



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
Main Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2015

Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11

Hecker, T; Maercker, A

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00278-015-0066-z>

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-115691>

Journal Article

Accepted Version

Originally published at:

Hecker, T; Maercker, A (2015). Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. *Psychotherapeut*, 60(6):547-562.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00278-015-0066-z>

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11:
***Beschreibung des Diagnosevorschlags und Abgrenzung zur klassischen posttraumatischen
Belastungsstörung***

Dr. Tobias Hecker & Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker
Universität Zürich
Psychologisches Institut
Psychopathologie und Klinische Intervention

Korrespondenzanschrift:

Dr. Tobias Hecker
Universität Zürich
Psychopathologie und Klinische Intervention
Binzmühlestr. 14, Box 17
CH- 8050 Zürich
Tel.: +41 (0)44 635 73 05
Fax: +41 (0)44 635 73 19
t.hecker@psychologie.uzh.ch

Zusammenfassung

Traumata werden definiert als Ereignisse von außergewöhnlicher Bedrohung, die nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde. Die „klassische“ *Posttraumatische Belastungsstörung* (PTBS) ist gekennzeichnet durch Intrusionen, Vermeidung und Hyperarousal. Die *komplexe Posttraumatische Belastungsstörung* (KPTBS) wird als eigenständige Diagnose in das ICD-11 aufgenommen und tritt als Folge von sich wiederholenden oder langandauernden traumatischen Ereignissen auf. Die KPTBS ist neben den Symptomen der PTBS durch Affektregulationsstörungen, negative Selbstwahrnehmung und Beziehungsstörungen gekennzeichnet. Aktuelle empirische Studien lieferten Hinweise für die Validität dieser Diagnose. Die Exposition in sensu mit dem traumatischen Ereignis steht im Mittelpunkt der als erfolgreich evaluierten Psychotherapien der PTBS und der KPTBS. Zur differenziellen Wirkung einzelner traumafokussierter Verfahren bei KPTBS können jedoch noch keine eindeutigen Empfehlungen ausgesprochen werden.

Schlüsselwörter: *Trauma, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Komplexe PTBS, ICD-11, Psychotherapie*

Complex Posttraumatic Stress Disorder following ICD-11:
*Description of the proposal for the diagnosis and differentiation from the classical
Posttraumatic Stress Disorder*

Abstract

Traumata are defined as events with an extraordinary threat that would result in dramatic despair in almost everyone. The “classic” *Posttraumatic Stress Disorder* (PTSD) is characterized by intrusions, avoidance, and hyperarousal. The *Complex Posttraumatic Stress Disorder* (CPTSD) will be introduced as a discrete diagnosis in the ICD-11 and occurs as a consequence of repetitive or prolonged exposure to traumatic experiences. Besides the symptoms of PTSD, CPTSD is characterized by enduring disturbances in the domains of affect, self, and interpersonal relationships. Recent empirical studies provided evidence for the validity of this diagnosis. The main focus of all evidence-based treatment approaches for PTSD and CPTSD is the exposure in sensu of the traumatic experiences. Yet, explicit recommendations concerning the differential effects of particular trauma-focused treatments for CPTSD cannot yet be presented.

Key words: *trauma, posttraumatic stress disorder (PTSD), complex PTSD, ICD-11, psychotherapy*

Lernziele

Nach der Lektüre dieses Beitrags

- kennen Sie die Hauptsymptome sowie typische Risiko- und Schutzfaktoren der klassischen Posttraumatischen Belastungsstörung.
- sind Sie in der Lage die diagnostischen Kriterien der Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (KPTBS) nach ICD-11 zu nennen.
- sind Sie über die Validität der KPTBS-Diagnose und der zentralen differentialdiagnostischen Abgrenzungsmerkmale zur Borderline-Persönlichkeitsstörung informiert.
- verfügen Sie über einen Überblick zu verschiedenen evidenzbasierten psychotherapeutischen Interventionen bei PTBS und KPTBS.

Einführung

In der neuen Auflage der *Internationalen Klassifikation der Störungen* (ICD-11) wird es voraussichtlich eine eigenständige Diagnose der *Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung* (KPTBS) geben (First et al. 2015; Keeley et al. 2015). Die neue Diagnose soll alle Hauptsymptome der klassischen PTBS in voller oder subsyndromaler Ausprägung sowie Affektregulationsstörungen, negative Selbstwahrnehmung und Beziehungsstörungen umfassen. Dieser Artikel soll einen Überblick über die Diagnosekriterien, Risiko und Schutzfaktoren sowie evidenzbasierte Behandlungsansätze der klassischen und der komplexen PTBS nach ICD-11 geben. Auch die Entwicklung der KPTBS-Diagnose wird skizziert.

Traumatische Erlebnisse

Traumata werden in der *Internationalen Klassifikation der Störungen* (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als kurz- oder langanhaltende Ereignisse oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß definiert, die nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würden (World Health Organization 2014). Das aktuelle *Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen* (DSM-5) beschreibt Traumata als Ereignisse, die eine Konfrontation mit dem Tod, schwerer Verletzung oder sexueller Gewalt beinhalten (American Psychiatric Association 2013). Als vier mögliche Formen werden die direkte Erfahrung, persönliche Zeugenschaft, Auftreten in der nahen Familie bzw. bei nahen Freunden sowie die wiederholte Konfrontation mit aversiven Details (z.B. im Kontext des Berufs) spezifiziert. Traumatische Ereignisse lassen sich nach

verschiedenen Gesichtspunkten einteilen. Als orientierendes Schema hat sich die Einteilung in menschlich verursachte versus zufällige Traumata sowie in kurze versus langfristige Traumata (Typ I vs. Typ II) bewährt (siehe Tabelle 1). Typ-I-Traumata sind meist durch akute Lebensgefahr, Plötzlichkeit und Überraschung gekennzeichnet; Typ-II-Traumata durch Serien verschiedener traumatischer Einzelereignisse und durch eine geringe Vorhersagbarkeit des weiteren traumatischen Geschehens. Typ-I-Traumata resultieren häufig in der klassischen Symptomatik einer PTBS. Typ-II- führen hingegen oft zu einer besonders schweren symptomatischen Reaktion, der sogenannten KPTBS (siehe unten). Über alle Studien und alle Trauma-Arten zusammengefasst ergibt sich eine bedingte Wahrscheinlichkeit, eine (K)PTBS zu entwickeln von 8-15%, d.h. von 100 traumatisierten Personen haben 8 bis 15 eine (K)PTBS-Diagnose. Die bedingten Wahrscheinlichkeiten für verschiedene Trauma-Arten sind in verschiedenen Ländern annähernd gleichhoch:

- ca. 50-65% nach direktem Kriegserleben als Zivilist
- ca. 50% nach Vergewaltigungen und sexuellem Missbrauch
- ca. 25% nach anderen Gewaltverbrechen
- ca. 5% nach schweren Verkehrsunfällen
- unter 5% nach Natur-, Brand-, Feuerkatastrophen
- unter 5% bei Zeugen von Unfällen und Gewalthandlungen

Die klassische Posttraumatische Belastungsstörung

„Seit dem Überfall bin ich ein völlig anderer Mensch geworden“, berichtet ein 60-jähriger Mann, *„abends liege ich im Bett und dann kommen diese Gedanken und Bilder, und dann liege ich ewig wach. (...) Wenn ich irgendwo bin, und es gibt ein plötzliches Geräusch, dann zucke ich zusammen. (...) Man kann's nicht abstellen. (...)“* Der Mann, Opfer eines Überfalls, leidet an einer PTBS. Das Vorliegen eines schweren Traumas ist die Voraussetzung für die Diagnose einer PTBS. Sie wird diagnostiziert, wenn einige Einzelsymptome gemeinsam über einen längeren Zeitraum auftreten. Im Mittelpunkt der Symptome stehen dabei das Wiedererleben der traumatischen Situation (Intrusion), die Vermeidung und das sogenannte Numbing sowie die Überregung (Hyperarousal).

Intrusionen: Patienten mit PTBS weisen eine ungewollte Gebundenheit an das schreckliche Erlebte auf. Diese Gebundenheit zeigt sich in Bildern, Geräuschen oder anderen lebhaften Eindrücken des traumatischen Ereignisses, die unbeabsichtigt sowohl in den wachen Bewusstseinszustand als auch in den Schlaf „eindringen“. Oftmals kommt es zu einem subjektiv erlebten Überflutungszustand durch diese inneren Bilder.

Vermeidung/Numbing: Daneben versuchen Betroffene oft mit aller Macht, die sie überflutenden Gedanken „abzuschalten“, das heißt, nicht mehr an das Geschehene zu denken. Das Vermeidungsverhalten schließt ebenfalls die Scheu davor ein, Aktivitäten durchzuführen oder Orte aufzusuchen, die an das Trauma erinnern. Trotz der intensiven Versuche gelingt die Vermeidung in den meisten Fällen nicht. Das Numbing, was als Abflachung der allgemeinen psychischen Reagibilität bezeichnet werden kann, ist gleichsam mit den Vermeidungssymptomen assoziiert. Die Betroffenen berichten, dass sich die eigenen Gefühle immer mehr gleichen und sie eine Entfremdung gegenüber anderen Menschen empfinden. Damit geht oft ein sozialer Rückzug einher.

Hyperarousal: Schließlich ist es auch der Körper, der nach einem Trauma reagiert – selbst wenn Betroffene die körperlichen Folgen oft nicht im Zusammenhang mit dem Trauma sehen. Die Erregungsschwelle des autonomen Nervensystems senkt sich, Belastungen wirken also früher und nachhaltiger. Die damit einhergehende Erregungssteigerung beeinflusst vor allem das Schlafverhalten: Tagsüber sind Betroffene erhöht wachsam gegenüber allen Reizen (Geräusche, fremde Gesichter u. a.), die unter Umständen heftige Schreckreaktionen auslösen können. In der Nacht verhindert die ständige Erregung das Ein- bzw. Durchschlafen erheblich.

Epidemiologie und Verlauf

Nach dem Erleben eines Traumas können PTBS in jedem Lebensalter auftreten. Sie wurden sowohl in der Kindheit als auch im hohen Lebensalter beschrieben. Dabei zeigen sich die eigentlichen PTBS-Symptome üblicherweise innerhalb der ersten Monate nach dem Trauma, während in den unmittelbaren Stunden und Tagen nach dem Ereignis eher psychische Schock- und akute Belastungszustände vorherrschen. Epidemiologische Studien zeigen zwar, dass der größte Teil der Bevölkerung im Laufe des Lebens traumatische Ereignisse erlebt, die Lebenszeitprävalenz der PTBS liegt in Deutschland bzw. Europa aber nur zwischen 1-4% (Maercker et al. 2008), d.h. die meisten Traumatisierten entwickeln keine PTBS, sondern zeigen Spontanerholung. Auch der Verlauf einer PTBS ist dadurch gekennzeichnet, dass beim größten Teil der Traumatisierten die Symptomatik innerhalb von wenigen Wochen remittiert. Eine Dauer der Symptomatik von mehr als 3 Monaten ist prognostisch ungünstig, da die Symptome längere Zeit anhalten und chronifizieren. Aber auch wenn die meisten Menschen nach einem traumatischen Ereignis keine PTBS entwickeln, impliziert das nicht, dass sie gesund weiterleben. Traumatische Erfahrungen gelten nämlich auch als Risikofaktor für nahezu jede psychische Störung.

Der „Baustein-Effekt“ (engl. building block) sagt voraus, dass die Wahrscheinlichkeit der Ausprägung einer traumatischen Erkrankung steigt, je mehr sich traumatische Erfahrungen aneinanderreihen. Bei genügend traumatischen Erfahrungen ist schließlich niemand mehr vor einer Erkrankung gefeit. Wenn Grausamkeiten selbst unterschiedlichster Formen sich wiederholen, dann kann ein nahezu linearer Zusammenhang zwischen der Anzahl verschiedener Erlebnisse und der Wahrscheinlichkeit einer (K)PTBS beobachtet werden, bis schließlich nach ungefähr zwei Dutzend „Alarmreaktionen“ während lebensbedrohlicher Ereignisse vermutlich jeder erkrankt. In Kriegs- und Krisengebieten und Diktaturen erleben Menschen weltweit multiple Traumatisierungen. Auch familiäre Gewalt, sexueller oder physischer Missbrauch in der Kindheit können Beispiele für den Baustein-Effekt und damit einhergehend für eine erhöhte (K)PTBS-Prävalenz sein (Schauer et al. 2011).

Schutz- und Risikofaktoren

Die Frage, welcher Patient nach welchem Ereignis eine Traumafolgestörung entwickelt, ist schwer eindeutig zu klären. Die psychotraumatologische Forschung konnte zeigen, dass *prä-* (vor dem Trauma), *peri-* (zum Zeitpunkt des Traumas) sowie *posttraumatische* Faktoren die Entwicklung, die Schwere und den Verlauf einer (K)PTBS beeinflussen können. Zunächst war man in der PTBS-Forschung von einem Dosis-Wirkungs-Zusammenhang ausgegangen: Je schlimmer die Erlebnisse waren oder je länger die traumatischen Ereignisse dauern, desto höher sollte das PTBS-Risiko bzw. umso umfassender das Symptomausmaß sein. Sowohl verschiedene Intensitätsmerkmale als auch die Dauer des Traumas konnten als Prädiktoren für das posttraumatische Störungsausmaß bestätigt werden. Auch hingen das (K)PTBS-Risiko und die Symptomschwere mit der Art und Häufigkeit der Traumatisierung zusammen. Allerdings sind die Zusammenhänge mit dem Störungsausmaß eher gering (Brewin et al. 2000). Andere bekannte Risikofaktoren einer (K)PTBS, wie eine frühere Traumatisierung in der Biografie, frühe Trennungserlebnisse, psychische und/oder somatische Vorerkrankungen und geringe Ressourcen (Intelligenz, Bildung, sozioökonomischer Status), sind recht unspezifisch und erhöhen das Risiko für nahezu jede psychische Störung.

Ein höherer Anteil an Störungsvarianz über die Traumaintensität hinaus ist dann erklärbar, wenn man weitere psychologische Faktoren einbezieht, die während des traumatischen Geschehens eine Rolle spielen. Dazu gehören die psychologische Initialreaktion in Form von starken emotionalen Reaktionen (z.B. Angst, Entsetzen, Ekel) sowie die dissoziativen Bewusstseinsveränderungen (z.B. Derealisation oder

Depersonalisation). Vor allem peritraumatische Dissoziation scheint ein guter Prädiktor für eine (K)PTBS zu sein. Überraschung, Vorbereitet sein und Situationskontrolle bzw. Kontrollverlust sind weitere wichtige Faktoren für das Ausmaß einer späteren (K)PTBS (Maercker et al. 2000).

Auch die Art und Weise, wie Menschen nach einem traumatischen Ereignis behandelt werden, kann Auswirkungen auf ihre Genesung haben. Wichtig war der Befund von Brewin et al. (2000), dass die soziale Unterstützung die höchste Effektstärke ($r = .40$) im Vergleich zu anderen Risiko- und Schutzfaktoren aufweist. Bei genauerer Untersuchung fand sich allerdings, dass nicht das Vorhandensein positiver Unterstützung diesen Effekt ausmachte, sondern negative soziale Reaktionen sowie die Unzufriedenheit mit der Unterstützung. Studien konnten zudem zeigen, dass die gesellschaftlichen Anerkennung als Opfer/Überlebender, d.h. inwieweit ein Traumatisierter von seiner Umgebung Mitgefühl ausgedrückt bekommt, Verständnis für seine besondere Lage gezeigt wird sowie Hochachtung vor der Bewältigungsleistung gezollt wird, mit der (K)PTBS-Ausprägung und Verlauf zusammenhängen (Maercker and Müller 2004). Zudem bestimmt das familiäre und das soziale Klima, wie viel man Angehörigen und Bezugspersonen von den traumatischen Ereignissen und ihren Folgen erzählt. Das Offenlegen bzw. Mitteilen von Traumaerfahrungen wirkt sich günstig auf den Verlauf der (K)PTBS-Symptomatik aus. Doch oft wollen Traumatisierte verstärkt über das Trauma reden, können dies jedoch gleichzeitig nicht, weil sie befürchten „damit alles noch schlimmer“ zu machen.

Resilienz

Als Resilienz wird die psychische Widerstandsfähigkeit verstanden, die dazu führt, dass es trotz Exposition mit traumatischen Erlebnissen bei einigen Personen nicht zur Ausbildung von psychischen Störungen kommt. So zeigte sich zum Beispiel in einer Studie, dass knapp ein Drittel der Überlebenden aus Konzentrationslagern der Nationalsozialisten etwa 20 Jahre nach der Befreiung körperlich und psychisch gesund waren, obwohl sie die denkbar furchtbarsten Widerwärtigkeiten und Entbehrungen erlebt hatten (Antonovsky et al. 1971). Sie zeigten eine Reihe günstiger psychischer Dispositionen bzw. Bewältigungsstrategien. Dazu gehörte eine bessere allgemeine Stimmungslage, geringere Grübelneigung, geringere Beunruhigung durch Alltagsstress sowie eine größere Zufriedenheit mit ihrer sozialen Rolle. Antonovsky et al. (1971) diskutierten als zentrale Ressource der Gesunderhaltung trotz belastender Lebensbedingungen den „Kohärenzsinn“. Bachem und Maercker (2015) beschreiben den Kohärenzsinn als globale Fähigkeit, Phänomene in einem Zusammenhang zu

sehen und positive wie auch negative Erlebnisse im Leben auszubalancieren und entwickelten einen revidierten Kohärenzsinn-Fragebogen. Er besteht demnach aus drei Komponenten:

- *Handhabbarkeit*: Die Fähigkeit einer Person eine (belastende) Situation als bewältigbar wahrzunehmen.
- *Reflektion*: Die Fähigkeit einer Person in (belastenden) Situationen den Überblick zu behalten und verschiedene Perspektiven einzunehmen.
- *Balance*: Die Fähigkeit einer Person positive und negative Erfahrungen und Sichtweisen im Denken und Tun zu integrieren.

Die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS)

Entwicklung der neuen Diagnose der KPTBS

Für alle Traumata sind die gleichen psychischen Symptome beschrieben worden. Es hat sich allerdings gezeigt, dass die willentlich durch Menschen verursachten Traumata und die zeitlich länger andauernden Typ-II-Traumata in vielen Fällen zu umfassenderen Beeinträchtigungen führen als die anderen Formen. Daher existieren schon seit geraumer Zeit verschiedene Formulierungsvorschläge für diese komplexe Traumafolgestörung:

- andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10, F62.0)
- komplexe PTBS (Complex PTSD; Herman 1992)
- PTBS und zugehörige Merkmale im DSM-4 (American Psychiatric Association 2000)
- Entwicklungstraumastörung (developmental trauma disorder; Kolk et al. 2005).

Eine komplexe Form der PTBS wurde erstmalig von Herman (1992) vorgeschlagen, um ein Krankheitsbild zu beschreiben, das sie bei Überlebenden von langandauernden und sich wiederholenden Traumata beobachtet hatte. Herman betonte damals, dass die Diagnose der PTBS, so wie sie bis dato definiert war, die Situation und die Symptome vieler Überlebender von langandauernden und sich wiederholenden Traumata nicht akkurat abbildete. Die diagnostischen Kriterien der PTBS seien vor allem auf Überlebende von eng umschriebenen traumatischen Ereignissen, wie Kriegseinsätzen, Katastrophen oder Vergewaltigungen zugeschnitten. Herman schlug weitere diagnostische Kriterien, wie Veränderung in der Affektregulation, im Bewusstsein (z.B. dissoziative Symptome), in Beziehungen mit anderen, in der Selbstwahrnehmung und im Wertesystem vor. In Folge dieser Vorschläge, testete das DSM-4 diese als *Diagnose von Störungen in Folge von extremem Stress, nicht anderweitig spezifiziert* (*diagnosis as disorders of extreme stress, not otherwise specified*, DESNOS). In der US-Fachliteratur wurde die Diagnose der komplexen PTBS zwar stark diskutiert, in das

DSM-5 wurde sie allerdings nicht aufgenommen. Das DSM-5 wählte einen anderen Ansatz, in dem Symptome, die mit komplexer PTBS in Verbindung gebracht wurden, als Teil der Hauptsymptomatik ins DSM-5 aufgenommen wurden. Anhaltende, negative kognitive und emotionale Veränderungen wurden als neues Kriterium D eingeführt und umfassen dysfunktionale Veränderungen von kognitiven Schemata, vor allem Scham, Schuld, Ekel (insbesondere nach sexuellem Missbrauch), ein Gefühl von anhaltender Gefahr, Misstrauen, gesteigerte Risikobewertung und geringere Gefahrentoleranz (American Psychiatric Association 2013).

Die F62.0-Diagnose *Anhaltende Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung* aus dem ICD-10 wird in der internationalen Forschungsliteratur kaum genutzt und im ICD-11 als *Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS)* weitergeführt (Maercker et al. 2013). Ähnlich wie im DSM-5 gelten PTBS und KPTBS als Diagnosen einer neuen eigenen Störungskategorie für Traumafolgestörungen (»*Traumatic Stress Disorders*«). Wichtig erscheint, dass die bisherige PTBS im klinischen Alltag nicht als »einfache PTBS«, sondern als »klassische PTBS« bezeichnet werden sollte.

Beschreibung typischer Folgen langanhaltender oder sich wiederholender Traumatisierungen

KPTBS umfasst die starke psychologische Reaktion hervorgerufen durch anhaltende, traumatische Erlebnisse, die in der Regel mehrere oder sich wiederholende traumatische Ereignisse einschließt. Das häufigste Beispiel einer solchen komplexen Traumatisierung, also dem Erleben von anhaltenden, sich wiederholenden traumatischen Ereignissen, ist sexueller oder physischer Missbrauch in der Kindheit. Andere Beispiele, die ebenfalls die Kriterien einer komplexen Traumatisierung erfüllen würden, sind Opfer von häuslicher Gewalt, Opfer von Menschenhandel und sexueller Ausbeutung, Kindersoldaten, Flüchtlinge oder zivile Opfer kriegerischer Auseinandersetzungen, die gefoltert wurden oder andere Formen von politischer oder organisierter Gewalt erlebt haben (Herman 1992). KPTBS berücksichtigt dabei, dass insbesondere nach Typ-II-Traumata (siehe Tab. 1) häufig komplizierte Symptommuster entstehen, die in der Regel einen höheren therapeutischen Aufwand nach sich ziehen. Neben den klassischen Symptomen der PTBS leiden Betroffene einer KPTBS zusätzlich unter gestörter Affektregulation und Impulskontrolle, einer persistierenden dysphorisch-depressiven Verstimmung, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung, die nicht selten mit latenter und chronischer Suizidalität und teils schweren Selbstverletzungen einhergeht. Vor allem aus langjährigen Missbrauchserfahrungen können Störungen der

Selbstwahrnehmung resultieren sowie Gefühle der Hilflosigkeit, massive Antriebsarmut, Scham, Schuld und Selbstanschuldigungen, ausgeprägter Ekel vor dem eigenen Körper (Gefühl der Beschmutztheit) und Selbsthass, was mit einer mangelnden Selbstfürsorge einhergeht, indem eigene Bedürfnisse nicht beachtet oder gar nicht wahrgenommen werden. Schließlich zeigt sich oft eine verzerrte Wahrnehmung des Täters im Sinne intensiver Rachevorstellungen, einer Idealisierung oder einer paradoxen Dankbarkeit bis hin zum Gefühl einer besonderen oder übernatürlichen Beziehung („Ich habe ihm alles zu verdanken, viel von ihm gelernt, wäre ohne ihn nicht so, wie ich bin, zwischen uns herrschte etwas ganz Besonderes“). Zu anderen Menschen ist die Beziehung ebenfalls oft gestört, was sich durch sozialen Rückzug und Isolation, eine generell misstrauische Haltung und das Gefühl, niemandem vertrauen zu können, zeigen kann. Es gibt auch wiederholte Brüche in Beziehungen aufgrund einer Unfähigkeit, Beziehungen stabil zu gestalten. Störungen der Wahrnehmung oder des Bewusstseins können in schweren dissoziativen Zuständen, wie Amnesien, dissoziativen Episoden, Depersonalisation bis hin zu Abspaltungen umfassender Persönlichkeitsanteile im Sinne einer Dissoziativen Identitätsstörung vorkommen.

Einige typische Veränderungen dieser Traumafolgestörung werden in den folgenden Aussagen von zwei Patienten beschrieben, die entweder in der Kindheit oder dem jungen Erwachsenenalter traumatisiert wurden:

Fallbeispiel 1: Opfer sexualisierter Gewalt

Die 23-jährige Patientin, die im Alter von 9-14 Jahren wiederholter sexualisierter Gewalt ausgesetzt war, berichtet: »Lange habe ich nicht darüber reden können, was ich damals erlebt habe. Ich hab's irgendwie nicht zusammenbekommen ... Bis heute bin ich mehr auf meine Mutter sauer als auf den M. [ihren Stiefvater]; die [Mutter] hätte mich doch da raus holen müssen. Ich kann bis heute nichts empfinden beim Miteinander-Schlafen. Die ganze Sache ist für mich völlig verkorkst. Ich weiß, andere könnten mich als »Nutte« bezeichnen, weil ich jetzt so oft in so was reinstolpere. Ich weiß auch nicht ... An den Tagen danach – jetzt bin ich völlig neben der Spur, man hat mich schon irgendwo in der Stadt angefounden und nach Hause gebraucht, und ich weiß von nichts. Völliger Filmriss ohne Alkohol oder Drogen ... Ich komme mir so schmutzig vor – direkt, und deswegen muss ich mich so oft duschen. Aber irgendwie bin ich auch als Mensch völlig schmutzig und verdorben. Ich ziehe die anderen mit in den Dreck. Ja, ich habe damals auch den M., der eigentlich ein guter Mensch war, kaputt gemacht, der hat ja viel geheult wegen mir ... Meine Gefühle sind ein Scheißdreck. Ich kann nichts damit anfangen. Ich liege immer falsch damit. Die [Menschen,

die] mir gut sind, auf die werd' ich unglaublich aggressiv und verletzend, da geht's mir erst gut, wenn's denen schlecht geht. Und andersrum ...Das weiß ja keiner, wie das ist, wenn man sich selber nicht spürt. Ich schau mir meinen Arm an – es ist nicht meiner. Ich habe keinen Körper, jedenfalls fühle ich keinen.

Man hat mir gesagt, dass ich begabt bin und aus mir was werden könnte – und ich versuche es auch, aber ich glaube, ich hab' doch nicht die innere Kraft, dass ich das schaffe. Irgendwie habe ich nichts, worauf ich aufbauen kann ...« (Ergänzungen vom Maercker).

Fallbeispiel 2: Inhaftierung aus politischen Gründen

Der 45-jährige Patient, der mit 21 Jahren aus politischen Gründen in der ehemaligen DDR inhaftiert wurde und 2 ½ Jahre im Gefängnis war, berichtet: »Ich bin nicht mehr so, ich bin anders geworden. Ich versuche, vieles nicht mehr an mich herankommen zu lassen. Vieles interessiert mich einfach nicht mehr. Aber wenn was rankommt, überreagiere ich, aggressiv zum Teil und intoleranter dadurch. Wenn mich was erwischt, dann muss ich darum kämpfen, hab' meinen Stolz und meine Ehre. Und das bereitet mir schon Probleme ... Ich habe Probleme mit allem, was so irgendwie an Zwangsmechanismen erinnert. Entweder erstarrt man davor und wagt nicht, sich zu rühren, oder man begehrt dagegen auf und nimmt das absolut nicht ernst. Die Zwischenform, das, was angemessen wäre, das fehlt bei mir. Und das wirkt sich natürlich am Arbeitsplatz aus. Ich bin mehr arbeitslos, als dass ich einen Job habe, weil ich die Hierarchien nicht verinnerlichen kann. Da schaffe ich es irgendwie nicht, die angemessene Reaktion zu finden ... Und wenn ich dann wieder sehe, dass die [ehemaligen Täter] es gut haben, das verursacht bei mir so ein massives Bauchgrimmen, dann bin ich zwei, drei Tage nicht ansprechbar, weil ich den Eindruck habe, die haben plötzlich wieder den Sieg ... Ich bin dann dort hingegangen und habe die Räume vollgesprayt ... Das braucht man für die eigene psychische Gesundheit. Man muss doch die Leute auch mal ein bisschen foltern ... Solange wie ich lebe, werde ich alles hassen, was mit denen zu tun hat. Ich bin ein Kämpfer und das hat mir wenig Freunde geschaffen ...Meiner Frau gegenüber bin ich im Nichtverstehen manchmal sehr böse gekommen, sehr sehr böse ... Man hatte die Opfermentalität, man hat einfach von der Umwelt erwartet, dass man verstanden wird. Aber das war ja nicht vorhanden, da gab es so eine Mauer des Schweigens, eine Mitschuld des Schweigens. Da hat man sich weiter eingegipelt ...« (Ergänzungen von Maercker)

Der Diagnosevorschlag der KPTBS für die ICD-11

Die KPTBS entwickelt sich nach dem Erleben eines Belastungsereignisses, das

typischerweise extremer bzw. langdauernder Art ist und aus dem eine Flucht schwierig oder unmöglich ist. Die vorgeschlagene Diagnose umfasst alle Hauptsymptome der klassischen PTBS in voller oder subsyndromaler Ausprägung. Zu den Symptomgruppen der PTBS kommen drei weitere Symptomgruppen hinzu: Probleme der Emotionsregulation, eines negativen Selbstbildes und der Beziehungsfähigkeit. Die Störung ist also gekennzeichnet durch:

- die Kernsymptome der PTBS (Wiedererinnerung, Vermeidung, Übererregung),
- anhaltende und tiefgreifenden Probleme der Emotionsregulation (verstärkte emotionale Reaktivität, Affektverflachung, gewalttätige Durchbrüche),
- negatives Selbstkonzept (Überzeugung, minderwertig, unterlegen oder wertlos zu sein, Schuldgefühle, Schamgefühle)
- Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen (Schwierigkeiten, Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu erhalten)

Die Diagnose der KPTBS orientiert sich zusätzlich zu den Symptomen der Hauptkriterien der klassischen PTBS (in voller oder subsyndromaler Ausprägung) an den vorhandenen Symptomen der drei genannten zusätzlichen Kategorien. Es ist wichtig anzumerken, dass sich die Diagnose der KPTBS an der Symptomatik und nicht an den spezifischen erlebten Traumata orientiert. Tabelle 2 stellt die Symptome der KPTBS im Einzelnen dar. Kasten 1 fasst die diagnostischen Richtlinien der komplexen PTBS zusammen.

Validität der Diagnose der KPTBS

Empirische Belege für die Diagnose einer KPTBS finden sich in Studien mit Trauma-Überlebenden, die ein typisches Symptommuster aufweisen, welches von einer überdauernden und ausgeprägten Störung der Emotionsregulation, einer verminderten oder zerstörten Selbstwahrnehmung und Schwierigkeiten im Aufrechterhalten von nahen Beziehungen geprägt ist (Cloitre et al. 2013; Perkonig et al. 2015). Sowohl in klinischen als auch in nicht-klinischen Stichproben konnte das vorgeschlagene Symptommuster spezifisch in Folge von chronischer und sich wiederholender Gewalt bestätigt werden und dieses zu anderen traumatischen Erfahrungen abgrenzt werden (z.B. Van der Kolk et al., 2005 - mit einem erweiterten Symptombild). Darüber hinaus zeigt sich, dass das Auftreten einer KPTBS mit jüngerem Alter beim ersten Erleben des chronischen Traumas zusammenhängt. Das besondere Kennzeichen der KPTBS ist der Zusammenhang zwischen multiplen Traumata und sensitiven Perioden in der Entwicklung, in denen Selbstregulation gelernt wird, sich

Selbstwert und Selbstwahrnehmung entwickeln, daher wird KPTBS auch als Störung der Persönlichkeitsentwicklung beschrieben.

Das Symptombild der KPTBS wird aber auch von Flüchtlingen und Überlebenden von organisierter oder politischer Gewalt (z.B. Völkermord) berichtet, obwohl diese ihre traumatischen Erfahrungen oft erst im Erwachsenenalter machten. Diese Betroffenen leiden neben der klassischen PTBS-Symptomatik auch unter Störungen der Emotionsregulation, Dissoziation, gestörten Beziehungsverhalten, Somatisierung und veränderten Sinn- und Wertesystem (De Jong et al. 2005). Mittels einer Latent-Class Analysis konnten Cloitre, Garvert, Weiss und Bryant (2014) in einer Stichprobe von Frauen, die aufgrund von Missbrauch in der Kindheit eine Behandlung aufsuchten, vier abgrenzbare Gruppen definieren. Die erste Gruppe war durch eine insgesamt niedrige Symptomausprägung gekennzeichnet, die zweite Gruppe durch eine hohe Ausprägung der klassischen PTBS, aber eine niedrige Ausprägung der zusätzlichen Symptomgruppen der KPTBS und der Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS), die dritte Gruppe durch eine hohe Ausprägung der Symptome der klassischen und der komplexen PTBS, aber einer niedrigen Ausprägung der BPS-Symptomatik und die vierte Gruppe durch eine hohe Ausprägung der BPS-Symptomatik bei gleichzeitig niedriger Ausprägung der PTBS- und KPTBS-Symptomatik. Diese Studie lieferte sehr eindeutige Hinweise auf die Validität der neuen Diagnose der KPTBS wie sie die ICD-11 vorschlägt. Weitere Belege fanden Knefel und Lueger-Schuster (2013) anhand von einer konfirmatorischen Faktorenanalyse, welche die zusätzlichen Symptomkriterien der KPTBS bestätigte sowie Elklit, Hyland und Shevlin (2014) anhand einer Latent Class Analyse, welche eine PTBS- von einer KPTBS-Gruppe trennte. Diese Trennung wurde auch von Perkonig et al. (2015) bestätigt. In einer repräsentativen Stichprobe von deutschen Jugendlichen und jungen Erwachsenen (14 - 24 Jahre) fanden die Autoren anhand einer Latent Class Analyse je eine Gruppe, die mit PTBS, mit KPTBS, mit Problemen der Selbstorganisation (i.e. Emotionsregulation, Selbsteinschätzung, Beziehungen) und mit insgesamt niedrigen Symptomen KPTBS assoziiert waren. Nur die ersten beiden Gruppen waren mit einer starken funktionellen Beeinträchtigung im alltäglichen Leben assoziiert. Insgesamt unterstützen die aktuellen empirischen Befunde nun die Unterteilung der direkten Traumafolgestörungen in klassische und komplexe PTBS (Cloitre et al. 2013). Der Mangel an empirischer Unterstützung für die Diagnose der KPTBS, der noch vor wenigen Jahren beklagt wurde, scheint nun also überwunden zu werden.

Differenzialdiagnostik

Die differenzialdiagnostische Abgrenzung zur BPS ist mitunter schwierig. Die KPTBS kann von der BPS dadurch unterschieden werden, dass die letztgenannte durch Furcht vor dem Verlassenwerden, Wechsel der Identitäten und häufiges suizidales Verhalten charakterisiert ist. Für die KPTBS ist die Furcht vor dem Verlassenwerden keine erforderliche Bedingung, und das Selbstkonzept ist andauernd negativ und nicht in wechselndem Ausmaß. Suizidales Verhalten kann vorkommen, allerdings seltener als bei der BPS, und dieses ist gewöhnlich nicht der Fokus einer Therapie. BPS erfordert nicht das Vorliegen einer traumatischen Belastung und die PTBS-Kernsymptome liegen ebenfalls nicht vor.

Auch die differenzialdiagnostische Abgrenzung zu schweren affektiven Störungen und sogar psychotischen Erkrankungen ist zum Teil nicht trivial. Denn Intrusionen werden leicht mit psychotisch bedingtem Stimmenhören verwechselt, das Hyperarousel kann den Charakter psychotischer Erregungszustände annehmen, und Anspannung und traumabedingtes Misstrauen wirkt schnell paranoid. Besonders kompliziert ist die Differenzialdiagnostik, da sich die verschiedenen Störungsbilder nicht gegenseitig ausschließen, sondern nicht selten auch komorbid auftreten. Eine zutreffende diagnostische Einordnung ist insgesamt aber sehr relevant, nicht zuletzt, um eine adäquate Psychotherapie zu initiieren.

Psychotherapie bei Traumafolgen

In den letzten beiden Jahrzehnten wurden erfolgreiche Methoden zur Therapie posttraumatischer Reaktionen und manifester Traumafolgestörungen entwickelt (siehe Kasten 2). Allerdings gibt es noch keine gesicherten Erkenntnisse, ob die Therapie bei Einzeltraumata (z.B. Überfall, Katastrophe, einzelner sexueller Übergriff) anders gestaltet werden sollte als bei multiplen Traumata (z.B. sexueller Missbrauch in der Kindheit, Krieg). Es fehlen Therapiestudien, in denen diese Patientengruppen verglichen wurden. Dabei ist die Art der Verursachung für die Komplexität und Schwere der Symptomatik sehr wichtig. Bei der Behandlung einer (K)PTBS ist es ebenfalls wichtig zu bedenken, dass viele Patienten eine Reihe von weiteren psychischen Problemen aufweisen: Angststörungen, Depressionen, Suizidalität, Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch bzw. -sucht, aber auch Persönlichkeitsstörungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören dazu. Je nach Untersuchung gilt dies für 50 bis 100 Prozent der Betroffenen, wobei die Patienten mit (K)PTBS meist mehr als eine weitere Störung entwickeln.

Klassische PTBS

Die Notwendigkeit bzw. Art und Umfang vorheriger Stabilisierung wurden in Deutschland

besonders kontrovers diskutiert. In einem Konsensprozess zur Entwicklung von deutschen Behandlungsleitlinien (Flatten et al. 2011) konnte man sich inzwischen auf Kriterien verständigen, an denen man sich bei der Behandlungsplanung orientieren kann. Im deutschen Sprachraum haben sich bei der Behandlung von PTBS drei Therapiephasen etabliert:

1. Sicherheit: Stabilisierung und Affektregulation,
2. Traumaexposition (in verschiedenen Formen),
3. Integration und Neuorientierung.

In anderen Ländern wird dagegen weder in der Praxis noch in der Forschung diese Phaseneinteilung explizit angewendet. Darum erstaunt es nicht, wenn Überblicke über die weltweit verfügbaren empirischen Studien keine Notwendigkeit für diese Phasenabfolge aufzeigen. Es ist fraglich, ob die drei Phasen für alle Traumtypen, PTBS-Varianten und Settings (stationär/ambulant) relevant sind. Auch die zeitliche Abfolge wird zum Teil infrage gestellt. Erste empirische Befunde zeigen, dass sich selbst eine schwerwiegende und weitgehend chronische Symptomatik beruhigt, wenn das Trauma konfrontativ therapiert wird (Bohus et al. 2013).

Als traumafokussierte Verfahren werden im engeren Sinne Therapieansätze bezeichnet, bei denen die Reduktion der PTBS-Symptomatik im Mittelpunkt steht. Dazu gehören beispielsweise die prolongierte Exposition (Foa et al. 2014). Das Trauma wird mit Hilfe der eigenen Gefühle nacherlebt und erzählt. Durch diese Exposition in sensu wird das traumatische Ereignis mehrfach wiederholt berichtet, bis eine Habituation eintritt, d. h. eine Gewöhnung mit abgeschwächter Reaktion bei der Konfrontation mit den Erinnerungen an das Trauma. Kognitive Therapien (Ehlers and Clark 2000) rücken die therapeutische Bearbeitung von Bewertungs- und Wahrnehmungsprozessen (kognitive Umstrukturierung) und damit einhergehenden körperlichen Reaktionen in den Mittelpunkt. Ein anderes traumafokussiertes Verfahren ist die EMDR-Methode (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, deutsch: Desensibilisierung und Verarbeitung durch Augenbewegung) nach Shapiro (Shapiro 2012). Bei der Exposition mittels EMDR werden mit dem Trauma assoziierte Bilder, Wahrnehmungen, Kognitionen oder Gefühle mit einer bilateralen sensorischen Stimulation über Augenbewegungen (bzw. auditive oder taktile Stimulation) bearbeitet, bis die Belastung geringer wird. Verhaltenstherapeutische Ansätze (u.a. prolongierte Exposition), kognitive Therapien und EMDR weisen die höchsten Effektstärken für die Behandlung der klassischen PTBS auf (Bisson et al. 2013). Die Exposition mit dem traumatischen Ereignis steht also im Mittelpunkt der als erfolgreich evaluierten Psychotherapien der klassischen PTBS. Die Exposition in sensu wird durch eine ausführliche Psychoedukation vorbereitet. Kognitive

Umstrukturierung und Exposition in vivo ergänzen die Exposition in sensu. Oft gelingt es in wenigen Wochen, die Symptome der PTBS zu reduzieren. Über die Symptomreduktion hinaus bedürfen die Bearbeitung der vielfältigen Konsequenzen sowie die Integration des Traumas in das Leben des Traumatisierten jedoch oft einer längeren therapeutischen Arbeit.

Komplexe PTBS

KPTBS stellt Psychotherapeuten vor besondere Herausforderungen und noch existieren viele offene Fragen bezüglich des therapeutischen Vorgehens, der Behandlungsdauer und der zu erwartenden Behandlungserfolge. Mittlerweile herrscht jedoch in den verfügbaren Leitlinien ebenso wie innerhalb der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT; siehe Kasten 2) Einigkeit darüber, dass eine erfolgreiche Therapie einer KPTBS analog zur klassischen PTBS einer Exposition in sensu bedarf. Dies konnten Watts et al. (2013) in einer umfangreichen Metaanalyse empirisch bestätigen. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass kognitive Interventionen Effektstärken von Hedges' $g = 1.71$ aufweisen, Expositionen von $g = 1.09$ sowie die Kombination aus beidem von $g = 1.31$. Der Exposition ist jedoch eine ausreichend lange Phase der Stabilisierung vorzuschalten, bis die bekannten Kontraindikationen der Konfrontation nicht mehr vorliegen. Diese Phase kann jedoch sehr kurz sein, wenn eine intensive Behandlung erfolgt, wie es anhand des stationären zwölfwöchigen Konzepts der DBT-PTBS (Bohus et al. 2013) gezeigt wurde. Nach nur einem Monat der Stabilisierung wurde mit Komplex-Traumatisierten erfolgreich eine Konfrontation durchgeführt. Einige besonders schwer betroffene Patienten benötigen jedoch zum Teil auch mehrfache Wechsel zwischen ambulanten und stationären Interventionen, bis sich Therapieerfolge einstellen.

Wie bereits beschrieben weisen Betroffene mit KPTBS zusätzlich zu den Symptomen der PTBS oft Probleme mit der Emotionsregulation und interpersonelle Probleme auf. Cloitre, Koenen, Cohen und Han (2002) entwickelten daher ein zwei-stufigen phasenorientiertes Therapieprogramm, das wirksame Interventionen für diese Symptombereiche integriert. In der ersten Behandlungsphase stehen Skills zur Emotionsregulation und die Bearbeitung dysfunktionaler interpersoneller Schemata im Vordergrund (STAIR = skills training in affect and interpersonal regulation). In der zweiten Behandlungsphase werden traumatische Erinnerungen schonend und dosiert mithilfe narrativer Verfahren bearbeitet. Dieser Ansatz erwies sich bei Opfern von sexuellen und physischen Missbrauch als sehr effektiv (Cloitre et al. 2010).

Die Narrative Expositions-Therapie (NET) ist eine standardisierte

Kurzzeitintervention für die Behandlung einer PTBS nach multipler Traumatisierung (Schauer et al. 2011). In vielen Fällen leiden die Betroffenen an einer komplexen PTBS-Symptomatik. Die NET ist für den Einsatz in Krisen- und Kriegsgebieten entwickelt worden. Gerade in diesen Gebieten erleben viele Menschen multiple Traumatisierung, da sie oftmals sich wiederholenden und langandauernden traumatischen Stressoren ausgesetzt sind. Die NET basiert auf den Grundsätzen der kognitiven Verhaltensexpositionstherapie und der Testimony-Therapy. Sie gehört zu den vergleichsweise gut untersuchten Therapieverfahren der PTBS und wurde mit einer sehr großen Bandbreite von Patienten getestet, etwa mit Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und Senioren im höheren Lebensalter, deren traumatische Erlebnisse schon viele Jahrzehnte zurücklagen. Für Opfer von multiplen Traumata wie Krieg, staatliche Gewalt und bei Flüchtlingen ist sie die am besten untersuchte Therapieform (Crumlish and O'Rourke 2010). Es liegen sowohl Einzelfallstudien, Gruppenstudien als auch eine große Anzahl randomisiert-kontrollierter Therapiestudien vor. In unterschiedlichen Studien wurde gezeigt, dass NET neben einer Reduktion der PTBS auch eine Verbesserung der Trauer- und Depressionssymptome sowie der körperlichen Beschwerden bewirken kann. In keiner der Studien wurde zudem eine Verschlechterung der Symptomatik durch die NET festgestellt. Auch bei der Behandlung von Borderline-Patientinnen mit komorbider PTBS erzielte die NET einen sehr viel versprechende Behandlungserfolg (Papst et al. 2012). Die Patientinnen zeigten nicht nur weniger PTBS-Symptome, sondern auch weniger Borderline-Symptomatik und weniger dissoziative Symptomatik. Bezogen auf die Verbesserung der PTBS-Symptomatik war die NET-Gruppe der DBT-Vergleichsgruppe sogar überlegen. Insgesamt können jedoch aktuell noch keine eindeutigen Empfehlungen zur differenziellen Wirkung einzelner Expositionsverfahren ausgesprochen werden, da die derzeitige empirische Datenlage dazu noch nicht ausreicht.

Ausblick

Die aktuellen Befunde zur Validität der KPTBS-Diagnose und zur Abgrenzung der KTBS gegenüber der klassischen PTBS und der BPS sind bereits sehr vielversprechend. Weitere Forschung wird jedoch benötigt, um eine sichere Differenzialdiagnostik zu den dissoziativen Störungen zu ermöglichen. Mit der Veröffentlichung der ICD-11 und der Einführung der KPTBS als eigenständige Diagnose wird sich aller Voraussicht nach die Diagnostik und Therapie der Traumafolgestörungen verändern. Geeignete Diagnose-Instrumente wie der

ICD-11 Trauma-Fragebogen¹ und das PTBS und KPTBS Diagnostische Interview nach ICD-11 (Roberts et al. 2015) befinden sich bereits in der Entwicklung. Die Einführung der KPTBS als eigenständige Diagnose könnte dazu beitragen, dass in zukünftigen Therapiestudien gezielt Patientengruppen mit klassischer PTBS und KPTBS verglichen werden, so dass in Zukunft gesicherten Erkenntnisse erlangt werden können, ob die Therapie bei KPTBS anders gestaltet werden sollte als bei klassischer PTBS. Auch ist zu erwarten, dass es in naher Zukunft möglich sein wird, eindeutigen Empfehlungen zur differenziellen Wirkung einzelner Expositionsverfahren bezüglich ihrer Wirksamkeit bei KPTBS auszusprechen. Die Aufnahme der KPTBS als eigenständige Diagnose in die ICD-11 wird auch die Forschung zu Traumafolgestörungen beeinflussen, denn da das DSM-5 die Diagnose der KPTBS offiziell nicht kennt, ist zu erwarten, dass sich die Forschungsliteratur in Zukunft auf solche mit ICD-11- und solche mit DSM-5-Bezug aufspalten wird.

Fazit für die Praxis:

- Die klassische PTBS tritt nach lebensbedrohlichen/traumatischen Lebensereignissen auf und ist gekennzeichnet durch Intrusionen (in Form von sich aufdrängenden Bildern oder Alpträumen), Vermeidung und Hyperarousal.
- Die KPTBS tritt insbesondere als Folge von sich wiederholenden oder langandauernden traumatischen Ereignissen auf und ist neben den Symptomen der PTBS zusätzlich gekennzeichnet durch Affektregulationsstörungen, negative Selbstwahrnehmung und Beziehungsstörungen.
- Aktuelle empirische Studien lieferten eindeutige Hinweise für die Validität der neuen Diagnose der KPTBS, wie sie die ICD-11 vorschlägt.
- Die Exposition in sensu mit dem traumatischen Ereignis steht im Mittelpunkt der als erfolgreich evaluierten Psychotherapien der klassischen PTBS.
- Erfolgreiche Therapieansätze der KPTBS sollten analog zur klassischen PTBS eine Exposition in sensu beinhalten.

Interessenkonflikte

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenskonflikte haben.

¹ Auf der Abteilungshomepage der Autoren in dt. Sprache erhältlich:
<http://www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/psypath/ForschungTools/Fragebogen.html>

Literatur

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed., t. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). 5th ed. Washington: American Psychiatric Press.; 2013.
- Antonovsky A, Maoz B, Dowty N, Wijzenbeek H. Twenty-five years later: A limited study of the sequelae of the concentration camp experience. *Soc. Psychiatry.* 1971;6:186–93.
- Bachem R, Maercker A. Development and psychometric evaluation of a revised Sense of Coherence Scale. *Eur. J. Assessment.* Press. 2015;
- Bisson J, Roberts N, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013;Issue 12.:Art. No.: CD003388.
- Bohus M, Dyer AS, Priebe K, Krüger A, Kleindienst N, Schmahl C, et al. Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychother. Psychosom.* 2013;82(4):221–33.
- Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2000;68(5):748–66.
- Cloitre M, Garvert DW, Brewin CR, Bryant RA, Maercker A. Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *Eur. J. Psychotraumatol.* 2013;4:20706.
- Cloitre M, Garvert DW, Weiss B, Carlson EB, Bryant RA. Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *Eur. J. Psychotraumatol.* 2014;5:25097.
- Cloitre M, Koenen KC, Cohen LR, Han H. Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2002;70(5):1067–74.
- Cloitre M, Stovall-McClough KC, Nooner K, Zorbas P, Cherry S, Jackson CL, et al. Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *Am. J. Psychiatry.* 2010;167(8):915–24.
- Crumlish N, O'Rourke K. A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum-seekers. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2010 Apr;198(4):237–51.

- Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav. Res. Ther.* [Internet]. 2000 Apr;38(4):319–45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10761279>
- Elklit A, Hyland P, Shevlin M. Evidence of symptom profiles consistent with posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in different trauma samples. *Eur. J. Psychotraumatol.* [Internet]. 2014;5:24221. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4028608&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- First MB, Reed GM, Hyman SE, Saxena S. The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry.* 2015;14(1):82–90.
- Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, et al. S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt.* 2011;3:2002–210.
- Foa EB, Hembree EA, Rothbau BO. *Handbuch der Prolongierten Exposition: Basiskonzepte und Anwendung - eine Anleitung für Therapeuten.* Lichtenau: G.P. Probst; 2014.
- Herman JL. *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic violence to political terrorism.* New York, NY: Guilford Press; 1992.
- De Jong JTVM, Komproe IH, Spinazzola J, Van Der Kolk B a., Van Ommeren MH. DESNOS in three postconflict settings: Assessing cross-cultural construct equivalence. *J. Trauma. Stress.* 2005;18(1):13–21.
- Keeley JW, Reed GM, Roberts MC, Evans SC, Robles R, Matsumoto, C. & Maercker A. Disorders Specifically Associated with Stress: A Case Controlled Field Study for ICD-11 Mental and Behavioural Disorders. *Int. J. Heal. Clin. Psychol. Press.* 2015;
- Knefel M, Lueger-Schuster B. An evaluation of ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria in a sample of adult survivors of childhood institutional abuse. *Eur. J. Psychotraumatol.* 2013;4:22608.
- Kolk BA Van Der, Roth S, Pelcovitz D, Sunday S, Spinazzola J. Disorders of Extreme Stress : The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *J. Trauma. Stress.* 2005;18(5):389–99.
- Maercker A. *Posttraumatische Belastungsstörungen.* 4th ed. Berlin: Springer,; 2013.
- Maercker A, Beauducel A, Schützwohl M. Trauma severity and initial reactions as precipitating factors for posttraumatic stress symptoms and chronic dissociation in former political prisoners. *J. Trauma. Stress.* 2000;13(4):651–60.

- Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, Cloitre M, Reed GM, Van Ommeren M, et al. Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet*. 2013;381:1683–5.
- Maercker A, Forstmeier S, Wagner B, Glaesmer H, Brähler E. Posttraumatische belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen untersuchung. *Nervenarzt*. 2008;79:577–86.
- Maercker A, Müller J. Social acknowledgment as a victim or survivor: A scale to measure a recovery factor of PTSD. *J. Trauma. Stress*. 2004;17(4):345–51.
- Papst A, Schauer M, Bernhardt K, Ruf M, Goder R, Rosentraeger R, et al. Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder and Comorbid Posttraumatic Stress Disorder Using Narrative Exposure Therapy: A Feasibility Study. *Psychother. Psychosom*. 2012;81:61–3.
- Perkonig A, Höfler M, Cloitre M, Wittchen HU, Trautmann S, Maercker A. Evidence for two ICD-11 posttraumatic stress disorders in a community sample of adolescents and young adults. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci*. 2015;
- Roberts N, Cloitre M, Bisson J, Brewin CR. PTSD & Complex PTSD Diagnostic Interview Schedule for ICD-11. Unpubl. Manusc. 2015;
- Schauer M, Neuner F, Elbert T. *Narrative Exposure Therapy*. 2nd ed. Göttingen: Hogrefe; 2011.
- Shapiro F. *EMDR - Grundlagen und Praxis: Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen*. Paderborn: Junfermann; 2012.
- Watts B V., Schnurr PP, Mayo L, Young-Xu Y, Weeks WB, Friedman MJ. Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry*. 2013;74(6):541–50.
- World Health Organization. ICD-10-GM-2014 F43.1: Posttraumatische Belastungsstörung [Internet]. 2014 [cited 2015 Jan 19]. Available from: <http://www.icd-code.de/suche/icd/code/F43.-.html>

Table 1: Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse (vereinfacht nach Maercker, 2013, S. 16)

	Typ-I-Traumata (einmalig/kurzfristig)	Typ-II-Traumata (mehrfach/langfristig)
Akzidentelle Traumata	Schwerer Verkehrsunfall Kurzandauernde Katastrophe (z.B. Brand, Wirbelsturm) Berufsbedingtes Trauma (z.B. Polizei, Rettungskräfte, Feuerwehr)	Langandauernde Katastrophe (z.B. Erdbeben, Überschwemmung)
Interpersonelle Traumata	Ziviles Gewalterleben (z.B. Banküberfall) Sexueller Übergriff (z.B. Vergewaltigung)	Kriegserleben Sexueller Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter Geiselhaft Politische Inhaftierung, Folter

Tabelle 2: Einzelsymptome der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (modifiziert nach Maercker, 2013, S. 25)

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

Kasten 1: Diagnostische Richtlinien der komplexen PTBS (nach Maercker, 2013, S. 24)

Diagnostische Richtlinien der komplexen PTBS

- Erleben einer Belastung, die typischerweise extremer bzw. langdauernder Art ist und aus dem eine Flucht schwierig oder unmöglich ist wie Folter, Konzentrationslager, Sklaverei, Genozid-Kampagnen oder andere Formen organisierter Gewalt, häuslicher Gewalt, sexuellem Kindesmissbrauch oder schwerer körperlicher Gewalt in der Kindheit.
- Vorhandensein der Kernsymptome der PTBS (Wiedererleben des Traumas in der Gegenwart, Vermeidung von Erinnerungen an das Trauma, anhaltendes Gefühl der Bedrohung). Nach dem Beginn des Belastungserlebens und begleitend zur PTB-Symptomatik entwickeln sich anhaltende und tiefgreifende Beeinträchtigungen in der Affektregulation, persistierende Überzeugungen vom eigenen Selbst als minderwertig, unterlegen oder wertlos und persistierende Schwierigkeiten, Beziehungen aufrecht zu erhalten.
- Die Probleme der affektiven Dysregulation sind durch erhöhte emotionale Reaktivität gekennzeichnet, durch Schwierigkeiten, sich von kleineren Belastungen zu erholen, durch gewalttätige Ausbrüche, selbstgefährdendes oder selbstverletzendes Verhalten und eine Neigung zu dissoziativen Zuständen unter Belastungen. Zusätzlich kann emotionales Betäubtsein vorkommen, insbesondere das Fehlen der Fähigkeit, Freude oder positive Gefühle zu erleben.

Kasten 2: Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)

Die DeGPT ist eine wissenschaftliche Fachgesellschaft, die ein Forum bildet für ÄrztInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und VertreterInnen anderer Berufsgruppen, die mit Menschen mit Traumafolgestörungen in Berührung kommen. Die DeGPT bietet akkreditierte Weiterbildung für spezifische Psychotraumathe­rapie an. Mit der TherapeutInnen-Suche der DeGPT können qualifizierten TherapeutInnen für Erwachsene, Kinder und Jugendliche mit Traumafolgestörungen gesucht werden. Alle TherapeutInnen haben eine entsprechende Weiterbildung in Psychotraumathe­rapie absolviert, die von der DeGPT zertifiziert wurde. Mehr Infos unter: www.degpt.de