobe von Kriegsflüchtlingen, ist zu berücksichtigen, dass die Erleichterung durch die Asylgewährung in den USA zu einer ungewöhnlich geringen Angabe von Symptomen geführt haben könnte. Auch kulturelle Einflussfaktoren, etwa in der Bewertung dissoziativer Symptome, könnten sich in niedrigen Symptomeinschätzungen niedergeschlagen haben. Stichprobenabhängige Unterschiede in der Prävalenz einzelner Symptomkriterien rechtfertigen nach unserer Erfahrung die Diagnostik einer inkompletten komplexen PTBS, wenn 5 von 6 geforderten Symptomkriterien vorliegen. Bereits ab diesem Schwellenwert wird eine klinische relevante Gruppe von Patienten mit besonders hoher Symptombelastung in der Folge von Traumatisierungen erfasst (siehe Kapitel 4 dieser Arbeit).

2.5 Ätiologische Modelle der komplexen PTBS

Die Vielfalt der Beschwerden, an denen Patienten mit komplexer PTBS leiden, erschließt sich dem Verständnis erst dann, wenn man die Symptomatik als Anpassungsstrategie und kompensatorische Bewältigung von zugrundeliegenden Regulationsdefiziten, Ängsten und traumatischen Beziehungserfahrungen begreift (van der Kolk et al. 1996). Aus der Perspektive von Betroffenen erscheint die Umwelt aufgrund von traumatischen Erfahrungen oft als unsicher und durch nicht vorhersehbare Gefahren gekennzeichnet. Hinzu kommt ein fehlendes Gefühl von Kompetenz, vermittelt durch die Erfahrung, dass die eigenen Impulse und Affekte schwer steuerbar und beherrschbar sind. Zudem

erleben sich Patienten häufig den in ihren Alpträumen und Intrusionen andrängenden belastenden Erinnerungen in einer sehr quälenden Weise ausgeliefert. Vor dem Hintergrund wiederholter negativer Beziehungserfahrungen und dem Erleben eigener Inkompetenz entwickeln sich in Anpassung an diese selbstregulatorischen Defizite in zunehmendem Maße Misstrauen, Ängste, Rückzugsverhalten, Kontakt- und Beziehungsschwierigkeiten. Diese Symptomatik erreicht schließlich ein so großes Ausmaß und betrifft so viele Lebensbereiche, dass sie als schwere psychische Erkrankung mit dem Rang einer Persönlichkeitsstörung imponiert.

Patienten mit komplexer PTBS waren in der Regel in der Kindheit über lange Zeit schweren Traumatisierungen ausgesetzt. Dabei sind nicht nur einzelne traumatisierende Handlungen, wie sexueller Missbrauch oder schwere körperliche Misshandlungen als pathogen einzustufen, sondern auch die häufig mit desolaten Familienverhältnissen einhergehende Vernachlässigung im Sinne fehlender emotionale Ansprache und Unterstützung sowie psychische Misshandlungen z.B. in der Form von Beschimpfen oder Anschreien. Dies trifft besonders dann zu, wenn die Traumatisierungen bereits vor dem 10. Lebensjahr begannen, da dann besonders vulnerable Entwicklungsphasen betroffen sind.

Ergebnisse der Bindungsforschung zeigen, dass ein hoher Anteil von Kindern mit Gewalt-, Verlust- oder Vernachlässigungserfahrungen ein desorganisiertes Bindungsmuster aufweist (Muller et al. 2000). Ein desorganisierter Bindungsstil lässt sich psychologisch als Fehlen einer Bewältigungsstrategie für den Umgang mit Stress in Beziehungen verstehen. Verlässliche und haltgebende Beziehungserfahrungen können dann, auch aufgrund der Vermeidung der mit Gefahr von erneuter Traumatisierung assoziierten Nähe, kaum mehr ausreichend gemacht werden. Dies hat zur Folge, dass eine Internalisierung guter Beziehungserfahrungen misslingt und so die Entwicklung eines kohärenten Weltbildes sehr erschwert wird. Frühkindliche Traumatisierungen haben einen negativen Einfluss auf die Entwicklung der Fähigkeit zu sicherer Bindung, zu Affektregulation und Stressmodulation und damit nicht zuletzt auch auf neurobiologisch verankerte Funktionsmuster, die Grundlage einer adäquaten Bewältigung von angstbesetzten Reaktionen und von Stress sind (Schore 2002). Diese Auffassung, in der Bindungsforschung und Neurobiologie der Stressbewältigung konvergieren, wird durch eine Fülle von entwicklungspsychologischen Beobachtungen gestützt und steht in Einklang mit der klinischen Erfahrung, dass Störungen der Selbstregulation als 'Basisstörung' der komplexen PTBS aufgefasst werden können.

2.6 Behandlung der komplexen PTBS

Die Behandlung von traumatisierten Patienten muss auf das Ausmaß der andrängenden intrusiven Erinnerungen und auf die individuellen Möglichkeiten mit den zugehörigen intensiven Affekten umzugehen, abgestimmt werden. Dabei sind die vielfältigen Abwehr-

und Bewältigungsmechanismen zu berücksichtigen und zu respektieren, die sich in der Folge der Traumatisierungen entwickelt haben. In diesem Kontext hat sich die Einteilung der Traumatherapie in Phasen bewährt, wie sie von Mardi Horowitz (Horowitz 1973) vorgeschlagen wurde. Eine Phaseneinteilung der Traumatherapie wird mittlerweile von allen therapeutischen Schulen vertreten. Sie umfasst mindestens die Phasen Stabilisierung, Traumabearbeitung und Integration. Es sei angemerkt, dass eine Traumabearbeitung nicht in allen Fällen notwendig ist bzw. aufgrund fehlender Stabilität oft (noch) nicht möglich ist. Gerade bei Patienten mit komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung kommt – aufgrund der Defizite der Affektregulation und Selbstregulation - der Stabilisierungsphase daher die größte Bedeutung zu.

Ziel der Stabilisierung ist es, wieder Kontrolle über sich und über seine emotionalen Reaktionen zu gewinnen und ein Grundgefühl von persönlicher Sicherheit herzustellen. Stabilisierung ist in erster Linie Hilfe zur Selbstregulation und Selbstberuhigung, da Patienten mit komplexer PTBS oft zwischen den Extremen zu viel zu fühlen oder zu wenig zu fühlen gefangen sind. Es geht daher um einen gezielten Aufbau der Fähigkeit zur Affektregulation, d.h. zur Fähigkeit emotionale Erregung zu ertragen, ohne sich Selbst zu verletzen, aggressiv zu werden oder zu dissoziieren. Solange diese Fähigkeit noch nicht vorhanden ist, läuft eine Bearbeitung von traumatischen Erinnerungen, beispielsweise im Rahmen einer Expositionsbehandlung, Gefahr erfolglos zu bleiben oder sogar den Patienten zu schaden (van der Kolk 2002).

Ein wichtige Hilfe für die Stabilisierung stellt das Erlernen und Einüben von Techniken zur Distanzierung von belastenden Erinnerungsinhalten dar, wie sie von Luise Reddemann und Ulrich Sachsse im deutschsprachigen Raum bekannt gemacht wurden (Reddemann 2001). Bewährt hat sich die Vermittlung von Imaginationsübungen, die gut in Gruppen geübt werden können. Zusätzlich sollten Behandlungstechniken zur Anwendung kommen, die die Wahrnehmung und Steuerung der eigenen emotionalen Reaktionen und Verhaltensmuster verbessert und die Fähigkeit zur Abgrenzung und zum Selbstschutz fördern. Ein ganz wesentliches Element der Stabilisierung, welches auch in allen anderen Behandlungsphasen eine unterstützende Funktion einnimmt, ist die Anknüpfung an bereits vorhandene persönliche Fähigkeiten und Ressourcen um diese auszubauen und zu stärken. Dieser Aspekt wird leicht übersehen und sollte ganz bewusst in die Konzeption der Therapie einbezogen werden.

Im Rahmen der Traumabearbeitung können belastende Erinnerungen und Affekte in starkem Maße mobilisiert werden, was eine erhebliche Labilisierung und Zunahme der gesamten Symptomatik, besonders aber auch autodestruktiver und suizidaler Impulse bewirken kann. Daher ist eine ausreichende Fähigkeit zur Affektregulation Vorbedingung für jede traumatherapeutische Expositionsbehandlung durch EMDR, hypnotherapeutische Techniken (Bildschirmtechnik) oder verhaltenstherapeutische Exposition in sensu (Sack 2000). Allen traumatherapeutischen Behandlungstechniken ist

gemeinsam, dass in dosierter Weise eine Re-Exposition mit der traumatischen Erfahrung herbeigeführt wird. Ziel ist die Verminderung der traumabezogenen Ängste und des Vermeidungsverhaltens, sowie eine Integration der emotionalen und kognitiven Komponenten der traumatischen Erfahrung in die persönliche Lebensgeschichte. Die Traumabearbeitung bei Patienten mit komplexer PTBS wird häufig nach dem Prinzip der fraktionierten Traumasynthese (Van der Hart et al. 1995) durchgeführt, das heißt die belastende Erinnerung wird entsprechend der individuellen Bewältigungsmöglichkeiten nach und nach für jede einzelne Sinnesqualität getrennt bearbeitet. Dissoziative Reaktionen während der Traumabearbeitung beruhen in der Regel auf einer Überforderung des Patienten und müssen daher besonders berücksichtigt werden. Patienten mit komplexer Symptomatik nach schweren Traumatisierungen profitieren eher von einer speziell auf ihre Problematik ausgerichteten Behandlung und weniger von ausschließlich symptomorientierten Behandlungsansätzen, wie z.B. Expositionsbehandlung (Feeny et al. 2002) oder von ausschließlich konfliktorientierten Behandlungsansätzen (Ford und Kidd 1998).

In der Integrationsphase sind individuell sehr unterschiedliche Bedürfnisse zu berücksichtigen. Der Betroffene steht vor der Notwendigkeit, das traumatische Erlebnis, die erlittenen seelischen und körperlichen Verletzungen und Verluste in die persönliche Biographie und in die Weltsicht zu integrieren. Dieser Abschnitt der Behandlung hat daher viele Ähnlichkeiten mit einem Trauerprozess (Sack 2000).

2.7 Schlussfolgerungen

Das Konzept der komplexen PTBS hat eine hohe Relevanz für die Diagnostik von Patienten mit langandauernden und extremen Traumatisierungen besonders nach schwerer Vernachlässigung, sexuellem Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit. Eine Fülle heterogener Symptome, die sonst als komorbide Störungsbilder zu klassifizieren wären, kann mit Hilfe dieser diagnostischen Kategorie auf ein einheitliches ätiologisches Modell bezogen werden. Auch wenn sich Überschneidungen mit den aktuellen Klassifikationssystemen nicht vermeiden lassen, empfehlen wir bei eindeutiger traumatischer Genese und dem Vorliegen der entsprechenden Kriterien, die Diagnose einer komplexen PTBS als Leitdiagnose zu stellen. Dies ist im Sinne einer Weichenstellung von großer Bedeutung für die weitere Therapie, da inzwischen spezielle psychotherapeutische Behandlungsverfahren zur Verfügung stehen. Nicht zuletzt bietet die Diagnose komplexe PTBS einen Ausgangspunkt für die weitere Forschung zu Folgen früher und langanhaltender Traumatisierungen und deren Behandlung.

3 Teststatistische Gütekriterien des Interviews zur komplexen PTBS

Eine erste Erhebung der Testgütekriterien des Interviews zur komplexen PTBS konnte aus Daten von 72 konsekutiven Patienten (56 Frauen, 16 Männer) der Traumaambulanz der Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover gewonnen werden. Bei allen Patienten wurde vom Autor im Rahmen der klinischen Diagnostik eine Interviewdiagnostik mit dem Interview zur komplexen PTBS durchgeführt.

Einschlußkriterien waren das persönliche Erscheinen in der Traumambulanz zu mindestens einem Untersuchungstermin, sowie mindestens eine erinnerbare Traumatisierung, gemäß dem Kriterium A der PTSD nach ICD-10 und ein Alter zwischen 18 und 65 Jahren,

3.1 Reliabilität (interne Konsistenz)

Die interne Konsistenz der Skalen sowie des gesamten Interviews zur komplexen PTBS wurden mittels Berechnung von Cronbachs alpha bestimmt (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3. Skalenreliabilität (Cronbachs alpha) des Interviews zur komplexen PTBS

Skalen des Interviews zur komplexen PTBS	Cronbachs alpha
Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen	.714
Störungen der Wahrnehmung oder des Bewusstseins	.675
Störungen der Selbstwahrnehmung	.640
Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen	.567
Somatisierung	.653
Veränderungen von Lebenseinstellungen	.645
Gesamtes Interview	.875

Während die Unterskalen mittlere bis befriedigende interne Konsistenzen aufweisen, ist die interne Konsistenz für das gesamte Interview mit $\alpha = .875$ als gut bis sehr gut zu bezeichnen.

Die relativ gesehen geringeren Reliabilitäten für die Unterskalen erklären sich dadurch, dass teilweise recht heterogene Fragen in den einzelnen Skalen zusammengefasst sind. Die hohe Reliabilität bezogen auf das gesamte Interview spricht dafür, dass das Interview insgesamt ein relativ konsistentes Konstrukt erfasst. Die Test-Retest-

Reliabilität des Interviews zur komplexen PTBS wurde von uns bisher noch nicht ermittelt.

Erste Daten liegen zur Interraterreliabilität des Interviews zur komplexen PTBS vor. Nach Durchführung eines Interviewertraining wurde die Übereinstimmung (Interraterreliabilität) bei 8 Untersuchern bestimmt, die das gleiche Interview per Videoaufzeichnung einschätzten. Da die Interviewdaten ordinalskaliert sind, wurde der Konkordanzkoeffizient W nach Kendall berechnet. Dieser betrug für das Interview zur komplexen PTBS $.902$ ($p < .001$), was für eine hohe Übereinstimmung der unterschiedlichen Rater und damit für eine gute Vergleichbarkeit der Interviewergebnisse nach Ratertraining spricht.

Eine weitere Überprüfung der Testgütekriterien anhand einer größeren Stichprobe und unter Hinzuziehen von Interviewdaten verschiedener Interviewer ist erforderlich.

3.2 Antworthäufigkeiten

Tabelle 4: Häufigkeit des Vorliegens der einzelnen Kriterien des Interviews zur komplexen PTBS:

Unterskalen	n (%)
Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen	54 (75%)
Störungen der Wahrnehmung oder des Bewusstseins	47 (65.3%)
Störungen der Selbstwahrnehmung	36 (50%)
Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen	56 (77%)
Somatisierung	57 (79.2%)
Veränderungen von Lebenseinstellungen	29 (40.3%)
Alle 6 Kriterien erfüllt	16 (22%)
5 von 6 Kriterien erfüllt	31 (43%)

Bei den für die einzelnen Symptomkriterien ausgewerteten Häufigkeiten fällt auf, dass Störungen der Selbstwahrnehmung (Schuldgefühle, Scham, Gefühl der Isolierung von anderen Menschen, fehlender Selbstschutz) und Veränderungen von Lebenseinstellungen (fehlende Zukunftsperspektive und Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen und Werten) mit 50% bzw. 40.3% im Vergleich zu den anderen Kriterien der komplexen PTBS deutlich seltener vorlagen.

Aus klinischer Sicht sind Störungen der Selbstwahrnehmung relativ spezifische Symptome für Folgen früher und schwerer Traumatisierungen. Dies könnte erklären,

warum dieses Symptomkriterium relativ gesehen seltener erfüllt war. Veränderungen von Lebenseinstellungen im Sinne einer Perspektivlosigkeit oder gar eines Verlustes von Glaubens- und Wertüberzeugungen wurden in unserer Studie deutlich seltener berichtet, als im US-amerikanischen Raum (Pelcovitz et al. 1997). Ursächlich hierfür sind vermutlich kulturelle Unterschiede, in der Bereitschaft über eine fehlende Zukunftsperspektive oder einen Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen zu berichten.

Aufgrund der im Vergleich zu den amerikanischen Studien vergleichsweise geringeren Prävalenz von Veränderungen von Lebenseinstellungen und aufgrund unserer klinischen Erfahrung im Einsatz mit dem Interview zur komplexen PTBS schlagen wir vor, bei Erfüllen von 5 der 6 Kriterien der komplexen PTBS, die Diagnose einer inkompletten komplexen PTBS zu stellen. Mit dem deutschsprachigen Interview zur komplexen PTBS untersuchte Patienten, die die Kriterien einer inkompletten komplexen PTBS erfüllen, leiden nach unserer Erfahrung nahezu in gleicher Weise wie Patienten, die alle 6 Kriterien erfüllen an einer schweren Traumafolgestörung. Die Herabsetzung des Schwellenwertes von 6 auf 5 zu erfüllende Kriterien bedarf einer weiteren empirischen Validierung. Diese wird zur Zeit im Rahmen einer Multizenterstudie mit einer Stichprobe von etwa 400 mit dem Interview zur komplexen PTBS untersuchten Patienten durchgeführt.

4 Studie zur Validität der Diagnose komplexe PTBS

Die mit dem Interview zur komplexen PTBS getroffene diagnostische Klassifizierung von besonders schweren Traumafolgestörungen (DESNOS) bedarf einer Validierung durch einen Vergleich mit der mit validierten standardisierten Instrumenten erhobenen Symptombelastung. Es ist zu zeigen, dass sich Patienten, die die Kriterien der komplexen PTBS erfüllen, hinsichtlich des Schweregrads der Symptomatik sowie in Bezug auf spezifische Symptome schwerer und früher Traumatisierungen, von Patienten unterscheiden, die lediglich die Diagnosekriterien einer PTBS erfüllen.

Die vorliegende Studie stellt einen ersten Versuch einer externen Validierung der mit der deutschsprachigen Fassung des Interviews zur komplexen PTBS getroffenen Diagnose komplexe PTBS durch eingeführter standardisierter Instrumente zu Symptomschwere und Komorbidität, sowie zu Kindheitsbelastungen und Ressourcen dar. Eine Vergleichsgruppe wurde aus konsekutiven Patienten der Traumaambulanz der Medizinischen Hochschule Hannover gewonnen, bei denen die Kriterien für eine PTBS mittels strukturiertem Interview (SKID-PTSD) nachgewiesen wurde, die jedoch nicht die Kriterien der komplexen PTBS erfüllten. Die Diagnose einer komplexen PTBS wurde in dieser Untersuchung bereits bei dem Vorliegen von 5 von 6 Kriterien der komplexen PTBS gestellt, da nach unserer Erfahrung mit der deutschsprachigen Übersetzung des Interviews zur komplexen PTBS bereits bei diesem Schwellenwert Patienten mit einem spezifischen Muster schwerer Traumafolgestörungen erfasst werden.

4.1 Fragestellung und Hypothesen

Es wurden folgende Vorannahmen zur Validität der Diagnose komplexe PTBS getroffen:

Patienten mit einer komplexen PTBS unterscheiden sich von Patienten bei denen lediglich eine PTBS vorliegt hinsichtlich:

1. der Komorbidität, insbesondere hinsichtlich der Ausprägung dissoziativer Symptome
2. dem Schweregrad der Symptomatik
3. dem Alter bei Ersttraumatisierung und der Ausprägung von Kindheitstraumatisierungen
4. der Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung und von anderen Ressourcen

Untersuchungshypothesen:

zu 1:

Bei Patienten mit einer komplexen PTBS finden sich signifikant häufiger komorbide Diagnosen (Angststörungen, depressive Störungen, dissoziative Störungen) im Vergleich zu Patienten, bei denen lediglich die Diagnose einer PTBS gestellt wurde.

zu 2:

Bei Patienten mit einer komplexen PTBS finden sich signifikant stärker ausgeprägte komorbide Symptome (Angstsymptome, depressive Symptome, dissoziative Symptome) im Vergleich zu Patienten, bei denen lediglich die Diagnose einer PTBS gestellt wurde.

zu 3:

Bei Patienten mit einer komplexen PTBS finden sich ein signifikant niedrigeres Alter während der Ersttraumatisierung und signifikant stärker ausgeprägte Kindheitsbelastungen (CTQ) im Vergleich zu Patienten, bei denen lediglich die Diagnose einer PTBS gestellt wurde.

zu 4:

Bei Patienten mit einer komplexen PTBS finden sich signifikant geringere Ressourcen (Kohärenzgefühl, soziale Unterstützung) im Vergleich zu Patienten, bei denen lediglich die Diagnose einer PTBS gestellt wurde.

4.2 Methodik

Die Fragebogen- und Interviewdiagnostik für die vorliegende Studie erfolgte im Rahmen der routinemäßigen Diagnostik und Beratung in der Traumaambulanz der Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover. Alle Patienten wurden über die Ziele der Studie informiert und darüber aufgeklärt, dass die erhobenen Fragebogendaten ausschließlich in anonymisierter Form gespeichert und verarbeitet werden. Die Teilnehmer erklärten ihr schriftliches Einverständnis zur Verwendung der erhobenen Daten für Studienzwecke auf einem entsprechenden Aufklärungsbogen. Die Durchführung der Studie wurde durch die Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover genehmigt.

Die statistische Überprüfung der Untersuchungshypothesen wurde mittels varianzanalytischer Gruppenvergleiche für unabhängige Stichproben (ANOVA) durchgeführt. Ordinalskalierte Daten wurden durch Berechnung von χ^2 und Signifikanzeinschätzung mittels Fishers Exakt Test verglichen. Das Signifikanzniveau für diese Studie wird auf 5% bei beidseitiger Testung festgelegt. Entsprechend dem vorläufigen Charakter der Studie und der noch relativ geringen Stichprobengrößen wurde

auf eine Korrektur der Anwendung wiederholter statistischer Berechnungen (alpha-Fehler) verzichtet.

4.2.1 Instrumente

Impact of Event Scale (IES)

Die Impact of Event Scale (Horowitz et al. 1979) wurde in der deutschen Übersetzung von Hütter und Fischer et al. (1997) eingesetzt. Die IES ist das international am häufigsten gebrauchte Instrument zur Erfassung der Symptombelastung traumaspezifischer Beschwerden und zur Verlaufsuntersuchung von Posttraumatischen Belastungsstörungen. Der Fragebogen umfasst 15 Items in 2 Skalen (Wiedererleben und Vermeidung). Die Symptombelastung wird, mit einem auf die letzten Tage bezogenen Zeitfenster, auf einer 4-stufigen Likert-Skala erhoben (0 = überhaupt nicht, 1 = selten, 2 = manchmal, 3 = oft). Die Auswertung des IES erfolgt durch Summenbildung über die Items der entsprechenden Skalen, bzw. als Gesamtwert, wobei die Itemwerte für die Summenbildung unterschiedlich gewichtet werden ('1 = 1', '2 = 3', '3 = 5'). Die Skalen weisen gute interne Konsistenzwerte auf (Wiedererleben: $\alpha = .82$, Vermeidung: $\alpha = .86$). Die Test-Retest-Reliabilität ist gut, es bestehen hohe Korrelationen zu konstruktnahen anderen Items und Skalen.

Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)

Der Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (Freyberger et al. 1999) stellt die deutsche Bearbeitung und Erweiterung des Dissociative Experiences Questionnaire (Bernstein und Putnam 1986) dar. Das Instrument wird zur dimensionalen Erfassung dissoziativer Phänomene eingesetzt. Die 44 Items fragen nach Amnesie, Absorption und imaginativen Erlebnisweisen, Derealisation und Depersonalisation sowie Konversion. Die Items werden auf einer Skala von 0% (nie) bis 100% (immer) erfasst. Das arithmetische Mittel aller Items wird als allgemeines Dissoziationsmass gewertet, wobei ein Cut-off-Wert von 25 als auffällig gilt. Der FDS wurde zur Erfassung eines Trait-Merkmals konzipiert, im Sinne eines Screenings auf möglicherweise vorliegende dissoziative Störungen. Die interne Konsistenz des FDS wird mit $\alpha = .91$ angegeben. In der vorliegenden Studie wurde der FDS aus ökonomischen Gründen auf 28 Items, entsprechend der Itemzahl der amerikanischen Originalversion, gekürzt. Auf die in der deutschen Bearbeitung hinzugefügte Skala Konversion wurde daher verzichtet. Die Items wurden in der Originalreihenfolge der amerikanischen Version angeordnet.

Allgemeine Depressionsskala (ADS)

Die Allgemeine Depressionsskala (Hautzinger und Bailer 1993) ist die deutsche Fassung der 'Center for Epidemiological Studies Depression Scale' (CES-D) von Radloff et al. (1977). Sie erfasst mit 15 Items das subjektive Vorhandensein und die Dauer der

Beeinträchtigung durch depressive Affekte und negative Denkmuster des Patienten. Die Fragen beziehen sich auf die letzten 7 Tagen. Die Items werden auf einer 4-stufigen Likert-Skala von 'selten' (0), über 'manchmal' (1), 'öfters' (2), bis 'meistens' (3) eingeschätzt. Die interne Konsistenz der ADS liegt, bezogen auf eine Bevölkerungsstichprobe, bei $\alpha = .90$. Die Validität des Fragebogens wurde durch eine Vielzahl von Untersuchungen belegt.

State-Trait Angstinventar (STAI)

Das State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger et al. 1970), in der Übersetzung von Laux (1981), ist ein häufig eingesetzter Selbstbeurteilungsfragebogen zu Erfassung der Angstintensität (Skala X1) und der allgemeinen Ängstlichkeit als Persönlichkeitsmerkmal (Skala X2). Jede Skala enthält 20 Items und kann je nach Fragestellung einzeln oder kombiniert eingesetzt werden. Die Items werden auf einer 4-stufigen Likert-Skala von 'fast nie' (1), über 'manchmal' (2), 'oft' (3), bis 'fast immer' (4) eingeschätzt. Die Skalenauswertung erfolgt durch Summenbildung über alle Items. In der vorliegenden Studie wurde die Skala zur allgemeinen Ängstlichkeit (Skala X2) eingesetzt, da damit ein relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal erfasst wird. Die Validität des STAI wird durch hohe Korrelationen mit konstruktnahen Skalen unterstützt.

Social Support Questionnaire (SSQ)

Das Social Support Questionnaire von Sarason et al. (1983) wurde von Quast & Sarason (1986) ins Deutsche übersetzt. Es handelt sich um einen Fragebogen, der das Ausmaß der subjektiv erlebten sozialen Unterstützung und die Zufriedenheit mit sozialer Unterstützung erfragt. Der SSQ besteht aus 27 Items. Die Items repräsentieren Problemsituationen, in denen der Patient anzugeben hat, von wem er in bestimmten Situationen Unterstützung erfahren würde. Es werden die Initialen von bis zu 8 Personen und deren Rolle (z. B. Ehefrau) verzeichnet, und der Grad der Zufriedenheit mit der wahrgenommenen Unterstützung auf einer vierstufigen Likert-Skala von 'gar nicht' (0) über 'kaum' (1), 'ziemlich' (2) und 'sehr' (3) angegeben. Die interne Konsistenz des SSQ, gemessen über Cronbachs alpha, erwies sich in Teilstichproben sowie in der Gesamtstichprobe als gut. In unserer Untersuchung wurde die SSQ -Kurzform mit 6 Items eingesetzt.

Sense of Coherence Scale (SOC)

Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky (Antonovsky 1987), übersetzt ins Deutsche von Noack et al. (Noack et al. 1991), ist ein Fragebogen, der die zeitstabile Persönlichkeitskonstante Kohärenzgefühl misst. Kohärenzgefühl bezeichnet eine allgemeine Einstellung, die das Ausmaß eines umfassenden, dauerhaften, zugleich aber dynamischen Vertrauens beschreibt, dass die innere und äußere Umwelt vorhersagbar und überschaubar ist, und dass sich die Dinge so gut entwickeln werden, wie es vernünftigerweise erwartet werden kann (Antonovsky, 1987). Inhalte der 29 Items zur Messung des Kohärenzgefühls sind die Konstrukte a) Comprehensibility

(Überschaubarkeit/Verstehbarkeit): die Erwartung einer Person, dass externe und interne Reize, beziehungsweise Entwicklungen, zu ordnen, zu überschauen und vorherzusagen sind, b) Manageability (Handhabbarkeit): das optimistische Vertrauen, aus eigener Kraft oder mit fremder Unterstützung künftige Lebensaufgaben meistern zu können und c) Meaningfulness (Sinnhaftigkeit): die individuelle Überzeugung, dass künftige Ereignisse sinnvolle Aufgaben sind, die einem gestellt werden und für die es sich lohnt, sich tatkräftig und emotional zu engagieren. Die Antworten werden auf einer 7-stufigen Likert-Skala von 'sehr selten oder nie' (1) bis 'sehr oft' (7) erhoben. Die Testgütekriterien des SOC fallen hinsichtlich der internen Konsistenz der Skalen (alpha zwischen .82 und .91) sehr gut aus. Die Validität des Fragebogens wurde nachgewiesen (Antonovsky 1993; Sack und Lamprecht 1998). In der vorliegenden Untersuchung kam die Kurzform des SOC mit 13 Items zum Einsatz.

Childhood Traumatic Questionnaire (CTQ)

Das Childhood Traumatic Questionnaire (Bernstein et al. 1994) wurde in der 34 Items umfassenden deutschen Übersetzung von Gast (1999) eingesetzt. Das CTQ erfasst die subjektive Häufigkeit mit der die Befragten verschiedene Formen von Kindheitstraumatisierungen erinnern. Auf einer 5-stufigen Skala werden retrospektiv Kindheitsbelastungen in folgenden 5 Dimensionen erhoben: emotionaler Missbrauch, körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung, körperliche Vernachlässigung. Bernstein und Fink (1994) führten umfassende Validierungsstudien durch, die gute bis sehr gute Ergebnisse für die teststatistischen Gütekriterien erbrachten.

Strukturiertes Klinisches Interview zu DSM-IV, Modul PTSD (SKID-PTSD)

Das halbstrukturierte SKID-Interview (Wittchen et al. 1997) erlaubt es, Längs- und Querschnittsdiagnosen für alle wichtigen Achse-I-Syndrome des DSM-IV zu stellen. Im Interviewheft ist neben jeder SKID-Frage das zugehörige DSM-IV-Kriterium aufgeführt, so dass der Interviewer sofort abschätzen kann, ob die Antwort des Probanden für eine Beurteilung ausreicht und ob er gegebenenfalls nachfragen muss. Hierbei berücksichtigt der Interviewer auch Aussagen von Angehörigen, Verhaltensbeobachtungen und ähnliches, um sich sein klinisches Urteil zu bilden. Zanarini et al. (2000) berichten für die Achse-I-Diagnosen des amerikanischen SKID gute bis sehr gute Interrater-Reliabilitäten (Kappawerte) zwischen .57 (Zwangsstörung) und 1.0 (Substanzstörungen).

Strukturiertes Klinisches Interview zu Dissoziativen Störungen, (SKID-D)

Das SKID-D ist die deutschsprachige Übersetzung (Gast et al. 2000) des Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders Revised von Steinberg (1994). Es handelt sich um ein teilstrukturiertes Interview zur Erfassung von Dissoziativen Störungen. Kernstück des Interviews ist die systematische Erfassung des Auftretens und des Schweregrades der dissoziativen Hauptsymptome: Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Identitätsunsicherheit und Identitätswechsel. Die Interviewfragen sind eng

an den Diagnosekriterien des DSM-IV orientiert, so dass auf der Grundlage der erhobenen Informationen direkt beurteilt werden kann, ob und gegebenenfalls welche Dissoziative Störung vorliegt. Insbesondere können, gemäß den DSM-Kriterien, die Diagnosen der folgenden Achse-I Störungen gestellt werden: Dissoziative Amnesie, Dissoziative Fugue, Depersonalisationsstörung, Dissoziative Identitätsstörung, Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung. Als Unterstützung zur Diagnostik sind Richtlinien zur Einschätzung des Schweregrades der Symptome, sowie Symptomprofile für die verschiedenen dissoziativen Störungen vorgegeben. Das SKID-D wurde in den USA bei verschiedenen Feld-Untersuchungen auf Reliabilität und Validität getestet.

4.2.2 Stichprobe

Teilnehmer der Untersuchung waren Patienten der Traumaambulanz der Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover. Die Traumaambulanz bietet Diagnostik und Beratung an, sowie in einzelnen Fällen auch eine traumatherapeutische Behandlung für Patienten mit dem gesamten Spektrum von Traumafolgestörungen. Die Zuweisung erfolgt in der Regel entweder durch den Hausarzt oder durch behandelnde Psychotherapeuten, mit dem Anliegen zur Klärung der Indikation für traumatherapeutische Behandlungsmaßnahmen.

Einschlußkriterien waren das persönliche Erscheinen in der Traumambulanz zu mindestens einem Untersuchungstermin, sowie mindestens eine erinnerbare Traumatisierung, gemäß dem Kriterium A der PTSD nach ICD-10. Weitere Einschlußkriterien waren ein Alter zwischen 18 und 65 Jahren, sowie ausreichende deutsche Sprachkenntnisse für ein Verständnis der Fragebogendiagnostik. Patienten mit akuten Traumatisierungen, die weniger als 3 Monate zurücklagen, wurden, aufgrund der zu diesem Zeitpunkt häufig noch nicht absehbaren Chronifizierung der Symptomatik, nicht in die Studie eingeschlossen. Insgesamt konnte das Interview zur komplexen PTBS bei 72 Patienten (56 Frauen, 16 Männer) durch den Autor der Studie erhoben werden.

Das mittlere Alter aller 72 Studienteilnehmer betrug 36 Jahre (Range 18 - 60 Jahre). Bei 49 (68%) aller untersuchten Patienten lag eine wiederholte Traumatisierung (Typ-II Traumatisierung) vor. Der mittlere Zeitraum seit der ersten Traumatisierung betrug 23 Jahre (Range 6 Monate - 53 Jahre).

Insgesamt 31 Patienten (43%) der Stichprobe erfüllten die Kriterien einer komplexen PTBS (5 von 6 Kriterien erfüllt). Als Vergleichsgruppe wurden die 25 Patienten mit einer mittels SKID-PTSD Interview gestellten Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung herangezogen, die nicht zugleich die diagnostischen Kriterien einer komplexen PTBS erfüllten. Bei den übrigen, in der Auswertung nicht weiter

berücksichtigten 16 Patienten der Gesamtstichprobe, lag anamnestisch eine Traumatisierung vor, jedoch aktuell keine PTBS.

4.3 Ergebnisse

Die Analyse deskriptiver Daten (siehe Tabelle 5) zeigt ein Überwiegen des weiblichen Geschlechts bei beiden Untersuchungsgruppen ohne statistisch signifikanten Gruppenunterschied. Multiple Traumatisierungen lagen bei Patienten mit der Diagnose einer komplexen PTBS, verglichen mit Patienten, bei denen lediglich die Diagnose einer PTBS gestellt wurde, signifikant häufiger vor.

Hochsignifikante Gruppenunterschiede fanden sich hinsichtlich spezifischer Symptome, die mit dem Interview zur komplexen PTBS erfasst wurden, insbesondere für die Symptombereiche Suizidalität, Scham und Schuldgefühle sowie Verlust der Zukunftsperspektive.

Tabelle 5: Deskriptive Daten

	PTBS % (N)	komplexe PTBS % (N)	Chi²	Sign.
Geschlecht weiblich	72% (18)	90.3% (28)	3.2	n.s.
Multiple Traumatisierung	68% (17)	90.3% (28)	4.4	p = .048
Suizidalität	12% (3)	64.5 % (20)	15.7	p < .001
Scham	12% (3)	67.7% (21)	17.6	p < .001
Schuldgefühle	28% (7)	67.7% (21)	8.7	p = .003
Verlust der Zukunftsperspektive	16% (4)	64.5% (20)	13.3	p < .001

Signifikanzberechnung: Fischers Exakt Test (zweiseitig)

Bei 83.9 % aller Patienten mit komplexer PTBS wurde gleichzeitig mit dem SKID-PTSD Interview die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung erhoben (siehe Tabelle 6). Der Vergleich der Häufigkeiten komorbider Diagnosen zeigt in Bezug auf das Vorliegen depressiver Störungen, Angststörungen und somatoformer Störungen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Dissoziative Störungen fanden sich, als komorbide Diagnose, hochsignifikant häufiger bei Patienten mit komplexer PTBS.

Tabelle 6: Diagnosen und komorbide Diagnosen

	PTBS	komplexe PTBS	Chi²	Sign.
	% (N)	% (N)		
Diagnose PTBS	100% (25)	83.9% (26)	4.4	n.s.
Depressive Störung	24% (6)	22.6% (7)	0.2	n.s.
Angststörung	28% (7)	25.8% (8)	0.3	n.s.
Somatoforme Störung	40% (10)	51.6% (16)	0.8	n.s.
Dissoziative Störung	16% (4)	74.2% (23)	18.8	p < .001

Signifikanzberechnung: Fischers Exakt Test (zweiseitig)

Kein signifikanter Gruppenunterschied fand sich hinsichtlich der mit der Impact of Event Scale erhobenen traumaspezifischen Symptomatik (Intrusionen und Vermeidungsverhalten, siehe Tab. 7). Patienten mit der Diagnose einer komplexen PTBS gaben signifikant mehr depressive Symptome und Angstsymptome an. Im Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS) ergaben sich bei Auswertung des Gesamtwertes keine signifikanten Gruppenunterschiede. Bei Auswertung der für pathologische Dissoziation spezifischen Items (DES-Taxon Items) des FDS fanden sich bei Patienten mit der Diagnose komplexe PTBS signifikant stärker ausgeprägte dissoziative Symptome. Der Vergleich der mit dem Strukturierten Klinischen Interview zur Dissoziativen Störungen erhobenen Punktwerte ergab hochsignifikant mehr dissoziative Symptome bei Patienten mit komplexer PTBS im Vergleich zu Patienten, bei denen nur die Diagnose PTBS gestellt wurde.

Während kein signifikanter Gruppenunterschied im Alter der untersuchten Patienten vorlag, fand sich ein signifikant niedrigeres Alter bei Ersttraumatisierung bei den Patienten mit komplexer PTBS. Die Anzahl der positiven Items im Interview zur komplexen PTBS korrelierte zudem signifikant negativ mit dem Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung (Pearson $r = -0.412$, $p = .002$).

Tabelle 7: Symptomatik und Alter bei Ersttraumatisierung

	PTBS	komplexe PTBS	F	DF	Sign.
Traumasympptomatik (IES)	47.3 ± 15.0	52.5 ± 12.1	2.0	53	n.s
Depressivität (ADS)	21.1 ± 10.3	29.1 ± 10.1	7.2	46	p = .010
Angst (STAI)	57.0 ± 11.2	63.1 ± 9.0	4.2	45	p = .046
Dissoziative Symptome:					
FDS	11.5 ± 5.8	16.1 ± 13.4	2.2	47	n.s.
DESTAX	3.9 ± 5.1	13.0 ± 14.5	7.8	47	P = .008
SKID-D Gesamtpunktzahl	7.9 ± 2.7	12.8 ± 4.0	26.8	54	p < .001
Alter	37.9 ± 12.4	35.5 ± 10.3	0.6	55	n.s.
Alter bei Ersttraumatisierung	17.9 ± 14.2	10.5 ± 9.6	5.4	55	P = .024

IES: Impact of Event Scale, ADS: Allgemeine Depressionsskala, STAI: Spielberger Angstinventar, FDS: Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen, DESTAX: Index aus den 8 für pathologische Dissoziation spezifischen Items des FDS, SKID-D: Strukturiertes klinisches Interview zu Dissoziativen Störungen. Signifikanzberechnung: ANOVA (zweiseitig)

Im Vergleich mit Patienten, bei denen nur die Diagnose einer PTBS gestellt wurde, berichteten Patienten mit komplexer PTBS signifikant häufiger über emotionalen Missbrauch und über sexuellen Missbrauch in der Kindheit (siehe Tabelle 8). Auch der mit dem Childhood Traumatic Questionnaire erhobene Gesamtwert für traumatische Kindheitsbelastungen war bei Patienten mit komplexer PTBS signifikant stärker ausgeprägt.

Die gesundheitsprotektive Ressource Kohärenzgefühl war im Vergleich mit Patienten, bei denen nur die Diagnose einer PTBS gestellt wurde, bei Patienten mit komplexer PTBS signifikant geringer ausgeprägt. Die Möglichkeit zur Hilfe durch soziale Unterstützung wurde von Patienten mit komplexer PTBS geringer eingeschätzt, der Gruppenunterschied erreichte aber nur grenzwertige statistische Signifikanz.

Tabelle 8: Kindheitsbelastungen und Ressourcen

	PTBS	komplexe PTBS	F	DF	Sign.
Kindheitsbelastungen (CTQ)					
Emotionaler Missbrauch	12.8 ± 6.0	17.8 ± 5.8	8.3	46	p = .008
Körperliche Misshandlung	9.3 ± 5.0	10.7 ± 5.5	.82	45	n.s.
Sexueller Missbrauch	7.5 ± 5.3	12.7 ± 8.0	6.5	46	p = .014
Emotionale Vernachlässigung	14.8 ± 7.2	18.4 ± 5.3	.44	46	n.s.
Körperliche Vernachlässigung	10.5 ± 4,4	11.4 ± 4.6	.45	46	n.s.
CTQ-Gesamt	54.9 ± 21.4	69.8 ± 22.4	5.3	45	p = .026
Ressourcen					
Kohärenzgefühl (SOC)	53.1 ± 15.1	42.7 ± 12.3	6.6	45	p = .014
Soziale Unterstützung (SSQ-6)	6.7 ± 5.9	3.9 ± 3.9	3.6	44	p = .06

CTQ: Childhood Traumatic Questionnaire, SOC: Sense of Coherence Questionnaire, SSQ-6: Social Support Questionnaire. Signifikanzberechnung: ANOVA (zweiseitig)

4.4 Diskussion

Die vorliegende Studie untersucht die externe Validität der mit dem Interview zur komplexen PTBS (IK-PTBS) gestellten Diagnose einer komplexen PTBS durch Analyse von Daten standardisierter Fragebögen zu Symptomatik, Kindheitsbelastungen und Ressourcen. Als Vergleichsgruppe dienen Patienten, bei denen die Diagnose einer PTBS vorliegt, jedoch die Kriterien einer komplexen PTBS nicht erfüllt sind.

Patienten mit einer komplexen PTBS berichteten erwartungsgemäß überwiegend (90%) über multiple Traumatisierungen. Bei über 84% aller Patienten mit komplexer PTBS waren zugleich die diagnostischen Kriterien einer PTBS erfüllt. Dissoziative Störungen wurden hochsignifikant häufiger bei Patienten mit komplexer PTBS als komorbide Diagnose gestellt, mit einer ausgesprochen hohen Prävalenz bei 74% aller Patienten mit komplexer PTBS. Da dissoziative Störungen relativ spezifische Folgen schwerer und lebensgeschichtlich früher Traumatisierungen sind, spricht dieser Befund dafür, dass die Diagnose komplexe PTBS speziell frühtraumatisierte Patienten erfasst. Dieser Befund wird durch ein signifikant niedrigeres Alter bei Ersttraumatisierung in der Gruppe der Patienten mit komplexer PTBS, im Vergleich zu Patienten, bei denen lediglich die Diagnose PTBS vorlag. Auch die signifikant negative Korrelation zwischen Alter während der Ersttraumatisierung und Symptomen einer komplexen PTBS unterstützt diese Annahme.

Während sich keine Gruppenunterschiede hinsichtlich der komorbiden Diagnose einer depressiven Störungen oder einer Angststörung ergaben, fanden sich bei Patienten mit der Diagnose einer komplexen PTBS signifikant stärker ausgeprägte Symptome von Angst und Depression sowie hochsignifikant stärker ausgeprägte dissoziative Symptome. Die spezifische PTSD-Symptomatik in Form von Intrusionen und Vermeidungsverhalten (IES) war in beiden Gruppen nicht signifikant unterschiedlich ausgeprägt. Diese Befunde sprechen dafür, dass sich Patienten mit einer komplexen PTBS nur wenig hinsichtlich der traumaspezifischen Symptome von Patienten unterscheiden, bei denen nur die Diagnose einer PTBS gestellt wurde. Komorbide Angstsymptome und depressive Symptome und in besonderem Masse dissoziative Symptome waren bei unseren Patienten mit komplexer PTBS hingegen signifikant stärker ausgeprägt, was für ein generell schweres Störungsbild mit einer hohen gesamten Symptombelastung bei diesen Patienten spricht.

Übereinstimmend mit der höheren Prävalenz von Frühtraumatisierungen bei Patienten mit komplexer PTBS fanden sich in unserer Untersuchung signifikant häufiger Berichte über traumatische Kindheitsbelastungen bei Patienten mit komplexer PTBS im Vergleich zu Patienten, bei denen nur die Diagnose einer PTBS gestellt wurde. Emotionaler Missbrauch und sexueller Missbrauch waren dabei die Symptombereiche, in denen sich die deutlichsten Unterschiede hinsichtlich Kindheitstraumatisierungen fanden. Diese Befunde decken sich mit den Annahmen zur Ätiologie der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung.

Das Kohärenzgefühl, ein Konstrukt, das gesundheitsprotektive Ressourcen im Sinne einer zeitstabilen Einstellung bezüglich der Bewältigung potentieller Belastungsfaktoren beschreibt, war bei Patienten mit der Diagnose komplexe PTBS signifikant geringer ausgeprägt, als bei Patienten, bei denen nur die Diagnose einer PTBS gestellt wurde. Patienten mit komplexer PTBS berichteten auch über eine geringere Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung. Diese Befunde decken sich mit der klinischen Erfahrung, dass Patienten mit besonders schweren und mit frühen Traumatisierungen über vergleichsweise geringere Ressourcen verfügen. Eine geringe Ausprägung von persönlichen Ressourcen kann neben der direkten Auswirkung der frühen Traumatisierungen wahrscheinlich auch Folge von anhaltenden Defiziten im familiären Umfeld und in der Beziehung zu den Eltern sein. Insofern spiegeln diese Befunde vermutlich auch die Entwicklungsdefizite von Patienten mit Frühtraumatisierungen wider.

Die Befunde unsere Studie unterliegen der Einschränkung der Vorläufigkeit. Die untersuchte Stichprobe von insgesamt 72 mit dem Interview zur komplexen PTBS untersuchten Patienten ist noch relativ klein und wurde von einem einzigen Untersucher an einem Studienzentrum erhoben. Unsere Beobachtungen können daher nicht ohne weiteres generalisiert werden und bedürfen weiterer Überprüfung.

Unter Berücksichtigung der oben genannten Einschränkungen bestätigen die vorliegenden Befunde zusammenfassend unsere Untersuchungshypothesen. Wir fanden bei Patienten mit der Diagnose einer komplexen PTBS hypothesenkonform eine stärker ausgeprägte Komorbidität bezüglich dissoziativer Störungen, sowie eine, abgesehen von traumaspezifischen Symptomen, signifikant höhere Symptombelastung. Entsprechend unseren Annahmen fand sich eine relative Spezifität für frühe Traumatisierungen bei Patienten mit der Diagnose einer komplexen PTBS, sowie signifikant geringer ausgeprägte persönliche Ressourcen (Kohärenzgefühl), welche als Folgen kindlicher Entwicklungsdefizite angesehen werden können.

Unsere Befunde liefern vorläufige Belege dafür, dass die komplexe posttraumatische Belastungsstörung eine eigenständige, von der PTBS in spezifischen Merkmalen abgrenzbare Diagnose darstellt. Die hohe Übereinstimmung der mittels externer Fragebogendaten erhobenen Symptomatik mit den Kernsymptomen der komplexen PTBS, spricht zudem für eine gute Validität der Diagnose komplexe PTBS. Das Interview zur komplexen PTBS (IK-PTBS) eignet sich nach unseren Erfahrungen als ein in der Praxis ökonomisch anwendbares Instrument zur Diagnostik der komplexen PTBS.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Die komplexe PTBS ist eine aus der klinischen Erfahrung in der Behandlung von in der Kindheit traumatisierten Patienten gewonnene diagnostische Kategorie, die das typische Symptommuster früh und besonders schwer traumatisierter Patienten beschreibt. Bei der Entwicklung dieser Diagnose war das Bedürfnis nach einem umfassenden Konzept leitend, das die regelhaft zu beobachtende Multimorbidität früh traumatisierter Patienten erklärt und deren Symptomatik syndromal zusammenfasst.

Nach unserer Erfahrung bietet das Konzept der komplexen PTBS einen hohen praktischen Nutzen für die Diagnostik von Patienten mit langandauernden und extremen Traumatisierungen, besonders nach schwerer Vernachlässigung, sexuellem Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit. Die von Sack und Hofmann (Sack und Hofmann 2001) übersetzte und bearbeitete deutsche Version des SIDES-Interviews (IK-PTBS) hat sich bei uns bereits praktisch bewährt, um bei Patienten mit multiplen und frühkindlichen Traumatisierungen das Vorliegen einer komplexen PTBS diagnostisch einzuschätzen.

Wir konnten in der vorliegenden Arbeit erste Befunde zur externen Validität und zu Testgütekriterien des IK-PTBS vorstellen. Diese noch vorläufigen Ergebnisse unterstützten die Validität des diagnostischen Konzepts der komplexen PTBS und zeigen gute teststatistischen Gütekriterien des IK-PTBS. Eine weitere Datensammlung zur Validierung des Interviews an einer größeren Stichprobenzahl aus unterschiedlichen Studienzentren wird gegenwärtig von uns durchgeführt. Nach unserer persönlichen Erfahrung führt die Durchführung von Interviews mit dem IK-PTBS zu einer Schärfung des diagnostischen Blicks für schwere Traumafolgestörungen und kann daher auch aus didaktischen Erwägungen zur Schulung der eigenen diagnostischen Fähigkeiten sinnvoll eingesetzt werden.

Wie von Kritikern leicht eingewendet werden kann, besteht die Gefahr einer monokausalen Betrachtungsweise, sobald Diagnosen unter dem Blickwinkel einer bestimmten Ätiologie betrachtet werden. Doch auch das Übersehen evidenter ätiologischer Zusammenhänge würde eine Gefahr bedeuten. Die Klassifizierung der komplexen PTBS als Traumafolgestörung bietet unserer Auffassung nach die Chance, dass eine differenzierte therapeutische Weichenstellung erfolgen kann, die wichtige Konsequenzen für die psychotherapeutische Weiterbehandlung hat.

Von hoher Bedeutung sind ätiologische Zusammenhänge zumindest dann, wenn es um die Differentialindikation von Behandlungsmaßnahmen und um den für die Behandlung notwendigen Rahmen geht. Es ist beispielsweise eine wichtige Frage, welche traumatisierten Patienten eher von einem auf die speziellen Probleme von Borderline-

Persönlichkeitsstörungen ausgerichteten verhaltenstherapeutischen Ansatz wie der DBT nach Linehan (1996) profitieren und welche Patienten eher auf traumatherapeutischen Therapieverfahren, einschließlich stabilisierender Verfahren wie z.B. imaginativer Techniken, ansprechen.

Die Frage der Notwendigkeit einer Einführung der Diagnose komplexe PTBS und deren Abgrenzung gegenüber der Borderline-Störung, wie auch die Frage nach der Effektivität entsprechender spezialisierter Behandlungstechniken, kann nach unserer Ansicht nur durch sorgfältig erhobene Forschungsergebnisse beantwortet werden. Angeregt durch einen bereits während des Reviewprozesses unseres im Nervenarzt (2004) erschienenen Übersichtsaufsatzes begonnenen kontroversen Diskussion um die Notwendigkeit der Einführung der Diagnose komplexe PTBS, haben wir unter der Beteiligung von Prof. Sachsse (Göttingen), Dr. Dulz (Hamburg) und Frau Dr. Overkamp (Lübben) und insgesamt 7 Doktorandinnen und Doktoranden begonnen, eine Multizenterstudie zu dieser Frage durchzuführen.

Wir hoffen, dass unsere gerade im Entstehen befindliche Studie etwas Klarheit in die Frage der Symptomüberschneidung und der diagnostischen Abgrenzbarkeit der Konstrukte PTBS, komplexe PTBS und Borderline-Persönlichkeitsstörung bringt. Wir würden uns darüber hinaus wünschen, dass unsere Studie bei der Entscheidungsfindung hinsichtlich der Differentialindikation traumatherapeutischer Behandlungsverfahren bei diesen Patientengruppen hilfreich sein kann.

6 Literaturverzeichnis

- Andreski,P., Chilcoat,H., Breslau,N. (1998):** Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Research* 79, 131-138.
- Antonovsky,A. (1987):** Unraveling the mystery of health. Jossey-Bass, San Francisco.
- Antonovsky,A. (1993):** The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Sciences and Medicine* 36, 725-733.
- Baeyer,W., Häfner,H., Kisker,K.P. (1964):** Psychiatrie der Verfolgten. Psychopathologische und gutachterliche Erfahrungen an Opfern der nationalsozialistischen Verfolgten und vergleichbarer Extrembelastungen. Springer, Berlin, Göttingen, Heidelberg.
- Beltran,R.O., Silove,D. (1999):** Expert opinions about the ICD-10 category of enduring personality change after catastrophic experience. *Comprehensive Psychiatry* 40, 396-403.
- Bernstein,D.P., Fink,L., Handelsman,L., Foote,J., Lovejoy,M., Wenzel,K., Sapareto,E., Ruggiero,J. (1994):** Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am. J. Psychiatry* 151, 1132-1136.
- Bernstein,E.M., Putnam,F.W. (1986):** Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 174, 727-735.
- Creamer,M., Burgess,P., McFarlane,A.C. (2001):** Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychol Med* 31, 1237-1247.
- Dickinson,L.M., deGruy,F.V., Dickinson,W.P., Candib,L.M. (1998):** Complex posttraumatic stress disorder: evidence from the primary care setting. *General Hospital Psychiatry* 20, 214-224.
- Diessen,M., Beblo,T., Reddemann,L., Rau,H., Lange,W., Silva,A., Barea,R.C., Wulff,H., Ratzka,S. (2002):** Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung. *Nervenarzt* 73, 820-829.
- Dutton,D.G., Painter,S.L. (1981):** Traumatic bonding: the development of emotional attachments in battered women and other relationships of intermittent abuse. *Victimology* 6, 139-155.
- Eitinger,L. (1965):** Concentration camp survivors in Norway and Israel. *Israel Journal of Medical Sciences* 1, 883-895.
- Engel,G.L. (1959):** Psychogenic pain and the pain-prone patient. *Am J Med* 26, 899-918.
- Feeny,N.C., Zoellner,L.A., Foa,E.B. (2002):** Treatment outcome for chronic PTSD among female assault victims with borderline personality characteristics: a preliminary examination. *J Personal. Disord.* 16, 30-40.
- Feinauer,L.L., Stuart,D.A. (1996):** Blame and resilience in women sexually abused as children. *American Journal of Family Therapy* 24, 31-40.
- Ford,J.D. (1999):** Disorders of extreme stress following war-zone military trauma: associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes? *J Consult Clin. Psychol* 67, 3-12.

- Ford, J.D., Kidd, P. (1998):** Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress* 11, 743-761.
- Freyberger, H.J., Spitzer, C., Stieglitz, R.-D. (1999):** Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS). Huber, Bern.
- Gast, U. (2000):** Diagnostik und Behandlung Dissoziativer Störungen. In: F. Lamprecht (Hrsg.): *Praxis der Traumatherapie*. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart, S. 164-211.
- Gast, U., Oswald, T., Zündorf, F., Hofmann, A. (2000):** Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV - Dissoziative Störungen (SKID-D). Hogrefe, Göttingen.
- Glasser, M., Kolvin, I., Campbell, D., Glasser, A., Leitch, I., Farrelly, S. (2001):** Cycle of child sexual abuse: links between being a victim and becoming a perpetrator. *Br. J Psychiatry* 179, 482-494.
- Hautzinger, M., Bailer, M. (1993):** Allgemeine Depressionsskala (ADS). Beltz, Weinheim.
- Herman, J.L. (1992):** Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress* 5, 377-391.
- Herman, J.L. (1993a):** Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Kindler, München.
- Herman, J.L. (1993b):** Sequelae of prolonged and repeated trauma: evidence for a complex posttraumatic syndrome (DESNOS). In: J.R. Davidson und Foa, E.B. (Hrsg.): *Posttraumatic Stress Disorder - DSM IV and beyond*. American Psychiatric Press, Washington, S. 213-228.
- Herman, J.L., Perry, C., van der Kolk, B.A. (1989):** Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am. J. Psychiatry* 146, 490-495.
- Horowitz, M.J. (1973):** Phase oriented treatment of stress response syndromes. *American Journal of Psychotherapy* 27, 506-515.
- Horowitz, M.J., Wilner, N., Alvarez, W. (1979):** Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine* 41, 209-218.
- Huber, M. (2003):** Trauma und die Folgen - Trauma und Traumabehandlung Teil 1. Junfermann, Paderborn.
- Hütter, B.O., Fischer, G. (1997):** Clinimetric evaluation of the German version of the Impact of Event Scale. Tagung der Europäischen Gesellschaft für Traumatische Stress Studien, Maastricht
- Janoff-Bulman, R. (1992):** Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma. Free Press, New York.
- Jongedijk, R.A., Carlier, I.V., Schreuder, B.J., Gersons, B.P. (1996):** Complex posttraumatic stress disorder: an exploratory investigation of PTSD and DES NOS among Dutch war veterans. *J Trauma Stress* 9, 577-586.
- Kaufman, J., Zigler, E. (1987):** Do abused children become abusive parents? *Am J Orthopsychiatry* 57, 186-192.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. (1995):** Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 52, 1048-1060.

- Krystal,H., Niedeland,W.G. (1965):** Clinical observations of the survivor syndrome. Proceedings of the 21annual meeting of the American Psychiatric Association 1965. American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Krystal,J.H., Bennett,A., Bremner,J.D., Southwick,S.M., Charney,D.S. (1996):** Recent developments in the neurobiology of dissociation: implications for posttraumatic stress disorder. In: L.K.Michelson und Ray,W.J. (Hrsg.): Handbook of dissociation: theoretical, empirical and clinical perspectives. Plenum Press, New York, S. 163-190.
- Kühler,T., Stachetzki,R. (2005):** Differenzialdiagnostik - Borderlinepersönlichkeitsstörung und komplexe posttraumatische Belastungsstörung. Psychotherapeut 50, 25-32.
- Kunzke,D., Güls,F. (2003):** Diagnostik einfacher und komplexer posttraumatischer Störungen im Erwachsenenalter. Psychotherapeut 48, 50-70.
- Laux,L., Glanzmann,P., Schaffner,P., Spielberger,C.D. (1981):** Das State-Trait-Angstinventar. Theoretische Grundlagen und Handanweisung. Beltz-Test, Weinheim.
- Linehan,M. (1996):** Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien, München.
- Lisak,D., Hopper,J., Song,P. (1996):** Factors in the cycle of violence: gender rigidity and emotional constriction. J Trauma Stress 9, 721-743.
- Luxenberg,T., Spinazzola,J., Hidalgo,J., van der Kolk,B.A. (2001a):** Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) part two: treatment. Directions in Psychiatry 21, 395-415.
- Luxenberg,T., Spinazzola,J., van der Kolk,B.A. (2001b):** Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment. Directions in Psychiatry 21, 373-394.
- McCann,D.L., Pearlman,L.A. (1990):** Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy and transformation. Brunner & Mazel, New York.
- McFarlane,A.C. (1998):** Epidemiological evidence about the relationship between PTSD and alcohol abuse: the nature of the association. Addictive Behaviors 23, 813-825.
- McFarlane,A.C., Bookless,C., Air,T. (2001):** Posttraumatic stress disorder in a general psychiatric inpatient population. J Trauma Stress. 14, 633-645.
- Molnar,B.E., Berkman,L.F., Buka,S.L. (2001):** Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. Psychol Med 31, 965-977.
- Muller,R.T., Sicoli,L.A., Lemieux,K.E. (2000):** Relationship between attachment style and posttraumatic stress symptomatology among adults who report the experience of childhood abuse. J. Trauma Stress 13, 321-332.
- Noack,H., Bachmann,N., Oliveri,M., Kopp,H.G., Udris,I. (1991):** Fragebogen zum Kohärenzgefühl. Autorisierte Übersetzung des 'Sense of Coherence Questionnaire' von Antonovsky.
- Pelcovitz,D., van der Kolk,B.A., Roth,S., Mandel,F., Kaplan,S., Resick,P. (1997):** Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). Journal of Traumatic Stress 10, 3-16.

Quast,H.H., Sarason,I.G. (1986): Fragebogen zur sozialen Unterstützung (SSQ) - Deutsche Adaptation. In: R.Schwarzer (Hrsg.): Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit. Freie Universität Institut für Psychologie, Berlin, S. 179-194.

Radloff,L.S. (1977): The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 3, 385-401.

Reddemann,L. (2001): Imagination als heilsame Kraft - Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart.

Reddemann,L. (2004): Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT - das Manual. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart.

Ross,C.A. (2000): The trauma model: a solution to the problem of comorbidity in psychiatry. Manitou, Richardson.

Roth,S., Newman,E. (1991): The process of coping with trauma. *Journal of Traumatic Stress* 4, 279-299.

Roth,S., Newman,E., Pelcovitz,D., van der Kolk,B.A., Mandel,F.S. (1997): Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress* 10, 539-555.

Sachsse,U. (1999): Selbstverletzendes Verhalten. Vandenhoeck und Rupprecht, Göttingen.

Sachsse,U. (2004): Traumazentrierte Psychotherapie - Theorie, Klinik und Praxis. Schattauer, Stuttgart.

Sack,M. (2000): Die Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen. In: F.Lamprecht (Hrsg.): Praxis der Traumatherapie. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart, S. 63-113.

Sack,M. (2004): Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Nervenarzt* 75, 451-459.

Sack,M., Hofmann,A. (2001): Das Interview zur komplexen PTBS (IK-PTBS). unveröffentlichte Forschungsversion,

Sack,M., Lamprecht,F. (1998): Forschungsaspekte zum 'Sense of Coherence'. In: W.Schüffel, Brucks,U., Johnen,R., Köllner,V., Lamprecht,F. und Schnyder,U. (Hrsg.): Handbuch der Salutogenese - Konzept und Praxis. Ullstein Medical, Wiesbaden, S. 325-336.

Sack,M., Lempa,W., Lamprecht,F. (2002): Diagnostik der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung – empirische Befunde mit einem standardisierten Interview und konzeptuelle Überlegungen. Vortrag auf der 4. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie Köln 6.4.2002. *Psychotraumatologie* 3, 35.

Sarason,I.G., Levine,H., Basham,R., Sarason,B. (1983): Assessing social support: the Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology* 44, 127-139.

Scaer,R.C. (2001): The body bears the burden: trauma, dissociation, and disease. Haworth Press, New York.

Schore,A.N. (2002): Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Aust. N. Z. J Psychiatry* 36, 9-30.

Smucker,M.R., Dancu,C.V. (1999): Cognitive-behavioral treatment for adult survivors of childhood trauma - Imagery rescripting and reprocessing. Jason Aronson, Northvale, NJ.

- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E. (1970):** STAI. Manual for the State-Trait-Anxiety-Inventory. Consulting Psychologist Press, Palo Alto.
- Steil, R., Ehlers, A., Clark, D.M. (1997):** Kognitive Aspekte bei der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. In: A.Maercker (Hrsg.): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung. Springer, Berlin, Heidelberg, S. 123-144.
- Steinberg, M. (1994):** The structured clinical interview for DSM-IV Dissociative Disorders - Revised (SCID-D). American Psychiatric Press, Washington.
- Teegen, F., Schriefer, J. (2002):** Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung. Eine Untersuchung des diagnostischen Konstruktes am Beispiel misshandelter Frauen. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 1, 219-233.
- Teegen, F., Vogt, S. (2002):** Überlebende von Folter. Eine Studie zu komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin 23, 91-106.
- Terr, L. (1991):** Childhood traumas: an outline and overview. American Journal of Psychiatry 148, 10-20.
- Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S., Brown, P. (1995):** Die Behandlung traumatischer Erinnerungen: Synthese, Bewußtwerdung und Integration. Hypnose und Kognition 12, 34-67.
- van der Kolk, B.A. (1996a):** The body keeps the score: approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. In: B.A.van der Kolk, McFarlane, A.C. und Weisaeth, L. (Hrsg.): Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. Guilford Press, New York, London, S. 214-241.
- van der Kolk, B.A. (1996b):** The complexity of adaptation to trauma: self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In: B.A.van der Kolk, McFarlane, A.C. und Weisaeth, L. (Hrsg.): Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. Guilford Press, New York, London, S. 182-214.
- van der Kolk, B.A. (1999):** Das Trauma in der Borderline-Persönlichkeit. Persönlichkeitsstörungen 3, 21-29.
- van der Kolk, B.A. (2002):** The assessment and treatment of complex PTSD. In: R.Yehuda (Hrsg.): Traumatic stress. American Psychiatric Press, New York, S. 1-29.
- van der Kolk, B.A., Fislér, R. (1995):** Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. Journal of Traumatic Stress 8, 505-525.
- van der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F.S., McFarlane, A., Herman, J.L. (1996):** Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma. Am. J. Psychiatry 153, 83-93.
- Waldinger, R.J., Swett, C., Jr., Frank, A., Miller, K. (1994):** Levels of dissociation and histories of reported abuse among women outpatients. Journal of Nervous and Mental Disease 182, 625-630.
- Walker, E.A., Katon, W.J., Hansom, J., Harrop-Griffiths, J., Holm, L., Jones, M.L., Lee, R., Jemelka, R.P. (1992):** Medical and psychiatric symptoms in women with childhood sexual abuse. Psychosomatic Medicine 54, 658-664.
- Weine, S.M., Becker, D.F., Vojvoda, D., Hodzic, E., Sawyer, M., Hyman, L., Laub, D., McGlashan, T.H. (1998):** Individual change after genocide in Bosnian survivors of "ethnic cleansing": assessing personality dysfunction. J Trauma Stress. 11, 147-153.

Weltgesundheitsorganisation (1994): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F): Forschungskriterien. Huber, Bern.

Wittchen,H.-U., Zaudig,M., Fydrich,T. (1997): SKID - Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Hogrefe, Göttingen.

Wöller,W. (1998): Die Bindung des Mißbrauchsopfers an den Mißbraucher. Psychotherapeut 43, 117-120.

Wöller,W., Kruse,J. (2003): Persönlichkeitsstörungen und die Psychopathologie in der Folge von Traumen - Überlegungen zur diagnostischen Klassifikation. Nervenarzt 74, 976.

Zanarini,M.C., Skodol,A.E., Bender,D., Dolan,R., Sanislow,C., Schaefer,E., Morey,L.C., Grilo,C.M., Shea,M.T., McGlashan,T.H., Gunderson,J.G. (2000): The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: reliability of axis I and II diagnoses. J Personal Disord 14, 291-299.

Zlotnick,C., Pearlstein,T. (1997): Validation of the structured interview for disorders of extreme stress. Comprehensive Psychiatry 38, 243-247.

Zlotnick,C., Shea,M.T., Pearlstein,T., Simpson,E., Costello,E., Begin,A. (1996a): The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. Comprehensive Psychiatry 37, 12-16.

Zlotnick,C., Zakriski,A.L., Shea,M.T., Costello,E., Begin,A., Pearlstein,T., Simpson,E. (1996b): The long-term sequelae of sexual abuse: support for a complex posttraumatic stress disorder. J. Trauma Stress 9, 195-205.

Zoellner,L.A., Foa,E.B., Brigidi,B.D. (1999): Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and nonsexual assault. J. Trauma Stress 12, 689-700.

7 Anhang: Das Interview zur komplexen PTBS (IK-PTBS)

Bei dem Interview zur komplexen PTBS handelt es sich um eine deutschsprachige Überarbeitung des SIDES (Structured Interview for Disorders of Extreme Stress not otherwise specified; Van der Kolk et al. 1999). Das Interview deckt alle 6 Kriterienbereiche der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung ab. In der deutschen Bearbeitung erfolgte gegenüber dem Original eine Vereinfachung hinsichtlich der Beschränkung auf aktuell (im letzten Monat) vorliegende Symptome. Darüber hinaus wurde die Skala Somatisierung gekürzt und den Diagnosekriterien der undifferenzierten Somatoformen Störung (ICD-10 F45.1) angepaßt.

Die Auswertung des Fragebogens erfolgt durch Auszählen der als sicher vorhanden und kriteriumsgemäß ausgeprägten Items (d.h. Kodierung 3 angekreuzt) in Bezug zu den jeweiligen Skalen (siehe Auswertungsbogen). Zusätzlich zur Einschätzung des Vorliegens einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (alle 6 Störungsbereiche vorhanden) hat sich die Auswertung der Kriterien für eine subsyndromale komplexe PTBS (5 von 6 Störungsbereichen vorhanden) in der Praxis bewährt. Als Index für den Schweregrad und als Verlaufsparemeter dient der Summescore über alle Items.

Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS)

Erstellt auf der Grundlage des SIDES-Interviews. Autoren: Van der Kolk, Pelcovitz, Herman, Roth, Kaplan, Waldinger, Guastela, Spitzer (1999); dt. Übersetzung und Bearbeitung: Sack, Hofmann (2001)

Bitte lesen Sie die Fragen im Interview laut vor. Eingeschätzt werden soll das Vorliegen der entsprechenden Symptomatik im letzten Monat. Eine kurze Beschreibung der Bewertungskriterien findet sich in Klammern.

Kodierung:

- 1 = nicht vorhanden
- 2 = vorhanden, jedoch nicht kriteriumsgemäß ausgeprägt
- 3 = sicher vorhanden und kriteriumsgemäß ausgeprägt
- ? = zu wenig Information, nicht einschätzbar

Instruktion:

Ich lese Ihnen einige Aussagen vor, die Schwierigkeiten beschreiben, die manche Menschen nach schweren Belastungen erleben. Bitte geben Sie an, ob die Aussage in bezug auf den letzten Monat zutrifft.

I. Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen

a) Stimmungsschwankungen mit Unfähigkeit sich selbst zu beruhigen

1.) Sind Sie schon durch kleine Probleme aus der Fassung zu bringen? Werden Sie beispielsweise schon bei einer geringen Frustration wütend, oder weinen Sie leicht?

(Übermäßig starke emotionale Erregung schon bei geringem Anlaß)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

2.) Haben Sie Schwierigkeiten, wieder Abstand zu gewinnen und sich zu beruhigen, wenn Sie innerlich aufgewühlt sind?

(Unfähigkeit Abstand von belastenden Emotionen zu gewinnen)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

3.) Fällt es Ihnen schwer, Möglichkeiten zu finden, um zur Ruhe zu kommen?

(Beruhigung erfordert ganze Energie oder Einsatz extremer Mittel z.B. Alkohol, Drogen, Selbstverletzendes Verhalten)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

b) Verminderte Steuerungsfähigkeit von aggressiven Impulsen

4.) Sind Sie meistens irgendwie ärgerlich?

(Ärger dominiert so sehr, daß die Erledigung von Alltagsaufgaben behindert wird)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

5.) Haben Sie Gedanken und Vorstellungen, jemanden zu verletzen?

(Zumindest täglich Gedanken andere Menschen zu verletzen)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

6.) Fällt es Ihnen schwer, Ihren Ärger zu kontrollieren?

(Anschreien von anderen Menschen, Werfen von Gegenständen oder körperlicher Angriff)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

7.) Machen Sie sich Sorgen darüber, wie andere Leute reagieren wenn sie merken, wieviel Wut Sie in sich haben?

(Äußert oder zeigt einer anderen Person niemals offen Ärger)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

c) Autodestruktive Handlungen und Selbstverletzen

8.) Passieren Ihnen häufig Unfälle oder kommen Sie oft nur knapp daran vorbei, einen Unfall zu haben?

(Mindestens 2 ernsthafte Unfälle in den letzten 6 Monaten)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

9.) Sind Sie nachlässig, was Ihre Sicherheit betrifft?

(Es werden nicht-kalkulierbare Risiken in Bezug auf potentiell gefährliche Personen oder unsichere Orte eingegangen)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

10.) Haben Sie versucht, sich absichtlich selbst zu verletzen, etwa durch Schnittverletzungen oder Verbrennungen?

(Selbstverletzen in der Form von Kneifen, Kratzen, Schlagen, Schneiden u.a.)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

d) Suizidalität

11.) Haben Sie daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?

(Suizidversuch, parasuizidale Handlungen oder häufige Suizidgedanken)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

e) Störungen der Sexualität

12.) Ist es Ihnen unangenehm, körperlich berührt zu werden?

(Körperliche Berührungen werden regelmäßig vermieden oder überhaupt nicht toleriert)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

13.) Vermeiden Sie es, an Sexualität zu denken oder sich sexuell zu betätigen?

(Gedanken an Sex oder Sexualkontakte werden vermieden oder können überhaupt nicht toleriert werden)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

14.) Denken Sie mehr an Sex, als Ihnen lieb ist, bzw. fühlen Sie eine Art inneren Zwang, sich sexuell zu betätigen?

(Die gedankliche Beschäftigung mit Sex verhindert die Teilnahme hat zwanghafte Züge und verhindert die Teilnahme an anderen Aktivitäten)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

15.) Gehen Sie sexuelle Kontakte ein, bei denen Sie wissen, daß Sie sich dabei möglicherweise in Gefahr bringen?

(Offensichtliche Gefahr und Bedrohung wird allenfalls retrospektiv erkannt, bzw. der Betreffende bringt sich selbst wissentlich im Zusammenhang mit sexuellen Kontakten in Gefahr)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

f) Exzessives Risikoverhalten

16.) Setzen Sie sich gefährlichen Situationen aus? Kommen Sie beispielsweise mit Leuten zusammen, die Ihnen etwas antun könnten, oder halten Sie sich an unsicheren Orten auf oder fahren Sie zu schnell?

(Erkennt offensichtlich gefährliche Situationen und Bedrohung allenfalls retrospektiv, oder bringt sich wissentlich selbst in Gefahr)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

II) Störungen der Wahrnehmung oder des Bewußtseins

a) Amnesien

17.) Können Sie sich an Teile Ihres Lebens nicht erinnern? Sind sie beispielsweise unsicher, ob bestimmte wichtigen Dinge Ihnen tatsächlich passiert sind oder nicht?

(Bedeutende Gedächtnislücken im Alltag oder längere Perioden fehlender Erinnerung in Bezug auf die Lebensgeschichte)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

b) Dissoziative Episoden und Depersonalisation

18.) Haben Sie Schwierigkeiten, Ihren Alltag zu planen und zu organisieren?

(Kommt ständig zur falschen Zeit an den falschen Ort, bzw. hat deshalb Schwierigkeiten in der alltäglichen Lebensführung)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

19.) Klinken Sie sich innerlich aus der realen Welt aus, wenn Sie Angst haben oder unter Streß stehen?

(Derealisation mit Rückzug in eine eigene Welt oder Gefühl, als ob die eigene Existenz aufhört)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

20.) Empfinden Sie sich manchmal als unwirklich, so als wären Sie in einem Traum oder als wären Sie gar nicht wirklich anwesend?

(Depersonalisation mit starkem Gefühl von Irrealität, verbunden mit Schwierigkeiten in die Wirklichkeit zurückzukehren)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

21.) Haben Sie manchmal das Gefühl, daß es in Ihnen mehrere Personen gibt, die zu verschiedenen Zeiten steuern, wie Sie sich verhalten?

(Unterschiedliche Persönlichkeitsanteile kämpfen um Kontrolle des Verhaltens oder kontrollieren dieses zu unterschiedlichen Zeiten)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

III. Störungen der Selbstwahrnehmung

a) Unzureichende Selbstfürsorge

22.) Haben Sie das Gefühl, daß Sie im Grunde keinen Einfluß darauf haben, was in Ihrem Leben passiert?

(Der Betreffende hält sich permanent nicht an Verabredungen und Absprachen wie z.B. jemanden telefonisch zurückzurufen oder vernachlässigt die Selbstfürsorge z.B. Einkaufen, Körperhygiene, Essen)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

b) Gefühl, dauerhaft zerstört zu sein

23.) Haben Sie das Gefühl, daß etwas mit Ihnen nicht stimmt, was nie wieder heilen kann?

(Gefühl auf Dauer völlig oder teilweise zerstört worden zu sein)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

c) Schuldgefühle

24.) Fühlen Sie sich dauernd schuldig wegen aller möglichen Sachen?

(Schreibt sich permanent selbst die Schuld für Dinge zu, die schief laufen, auch wenn der Betreffende nichts damit zu tun hatte)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

d) Scham

25.) Schämen Sie sich so, daß Sie anderen nicht erlauben, Sie wirklich kennenzulernen? Vermeiden Sie beispielsweise Gespräche mit anderen Menschen oder spielen Sie ihnen etwas vor?

(Vermeidet sich den meisten Menschen gegenüber zu öffnen, aus Angst, daß andere die eigenen schlechten Seiten näher kennenlernen könnten)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

e) Gefühl, isoliert und abgeschnitten von der Umwelt zu sein

26.) Fühlen Sie sich fern von anderen Menschen und ganz anders als sie?

(Gefühl anders als allen anderen Menschen zu sein oder entfremdet von anderen Menschen zu sein)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

c) Bagatellisieren von gefährlichen Situationen

27.) Machen sich andere Menschen manchmal mehr Sorgen um Ihr Wohlergehen hinsichtlich potentiell gefährlicher oder gewalttätiger Situationen, als Sie selbst?

(Setzt sich potentiell gefährlichen Situationen aus z.B. betrunken Autofahren, Prostitution, oder begibt sich in eindeutige Gefahr für Leib und Leben)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

IV) Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen

a) Unfähigkeit, zu vertrauen

28.) Fällt es Ihnen schwer, anderen Menschen zu vertrauen?

(Kann erst vertrauen, nachdem andere Menschen ihre Vertrauenswürdigkeit immer wieder bewiesen haben oder vertraut prinzipiell niemandem)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

29.) Vermeiden Sie Kontakte zu anderen Menschen?

(Sucht keinen Kontakt zu anderen Menschen aus eigener Aktivität oder erwidert keine Kontaktangebote z.B. per Telefon oder Brief)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

30.) Haben Sie Schwierigkeiten, Meinungsverschiedenheiten und Konflikte auszutragen?

(Hat Schwierigkeiten, andere Standpunkte anzuhören oder einen eigenen Standpunkt zu beziehen oder bricht Kontakte aufgrund von Konflikten ohne Klärungsversuch ab.)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

b) Reviktimisierungen

31.) Geraten Sie immer wieder in Situationen, bei denen Ihre Grenzen verletzt werden?

(Findet sich selbst wiederholt in mißbrauchenden Beziehungen oder gefährlichen Situationen wieder)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

c) Viktimisierung anderer Menschen

32.) Haben Sie andere Menschen verletzt?

(Bekommt von anderen Menschen wiederholt gesagt, wie verletzend der Betreffende sein kann oder hat wiederholt absichtlich andere seelisch oder körperlich verletzt)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

V. Somatisierung

a) Somatoforme Beschwerden

33.) Hatten Sie in den letzten 4 Wochen körperliche Beschwerden wie z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Bauchschmerzen, Erschöpfung, etc., ohne daß eine körperliche Erkrankung vorlag, bzw. ohne daß ein hinzugezogener Arzt eine körperliche Erkrankung feststellen konnte?

(Vorliegen mindestens eines erheblichen Körpersymptoms, das nicht ausreichend durch eine körperliche Erkrankung erklärbar ist)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

34.) War das Ausmaß dieser körperlichen Beschwerden so stark, daß Sie einen Arzt aufsuchen mußten, oder so stark, daß Sie in Ihrem Alltagsleben erheblich beeinträchtigt waren?

(Erhebliche Gesundheitseinschränkung oder Arztbesuch aufgrund der somatoformen Beschwerden)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

b) Hypochondrische Ängste

35.) Machen Sie sich über Ihre körperlichen Beschwerden Sorgen, oder denken Sie daran, an einer ernsthaften Erkrankung zu leiden, auch wenn Ihr Arzt sagt, daß alles in Ordnung ist?

(Erhebliche hypochondrische Ängste. Der Betreffende ist auch durch wiederholte ärztliche Versicherung nicht davon zu überzeugen, daß keine organische Erkrankung vorliegt)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

VI. Veränderungen von Lebenseinstellungen

a) Fehlende Zukunftsperspektive

36.) Fühlen Sie sich in Bezug auf die Zukunft hoffnungslos und pessimistisch?

(Fehlen einer Zukunftsplanung oder völlige Unfähigkeit an die Zukunft zu denken)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

37.) Haben Sie die Hoffnung aufgegeben, in einer Liebesbeziehung Glück zu finden?

(Der Betreffende kann keine liebevollen Empfindungen anderen Menschen gegenüber aufbringen oder fühlt sich anderen Menschen gegenüber so fremd, daß er sich nicht vorstellen kann, jemals für irgend jemanden Liebe zu empfinden)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

38.) Haben Sie Hoffnung aufgegeben, Befriedigung in der Arbeit zu finden?

(Arbeit wird nur noch als Last und ohne jede Befriedigung erlebt)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

b) Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen und Werten

39.) Hat das Leben für Sie seinen Sinn verloren?

(Sieht keinen Sinn im Leben, findet keinen Grund, für den es sich lohnt zu leben)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

40.) Hat sich Ihre Lebenseinstellung verändert oder haben Sie Ihre religiösen Überzeugungen verändert?

(Völlige Umwertung grundlegender Lebensüberzeugungen im Sinne einer Desillusionierung und Entwertung bis hin zur völligen Ablehnung der Werte und Ansichten, mit denen die Person aufwuchs)

letzter Monat	?	1	2	3
---------------	---	---	---	---

Auswertungsblatt IK-PTBS: aktuelles Vorliegen einer komplexen PTBS (DESNOS)

Auswertungskriterien adaptiert nach Pelcovitz et al. 1997

I. Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen

- | | | |
|--|----|------|
| a) Stimmungsschwankungen mit Unfähigkeit, sich selbst zu beruhigen (2 von 3 Items vorhanden) | ja | nein |
| b) Verminderte Steuerungsfähigkeit von aggressiven Impulsen (2 von 4 Items vorhanden) | ja | nein |
| c) Autodestruktive Handlungen und Selbstverletzen | ja | nein |
| d) Suizidalität | ja | nein |
| e) Störungen der Sexualität | ja | nein |
| f) Exzessives Risikoverhalten | ja | nein |

Mindestens a) und mind. ein Kriterium von b) - f) erfüllt **ja** **nein**

II. Störungen der Wahrnehmung oder des Bewußtseins

- | | | |
|--|----|------|
| a) Amnesien | ja | nein |
| b) Dissoziative Episoden und Depersonalisation | ja | nein |

Ein Kriterium von a) - b) erfüllt **ja** **nein**

III. Störungen der Selbstwahrnehmung

- | | | |
|--|----|------|
| a) Unzureichende Selbstfürsorge | ja | nein |
| b) Gefühl, dauerhaft zerstört zu sein | ja | nein |
| c) Schuldgefühle | ja | nein |
| d) Scham | ja | nein |
| e) Gefühl, isoliert und abgeschnitten von der Umwelt zu sein | ja | nein |
| f) Bagatellisieren von gefährlichen Situationen | ja | nein |

2 Kriterien von a) bis f) erfüllt **ja** **nein**

IV. Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen

- | | | |
|------------------------------------|----|------|
| a) Unfähigkeit zu vertrauen | ja | nein |
| b) Reviktimisierungen | ja | nein |
| c) Viktimisierung anderer Menschen | ja | nein |

Ein Kriterium von a) - c) erfüllt **ja** **nein**

V. Somatisierung

- | | | |
|---------------------------|----|------|
| a) Somatoforme Symptome | ja | nein |
| b) Hypochondrische Ängste | ja | nein |

Ein Kriterium von a) - b) erfüllt **ja** **nein**

VI. Veränderungen von Lebenseinstellungen

- | | | |
|---|----|------|
| a) Fehlende Zukunftsperspektive | ja | nein |
| b) Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen und Werten | ja | nein |

Ein Kriterium von a) - b) erfüllt **ja** **nein**

Vorliegen einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung:

Alle Störungsbereiche von I – VI vorhanden

ja **nein**