

Dieter Kunzke<sup>1</sup> · Frank Güls<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

<sup>2</sup> Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Rheinische Kliniken Essen, Kliniken/Institut der Universität Essen

# Diagnostik einfacher und komplexer posttraumatischer Störungen im Erwachsenenalter

## Eine Übersicht für die klinische Praxis

### Zusammenfassung

Schwere und frühe Traumatisierungen haben tiefgreifende Folgen für die seelische Gesundheit und die Persönlichkeitsentwicklung. Klinisch bedeutsam ist neben dem häufig chronischen Verlauf traumabedingter psychischer Störungen ihre Symptomvielfalt. Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, engl. **Posttraumatic Stress Disorder** – PTSD)<sup>1</sup>, die so genannte komplexe Posttraumatische Belastungsstörung oder *Störung durch Extrembelastung, nicht anderweitig bezeichnet*, wie sie auch genannt wird, sowie dissoziative Störungen werden hinsichtlich Definition, Beschreibung und diagnostischen Ansätzen dargestellt. Es werden auch die ätiopathogenetischen Beziehungen der Posttraumatischen Belastungsstörung zu Angststörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen diskutiert. Grundlegende Aspekte der Diagnostik posttraumatischer Störungen werden aufgezeigt. Dabei wird dem klinischen Interview besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Diese Darstellung wird um eine aktuelle Auswahl unterstützender diagnostischer Instrumente ergänzt.

### Schlüsselwörter

Diagnostik · PTBS · Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung · DESNOS (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified) · Komorbidität

### Diagnosics of simple and complex posttraumatic stress disorders in adult age. A survey for the clinical practice

### Abstract

Severe and early traumatic events have a deep impact on mental health and personality development. Apart from the often chronic psychological impairment, the wide variety of symptoms of trauma-related disorders is clinically significant. The posttraumatic stress disorder (PTSD), the so-called Complex Posttraumatic Stress Disorder or Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS), as it is also called, as well as Dissociative Disorders are presented with regard to definition, description and diagnostic approaches. The etiopathogenetic relations of PTSD to Anxiety Disorders, Borderline-Personality-Disorders and Substance-Related Disorders are also outlined. After presenting of basic aspects of the diagnostics of posttraumatic disorders, the distinctive features of clinical diagnostic interviews are pointed out. The dealing with possible risks is discussed. A selection of diagnostic instruments is presented.

<sup>1</sup> Wir benutzen in diesem Artikel durchgängig die besser eingeführte Abkürzung PTSD, anstelle der deutschen Abkürzung PTBS.

## Keywords

Diagnostic · PTSD · Complex Posttraumatic Stress Disorder ·  
DESNOS (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified) · Comorbidity

## Definition und Einleitung

Das Wort Trauma kommt aus dem Griechischen und bedeutet *Verletzung, Wunde*, im Übertragenen auch *Niederlage*. Man kann ein psychisches Trauma also als eine Art seelischer Verletzung verstehen. Fischer und Riedesser definieren das Psychotrauma in ihrem „Lehrbuch der Psychotraumatologie“ genauer als ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer u. Riedesser 1999, S. 79). Derzeit wird die Posttraumatische Belastungsstörung als eine **somato-psychische Störung** verstanden (Hüther 1997; Özkan et al. 2000; van der Kolk 1998; van der Kolk et al. 1998; Wilson u. Raphael 1993), bei der unter dem Einfluss von massivem Stress Erinnerungen nicht wie gewöhnlich so über den Hippokampus im Kortex gespeichert werden, dass ihre natürliche Integrität aus sensorischen, affektiven und kognitiven Elementen gewahrt bleibt (Reddemann u. Sachsse 1997; 2000, S. 560), sondern vielmehr als diskrete und fragmentierte Gedächtnisspuren, die von den Repräsentanzen der übrigen Lebenserfahrungen abgeschnitten sind (Brenneis 1998; Markowitsch 1998; van der Kolk et al. 1998; Wessa u. Flor 2002). Das heißt, diese Erinnerungen werden nicht assimiliert, sondern als sinnesspezifisch gesplitteter, sensorischer Input abgelegt. Die auf diese Weise gespeicherten traumatischen Gedächtnisspuren können häufig schon durch relativ geringe Hinweisreize als Flashbacks in Form von Bildern und z. B. auditiven Eindrücken reaktiviert werden. Nur während der Reaktivierung des Traumas kann ein Teil dieser Erfahrung verbalisiert werden. Um diesen averbalen Modus der Speicherung zu verdeutlichen, soll auf eine Analogie zurückgegriffen werden, bei der die Codierung ebenfalls prozedural erfolgt: Wenn man eine geübte Sekretärin fragt, wo ein bestimmter Buchstabe auf der Tastatur liegt, kann sie dies meist nur angeben, indem sie die Handlung des Tippens im Geiste oder real nachvollzieht. Erst der Vollzug macht eine verbale Zuordnung möglich. Analog erscheint eine Verbalisierung des Traumas erst möglich, wenn es reaktiviert wird. Die leichte Auslösbarkeit traumatischen Wiedererlebens in Form von Bildern, Geräuschen und Körpersensationen bei gleichzeitig wenig ausgebildeten verbalen Gedächtnisspuren stellt ein Haupthindernis der nachträglichen Verarbeitung traumatischer Erfahrungen dar.

In Literatur und Forschung wird häufig nicht ausreichend zwischen **frühen, komplexen, intentionalen Traumatisierungen** und sich im Erwachsenenalter ereignenden **non-intentionalen Monotraumata**, wie Verkehrsunfällen, Naturkatastrophen u. ä. unterschieden (Green 1990; Green et al. 2000; Shalev 2000, S. 97). Unter anderem ist die Art und Schwere der traumatischen Situation aber stark mitentscheidend für die **Häufigkeit**, mit der sich infolge eine PTSD entwickelt. Diese entsteht nach Vergewaltigung bei ca. 50–80% und nach Gewaltverbrechen bei ca. 25% der Opfer; Soldaten sind nach Kriegseinsätzen zu ca. 20%, Kriegs- oder politische Gefangene zu 50–70% von der Entwicklung einer PTSD betroffen; bei Verkehrsunfallopfern sind es ca. 15–39% (Siol et al. 2001; Yule 2001). Aufgrund der Vielzahl unterschiedlicher Kriterien der Datenerhebung in verschiedenen Untersuchungen sollten diese Zahlen aber nur als Annäherung an die Realität verstanden werden. Wie eine große Anzahl von Studien mittlerweile belegt, sind die am häufigsten zu traumatischer Verarbeitung führenden **innerfamiliären Ereignisse** sexualisierte Gewalt, fortgesetzte körperliche Misshandlung, schwere emotionale Vernachlässigung und chronische Ablehnung, aber auch gehäufte schwere Trennungs- und Verlusterfahrungen (Alexander u. Anderson 1997; Bowlby 1983; Crittenden 1997; Dozier 1990; Fonagy et al. 2000; Greenberg 1999; Kessler et al. 1995; Wetzels 1997).

### ► Somato-psychische Störung

- Frühe, komplexe, intentionale Traumatisierungen
- Non-intentionale Monotraumata

### ► Häufigkeit

### ► Innerfamiliäre Ereignisse

## ► Ressourcen

## ► Persönlichkeitsentwicklung

Eine andere, häufiger verwendete Einteilung, ist die in Typ-I-Traumata und Typ-II-Traumata, wobei mit Typ-II, die langandauernden, komplexen und mit Typ-I die kurzandauernden, heftigen Traumatisierungen (z. B. durch Vergewaltigung, Unfälle, Naturkatastrophen) gemeint sind (Terr 1995).

Eine Differenzierung ist aus verschiedenen Gründen von elementarer Bedeutung: Schwere Formen von innerfamiliärer Misshandlung und sexualisierter Gewalt ereignen sich in der Regel nur in einem sehr gestörten familiären Milieu, was durch einige Studien belegt werden konnte (Higgins u. McCabe 2000; Nash et al. 1993; Roesler 1994; Simon 1999; Wind u. Silvern 1994). Diese Vorbelastungen bedeuten meist, dass die Betroffenen sehr viel weniger ► **Ressourcen** haben, um traumatische Erfahrungen bewältigen zu können (Fonagy et al. 1991, 1995, 1996). Außerdem handelt es sich gerade bei innerfamiliären Traumatisierungen sehr häufig um Mehrfachtraumatisierungen über einen längeren Zeitraum. Darüber hinaus macht es für die innere Verarbeitung augenscheinlich einen Unterschied, ob das persönliche Leid von nahestehenden Bezugspersonen verursacht wurde, von denen eigentlich eher Geborgenheit, Versorgung und Sicherheit erwartet wird oder, ob jemand etwa im Erwachsenenalter durch einen schweren Verkehrsunfall traumatisiert wurde. Im ersten Fall wird in der Regel die gesamte psychische Entwicklung beeinträchtigt. So konnte beispielsweise in einer Studie von McCauley mit 1.931 Frauen gezeigt werden, dass die Betroffenen, die als Kind in der Herkunftsfamilie sexueller Gewalt ausgesetzt waren, wesentlich schwerere Symptome aufwiesen als die Frauen, denen solches erst im Erwachsenenalter außerhalb der Familie widerfahren war (McCauley et al. 1997). In anderen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass interpersonale, intentionale Traumata, verursacht z. B. durch Verbrechen, in der Regel schwerwiegendere Auswirkungen hatten als non-interpersonale, verursacht z. B. durch Naturkatastrophen, Unfälle o. ä. (Green 1990; Kessler et al. 1995; Resnick et al. 1993). Bei traumatischen Erfahrungen im Erwachsenenalter ist die vorhergehende ► **Persönlichkeitsentwicklung** durch die spätere Einwirkung des Traumas unbeeinträchtigt. Natürlich können auch Unfallopfer anderweitig vorbelastet sein, was die Verarbeitung des Traumas ebenfalls beeinträchtigen kann (Shalev 2000).

Diese differenzierte Betrachtung ist auch im Hinblick auf die Behandlungsgestaltung sinnvoll, da früh geschädigte Patienten in der Regel wesentlich mehr supportive therapeutische Elemente benötigen, um das Trauma zu bewältigen. Außerdem müssen grundlegende Verarbeitungsmechanismen häufig erst aufgebaut werden.

Tabelle 1

### Die Basissymptome der Posttraumatischen Belastungsstörung

#### Intrusionen

„Intrusionen sind keine Erinnerungen, sondern erneutes Durchleben der traumatischen Situation: Man ist wieder 'voll drin', hat 'Zustände', nicht Reminiszenzen“ (Reddemann u. Sachsse 1997, S. 115). Die Patienten sind ungewollt an das schreckliche Erlebte „gebunden“. Diese Gebundenheit äußert sich in Bildern, Geräuschen oder anderen lebhaften Eindrücken des traumatischen Ereignisses, die in den wachen Bewusstseinszustand und in den Schlaf „eindringen“. Wenn die Bilder und Erinnerungen zu häufig erscheinen, dann führt das zu einem starken Belastungsgefühl bei dem Betroffenen und kann retraumatisierende Wirkung haben. Alpträume und Flashbacks sind die markantesten Formen von Intrusionen.

#### Vermeidung und Betäubung

Die Betroffenen versuchen, die sie überflutenden Gedanken „abzuschalten“, indem sie z. B. keine Aktivitäten durchführen oder Orte aufsuchen, die an das Trauma erinnern. Außerdem erscheinen die Affekte häufig verflacht. Manchmal wirken die Menschen in diesem Zustand regelrecht abgestumpft oder apathisch. Die Betroffenen sind unfähig sich zu konzentrieren, sie entfremden sich von anderen und ziehen sich von ihrer Umwelt zurück.

#### Hyperarousal

Die Erregungsschwelle des ZNS senkt sich nach einem Trauma, d. h. Belastungen wirken früher und nachhaltiger und auch kleinere Belastungen führen zu stärkerer Erregung. Diese Erregungssteigerung beeinträchtigt außerdem das Schlafverhalten, d. h. es kommt zu Ein- und Durchschlafproblemen. Tagsüber sind die Patienten unter Umständen hypervigilant und zeigen verstärkte Schreckhaftigkeit.

## ► Komplexe PTSD

## ► Posttraumatische Belastungsstörung

## ► Emotional numbing

Der Begriff ► **Komplexe PTSD** wurde von Judith Herman (1992) eingeführt, die damit ein besonderes Störungsbild als Folge wiederholter, lang andauernder, schwer traumatischer Erfahrungen beschrieb. Dazu können Kriegserfahrungen, Erfahrungen mit Folter und Konzentrationslagern gehören, aber auch die oft unterschätzten innerfamiliären Traumatisierungen.

### Die Posttraumatische Belastungsstörung

#### Kriterienunterschiede zwischen DSM-IV (American Psychiatric Association 1996) und ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation 1993) und ihre Auswirkungen auf die Prävalenzzahlen

Die ► **Posttraumatische Belastungsstörung** ist in der ICD-10 den Belastungs- und Anpassungsstörungen, im DSM-IV den Angststörungen zugeordnet. In der ICD-10 ist sie mit F43.1 und im DSM-IV mit 309.81 codiert. Während nach älteren Fassungen dieser Klassifikationssysteme dem Patienten möglichst nur eine Diagnose vergeben werden sollte, ermutigen ICD-10 und DSM-IV zur Vergabe auch mehrerer, sich ergänzender Diagnosen, so dass mehr komorbide Störungen verzeichnet werden. Als herausragendsten Unterschied der aktuellen Systeme betrachten Yule (2001) und Shalev (2001) die Gewichtung des ► **emotional numbing**, also der „affektiven Abstumpfung“ oder auch Abflachung der allgemeinen Reagibilität, für das DSM-IV, während dieses Kriterium für die Diagnose nach ICD-10 nicht wesentlich ist. Meyer und Steil beschreiben die Unterschiede dieser Klassifikationssysteme detaillierter:

„Laut ICD-10 ist das Vorliegen von wiederholten, unausweichlichen Erinnerungen oder der Wiederinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen nach einem traumatischen Ereignis ohne ein Kriterium der Mindestdauer hinreichend zur Diagnose der PTSD, während laut DSM-IV Symptome aus allen 3 Bereichen sowie eine deutliche Beeinträchtigung des psychischen Funktionsniveaus über mindestens 1 Monat hinweg vorliegen müssen. Anders als das DSM-IV, in dem ein verzögerter Beginn der Symptomatik eigens aufgeführt wird, erlaubt die ICD-10 eine eindeutige Diagnose der Störung nur bei einem Einsetzen der Symptomatik innerhalb von 6 Monaten nach dem Trauma – danach wird eine ‚wahrscheinliche‘ Diagnose vergeben. Welche Ereignisse als traumatisch angesehen werden, wird unterschiedlich definiert: das DSM-IV misst subjektiven Aspekten des Erlebens des Traumas wie Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen eine große Bedeutung zu, während die ICD-10 ein psychisches Trauma als ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes definiert, das bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde. Hier hat die besondere Bedeutung der subjektiven Empfindungen keine Aufnahme gefunden“ (Meyer u. Steil 1998, S. 880).

Auf die vollständige Darstellung der diagnostischen Kriterien für eine PTSD nach dem DSM-IV wird, auch im Hinblick auf die geringere praktische Relevanz für den deutschen Sprachraum, im Rahmen dieser Arbeit verzichtet. Die enger gefassten Kriterien des DSM-IV haben aber zur Folge, dass Prävalenzzahlen etwa halb so hoch ausfallen, als wenn nach der ICD-10 diagnostiziert wird (Andrews et al. 1999; Peters et al. 1999). Dazu passt auch ein anderer Befund von Andrews et al. (1999, S. 4), die für einige der wichtigsten psychiatrischen Diagnosen überprüften, wie hoch die Übereinstimmungen der Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV sind. Interessanterweise fanden sie, dass nur 35% der Patienten, denen nach einem der beiden Systeme die Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung zugewiesen wurde, diese Diagnose auch nach dem anderen System erhielten!

#### Prävalenz und Verlauf der PTSD

Zur PTSD in der Kindheit und Jugend ergaben Studien mit Risikogruppen weit gestreute Prävalenz- und Inzidenzraten von 0–100%, abhängig von der Art des Traumas. Generell scheinen Kinder gefährdeter als Erwachsene zu sein, eine PTSD zu entwickeln. Epidemiologische Studien zur PTSD im Kindesalter fehlen bisher (Schepker 1997; Yule 2001).

Tabelle 2

## Die diagnostischen Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10

Im ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation 1993) findet sich unter F43.1 eine dem DSM-IV analoge Klassifikation für die PTSD als verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. [...] Typische Merkmale sind:

- das **wiederholte Erleben** des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten.
- [...] **Gleichgültigkeit** [...], Teilnahmslosigkeit [...], Freudlosigkeit sowie **Vermeidung** von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten.
- [...] ein Zustand von **vegetativer Übererregtheit** mit Vigilanzsteigerung, [...] einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung [...].
- Angst und Depression, [...] Suizidgedanken sind nicht selten.

### Diagnostische Leitlinien der ICD-10 für die Posttraumatische Belastungsstörung

Diese Störung soll nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von 6 Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von außergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist. Eine „wahrscheinliche“ Diagnose kann auch dann gestellt werden, wenn der Abstand zwischen dem Ereignis und dem Beginn der Störung mehr als 6 Monate beträgt, vorausgesetzt, die klinischen Merkmale sind typisch, und es kann keine andere Diagnose (wie Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode) gestellt werden. Zusätzlich zu dem Trauma muss eine wiederholte unausweichliche Erinnerung oder Wiederinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen auftreten. Ein deutlicher emotionaler Rückzug, Gefühlsabstumpfung, Vermeidung von Reizen, die eine Wiedererinnerung an das Trauma hervorrufen könnten, sind häufig zu beobachten, aber für die Diagnose nicht wesentlich. Die vegetativen Störungen, die Beeinträchtigung der Stimmung und das abnorme Verhalten tragen sämtlich zur Diagnose bei, sind aber nicht von erstrangiger Bedeutung. Späte, chronifizierte Folgen von extremer Belastung, d. h. solche, die noch Jahrzehnte nach der belastenden Erfahrung bestehen, sind unter F62.0 (andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung) zu klassifizieren.

### ► Lebenszeitprävalenz

50–65% der Erwachsenen berichteten für die Lebenszeit wenigstens ein traumatisches Ereignis (Creamer et al. 2001; Kessler et al. 1995). Die ► **Lebenszeitprävalenz** der PTSD wird nach verschiedenen, meist US-amerikanischen, Untersuchungen mit 5–10% angegeben, entsprechend 15–24% derer, die einem traumatischen Ereignis ausgesetzt waren. Meist wurde eine Geschlechterrelation der Prävalenz von 2:1 (Frauen:Männer) festgestellt (Breslau et al. 1991; Breslau 2001; Kessler et al. 1995), die in neueren Untersuchungen in anderen Kulturkreisen oft nicht bestätigt wurde (Creamer et al. 2001; Creamer u. O'Donnell 2002; de Jong et al. 2001).

### ► Tendenz zur Chronifizierung

Bei deutlicher ► **Tendenz zur Chronifizierung** der PTSD ergab sich nach den Ergebnissen des US-amerikanischen „National Comorbidity Survey“ bei etwa 1/3 der Betroffenen ein deutlicher Rückgang der Symptomatik nach einem Jahr. Bei mehr als 1/3 fanden sich aber noch nach 10 Jahren mehrmals wöchentlich spezifische Symptome. Unbehandelt ergab sich eine durchschnittliche Dauer der Symptomatik von über 5 Jahren, bei Therapie von 3 Jahren. Aufgrund möglicher Selektionsaspekte der Gruppen konnte der Unterschied aber nicht allein auf die Behandlung zurückgeführt werden (Kessler et al. 1995).

Eine Akzentuierung posttraumatischer Symptomkomplexe wurde bei Opfern organisierter Gewalt im höheren Lebensalter beobachtet (Schreuder 1999), wobei die Symptomatik, auch nach möglichen freien Intervallen, umso stärker ausgeprägt war, je früher eine Traumatisierung stattfand (Bunk u. Eggers 1993; Eggers 1993).

## Die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

### Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

### ► Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

In der ICD-10 wird unter F62.0 die ► **Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung** beschrieben. Die Störung ist durch eine feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, durch sozialen Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl der Anspannung wie bei ständigem Bedrohtsein und Entfremdungsgefühle gekennzeichnet. Sie kann sich nach traumatischen Erlebnissen in einem Konzentrationslager, nach Folter, frühem chronischem sexuellen Missbrauch, Katastrophen oder andauernden lebensbedrohlichen Situationen



Tabelle 3  
**Diagnostische Kriterien für DESNOS**  
 (nach Luxenberg et al. 2001, übersetzt: F.G.)

- I. Veränderungen in der Regulation von Affekten und Impulsen (A und ein Kriterium von B–F gefordert):
  - A Affektregulation
  - B Umgang mit Ärger
  - C Autodestruktives Verhalten
  - D Suizidalität
  - E Störungen der Sexualität
  - F Exzessives Risikoverhalten
- II. Veränderungen in Aufmerksamkeit und Bewusstsein (A oder B gefordert):
  - A. Amnesien
  - B. Transiente dissoziative Episoden und Depersonalitionerleben
- III. Veränderungen der Selbstwahrnehmung (Zwei Kriterien von A–F gefordert):
  - A. Ineffektivität
  - B. Stigmatisierung
  - C. Schuldgefühle
  - D. Scham
  - E. Isolation
  - F. Bagatellisierung
- IV. Veränderungen in Beziehungen zu anderen (Ein Kriterium von A–C gefordert):
  - A. Unfähigkeit zu vertrauen
  - B. Reviktimisierung
  - C. Viktimisierung anderer
- V. Somatisierung (Zwei Kriterien von A–E gefordert):
  - A. Gastrointestinale Symptome
  - B. Chronische Schmerzen
  - C. Kardiopulmonale Symptome
  - D. Konversionssymptome
  - E. Sexuelle Symptome
- VI. Veränderungen von Lebenseinstellungen (A oder B gefordert):
  - A. Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit
  - B. Verlust früherer stützender Grundüberzeugungen

### ► Komplexe PTSD

### ► DESNOS

### ► SIDES

wie Geiselhaf oder langer Gefangenschaft mit drohender Todesgefahr entwickeln. Eine PTSD kann dieser Störung vorausgegangen sein, die als irreversible Folge der extremen Belastung angesehen wird. Die Diagnose darf erst gestellt werden, wenn eine solche Persönlichkeitsänderung über mindestens zwei Jahre besteht. Validierungsstudien zu dieser ICD-10-Diagnose fehlen bisher (Beltran u. Silove 1999; Schreuder 1999).

### DESNOS – Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified

Im DSM-IV findet sich keine der „Andauernden Persönlichkeitsänderung“ des ICD-10 entsprechende Kategorie. Judith Herman (1992) beschrieb eine ► **Komplexe PTSD** mit Folgeerscheinungen prolongierter Traumatisierung, die „nicht ohne weiteres mit den klassischen diagnostischen Kriterien der PTSD übereinstimmen.“ Sie schilderte ein komplexeres, diffuseres und zäheres Störungsbild als bei „einfacher PTSD“, mit einer Fülle von Symptomen, einer erhöhten Vulnerabilität für Reviktimisierung und der Neigung zu autoaggressivem Verhalten. Selbstverletzungen zeigten sich insbesondere bei den Opfern, deren Traumatisierung in früher Kindheit begann; zudem beschrieb die Autorin charakteristische Veränderungen der Persönlichkeit, der Beziehungsgestaltung und der Selbstwahrnehmung. „Während das Opfer eines einzelnen akuten Traumas sagen mag, sie sei ‚nicht sie selbst‘ seit dem Vorfall, kann das Opfer einer chronischen Traumatisierung den Sinn dafür verlieren, ein Selbst zu besitzen“ (Herman 1992, S. 385). Neben einer Selbstwahrnehmung, die durch Schuldgefühle und Unwertgefühle kontaminiert ist, kommt es zur Selbstfragmentation, in der extremen Form als Dissoziative Identitätsstörung (Herman 1992).

Um die nicht in der DSM-III-R (American Psychiatric Association 1989) enthaltenen Folgen extremer Traumatisierung zu erfassen, entwickelten die ursprünglich unabhängig voneinander arbeitenden Arbeitsgruppen um Spitzer, Kaplan und Pelcovitz (Spitzer et al. 1989) und um Herman und van der Kolk (Herman u. van der Kolk 1987) Diagnose-Schemata, die schließlich zu einer gemeinsamen Liste aus 27 Symptomen führten. Herman ordnete diese in sieben Kategorien ein (Pelcovitz et al. 1997), von denen später die der „veränderten Täterwahrnehmung“ wegen mangelnder Validität fallengelassen wurde. Als ► **DESNOS** (dt. „Störung durch Extrembelastung nicht anderweitig bezeichnet) (Herman 1992; van der Kolk et al. 1996) wurde die Komplexe PTSD in den DSM-IV-Felduntersuchungen erforscht (Tabelle 3).

Als strukturiertes klinisches Interview für DESNOS wurde das ► **SIDES** (Structured Interview for Disorders of Extreme Stress) in den DSM-IV-Felduntersuchungen eingesetzt (Pelcovitz et al. 1997; Roth et al. 1997), das eine hohe Konstruktvalidität für DESNOS ergab. Umso früher der Beginn einer Traumatisierung und je länger sie andauerte, umso eher ergab sich ein ausgeprägteres Leiden an den für DESNOS spezifischen Symptomen (Pelcovitz et al. 1997). Insbesondere nach interpersonellen Traumatisierungen durch sexualisierte Gewalt wurde das Störungsbild festgestellt (Roth et al. 1997). Die DSM-IV-Felduntersuchungen ergaben damals

► Häufung früher Traumatisierungen

► IK-PTBS

► SIDES-SR

das Bild einer besonderen Form der PTSD, nach frühen, wiederholten und besonders schweren Traumata. Deshalb wurde DESNOS im DSM-IV auch nicht als eigenständige Achse-II-Diagnose, sondern lediglich als besondere Ausprägung einer ‚klassischen‘ PTSD beschrieben und dieser untergeordnet (Ford 1999; van der Kolk et al. 1996).

Während in den Felduntersuchungen eine 92%ige Komorbidität zwischen PTSD und DESNOS gefunden wurde (Roth et al. 1997; van der Kolk et al. 1996), ergab die an Veteranen durchgeführte Untersuchung von Ford (1999), dass die Hälfte der nach einer manifesten Kriegstraumatisierung in eine stationäre Traumabehandlung eingewiesenen Männer die DESNOS-Kriterien erfüllten, ohne den DSM-IV-Kriterien für eine PTSD zu entsprechen. Eine mögliche Erklärung sieht Ford in der Tatsache, dass Trauma-Überlebende pathologische Dissoziationen, Somatisierungsstörungen und Störungen der Affektregulation entwickeln können, ohne die diagnostischen Kriterien der PTSD nach dem DSM-IV zu erfüllen. Bei Kriegstraumatisierten, die das DESNOS-Symptombild zeigten, stellte Ford (1999) eine signifikante **► Häufung früher Traumatisierungen** fest. Ergänzend beobachteten Ford und Kidd (1998) im Rahmen einer Therapiestudie bei an chronischer PTSD leidenden Kriegsveteranen, dass nicht eine frühe Traumatisierung per se, sondern die Erfüllung der DESNOS-Kriterien das Ausmaß des Therapieerfolges vorhersagte. Van der Kolk (2001) wies bezüglich der praktischen Bedeutung von DESNOS darauf hin, dass Patienten mit dieser Diagnose in einem multimodalen PTSD-Therapieprogramm aufgrund der Selbstregulationsstörung kaum auf die Behandlung ansprachen, häufig therapierefraktär seien und sogar Schaden nehmen könnten (Ford u. Kidd 1998; Ford 1999). Aktuell wird die Aufnahme von DESNOS in das DSM-V als eigene Kategorie diskutiert (Friedman 1996; Luxenberg et al. 2001).

Das **► IK-PTBS** (Interview zur Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung) (Sack u. Hofmann 2001) auf Basis des SIDES (Pelcovitz et al. 1997) ist das derzeit einzige deutschsprachige Interview zur Diagnose dieser Störung, und soll deshalb etwas ausführlicher vorgestellt werden. Bisher ist nur die amerikanische Fassung SIDES validiert, zu der es ebenfalls kein Alternativinstrument gibt (Luxenberg et al. 2001). Es besteht allerdings keine völlige Übereinstimmung des IK-PTBS mit der amerikanischen Originalversion SIDES. Die Skala Somatisierung, die im SIDES eine geringere Reliabilität aufwies, wurde von Sack (2002) verändert. Nach dem IK-PTBS und dem SIDES wird die Diagnose DESNOS nur ausgesprochen, wenn alle sechs Störungsbereiche (s. oben) vorhanden sind (Tabelle 4).

Ergänzend zum SIDES veröffentlichte van der Kolk auch eine Fragebogenversion **► SIDES-SR** (Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress) mit 45 Items (Spinazzola et al. 2001), die insbesondere zur Verlaufsbeobachtung geeignet erscheint (Luxenberg et al. 2001). Als ein deutschsprachiges Selbstrating-Instrument entstand

Tabelle 4

**Beispielfragen aus dem IK-PTBS (Sack u. Hofmann 2001)**

**Zu I., Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen**

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)

**Zu II., Störungen der Wahrnehmung oder des Bewusstseins**

17.) Können Sie sich an Teile Ihres Lebens nicht erinnern? Sind sie beispielsweise unsicher, ob bestimmte wichtige Dinge Ihnen tatsächlich passiert sind oder nicht? (Bedeutende Gedächtnislücken im Alltag oder längere Perioden fehlender Erinnerung in Bezug auf die Lebensgeschichte)

**Zu IV., Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen**

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)

**Zu VI., Veränderungen von Lebenseinstellungen**

39.) Hat das Leben für Sie seinen Sinn verloren? (Sieht keinen Sinn im Leben, findet keinen Grund, für den es sich lohnt zu leben)

auch der DESNOS mit 48 Items auf Basis des SIDES (Hofmann et al. 1999) und wurde im Kölner Dokumentationssystem für Psychotherapie und Traumabehandlung (Fischer 2000) veröffentlicht.

## Dissoziative Störungen

Dissoziation selbst ist kein grundsätzlich pathologischer Prozess, sondern eine allgemein menschliche Verarbeitungsmöglichkeit psychosozialer Belastungen und Konflikte (Gast 2000b). Für Posttraumatische Belastungsstörungen sind dissoziative Verarbeitungsmechanismen aber geradezu konstitutiv. Die dissoziativen Störungen im engeren Sinne gehören zu den häufigsten Störungen, die als Folge schwerer Traumatisierungen auftreten. Die ► **Prävalenz** dissoziativer Störungen insgesamt gibt Gast (2001) mit 2–7% in der Allgemeinbevölkerung an. Wie sind diese pathologischen Prozesse auf dem Boden der modernen Psychotraumatologie verstehbar? Aufgrund der mittlerweile beachtlichen Zahl an Studien, inklusive randomisierter Studien unter der Normalbevölkerung, kommen Eckhardt-Henn und Hoffmann in ihrem Aufsatz über Dissoziative Störungen zu dem Schluss, dass man „aufgrund der gegenwärtigen Ergebnisse davon ausgehen [muss], dass schwere dissoziative Störungen und insbesondere die dissoziative Identitätsstörung, regelhaft als spezifische Folge von schweren aggressiven und sexuellen Misshandlungen in der Kindheit auftreten“ (2000, S. 268).

„Die schwere Traumatisierung wird von dem Kind als lebensbedrohlich und unabweichlich erlebt, so dass für ein hoch dissoziationsfähiges Kind die Möglichkeit besteht, das Geschehen mit Hilfe des zur Verfügung stehenden frühen Abwehrmechanismus der Dissoziation ‚unschädlich‘ zu machen (Sachs et al. 1988). Dabei blendet es in der Traumatisierung selbst seinen normalen Bewusstseinszustand völlig aus und geht in eine Art tiefe Trance, mit deren Hilfe das Geschehen hinter eine ► **amnestische Barriere** ‚gebannt‘ wird. Dieses abgespaltene Fragment bewahrt das traumatische Erinnerungsmaterial. Gerät das Kind immer wieder in eine ähnliche Traumasituation, kann das abgespaltene Fragment durch entsprechende (mit der ursprünglichen Situation verbundene) Auslöser (trigger) stets aufs Neue ins Bewusstsein geschwemmt werden. Es ruft den veränderten Bewusstseinszustand hervor und lässt zunächst alternierende Bewusstseinszustände (dissociative states) entstehen, aus denen unter Umständen dissoziierte Persönlichkeitszustände werden (dissociative fragments). Im Extremfall, das heißt bei fortgesetzter langjähriger Traumatisierung, dissoziative Alternativ-Ichs als ‚eigenständige Persönlichkeiten‘ (dissociative alters). In diesem Sinne ist die Dissoziative Identitätsstörung eine hochkomplexe und differenzierte Anpassungsleistung der Person (bereits als Kind).“ (Overkamp et al. 1997, S. 79).

Die ► **Dissoziative Amnesie** (ICD-10: F44.0, DSM-IV: 300.12) ist charakterisiert durch die Unfähigkeit, sich an wichtige persönliche Informationen zu erinnern, die zumeist traumatischer oder belastender Natur sind. Das Ausmaß der Störung ist zu umfassend, um durch gewöhnliche Vergesslichkeit erklärt zu werden.

Die ► **Dissoziative Fugue** (ICD-10: F44.1, DSM-IV: 300.13) ist gekennzeichnet durch plötzliches, unerwartetes Weggehen von zu Hause oder vom gewohnten Arbeitsplatz, verbunden mit der Unfähigkeit, sich an seine Vergangenheit zu erinnern und verbunden mit Verwirrung über die eigene Identität oder mit der Annahme einer neuen Identität.

Die ► **Dissoziative Identitätsstörung** (DIS) (ICD-10: F44.81, DSM-IV: 300.14) oder „Multiple Persönlichkeitsstörung“ nach dem ICD-10 hat unter allen dissoziativen Störungen leider mittlerweile einen etwas spektakulären Ruf bekommen. Sie ist charakterisiert durch das Vorhandensein von zwei oder mehr unterscheidbaren Identitäten oder Persönlichkeitszuständen, die wiederholt die Kontrolle über das Verhalten der Person übernehmen. Hinweise auf das Vorliegen dieser Störung sind „Lücken in der Erinnerung der persönlichen Geschichte, sowohl für frühere als auch aktuellere Ereignisse“ (American Psychiatric Association 1996). Es kommt zu einem wiederkehrenden Gedächtnisverlust für begrenzte Zeitabschnitte. Oft können ► **Amnesien** erst durch Angehörigengespräche wirklich belegt werden, weil die Betroffenen die Symptome aus Schamgründen häufig leugnen oder bagatellisieren. Von Angehörigen wird dann z. B. berichtet, dass immer wieder Kleidungsstücke auftauchen, an deren Erwerb die Betroffenen keinerlei Erinnerung haben und die sie gar nicht zu ken-

### ► Prävalenz

### ► Amnestische Barriere

### ► Dissoziative Amnesie

### ► Dissoziative Fugue

### ► Dissoziative Identitätsstörung

### ► Amnesien



► **Psychiatriekarriere**

nen glauben u. ä. Auch verschiedene Handschriften, das Führen innerer Dialoge und die spontane Verwendung des „wir“ oder der dritten Person für sich selbst, können für das Vorliegen einer DIS sprechen. Kennzeichnend sind auch ein Entfremdungserleben und das Hören von Stimmen, die innerhalb des Kopfes wahrgenommen werden.

Eine langjährige ► **Psychiatriekarriere** mit einer Vielzahl unterschiedlichster Diagnosen, die meist anhand komplizierender sekundärer Störungen gestellt wurden, wird häufig berichtet. Das Auftreten der dissoziierten Identitäten und Amnesien ist durch Psychopharmaka kaum zu beeinflussen (Gast et al. 2001; Gleaves 1996; Greaves 1980). Im Zusammenhang mit Psychopharmaka ist auch der häufige Medikamentenmissbrauch dieser Patienten zu beachten. Das DSM-IV gibt eine durchschnittliche Zeitspanne vom ersten Auftreten der Symptome bis zur ersten korrekten Diagnose von 6–7 Jahren an.

„Als auslösenden Faktor findet man bei über 95% aller PatientInnen mit Dissoziativer Identitätsstörung eine Geschichte schwerer, langanhaltender frühkindlicher Traumatisierung in Form von sexuellem, physischem, psychischem und rituellem Missbrauch vor allem im Elternhaus, der zumeist schon vor dem 5. Lebensjahr begonnen hat (Coons et al. 1988; Fagan u. McMahon 1984; Kluft 1984; Putnam et al. 1986; Ross 1989; Ross et al. 1989b). In über 80% der Fälle sind es Frauen, die eine Dissoziative Identitätsstörung entwickeln“ (Overkamp et al. 1997, S. 78).

► **Prävalenzraten**

Es gibt relativ einheitliche Ergebnisse aus internationalen Studien zu ► **Prävalenzraten** in *klinischen* Populationen auf psychiatrischen Allgemeinstationen, die alle bei etwa 5% liegen (Overkamp et al. 1997). DIS werden einerseits häufig übersehen (Gast 2000b), andererseits sind vor allem aus den USA auch Tendenzen zur Überdiagnostizierung bei stark suggestiblen Patienten bekannt. In verschiedenen internationalen Studien mit jeweils 300–600 Partizipanten wurden Prävalenzzahlen von etwa 1% bezogen auf die Allgemeinbevölkerung ermittelt (Gast et al. 2001).

Da dissoziative Symptome wie Halluzinationen, Stimmen hören, Fugue-Episoden und tranceähnliche Zustände irrtümlich zur Diagnose psychotischer Störungen verleiten können, ist beim Auftreten dieser Symptome besondere diagnostische Sorgfalt in die eine wie die andere Richtung geboten.

► **Switch-Vorgänge**

Zur Diagnose der Dissoziativen Störungen eignet sich am besten das neu übersetzte und augenblicklich im Validierungsprozess stehende SKID-D (Gast 2000a). Zur Absicherung kann noch der FDS (Freyberger et al. 1999) verwendet werden oder die derzeit ebenfalls in der Validierungsphase stehende, deutsche Fassung des MID (Dell 2002; Gast 2002). Letzte Sicherheit über das Vorliegen einer dissoziativen Identitätsstörung bietet jedoch nur das direkte Beobachten von ► **Switch-Vorgängen**, d. h. des Wechsels der vorherrschenden (Teil-)Identität im diagnostischen bzw. therapeutischen Setting. Wegen der häufig gravierenden Folgen für die Patienten ist bei der

Tabelle 5

**Übersicht der Belastungsstörungen und einer Auswahl der dissoziativen Störungen**

ICD-10	DSM-IV
F43.0 Akute Belastungsreaktion	308.3 Akute Belastungsstörung
F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung	309.81 Posttraumatische Belastungsstörung
F62.0 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, nicht anderweitig bezeichnet. Diese Störung entspricht weitgehend der komplexen PTSD oder DESNOS	Im DSM-IV nicht als eigene Störung kodiert, aber als Symptomkonstellation unter „zugehörige Merkmale und Störungen“ der PTSD zu finden.
<b>Dissoziative Störungen</b>	
F44.0 Dissoziative Amnesie	300.12 Dissoziative Amnesie
F44.1 Dissoziative Fugue	300.13 Dissoziative Fugue
F44.2 Dissoziativer Stupor	
F44.81 Multiple Persönlichkeitsstörung	300.14 Dissoziative Identitätsstörung
F48.1 Depersonalisations-/Derealisationssyndrom (Im ICD-10 unter neurotischen Störungen)	300.6 Depersonalisationsstörung

## ► Depersonalisationsstörung

Vergabe dieser Diagnose bis zu ihrer völligen Sicherstellung große Zurückhaltung geboten (Tabelle 5).

Die ► **Depersonalisationsstörung** (ICD-10: F48.1, DSM-IV: 300.6) wird nach dem DSM-IV zu den Dissoziativen Störungen gerechnet. Bei erhaltener Realitätsprüfung bestehen Erfahrungen, sich von den eigenen geistigen Prozessen oder vom eigenen Körper losgelöst zu fühlen oder sich als außenstehender Beobachter seiner selbst zu erleben. Verschiedene andere psychische Störungen müssen hier aber ausgeschlossen sein. *Frühe* interpersonale Traumatisierungen, insbesondere durch emotionale Vernachlässigung oder Missbrauch, konnten in einer klinischen Studie als Prädiktor späterer Depersonalisationsstörungen herausgestellt werden (Simeon et al. 2001).

## Komorbidität und traumaassoziierte Störungen im engeren Sinne

Neben komorbiden Störungen im Allgemeinen finden sich traumaassoziierte Störungen, die sich als direkte Folge einer Traumatisierung entwickeln können. Für die Diagnostik der PTSD sind diese Störungen in mehrfacher Hinsicht relevant. In einer klinischen Population sind sie eher die Regel, als die Ausnahme. Auch bei Vorliegen einer PTSD führt oft gerade die komorbide Symptomatik zur Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, ohne dass die traumatische Genese der Symptome dem Therapeuten zunächst auffallen muss.

Es bestehen ► **Symptomüberschneidungen** der PTSD mit z. B. depressiven Störungen, so z. B. Schlafstörungen, eine reduzierte Konzentrationsfähigkeit und Schuldgefühle oder mit anderen (die PTSD gehört im DSM-IV zu den Angststörungen) Angststörungen, wie z. B. Panikattacken und Vermeidungsverhalten, so dass die hohe Komorbidität der PTSD von einigen Autoren auf die verwendeten Diagnosekriterien zurückgeführt wird (Keane u. Kaloupek 1997; Siol et al. 2001). Nach Hyer et al. (1987) beschreiben Menschen, die an einer PTSD leiden, nachgefragte Symptome als schwerwiegender, als Menschen, die von anderen psychiatrischen Störungen betroffen sind. Demnach könnte eine hohe Komorbidität durch ein Symptom-“overreporting“ bei subjektiv hoher Stressbelastung erklärbar sein. Andererseits könnten hohe Komorbiditätsraten ihre Begründung auch in anderen psychiatrischen, z. B. depressiven Störungen als Risikofaktor für die Entwicklung einer PTSD haben (Brady et al. 2000).

Im Rahmen des „National Comorbidity Survey“ (NCS) fanden Kessler et al. (1995) komorbide psychische Störungen in der Lebensspanne bei 88% der Männer und bei 79% der Frauen mit PTSD. Die Kriterien für drei oder mehr psychiatrische Diagnosen nach DSM-III-R trafen auf 59% der Männer und 44% der Frauen zu. Die häufigsten Diagnosen waren affektive, insbesondere depressive Störungen, andere Angststörungen und Abhängigkeitserkrankungen. Es hat sich gezeigt, dass das Vorliegen einer PTSD die Wahrscheinlichkeit, eine weitere ► **Angststörung** – z. B. eine generalisierte Angststörung, Agoraphobie oder andere Phobien – zu entwickeln, um das zwei bis vierfache erhöht (Gasch 2000, S. 27; Hüther 2001; Pynoos et al. 1999). Breslau et al. (1997) fanden in einer Patientengruppe von 801 Frauen mit PTSD eine 55%ige Prävalenz anderer Angststörungen.

Die Lebenszeitprävalenz einer ► **Major Depression** bei Personen mit PTSD betrug im NCS 48% (Männer) bzw. 49% (Frauen). Bei 78% der Betroffenen trat die Depression nach der PTSD ein (Kessler et al. 1995). Eine „Major Depression“ kann sich als ► **Posttraumatische Depression** als eine von der PTSD unabhängige Traumafolge entwickeln (Blanchard et al. 1998), wobei das gemeinsame Vorliegen beider Störungen in einer Untersuchung von Shalev (1998) mit deutlich ausgeprägterer subjektiver Belastung verbunden war.

Nach manifester PTSD fanden Andreski et al. (1998) eine erhöhte Rate komorbider ► **Somatisierungsstörungen**. Als Folge insbesondere chronischer und früher Traumatisierung beschrieben Egle und Nickel (2000) hier insbesondere die ► **somatiformen Schmerzstörungen**. Bei Wöller et al. (2001) werden in der Übersicht komorbider oder in Folge von traumatischen Erfahrungen aufgetretenen Störungen im Weiteren ► **Zwangserkrankungen** und ► **Ess-Störungen** beschrieben.

Nach van der Kolk et al. (1996) sollten die PTSD und die komorbiden Symptome nicht als getrennte Störungen, sondern als „komplexe somatische, kognitive, affekti-

## ► Symptomüberschneidungen

## ► Angststörung

## ► Major Depression

## ► Posttraumatische Depression

## ► Somatisierungsstörungen

## ► Somatoforme Schmerzstörungen

## ► Zwangserkrankungen

## ► Ess-Störungen

ve und verhaltensbezogene Auswirkungen des psychologischen Traumas“ betrachtet werden. Eine Akkumulation komorbider Symptome findet sich bei der oben beschriebenen Komplexen PTSD, deren Syndromcharakter durch diese mitbestimmt ist (Herman 1992).

Für die klinische Praxis erscheint bedeutend, dass das Vorliegen komorbider Störungen mit stärkerer psychischer Belastung der Betroffenen verbunden ist und die therapeutischen Möglichkeiten von der komorbiden Störung, z. B. bei Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, oft gravierend beeinflusst werden. Für die Diagnostik ist insbesondere relevant, dass nach verschiedenen Studien bei Vorliegen anderer psychiatrischer Störungsbilder eine vorhandene PTSD oft nicht diagnostiziert wurde. Bei regulären psychiatrischen Patienten konnten durch gezielte Diagnostik, z. B. mit strukturierten Interviews, in 25–43% der Fälle Posttraumatische Belastungsstörungen identifiziert werden, während die Diagnose klinisch nur in maximal 1/3 dieser Fälle gestellt wurde (Cascardi et al. 1996; Craine et al. 1988; Mueser et al. 1998; Zimmerman u. Mattia 1999). Die nicht gestellte Diagnose einer PTSD erscheint bei den Patienten, die im Hinblick auf eine andere psychiatrische Störung, wie z. B. eine schwere depressive Episode behandelt werden, auch für den diesbezüglich erzielbaren therapeutischen Erfolg limitierend und trägt u. U. zu einer Chronifizierung des Störungsbilds bei.

### **Selbstverletzendes Verhalten**

Bei Patienten mit selbstverletzendem Verhalten fanden sich in mehreren Studien enge Korrelationen mit Kindheitstraumata. Mehr als 70% der Patienten mit selbstverletzendem Verhalten berichteten von schweren lebensgeschichtlichen Traumatisierungen (Sachsse et al. 1997; Sachsse 2000; Tameling u. Sachsse 1997).

### **Traumaätiologie bei anderen psychischen Störungen**

#### **Zusammenhänge zwischen dem Auftreten der Borderline-Persönlichkeitsstörung und frühen Traumata<sup>2</sup>**

Auch bei anderen Erstdiagnosen als der PTSD sollten Symptome einer einfachen oder komplexen PTSD als Hinweise auf mögliche traumatische Ursprünge der Symptomatik gewertet werden. Zahlreiche Studien fanden besonders hohe Komorbiditätsraten zwischen Borderline-Störungen und komplexen frühen Traumatisierungen. Einige Autoren gehen sogar soweit, Traumatisierungen als geradezu konstituierend für die Borderline-Störung anzusehen (vgl. Dulz u. Jensen 2000). Sie sehen die Borderline-Persönlichkeitsstörung als eine besondere Form chronifizierter, komplexer posttraumatischer Belastungsstörung (Herman 1992; Reddemann u. Sachsse 1998, 1999, 2000; van der Kolk 1999). Andere, z. B. Kernberg (1995, 2000) widersprechen dieser Sichtweise. Kernberg sieht andere Entwicklungsfaktoren als spezifisch an, insbesondere chronische Aggression durch die primären Bezugspersonen. Der Autor legt Wert darauf, chronische Aggression von spezifisch traumatischen Erfahrungen abzugrenzen (2000). Allerdings hat Kernberg ein weiter gefasstes Verständnis der Störung und spricht meist von ► **Borderline-Organisation**. Eine Studie von Fonagy (1996) hat gezeigt, dass eine strukturelle Diagnose der Borderline-Organisation nach Kernberg (1977) wesentlich mehr Patienten erfasst, als z. B. die Diagnose nach den DSM-III-Kriterien. Trotzdem sind Kernbergs Argumente plausibel (1995, 1997), dass es viele schwer und früh traumatisierte Patienten gibt, die ein anderes Störungsbild, als das der Borderline-Störung entwickeln. Andersherum betrachtet, müssen die zweifellos bei Borderline-Störungen sehr häufig vorhandenen Traumatisierungen zwar als wesentliche Mitursache in Betracht gezogen werden, sie sind aber möglicherweise für den borderline-spezifischen Konfliktverarbeitungsmodus selbst nicht die Hauptursache. Die Ergebnisse der zahlreichen Studien über frühe Traumatisierungen bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen pendeln zwischen 50–90% (vgl. Dulz u. Jensen 2000). Dennoch ist die Annahme einer strikten kausalen Beziehung zwischen Kindheitstraumata und Borderline-Pathologie verfrüht, da umfangreiche Studien über

<sup>2</sup> Für eine aktuelle und umfassendere Auseinandersetzung mit diesem Thema sei hier auf den Artikel Driessen et al. (2002) verwiesen.

### ► Somato-psychische Störung

kindliche Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen unter der Allgemeinbevölkerung gezeigt haben, dass die überwiegende Mehrzahl der Betroffenen keine Borderline-Pathologie entwickelt. Zahlreiche Studien zu den familiären Bedingungen für die Entstehung der Störung zeigten, dass noch eine Reihe anderer familiärer Faktoren beteiligt sind (Gunderson u. Sabo 1993; Links et al. 1995; Ruiz-Sancho u. Gunderson 2000; West et al. 1993). Trotzdem ist für die klinische Arbeit mit Borderline-Patientinnen zu beachten, dass eine große Zahl von Forschungsbefunden darauf hindeutet, dass „stationär behandlungsbedürftige Borderline-Patientinnen [...] als Kinder zweimal, wahrscheinlich sogar dreimal so häufig sexualisierter Gewalt ausgesetzt gewesen sind wie Frauen der Allgemeinbevölkerung“ (Reddemann u. Sachsse 2000, S. 559).

Traumatherapeuten beschreiben immer wieder Patienten, die vom Störungsbild her einer Borderline-Persönlichkeitsstörung entsprechen, bei differenzierter Betrachtung jedoch eine andere psychodynamische Konfliktverarbeitung aufweisen als Menschen mit einer Borderline-Organisation nach Kernberg. Von einigen Trauma-Experten wird betont, dass die Posttraumatische Belastungsstörung nicht alleine mit Hilfe von psychodynamischen Modellen verstanden werden kann, sondern als **► somato-psychische Störung** betrachtet werden muss (vgl. z. B. Reddemann u. Sachsse 2000, S. 560). Wesentlich für das klinische Erscheinungsbild sind danach auch weniger borderline-typische, frühe projektive Abwehrmechanismen, sondern eher ein elementar zerrüttetes Selbst- und Weltbild. Da aber bei den meisten Borderline-Patienten traumatisch bedingte Symptome neben anderen auftreten, erscheint es klinisch zunächst wenig fruchtbar, diese auseinander zu dividieren. Klinisch relevanter ist hier die Tatsache, dass bei Borderline-Patienten in der Regel spezielle Techniken der Traumatherapie in das Behandlungsprogramm integriert werden sollten.

### ► Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Das hier für Borderline-Persönlichkeitsstörungen Gesagte, gilt in ähnlicher Weise auch für andere schwere Persönlichkeitsstörungen, z. B. die **► dissoziale Persönlichkeitsstörung**. Nach Rauchfleisch (1981, 2000) sind häufige, länger dauernde Gewalterfahrung und demütigende körperliche Misshandlung die ätiologisch wichtigsten Faktoren für Dissozialität und die Entwicklung der antisozialen Persönlichkeitsstörung.

### Abhängigkeitserkrankungen und PTSD

### ► Prävalenz der Komorbidität

Verschiedene Studien haben einen deutlichen Zusammenhang zwischen Sucht und traumatischen Vorerfahrungen gefunden (z. B. Abueg u. Fairbank 1992; Brown u. Wolfe 1994; Hernandez u. DiClemente 1992; Kunzke et al. 2002; Saladin et al. 1995; Stewart 1996; Triffleman et al. 1995). Zur **► Prävalenz der Komorbidität** von PTSD und Alkoholismus bei Patienten, die in nordamerikanischen Kliniken für Abhängigkeitserkrankungen wegen ihres Alkoholismus behandelt wurden, fanden sich Raten zwischen 25% und 55% (Brady et al. 1994; Brief et al. 1992; Dansky et al. 1995; Najavits et al. 1997; Ouimette et al. 1998a).

### ► Selbstmedikations-Hypothese

Khantzian (1985) hat eine **► Selbstmedikations-Hypothese** für die Abhängigkeitserkrankungen formuliert. Diese Hypothese sieht als eine Ursache von Substanzmissbrauch und -abhängigkeit den Versuch, eine quälende PTSD-Symptomatik zu beeinflussen. Khantzian geht davon aus, dass die Auswahl der Drogen mit der Art der PTSD-Symptomatik zusammenhängt, die mittels Substanzkonsum moduliert werden soll. Heroin z. B. hat eine stark dämpfende Wirkung auf Wut und Aggression, Kokain wirkt anti-depressiv und Alkohol vermag sehr wirksam intrusive Symptome wie Flashbacks, Alpträume usw. zu beeinflussen (Bremner et al. 1996; Risse et al. 1990; Stewart et al. 1998).

### Zur diagnostischen Praxis

Zur Diagnose eignet sich gut ein ausführliches klinisches Interview, das auf die Lebensgeschichte fokussiert und nicht suggestiv nach Traumatisierungen fragt. Man kann etwa mit einer Einleitung wie der Folgenden beginnen:

„Ich möchte heute mit Ihnen über Ihr Leben und Ihre Entwicklung sprechen. Wir wollen bei Ihrer Geburt beginnen und uns dann bis heute vorarbeiten. Wichtig ist, dass Sie mir das erzählen, was Ihnen wichtig ist und von dem Sie denken, dass es Sie in Ihrer Entwicklung beeinflusst hat, im Positiven wie im Negativen. Positive Er-

## ► Kölner Trauma-Interview

## ► Selbstratinginstrumente

## ► Flashbacks

fahrungen wie gute Beziehungen, Erfolge und hilfreiche Personen sind dabei genauso wesentlich wie belastende, z. B. lange Krankheiten, Unfälle, Tod von nahestehenden Menschen, Trennungserfahrungen, aber auch anderes, das Sie möglicherweise in der Familie und Schule und im Kontakt mit anderen belastet hat. Alles, was sich für Sie aus dem normalen Alltag Ihrer Kindheit und Jugend und danach herausgehoben hat. Es ist Ihnen natürlich freigestellt, im Augenblick noch zu belastende Erlebnisse nur anzudeuten, oder mir diese erst einmal nicht mitzuteilen.“

Man kann sich zunächst die Familienverhältnisse beschreiben lassen, Persönlichkeiten, Familienbeziehungen, grundlegende Interaktionsmuster, um einen Einblick in die familiäre Gesamtsituation zu erhalten. Wie in der Einleitung zum Gespräch angekündigt, kann man sich dann chronologisch die persönliche Entwicklung berichten lassen. Solch ein Interview dauert unserer Erfahrung nach etwa 2 bis 4 Stunden. Für ein enger auf traumatische Erfahrungen zentriertes diagnostisches Interview eignet sich das halbstrukturierte ► **Kölner Trauma-Interview** (KTI) von Fischer und Schedlich (1995) sehr gut, das ein Rating-Instrument für den Interviewer und einen Selbstbeurteilungsbogen für den Patienten umfasst. Sich alleine auf die gängigen ► **Selbstratinginstrumente** (s. hierzu Tabelle 6) zu verlassen, geht normalerweise mit einer größeren diagnostischen Unsicherheit einher. Wichtig für das Interview ist, dass man sich Zeit lässt und dabei nicht die Aufmerksamkeit quasi detektivisch auf mögliche Traumatisierungen richtet, sondern die Patienten bei der Entwicklung und Entfaltung ihrer Lebensgeschichte in allen Richtungen durch wohlwollende Aufmerksamkeit und interessiertes Nachfragen unterstützt. Traumatische Erfahrungen, sofern sie nicht völliger Amnesie unterliegen, werden häufig erst preisgegeben, wenn sich eine vertraute und vertrauensvolle Gesprächssituation etabliert hat. Bagatellisierendem, widersprüchlichem, offensichtlich ausweichendem Erzählverhalten oder eklatanten Lücken sollte durch vorsichtig insistierende Exploration begegnet werden. Gleichzeitig sollte eine freundliche, wohlwollende und haltgebende Therapeutenhaltung durchgängig im Vordergrund stehen.

### Gefahren bei der Durchführung diagnostischer Interviews

Es besteht ein grundsätzliches Dilemma in der diagnostischen Praxis. Es ist wichtig, bei einem sich ergebenden Verdacht auf schwere frühe Traumata, im Gespräch mit der PatientIn diese Klippe nicht einfach zu umschiffen, da ansonsten gravierende ätiologische Faktoren möglicherweise ungeklärt bleiben, aber auch, weil es für frühe Traumata häufig charakteristisch ist, dass wichtige Personen aus dem Umfeld etwas ahnten oder wussten, dies aber ignoriert und die Betroffenen damit allein gelassen haben. Verhält sich der Therapeut ähnlich, so wird dieses Verhalten unter Umständen erneut als erschreckendes Desinteresse angesichts ihres Schicksals oder als Überforderung derer, von denen Hilfe erhofft wird, erlebt. Dies kann für die Patienten bedeuten, dass sie sich erneut alleingelassen fühlen, was im extremen Fall Ausgangspunkt einer Retraumatisierung werden kann. Auf der anderen Seite kann es bei Patienten mit schweren Traumatisierungen und einer schwachen Abwehr sehr schnell geschehen, dass sie bei Nachfragen erneut in ein Wiedererleben des Traumas gleiten und von ► **Flashbacks** und anderen Formen überfordernder Erinnerungen überflutet und auf diese Weise retraumatisiert werden (Hofmann et al. 2001). Reddemann und Sachsse geben noch einige sehr wichtige Anhaltspunkte zur Durchführung diagnostischer Interviews mit potenziell traumatisierten Patienten:

„Klinisch sind Phänomene wie ein Weggehen mit dem Blick oder der Aufmerksamkeit, ein Nicht-Richtig-Dasein, ein Tunnelblick und eine vorübergehende Abwesenheit während der Anamnesesitzungen Hinweise. Erfragt und registriert werden sollten auch Zeichen von Übererregung, Schreckhaftigkeit, Gereiztheit, Dünnhäutigkeit. In der Gegenübertragung lassen sich Gefühle von Misstrauen oder detektivistische Tendenzen finden: Ist da ein Trauma? Sollte ich das aufspüren? Lügt diese Patientin, muss ich sie nicht überführen? Gegenübertragungssignale sind auch eine Übervorsicht, nur ja nicht zu eindringend zu wirken, oder der Wunsch eindringlich zu sein. [...] Verdichten sich die Hinweise auf eine posttraumatische Störung, informieren wir über das Traumakonzept und die Posttraumatische Belastungsstörung, vertiefen in der Anamnese aber nicht das Gespräch über Einzelheiten der Traumatisierung. Differentialdiagnostisch kann es auch hilfreich sein zu erfragen, wie es sich in



Tabelle 6

**Ausgewählte diagnostische Instrumente. Eine Liste der Bezugsquellen dieser Instrumente kann beim Erstautor angefordert werden. Umfassendere und gut kommentierte Übersichten von Erhebungsinstrumenten finden sich in Hofmann et al. (2001) und Schützwohl (1997).**

### ***Erfassung von traumatischen Erfahrungen und deren Folgen***

#### **Selbstratinginstrumente**

**Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)** (Bernstein u. Fink 1998): Ein kurzes 31-Item-Selbstbeurteilungsinstrument, das verschiedenste mögliche lebensgeschichtliche Traumatisierungen erfragt. Die Fragen sind globaler als beim TAQ (s. u.) gehalten, z. B. „Als ich aufwuchs, versuchte jemand mich sexuell zu berühren oder mich dazu zu bringen, sie oder ihn sexuell zu berühren“  
Es liegt mittlerweile auch in einer deutschen Fassung vor. Auswertungsdauer 5–10 min

**Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ), deutsche Übersetzung** (Hofmann et al. 1999, Orig. van der Kolk, 1997): Es handelt sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument, das gezielt die ganze Bandbreite möglicher lebensgeschichtlicher Traumatisierungen erfragt. Auswertungsdauer 5–10 min

**Kölner Trauma-Inventar (KTI)** (Fischer u. Schedlich 1995): Es enthält einen Patientenfragebogen ähnlich dem oben genannten TAQ und beinhaltet zusätzlich ein Manual und Auswertungsinstrument für ein halbstrukturiertes Interview. Hier werden auch protektive Faktoren in der individuellen Biographie berücksichtigt. Auswertungsdauer ca. 10 min

### ***PTSD-Diagnose und Symptomatik***

#### **Diagnostische Interviews**

**CAPS Clinician-Administered PTSD Scale** (Schnyder 1999, Orig. Blake 1990, 1995): Dieses Interview erfasst mit 17 Items die PTSD-Symptomatik nach DSM-IV sowie mit 8 Items begleitende, z. B. dissoziative Symptome. In der internationalen Forschung wird es vielfach eingesetzt und hat unter den klinischen Interviews zur Erfassung der PTSD wahrscheinlich die beste Datenbasis (Shalev 2001). Die Anwendung des CAPS sollte nach Blok (1990; 1995) durch erfahrene Untersucher erfolgen, um nicht Häufigkeit und Schwere der Störung zu überschätzen. Schnyder und Moergeli (2002) veröffentlichten erste psychometrische Daten der deutschen Übersetzung. Durchführungsdauer ca. 45 min

**DIA-X-Expertensystem zur Diagnostik psychischer Störungen** (Synonym: M-CIDI) (Wittchen u. Pfister 1997): Diese überarbeitete und erweiterte Version des Composite International Diagnostic Interview (CIDI) der WHO ist modular aufgebaut und erlaubt die Diagnostik psychischer Störungen (Lebenszeit/12 Monate) nach DSM-IV oder nach ICD-10. Die Auswertung der Papier-Bleistift- sowie der Computer-Version erfolgt durch ein Computerprogramm

**DIPS Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen** (Margraf et al. 1994): Basiert noch auf den DSM-III-R-Kriterien. Eine an das DSM-IV angepasste 3. Auflage des DIPS soll voraussichtlich im August 2003 erscheinen

**SKID-I Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV** (Wittchen et al. 1997): Der PTSD-Abschnitt des SKID-I, des halbstrukturierten Interviews zum DSM-IV, ist nach wie vor eines der reliabelsten Instrumente zur Diagnose der PTSD (Watson 1990). Durchführungszeit etwa 30 min. Optional kann mit dem SKID-I eine Akute Belastungsreaktion beurteilt werden.

#### **Selbstratinginstrumente**

**Impact of Event-Skala – revidierte Version (IES-R)** (Maercker u. Schützwohl 1998): 22 Fragen nach den Erinnerungen an ein traumatisches Ereignis und den damit zusammenhängenden Gefühlen. Mit den Subskalen Vermeidung, Intrusion und Hyperarousal eignet die IES-R sich vor allem für relativ gut zuzuordnende traumatische Erfahrungen. Auswertungsdauer weniger als 5 min

**Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS), deutsche Übersetzung** (Ehlers et al. 1996): Spezifiziert traumatische Erfahrungen, PTSD-Symptome mit deren Ausprägung nach DSM-IV sowie eine resultierende Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen. Durchführungsdauer ca. 10–15 min

**Fragebogen zu PTSD-Symptomen PTSS-10** (Schade et al. 1998): Dieser sehr kompakte Fragebogen erhebt unabhängig von den spezifischen traumatischen Erfahrungen die PTSD-Symptome. Eine Validierungsstudie ergab angesichts der nur 10 Fragen eine recht gute Konstruktvalidität (Stoll et al. 1999). Auswertungsdauer weniger als 5 min

### ***Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung – DESNOS***

#### **Diagnostisches Interview**

**Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS)** (Sack u. Hofmann 2001): Es basiert auf dem **Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES)** (Pelcovitz et al. 1997) und wird derzeit von Sack validiert. Für die Durchführung des 40 Item-Interviews ist mit 20 bis 30 min zu rechnen

#### **Selbstratinginstrument**

**DESNOS** (Hofmann et al. 1999) wurde als auf dem SIDES basierendes Selbstrating-Instrument mit 48 Items im Kölner Dokumentationssystem für Psychotherapie und Traumabehandlung (Fischer 2000) veröffentlicht. Die aktuelle englischsprachige Fragebogenversion heißt **SIDES-SR** (Spinazzola et al. 2001). Auswertungsdauer ca. 10 min

Tabelle 6 (Fortsetzung)

**Ausgewählte diagnostische Instrumente. Eine Liste der Bezugsquellen dieser Instrumente kann beim Erstautor angefordert werden. Umfassendere und gut kommentierte Übersichten von Erhebungsinstrumenten finden sich in Hofmann et al. (2001) und Schützwohl (1997).**

### **Dissoziative Störungen**

#### **Diagnostische Interviews**

**Dissociative Disorder Interview Schedule (DDIS)** (Ross et al. 1989a): Ein mittlerweile auch in der deutschen Fassung validiertes Instrument. Es besteht aus 131 Items und bezieht neben DIS-spezifischen und sekundären Symptomen mögliche Komorbiditäten einer dissoziativen Störung ein, indem es systematisch die DSM-IV-Kriterien der Somatisierungsstörung, der Major Depression, der Borderline Persönlichkeitsstörung und aller dissoziativen Störungen abfragt. Die Interviewdauer kann von 30 bis 90 min. variieren

**Strukturiertes Klinisches Interview für Dissoziative Störungen – SKID-D** (Gast et al. 2000, original SCID-D, Steinberg 1994): Das halbstrukturierte Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen. Es gilt inzwischen als Standard für die operationalisierte Diagnostik dissoziativer Störungen. Mit Hilfe der SKID-D sollen die Erfassung des Schweregrades von fünf dissoziativen Hauptsymptomen möglich sein sowie die Diagnosestellung einer Dissoziativen Störung nach DSM-IV (Dissoziative Amnesie, Dissoziative Fugue, Depersonalisationsstörung, Dissoziative Identitätsstörung/Multiple Persönlichkeitsstörung, Nicht Näher Bezeichnete Dissoziative Störung, Trance-Störung). Das SKID-D befindet sich z. Z. im Validierungsprozess (Gast 2000a). Interviewdauer 30 bis 150 min

#### **Selbstratinginstrumente**

**Fragebogen dissoziative Symptome – FDS** (Bernstein u. Putnam 1986; Freyberger et al. 1999): Bei Verdacht auf dissoziative Störungen bietet sich dieses 44-Item-Selbstbeurteilungsverfahren als Screeninginstrument an. Durch Einschätzung des Schweregrades dissoziativer Symptomatik eignet es sich auch zur Verlaufskontrolle einer Therapie. Zur Beantwortung der Fragen werden durchschnittlich 10–15 min benötigt, zur Auswertung ca. 10 min

**MID-d**, die deutsche Bearbeitung des **Multidimensional Inventory of Dissociation – MID** (Dell 2002): Dieser neuentwickelte, sehr umfassende Fragebogen, erfragt mit 219 Items verschiedenste Formen und Ausprägungen dissoziativer Störungen. Der **MID-d** wird z. Z. von Gast (2002) validiert

## ► Behandlungsraum

der Vergangenheit ausgewirkt hat, wenn jemand über ein Trauma oder eine Belastungssituation allgemein gesprochen hat. Sofern dies erleichternd wirkte, konnte das Trauma wahrscheinlich mit neurotischen Bewältigungsmechanismen verarbeitet werden. Sofern ein Sprechen über traumatische Erfahrungen dazu führt, dass einige Stunden oder auch unmittelbar danach Symptome entstehen wie Schneidedruck, Alkohol- und Medikamentenabusus, Intrusion, Flashbacks oder abendliche Erregungszustände, ist dies ein Hinweis darauf, dass traumatische Erfahrungen dissoziiert gespeichert wurden. In diesem Fall ist eine vertiefte Traumaexploration kontraindiziert und ein ‚Drüber-Reden‘ an der Grenze zum Kunstfehler“ (Reddemann u. Sachsse 2000, S. 562).

Nicht unwichtig ist auch die Gestaltung des äußeren Rahmens, so sollte der ► **Behandlungsraum** freundlich und behaglich sein. Manchmal ist es auch wichtig, darauf zu achten, dass die PatientIn in Türnähe sitzt und nicht den Weg dorthin als vom Therapeuten blockiert wahrnimmt.

### **Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse**

Generell sollte man sich als Therapeut darüber klar sein, dass man in der Arbeit mit traumatisierten Patienten häufig heftigen Affektstürmen, Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen ausgesetzt ist, die neben der eigenen Belastung auch die große Gefahr des therapeutischen Agierens in sich bergen. Zum Beispiel geschieht es im Gespräch mit sexuell oder in anderer Form misshandelten Personen sehr leicht, dass man als Therapeut anfangs unbemerkt mit dem Missbrauchsopfer eine Täter-Opfer-Situation ► **reinszeniert**, beispielsweise indem man plötzlich wider alle Vernunft „penetrant“ nachfragt und oder in anderer Form eine die PatientIn überfordernde Dynamik zulässt. Häufig ermutigen einen die Betroffenen anfangs gerade zu einer offensiven Gesprächsführung und betonen sehr stark, froh zu sein endlich darüber sprechen zu können und melden zurück, dass ihnen das Gespräch sehr gut tue. Doch plötzlich schlägt die Situation um, und die Patienten werden von schwersten Erinnerungen völlig überflutet und rutschen von einem Flashback in den nächsten. Dies ruft dann beim Therapeuten u. U. Gefühle der Hilflosigkeit, der Inkompetenz

## ► Reinszenierung

► **Eigenen Gefühlen genügend Aufmerksamkeit schenken**

und der Überforderung sowie schwere Schuldgefühle hervor, dass er die Situation nicht besser gesteuert habe. Oder der gegenteilige Fall tritt ein, der Therapeut fühlt sich gefühlsmäßig wie erstarrt, unfähig in angemessener Form empathisch zu reagieren oder er wird von heftigster Wut auf die Täter überflutet (Fischer u. Riedesser 1999, S. 180 ff.). Um den selbstverantwortlichen Teil der PatientIn zu stärken, ist es auch sinnvoll, sie zu ermutigen, auf sich zu achten und expressis verbis mitzuteilen, dass sie jederzeit das Recht hat, zu sagen, dass das Gespräch zu belastend für sie wird. Um die Gesprächssituation angemessen steuern zu können, ist es für den Therapeuten essentiell, in Gesprächen mit traumatisierten Menschen auch den ► **eigenen Gefühlen genügend Aufmerksamkeit zu schenken**. Gefühle der eigenen Überforderung und Überlastung korrespondieren sehr häufig mit ähnlichen Gefühlen bei der PatientIn. Es ist dann sinnvoll, diese Möglichkeit durch Nachfragen zu überprüfen und ggf. die Situation zu ändern, z. B. die Aufmerksamkeit der PatientIn ganz aktiv wieder ins Hier und Jetzt zurückzuführen, beispielsweise mit Unterstützung erdender körpertherapeutischer Übungen oder imaginativer Techniken.<sup>3</sup> Häufig macht es dann zum Schutz der PatientIn auch Sinn, in Absprache mit ihr, das Gespräch erst einmal zu unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortzusetzen. Es sollte auch besprochen werden, was die PatientIn machen kann, wenn sie in Folge des Gesprächs in einen aufgewühlten, depressiven oder anderweitig emotional belastenden Zustand gerät.

► **False-Memory-Syndrome**

**Zur Glaubwürdigkeit traumatischer Erfahrungsberichte**

Eine Schwierigkeit bei der Konfrontation mit traumatischen Erfahrungen in der klinischen Situation liegt immer wieder in der Glaubwürdigkeit der Patientendarstellung. Hier hat sich in den letzten Jahren eine hitzige Debatte um das so genannte ► **False-Memory-Syndrome** entwickelt (Loftus 1993), die nicht immer den Ansprüchen an eine wissenschaftliche Diskussion genügt (Pope 1998). In Übereinstimmung mit anderen Autoren (Dulz u. Jensen 2000, S. 167; Fischer u. Riedesser 1999, S. 262) muss jedoch auch wiederholt werden, dass die Tatsache, dass sich diese Debatte ausgerechnet am Thema innerfamiliärer sexueller Gewalt entzündet hat – wohingegen andere Traumafaktoren hier sehr viel weniger grundsätzliche Zweifel weckten – Fragen nach der Motivation der Beteiligten aufwirft. Zudem konnten Studien, die die Gültigkeit von Schilderungen Erwachsener von sexuellem Missbrauch im Kindesalter anhand von Aufzeichnungen (u. a. Gerichtsakten) überprüften, feststellen, dass diese Schilderungen in ihrer grundsätzlichen Substanz relativ genau waren (Brewin et al. 1993). Natürlich kann bei diesen Erinnerungen nicht von einem Abruf festgefügtter Inhalte ausgegangen werden, da Erinnerungen immer auf kognitiv-rekonstruktiven Prozessen basieren (Brenneis 1998); das bedeutet jedoch andererseits nicht, dass die ► **Realitätsnähe von Traumarekonstruktionen** generell fragwürdig ist und angezweifelt werden muss. Was jedoch grundsätzlich vermieden werden sollte, sind suggestive Fragen des Gesprächsführenden, die die Existenz eines Traumas schon in der Frage implizieren (Schneider u. Sack 2000). Natürlich gibt es grobe Verfälschungen bei der Wiedergabe traumatischer Erfahrungen und auch spektakuläre Erfindungen auf suggestiver und quasi autosuggestiver Basis (Stoffels u. Ernst 2002). Macht man sich solch extreme Einzelphänomene jedoch zur Richtschnur im therapeutisch-diagnostischen Gespräch, verhindert dies das Entstehen einer vertrauensvollen Gesprächsatmosphäre und trägt eher dazu bei, dass gravierende traumatische Erfahrungen verschwiegen werden. Man sollte sich auch darüber klar sein, dass es häufig geradezu ein Merkmal traumatischer Erfahrungen ist, dass sie im Gegenüber ein Gefühl auslösen, wie „das kann doch nicht wahr sein, das darf nicht sein“. Das heißt, die ursprüngliche Fassungslosigkeit des Opfers gegenüber dem, was ihm damals geschah, wird im Gespräch erneut lebendig und überträgt sich auf den Zuhörer und löst dort ganz ähnliche Gefühle aus. Überzogenes Misstrauen beim Therapeuten kann auch Ausdruck einer Gegenübertragung in der Form sein, dass der Zuhörer damit unbewusst die Rolle des

► **Realitätsnähe von Traumarekonstruktionen**

<sup>3</sup> Nicht empfehlenswert sind eher unspezifische Entspannungstechniken, wie etwa progressive Muskelrelaxation oder autogenes Training, weil sie das Eindringen traumatischer Erinnerungen häufig eher begünstigen. Hier sind gelenkte Imaginationsübungen, wie sie beispielsweise Reddemann (2001) vorschlägt, weitaus besser geeignet.

## ► Arbeitshypothese

## ► Multiple Persönlichkeitsstörung ► Dissoziative Identitätsstörung

ungläubigen, verleugnenden oder ablehnenden Umfelds von damals einnimmt. Auch diese Zurückweisung ist häufig Teil des traumatischen Engramms und unterliegt somit ebenfalls der großen Gefahr unbewusst reinszeniert zu werden. Bei begründetem Zweifel oder offensichtlichen Widersprüchen kann vorsichtiges Nachfragen weiterhelfen. Bleibt dennoch eine gewisse Unsicherheit gegenüber der Plausibilität der Patientendarstellung, so sollte man diese Schilderung zunächst einmal als eine Art gemeinsame ► **Arbeitshypothese** akzeptieren. So vermeidet man die Gefahr, durch irrtümliches Zurückweisen die Basis der gemeinsamen therapeutischen Arbeit – nämlich Vertrauen – zu zerstören und damit möglicherweise der PatientIn erheblich zu schaden. Wie die klinische Erfahrung vor allem bei längeren Behandlungsverläufen zeigt, ist davon auszugehen, dass wesentlich mehr traumatische Erfahrungen aus Scham und Schmerz zunächst verschwiegen werden und unentdeckt bleiben, als andererseits Fiktion produziert wird. Besondere Sorgfalt ist natürlich bei Patienten mit psychosenahem Erleben geboten.

### Die Vermittlung diagnostischer Ergebnisse an den Patienten

Ein sich an die Diagnose häufig anschließendes Problem ist, wie mit dem diagnostischen Wissen gegenüber der PatientIn umgegangen werden soll. Insbesondere bei „Verdacht auf“ oder der definitiven Diagnose ► **Multiple Persönlichkeitsstörung** bzw. ► **Dissoziative Identitätsstörung** (DIS) ist große Vorsicht geboten. Häufig fragen Patienten nach dem Ergebnis eines Interviews bzw. Tests. Es ist zu beachten, dass die unvermittelte Mitteilung dieser Diagnose zu einer Phase länger dauernder Instabilität und zu schweren Krisen führen kann. Außerdem wollen meist nicht alle Teil-Identitäten diese Information wirklich erfahren, was aber gerade deshalb dissoziative Prozesse triggern kann. Für den therapeutischen Umgang mit den diagnostischen Erkenntnissen ist deshalb relevant, wie die weitere Behandlungsplanung aussieht; etwa ob noch eine längere Behandlungsspanne zu Verfügung steht oder nicht. Auch die Frage, welche Bewältigungsmechanismen der PatientIn zur Verfügung stehen und über welche Ressourcen sie verfügt kann bedeutsam sein. Allerdings sind diese Faktoren bei einer Erstdiagnose häufig schwer einzuschätzen. Wenn Patienten bei sich selbst Symptome beobachtet haben, die auf eine DIS hinweisen und davon beunruhigt sind, bietet es sich z. B. an, ihnen zu erklären, dass diese Phänomene auf wechselnde Ich-Zustände hindeuten können, mit denen sich ihre Psyche vor der Überflutung durch zurückliegende, augenblicklich zu belastende Erfahrungen schützt. Dies hat den Vorteil, dass man die oft zusätzlich triggernenden, „spektakulären“ diagnostischen Etiketten vermeiden kann.

### Fazit für die Praxis

Wie diese Übersicht zeigt, haben traumatische Erfahrungen nicht nur in Form einer einfachen oder komplexen PTSD eine erhebliche Bedeutung in der klinischen Praxis, sondern sind oft auch bei anderen Störungen maßgeblich mitbeteiligt. Leider werden Posttraumatische Belastungsstörungen nach wie vor häufig übersehen (Herman 1997, S. 123; Mueser et al. 1998; Zimmerman u. Mattia 1999). Da die Integration traumabedingter Störungen in ein therapeutisches Programm für den *Therapie-Outcome* in hohem Maße mitentscheidend ist (Kaplan u. Klinetob 2000; Najavits et al. 1998; Ouimette et al. 1998b), war es Ziel dieses Artikels, die Aufmerksamkeit für diesen Bereich zu schärfen. Für die traumaspezifische *Therapieplanung* ist es wichtig, sich einen Eindruck der Schwere der PTSD und ihrer Ursachen zu verschaffen. Liegen schwere Traumatisierungen oder gar das Vollbild einer komplexen PTSD vor, kann unvorsichtiges Einsetzen konfrontativer und aufdeckender Interventionsmethoden extrem schädlich sein und zu einer Eskalation der psychopathologischen Symptomatik führen (van der Kolk 2001). Bei der Diagnostik ist besonders zu beachten, dass bei einer komplexen PTSD häufig nicht alle diagnostischen Kriterien der einfachen PTSD erfüllt sind (Driessen et al. 2002; Ford 1999).



## Literatur

- Abueg FR, Fairbank JA (1992) Behavioral Treatment of Posttraumatic Stress Disorder and Co-occurring Substance Abuse. In: Saigh PA (ed) *Posttraumatic Stress Disorder: A Behavioral Approach to Assessment and Treatment*. Allyn and Bacon, Boston, pp 111–146
- Alexander PC, Anderson CL (1997) Incest, Attachment, and Developmental Psychopathology. In: Cicchetti D, Toth SL (eds) *Developmental Perspectives on Trauma: Theory, Research, and Intervention*. Univ Rochester Press, Rochester/NY, pp 343–377
- American Psychiatric Association (APA) (1989) *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen – Revision – DSM-III-R. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – revised edition (DSM-III-R)*. Beltz, Weinheim
- American Psychiatric Association (APA) (1996) *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen – DSM-IV. Übersetzt nach der 4. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association*. Hogrefe, Göttingen
- Andreski P, Chilcoat H, Breslau N (1998) Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Res* 79:131–138
- Andrews G, Slade T, Peters L (1999) Classification in psychiatry: ICD-10 versus DSM-IV. *Br J Psychiatry* 174:3–5
- Beltran RO, Silove D (1999) Expert opinions about the ICD-10 category of enduring personality change after catastrophic experience. *Compr Psychiatry* 40:396–403
- Bernstein D, Fink L (1998) *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): A Retrospective Self-Report Questionnaire and Manual*. Psychol Corp, San Antonio
- Bernstein EM, Putnam FW (1986) Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 174:727–735
- Blake DD, Nagy LM, Kaloupek DG, Klauminzer G, Charney DS, Keane TM (1990) A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: the CAPS-1. *Behav Ther* 13:187–188
- Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, Keane TM (1995) The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J Traumatic Stress* 8:75–90
- Blanchard EB, Buckley TC, Hickling EJ, Taylor AE (1998) Posttraumatic stress disorder and comorbid major depression: Is the correlation an illusion? *J Anxiety Disord* 12:21–37
- Bowlby J (1983) *Verlust*. Fischer Taschenbuch, Frankfurt a M
- Brady KT, Killeen TK, Saladin ME, Dansky B, Becker S (1994) Comorbid substance abuse and posttraumatic stress disorder: Characteristics of women in treatment. *Am J Addict* 3:160–164
- Brady KT, Killeen TK, Brewerton T, Lucerini S (2000) Comorbidity of psychiatric disorders and post-traumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry (Suppl 7)* 61:22–32
- Bremner JD, Southwick SM, Darnell A, Charney DS (1996) Chronic PTSD in Vietnam combat veterans: course of illness and substance abuse. *Am J Psychiatry* 153:369–375
- Brenneis CB (1998) Gedächtnissysteme und der psychoanalytische Abruf von Trauma-Erinnerungen. *Psyche – Z Psychoanal* 52:801–823
- Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E (1991) Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 48:216–222
- Breslau N, Davis GC, Peterson EL, Schultz L (1997) Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Arch Gen Psychiatry* 54:81–87
- Breslau N (2001) The epidemiology of posttraumatic stress disorder: what is the extent of the problem? *J Clin Psychiatry* 62:16–22
- Brewin CR, Andrews B, Gotlib IH (1993) Psychopathology and early experience: A reappraisal of retrospective reports. *Psycholog Bull* 113:82–98
- Brief D, Weathers F, Kinsley K, Young L, Kelley J (1992) Psychopathology in male substance abusers: Relationship to drug of choice and early trauma. Vortrag. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy. Boston/MA
- Brown PJ, Wolfe J (1994) Substance abuse and post-traumatic stress disorder comorbidity. *Drug Alcohol Depend* 35:51–59
- Bunk D, Eggers C (1993) Langzeitwirkung von früh-kindlichen Traumen am Beispiel der Kinder von Naziverfolgten. In: Poustka F, Lehmkuhl U (Hrsg) *Gefährdung der kindlichen Entwicklung*. Quintessenz, München, S 96–106
- Cascardi M, Mueser KT, De Giralomo J, Murrin M (1996) Physical aggression against psychiatric inpatients by family members and partners. *Psychiatr Serv* 47:531–533
- Coons PM, Bowman ES, Milstein V (1988) Multiple Personality Disorder: A Clinical Investigation of 50 Cases. *J Nerv Ment Dis* 176:519–527
- Craine LS, Henson CE, Collier JA, Mac Lean DG (1988) Prevalence of a history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state hospital system. *Hosp Community Psychiatry* 39:300–304
- Creamer M, Burgess P, McFarlane AC (2001) Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychol Med* 31:1237–1247
- Creamer M, O'Donnell M (2002) Post-traumatic stress disorder. *Curr Opin Psychiatry* 15:163–168
- Crittenden PM (1997) Toward an Integrative Theory of Trauma: A Dynamic-Maturation Approach. In: Cicchetti D, Toth SL (Eds) *Developmental Perspectives on Trauma: Theory, Research, and Intervention*. Univ Rochester Press, Rochester/NY, pp 33–84
- Dansky BS, Saladin ME, Brady KT, Kilpatrick DG, Resnick HS (1995) Prevalence of victimization and posttraumatic stress disorder among women with substance use disorders: Comparison of telephone and in-person samples. *Int J Addict* 30:1079–1099
- De Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M, El Masri M, Araya M, Khaled N, van de Put W, Somasundaram D (2001) Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA* 286:555–562
- Dell PF (2002) Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. *J Nerv Ment Dis* 190:10–15
- Dozier M (1990) Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Dev Psychopath* 2:47–60
- Driessen M, Beblo T, Reddemann L, Rau H, Lange W, Silva A, Barea RC, Wulff H, Ratzka S (2002) Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? Zum Stand der Forschung. *Nervenarzt* 73:820–829
- Dulz B, Jensen M (2000) Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart, S 167–193
- Eckhardt-Henn A, Hoffmann SO (2000) Dissoziative Störungen. In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg) *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen*. Schattauer, Stuttgart, S 258–270
- Eggers C (1993) Kind und Verfolgung. *Kinderarzt* 24:430–435
- Egle UT, Nickel R (2000) Somatoforme Schmerzstörungen. In: Egle UT, Hoffmann SO, Joraschky P (Hrsg) *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen*. Schattauer, Stuttgart, S 225–245
- Ehlers A, Steil R, Winter H, Foa EB (1996) Deutsche Übersetzung der Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS). University, Warneford Hospital, Department of Psychiatry, Oxford
- Fagan J, McMahon P (1984) Incipient Multiple Personality in Children. *J Nerv Ment Dis* 172:26–36
- Fischer G, Schedlich C (1995) *Kölner Trauma-Inventar (KTI)*. Verlag Deutsches Institut für Psychotraumatologie, Köln/Much
- Fischer G, Riedesser P (1999) *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. Reinhardt, München
- Fischer G (2000) *KÖDOPS – Kölner Dokumentations-system für Psychotherapie und Traumabehandlung*. Verlag Deutsches Institut für Psychotraumatologie, Köln/Much
- Fonagy P, Steele M, Steele H, Moran GS, Higgitt AC (1991) The capacity for understanding mental states: The reflective self parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Ment Health J* 12:201–218



- Fonagy P, Steele M, Steele H, Leigh T, Kennedy R, Mattoon G, Target M (1995) Attachment, the Reflective Self, and Borderline States: The Predictive Specificity of the Adult Attachment Interview and Pathological Emotional Development. In: Goldberg S, Muir R, Kerr J (eds) *Attachment Theory: Social, Developmental, and Clinical Perspectives*. Analytic Press, Hillsdale, NJ, pp 233–278
- Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, Target M, Gerber A (1996) The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 64:22–31
- Fonagy P, Target M, Gergely G (2000) Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence. *Psychiatr Clin North Am* 23:103–122
- Ford JD, Kidd P (1998) Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *J Traumatic Stress* 11:743–761
- Ford JD (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
- Freyberger HJ, Spitzer C, Stieglitz RD (1999) Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Huber, Bern
- Friedman MJ (1996) PTSD Diagnosis and Treatment for Mental Health Clinicians. *Community Ment Health J* 32:173–189
- Gasch UC (2000) Traumaspezifische Diagnostik von Extremsituationen im Polizeidienst. Polizisten als Opfer von Belastungsstörungen. *dissertation.de*, Berlin
- Gast U (2000a) Diagnostik und Behandlungsplanung mit dem Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen (SKID-D). In: Lamprecht F, Schmid-Ott G, Künsebeck H-W (Hrsg) *Neue Betätigungsfelder der Psychosomatik und Psychotherapie*. VAS Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt a M, S 37–51
- Gast U (2000b) Diagnostik und Behandlung Dissoziativer Störungen. In: Lamprecht F (Hrsg) *Praxis der Traumatherapie. Was kann EMDR leisten? Pfeiffer bei Klett-Cotta*, Stuttgart, S 164–211
- Gast U, Oswald T, Zündorf B, Hofmann A (2000) Strukturiertes Klinisches Interview für Dissoziative Störungen (SKID-D). Huber, Bern
- Gast U, Rodewald F, Kersting A, Emrich HM (2001) Diagnostik und Therapie Dissoziativer (Identitäts-) Störungen. *Psychotherap* 46:289–300
- Gast U (2002) Komplexe Dissoziative Störungen (Unveröffentlichtes Manuskript). Habilitationsschrift an der Medizinischen Hochschule Hannover
- Gleaves DH (1996) The sociocognitive model of dissociative identity disorder: a reexamination of the evidence. *Psycholog Bull* 120:42–59
- Greaves GB (1980) Multiple personality. 165 years after Mary Reynolds. *J Nerv Ment Dis* 168:577–596
- Green BL (1990) Defining trauma: terminology and generic stressor dimensions. *Am J Appl Soc Psychol* 20:1632–1642
- Green BL, Goodman LA, Krupnick JL, Corcoran CB, Petty RM, Stockton P, Stern NM (2000) Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *J Traumatic Stress* 13:271–286
- Greenberg MT (1999) Attachment and Psychopathology in Childhood. In: Cassidy J, Shaver PR (eds) *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Implications*. Guilford Press, New York, pp 469–496
- Gunderson JG, Sabo AN (1993) The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *Am J Psychiatry* 150:19–27
- Herman JL, van der Kolk BA (1987) Traumatic antecedents of borderline personality disorder. In: van der Kolk BA (Ed) *Psychological trauma*. American Psychiatric Press, Washington, pp 111–126
- Herman JL (1992) Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Traumatic Stress* 5:377–391
- Herman JL (1997) *Trauma and Recovery*. Revised Edition. Basic Books, New York
- Hernandez JT, DiClemente RJ (1992) Emotional and behavioral correlates of sexual abuse among adolescents: Is there a difference according to gender? *J Adolesc Health* 13:658–662
- Higgins DJ, McCabe MP (2000) Relationships between different types of maltreatment during childhood and adjustment in adulthood. *Child Maltreat* 5:261–272
- Hofmann A, Fischer G, Koehn F (1999) *Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ)*. Deutsches Institut für Psychotraumatologie, Köln
- Hofmann A, Liebermann P, Flatten G (2001) Diagnostik der posttraumatischen Belastungsstörung. In: Flatten G, Galley N, Hofmann A, Liebermann P, Petzold ER, Siol T, Wöller W (Hrsg) *Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinie und Quellentext*. Schattauer, Stuttgart, S 71–84
- Hüther G (1997) *Biologie der Angst: Wie aus Stress Gefühle werden*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Hüther G (2001) Die neurobiologischen Auswirkungen von Angst und Stress und die Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. In: Streeck-Fischer A, Sachsse U, Özkan I (Hrsg) *Körper, Seele, Trauma: Biologie, Klinik und Praxis*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 94–114
- Hyer L, Fallon JH, Harrison WR, Boudewyns PA (1987) MMPI overreporting by Vietnam combat veterans. *J Clin Psychol* 43:79–83
- Kaplan MJ, Klinetob NA (2000) Childhood emotional trauma and chronic posttraumatic stress disorder in adult outpatients with treatment-resistant depression. *J Nerv Ment Dis* 188:596–601
- Keane TM, Kaloupek DG (1997) Comorbid psychiatric disorders in PTSD. Implications for research. *Annal NY Acad Sci* 821:24–34
- Kernberg OF (1977) The Structural Diagnosis of Borderline Personality Organization. In: Hartocollis P (Ed) *Borderline Personality Disorders: The Concept, the Syndrome, the Patient*. Aronson, New York, pp 87–121
- Kernberg OF (1995) An interview with Otto Kernberg. *Psychoanal Dialog* 5:325–349
- Kernberg OF (1997) Aggression, Trauma and Hass in der Behandlung von Borderline-Patienten. *Persönlichkeitsstoeor Theor Ther* 1:15–23
- Kernberg OF (2000) Persönlichkeitsstörung und Trauma – theoretische und therapeutische Überlegungen. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart, S 525–536
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995) Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 52:1048–1060
- Khantzian EJ (1985) The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry* 142:1259–1264
- Kluft RP (1984) Multiple Personality in Childhood. *Psychiatr Clin North Am* 7:121–134
- Kunzke D, Strauß B, Burtscheidt W (2002) Die Bedeutung traumatischer Erfahrungen und Bindungsstörungen für Entstehung und Psychotherapie des Alkoholismus: Eine Literaturübersicht. *Z Klin Psychol Psychiat Psychotherap* 50:173–194
- Links PS, Mitton JE, Patrick J (1995) Borderline personality disorder and the family environment. *Can J Psychiatry* 40:218–219
- Loftus EF (1993) The reality of repressed memories. *Am Psychol* 48:518–537
- Luxenberg T, Spinazzola J, van der Kolk BA (2001) *Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment*. *Directions in Psychiatry* 21:373–415
- Maercker A, Schützwohl M (1998) Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala – revidierte Version (IES-R). *Diagnostica* 44:130–141
- Margraf J, Schneider S, Ehlers A (1994) *DIPS Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Markowitsch HJ (1998) The mnestic block syndrome: environmentally induced amnesia. *Neuro Psychiat Brain Res* 6:73–80
- McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, Ryden J, Derogatis LR, Bass EB (1997) Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *JAMA* 277:1362–1368
- Meyer C, Steil R (1998) Die posttraumatische Belastungsstörung nach Verkehrsunfällen. *Unfallchirurg* 101:878–893
- Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, Rosenberg SD, Osher FC, Vidaver R, Auciello P, Foy DW (1998) Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 66:493–499
- Najavits LM, Weiss RD, Shaw SR (1997) The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: A research review. *Am J Addict* 6:273–283

- Najavits LM, Gastfriend DR, Barber JP, Reif S, Muenz LR, Blaine J, Frank A, Crits-Christoph P, Thase M, Weiss RD (1998) Cocaine dependence with and without PTSD among subjects in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Am J Psychiatry* 155:214–219
- Nash MR, Hulseley TL, Sexton MC, Harralson TL, Lambert W (1993) Long-term effects of childhood sexual abuse: perceived family environment, psychopathology, and dissociation. *J Consult Clin Psychol* 61:276–283
- Ouimette PC, Ahrens C, Moos RH, Finney JW (1998a) During treatment changes in substance abuse patients with posttraumatic stress disorder: The influence of specific interventions and program environments. *J Subst Abuse Treat* 15:555–564
- Ouimette PC, Brown PJ, Najavits LM (1998b) Course and treatment of patients with both substance use and posttraumatic stress disorders. *Addict Behav* 23:785–795
- Overkamp B, Hofmann A, Huber M, Dammann G (1997) Dissoziative Identitätsstörung (DIS) – eine Persönlichkeitsstörung? *Persoenlichkeitsstoe Theor Ther* 2:74–84
- Özkan I, Sachsse U, Streeck-Fischer A (2000) Körper – Seele – Trauma. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Pelcovitz D, van der Kolk BA, Roth S, Mandel F, Kaplan S, Resick P (1997) Development of a criteria set and a structured interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES). *J Traumatic Stress* 10:3–16
- Peters L, Slade T, Andrews G (1999) A comparison of ICD10 and DSM-IV criteria for posttraumatic stress disorder. *J Traumatic Stress* 12:335–343
- Pope KS (1998) Pseudoscience, cross-examination, and scientific evidence in the recovered memory controversy. *Psychol Public Policy Law* 4:1160–1181
- Putnam FW, Guroff JJ, Silberman EK, Barban L, Post RM (1986) The Clinical Phenomenology of Multiple Personality Disorder: Review of 100 Recent Cases. *J Clin Psychiatry* 47:285–293
- Pynoos RS, Steinberg AM, Piacentini JC (1999) A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biol Psychiatry* 46:1542–1554
- Rauchfleisch U (1981) Dissozial. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Rauchfleisch U (2000) Antisoziales Verhalten und Delinquenz. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart, S 381–391
- Reddemann L, Sachsse U (1997) Stabilisierung. *Persoenlichkeitsstoe Theor Ther* 1:113–147
- Reddemann L, Sachsse U (1998) Welche Psychoanalyse ist für Opfer geeignet? Einige Anmerkungen zu Martin Ehlert-Balzer: Das Trauma als Objektbeziehung. *Forum Psychoanal* 14:289–294
- Reddemann L, Sachsse U (1999) Trauma first! *Persoenlichkeitsstoe Theor Ther* 3:16–20
- Reddemann L, Sachsse U (2000) Traumazentrierte Psychotherapie der chronifizierten, komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung vom Phänotyp der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart, S 555–571
- Reddemann L (2001) Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart
- Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL (1993) Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol* 61:984–991
- Risse SC, Whitters A, Burke J, Chen S, Scurlfield RM, Raskind MA (1990) Severe withdrawal symptoms after discontinuation of alprazolam in eight patients with combat-induced posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 51:206–209
- Roesler TA (1994) Reactions to disclosure of childhood sexual abuse. The effect on adult symptoms. *J Nerv Ment Dis* 182:618–624
- Ross CA (1989) Multiple Personality Disorder: Diagnosis, Clinical Features, and Treatment. *Can J Psychiatry* 34:413–418
- Ross CA, Heber S, Norton GR, Anderson D (1989a) The Dissociative Disorders Interview Schedule: A structured interview. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders* 2:169–189
- Ross CA, Norton RG, Woyney K (1989b) Multiple Personality Disorder: An Analysis of 236 Cases. *Can J Psychiatry* 34:413–418
- Roth S, Newman E, Pelcovitz D, van der Kolk BA, Mandel FS (1997) Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *J Traumatic Stress* 10:539–555
- Ruiz-Sancho A, Gunderson JG (2000) Familien von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen: Ein Literaturüberblick. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart, S 771–791
- Sachs RG, Frischholz EJ, Wood JI (1988) Marital and family therapy in the treatment of multiple personality. *J Marital Fam Therap* 14:249–259
- Sachsse U, Eßlinger K, Schilling L (1997) Vom Kindheitstrauma zur schweren Persönlichkeitsstörung. *Fundam Psychiatr* 11:12–20
- Sachsse U (2000) Selbstverletzendes Verhalten – somatopsychosomatische Schnittstelle der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Schattauer, Stuttgart, S 347–370
- Sack M, Hofmann A (2001) Interview zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS). Unveröffentlicht, Hannover
- Sack M (2002) Diagnostik der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung – empirische Befunde mit einem standardisierten Interview und konzeptuelle Überlegungen. Kongressvortrag: Trauma und Traumafolgen im Lebenszyklus. 04.-07.04.2002. Köln
- Saladin ME, Brady KT, Dansky BS, Kilpatrick DG (1995) Understanding comorbidity between PTSD and substance use disorder: Two preliminary investigations. *Addict Behav* 20:643–655
- Schade B, Schüffel W, Schunk T (1998) Posttraumatic Symptom Scale (PTSS-10). Maastricht
- Schepker R (1997) Posttraumatische Belastungsstörungen im Kindesalter – Diagnose, Verlaufsprädiktoren und therapeutische Strategien. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 25:46–56
- Schneider J, Sack M (2000) Die Debatte um das „False Memory Syndrome“. Zum Streit um den Wahrheitsgehalt von wiedergewonnenen Erinnerungen Erwachsener an sexuellem Missbrauch in der Kindheit. *Psychother Psychiatr Psychother Med* 5:154–167
- Schnyder U (1999) CAPS, Clinician-Administered PTSD Scale, deutsche Übersetzung. Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Zürich, Zürich
- Schnyder U, Moergeli H (2002) A german version of the Clinician-Administered PTSD Scale. *J Traumatic Stress* 15:487–492
- Schreuder BJ (1999) Kognitive Ich-Störungen bei älteren Menschen, die das Opfer organisierter Gewaltverbrechen geworden sind. *Z Gerontol Geriatr* 32:266–272
- Schützwohl M (1997) Diagnostik und Differentialdiagnostik. In: Maercker A (Hrsg) *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 75–101
- Shalev AY, Freedman S, Peri T, Brandes D, Sahar T, Orr SP, Pitman RK (1998) Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry* 155:630–637
- Shalev AY (2000) Belastung versus traumatische Belastung. Von homöostatischen Akutreaktionen zur chronischen Psychopathologie. In: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (Hrsg) *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze*. Junfermann, Paderborn, S 97–116
- Shalev AY (2001) What is posttraumatic stress disorder? *J Clin Psychiatry (Suppl)* 17 62:4–10
- Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J, Sirof B, Knutelska M (2001) The Role of Childhood Interpersonal Trauma in Depersonalization Disorder. *Am J Psychiatry* 158:1027–1033
- Simon RI (1999) Chronic posttraumatic stress disorder: a review and checklist of factors influencing prognosis. *Harvard Rev Psychiatry* 6:304–312
- Siol T, Flatten G, Wöller W (2001) Epidemiologie und Komorbidität der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Flatten G, Galley N, Hofmann A, Liebermann P, Petzold ER, Siol T, Wöller W (Hrsg) *Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinie und Quellentext*. Schattauer, Stuttgart, S 41–58
- Spinazzola J, Blaustein M, Kisiel C, van der Kolk BA (2001) Beyond PTSD: Further evidence for a complex adaptational response to traumatic life events. Vortrag. American Psychiatric Association Annual Meeting, May, 2001. New Orleans
- Spitzer RL, Kaplan S, Pelcovitz D (1989) Victimization disorder: A needed addition to DSM-IV. *Proceedings of the 142nd Annual Meeting of The American Psychiatric Association (APA)* 142:234

- Stewart SH (1996) Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: A critical review. *Psycholog Bull* 120:83–112
- Stewart SH, Pihl RO, Conrod PJ, Dongier M (1998) Functional associations among trauma, PTSD, and substance-related disorders. *Addict Behav* 23:797–812
- Stoffels H, Ernst C (2002) Erinnerung und Pseudoerinnerung: Über die Sehnsucht, Traumaopfer zu sein. *Nervenarzt* 73:445–451
- Stoll C, Kapfhammer HP, Rothenhausler HB, Haller M, Briegel J, Schmidt M, Krauseneck T, Durst K, Schelling G (1999) Sensitivity and specificity of a screening test to document traumatic experiences and to diagnose post-traumatic stress disorder in ARDS patients after intensive care treatment. *Intensive Care Med* 25:697–704
- Tameling A, Sachsse U (1997) Symptom complex, prevalence of trauma and body image in patients with self-injurious behavior. *Psychother Psychosom Med Psychol* 46:61–67
- Terr LC (1995) Childhood traumas: An outline and overview. In: Everly GS, Jr., Lating JM (eds) *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post traumatic stress*. Plenum Press, New York, pp 301–320
- Triffleman EG, Marmar CR, Delucchi KL, Ronfeldt H (1995) Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in substance abuse inpatients. *J Nerv Ment Dis* 183:172–176
- van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane AC, Herman JL (1996) Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaption to trauma. *Am J Psychiatry* 153:83–93
- van der Kolk BA (1997) Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ) The Trauma Center, Brookline, Massachusetts
- van der Kolk BA (1998) Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 47:19–35
- van der Kolk BA, Burbridge JA, Suzuki J (1998) Die Psychobiologie traumatischer Erinnerungen. Klinische Folgerungen aus Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren bei Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung. In: Streeck-Fischer A (Hrsg) *Adoleszenz und Trauma*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 57–68
- van der Kolk BA (1999) Das Trauma in der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Persönlichkeitsstör Theor Ther* 3:21–29
- van der Kolk BA (2001) The Assessment and Treatment of Complex PTSD. In: Yehuda R (Ed) *Traumatic Stress*. American Psychiatric Press, Washington, DC, pp 182–213
- Watson CG (1990) Psychometric posttraumatic stress disorder measurement techniques: A review. *Psychol Assess* 2:460–469
- Weltgesundheitsorganisation (Hrsg) (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Huber, Bern
- Wessa M, Flor H (2002) Posttraumatische Belastungsstörung und Traumagedächtnis – eine psychobiologische Perspektive. *Z Psychosom Med Psychother* 48:28–37
- West M, Keller A, Links P, Patrick J (1993) Borderline disorder and attachment pathology. *Can J Psychiatry* 38:16–22
- Wetzels P (1997) Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung und deren langfristige Konsequenzen. Nomos, Baden-Baden
- Wilson JP, Raphael B (Eds) (1993) *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. Plenum Press, New York
- Wind TW, Silvern L (1994) Parenting and family stress as mediators of the long-term effects of child abuse. *Child Abuse Negl* 18:439–453
- Wittchen H-U, Pfister H (1997) DIA-X-Expertensystem zur Diagnostik psychischer Störungen. Swets Test Services, Frankfurt
- Wittchen H-U, Wunderlich U, Gruschwitz S, Zaudig M (1997) SKID-I Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen (Interviewheft). Hogrefe, Göttingen
- Wöller W, Siol T, Liebermann P (2001) Traumaassoziierte Störungsbilder neben der PTSD. In: Flatten G, Galley N, Hofmann A, Liebermann P, Petzold ER, Siol T, Wöller W (Hrsg) *Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinie und Quellentext*. Schattauer, Stuttgart, S 25–39
- Yule W (2001) Posttraumatic stress disorder in the general population and in children. *J Clin Psychiatry (Suppl 17)* 62:23–28
- Zimmerman M, Mattia JJ (1999) Is Posttraumatic Stress Disorder Underdiagnosed in Routine Clinical Settings? *J Nerv Ment Dis* 187:420–428