

Ergebnisse zur internen und externen Validität des Interviews zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS)

Assessment of Complex PTSD – Internal and External Validity of a Diagnostic Interview

Autoren

Katja Boroske-Leiner¹, Arne Hofmann², Martin Sack¹

Institute

¹ Klinikum rechts der Isar der TU München, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

² Universität zu Köln, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Key words

- PTSD
- complex PTSD
- disorder of extreme stress
- childhood trauma
- I-kPTBS
- resources

Zusammenfassung

Hintergrund Das diagnostische Konstrukt der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (komplexe PTBS) beschreibt Folgen von lang dauernden und lebensgeschichtlich frühen Traumatisierungen. Mit dem Interview zur komplexen PTBS (I-kPTBS) – einer Adaptation des Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES) – liegt ein deutschsprachiges Instrument zur Diagnostik der komplexen PTBS vor. Die vorliegende Arbeit berichtet erste Daten zu teststatistischen Gütekriterien des I-kPTBS sowie zur externen Validität der Diagnose komplexe PTBS.

Methode Das I-kPTBS wurde bei 72 konsekutiven Patienten einer Traumaambulanz durchgeführt. Bei 31 Patienten wurde die Diagnose einer komplexen PTBS vergeben, 25 Patienten hatten eine PTBS ohne Diagnose komplexe PTBS. Die mittels standardisierter Fragebögen erhobene Ausprägung von Symptomatik, Kindheitsbelastungen und Ressourcen wurde varianzanalytisch zwischen beiden Teilstichproben verglichen.

Ergebnisse Die interne Konsistenz des I-kPTBS bezogen auf die Gesamtstichprobe erweist sich als gut bis sehr gut ($\alpha = 0,88$). Hypothesenkonform zeigt sich, dass Patienten, die die Kriterien einer komplexen PTBS erfüllen, einen höheren Schweregrad der Symptomatik und häufiger spezifische Symptome wie dissoziative Symptomatik, Depressivität und allgemeine Ängstlichkeit aufweisen als Patienten, bei denen ausschließlich eine PTBS vorliegt. Patienten mit komplexer PTBS hatten zudem ein signifikant niedrigeres Alter bei Ersttraumatisierung, häufiger multiple Traumatisierungen in der Anamnese und häufiger eine Dissoziative Störung als komorbide Diagnose. Patienten mit komplexer PTBS weisen höhere Kindheitsbelastungen auf und verfügen über geringere Ressourcen.

Abstract

Background The diagnostic construct of complex posttraumatic stress disorder (complex PTSD) describes the consequences of early onset and long-term persisting psychological traumatizations. The interview for complex PTSD (I-kPTBS) – is the German adaptation of the structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). The present study reports first data regarding the internal validity of the I-kPTBS as well as on the external validity of the diagnosis of complex PTSD.

Method The I-kPTBS was applied in 72 consecutive patients of a specialized outpatient clinic. 31 patients fulfilled the criteria of the diagnosis complex PTSD. 25 suffered from a PTSD but did not fulfil the diagnostic criteria of complex PTSD. Both groups were compared regarding their symptoms, resources and reports of childhood events.

Results Internal consistence of the I-kPTBS regarding the sample was good to excellent ($\alpha = 0.88$). As expected, patients with the diagnosis of complex PTSD showed more severe dissociative, depressive and general anxiety symptoms than patients with PTSD alone. Patients fulfilling the criteria of complex PTSD reported a lower age at their first traumatic event, more multiple traumatizations and more often a dissociative disorder as comorbid diagnosis. Patients with complex PTSD show a higher traumalload in childhood and a lower level of compensatory resources.

Discussion The interview for complex PTSD (I-kPTBS) describes a consistent diagnostic construct. The results demonstrate that the diagnosis of complex PTSD selects a specific group of patients with early childhood trauma and high symptom level. Specific criteria can differentiate this patient group well from patients that suffer from PTSD alone.

eingereicht 18. Febr. 2007
akzeptiert 15. Juli 2007

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-971011
Psychother Psych Med
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York ·
ISSN 0937-2032

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Martin Sack
Abteilung Psychosomatik und
Psychotherapie, Klinikum rechts
der Isar der TU München
Langerstraße 3
81675 München
m.sack@tum.de

Schlussfolgerungen Das I-kPTBS erfasst ein konsistentes diagnostisches Konstrukt. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die Diagnose komplexe PTBS speziell früh traumatisierte Patienten mit einem generell schwereren Störungsbild mit einer hohen Symptombelastung erfasst und somit eine von der PTBS in spezifischen Merkmalen abgrenzbare Diagnose darstellt.

Einführung

Lang andauernde, lebensgeschichtlich frühe und extreme Traumatisierungen können ein breites Spektrum von Symptomen zur Folge haben, die mit der diagnostischen Kategorie der Posttraumatischen Belastungsstörung nur unzureichend erfasst werden. Die amerikanische Traumaforscherin Judith Herman [1] hat ergänzend zu der diagnostischen Kategorie „Posttraumatische Belastungsstörung“, die Bezeichnung „komplexe posttraumatische Belastungsstörung“ (komplexe PTBS) vorgeschlagen. Mit diesem diagnostischen Konstrukt werden typische Symptome frühkindlicher und lang dauernder Traumatisierungen in Form einer gestörten Affektregulation, Störungen der Selbstwahrnehmung, Störungen der Sexualität und Beziehungsgestaltung, dissoziative Symptome und Veränderungen persönlicher Wert- und Glaubensvorstellungen zusammengefasst und auf ein einheitliches ätiologisches Modell zurückgeführt. Die Diagnosestellung einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung hat unmittelbar Bedeutung für die Indikationsstellung zur psychotherapeutischen Behandlung, sodass Patienten gezielt, beispielsweise mit stabilisierenden und Ressourcen fördernden Maßnahmen behandelt werden und – sofern indiziert – spezielle traumatherapeutische Behandlungstechniken eingesetzt werden können [2].

Zum jetzigen Zeitpunkt hat das Konstrukt der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung den Status einer Forschungsdiagnose, die aus der Notwendigkeit einer spezifischeren Diagnostik gerade bei frühen und andauernden Traumatisierungen mit Entwicklungsdefiziten entstand. Ein möglicher Kritikpunkt am Konzept der komplexen PTBS besteht darin, dass die Ausrichtung auf die Traumaätiologie einen monokausalen Blickwinkel fördert und beispielsweise Hinweise auf Traumatisierungen überbewertet werden könnten. Außerdem bestehen Überschneidungen mit anderen, nicht ätiologisch differenzierenden Diagnosen, wie z. B. der Emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus, die es notwendig erscheinen lassen, die Eigenständigkeit der Diagnose komplexe PTBS durch empirische Studien weiterzuuntersuchen. Überschneidungen mit der Emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung sind beispielsweise Störungen in der Impulskontrolle, selbstverletzendes und suizidales Verhalten, affektive Instabilität, vorübergehende dissoziative Symptome und Störungen des Selbstbildes. Entscheidend für die Diagnosestellung der Emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung sind das charakteristische verzweifelte Bemühen, reales oder phantasiertes Verlassenwerden zu vermeiden, ein chronisches Gefühl von Leere und ein Muster instabiler aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, welches sich rasch auch in der therapeutischen Situation entfaltet und nicht selten zu frühen Therapieabbrüchen führt. Demgegenüber ist bei Patientinnen mit einer komplexen PTBS das Beziehungsmuster von erheblichem Misstrauen geprägt und es besteht eine große Tendenz, wieder zum Opfer zu werden. Es liegen gehäuft somatoforme Körperbeschwerden, Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, Scham, Vermeidung von Sexualität oder starke gedankliche Be-

schäftigung damit, Gefühle einer Stigmatisierung sowie eine fehlende Zukunftsperspektive vor. Unter dimensionalen Gesichtspunkten lässt sich das Symptomspektrum der Emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus als überwiegend externalisierende Störung verstehen, während die komplexe PTBS überwiegend mit Symptomen der Internalisierung einhergeht im Sinne einer Wendung der negativen Emotionalität gegen das eigene Selbst [25].

Auch wenn sicherlich weiterer Forschungsbedarf besteht, fördert die Auseinandersetzung mit dieser ätiologisch orientierten diagnostischen Kategorie den eigenen diagnostischen Blick und mittelbar auch die therapeutischen Kompetenzen im Umgang mit Patienten, die in der Kindheit Opfer schwerer Traumatisierungen wurden.

Das Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES) ist zurzeit das einzige verfügbare standardisierte Instrument zur Erfassung der auf Expertenkonsens basierenden Kriterien einer komplexen PTBS. Eine erste Validierung erfolgte im Rahmen einer Studie im Vorfeld der DSM-IV-Klassifikation an 523 PTBS-Patienten [3,4]. Das SIDES zeichnet sich durch gute teststatistische Kennwerte (Cronbachs α 0,96) und eine gute Interraterreliabilität (Cohens κ 0,8) aus [3].

Das SIDES wurde von M.S. und A.H. in die deutsche Sprache übersetzt und bearbeitet. Um den zeitlichen Aufwand für die Durchführung zu optimieren, wurden die im amerikanischen Original 30 Items umfassende Skala zur Somatisierung auf 3 Items gekürzt und die Antwortstruktur des Interviews analog zum SKID-Interview [5] gestaltet. Die deutsche Version – das Interview zur komplexen PTBS (I-kPTBS) – umfasst insgesamt 40 Items, mit denen die Symptomkriterien der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung abgefragt werden. Dazu gehören die Erfassung von Störungen in der Regulation von Affekten und Impulsen (Affektregulation, Umgang mit Ärger, Autodestruktives Verhalten, Suizidalität, Störungen der Sexualität, Risikoverhalten), Störungen der Wahrnehmung oder des Bewusstseins (Amnesien, dissoziative Episoden und Depersonalisation), Störungen der Selbstwahrnehmung (Stigmatisierung, chronische Schuldgefühle, Scham), Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen (Unfähigkeit, zu vertrauen, fehlende Fähigkeit, sich zu schützen, Viktimisierung anderer Menschen), Somatisierung (somatoforme Körperbeschwerden, hypochondrische Ängste) und Veränderungen in der Lebenseinstellung (fehlende Zukunftsperspektive, Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen). Zu Störungen der Affektivität wird der Patient unter anderem gefragt: „Sind Sie schon durch kleine Probleme aus der Fassung zu bringen? Werden Sie beispielsweise schon bei einer geringen Frustration wütend oder weinen Sie leicht?“ Ob das Kriterium für die letzten drei Monate zutrifft, ergibt sich aus der Antwort und aus anamnestischen Angaben und klinischer Beobachtung. Eine Frage zu autodestruktiven Handlungen lautet: „Passieren Ihnen häufig Unfälle oder kommen Sie nur knapp daran vorbei?“

Die vorliegende Studie hat zwei Zielsetzungen: zum einen sollen Testgütekriterien des Interviews zur komplexen PTBS an einer Stichprobe traumatisierter Patienten untersucht werden, zum anderen soll die externe Validität des Konstruktes komplexe PTBS bei Patienten mit komplexer PTBS im Vergleich zu Patienten mit PTBS, aber ohne gleichzeitiges Vorliegen einer komplexen PTBS, überprüft werden.

Es wurden folgende Hypothesen zur Validität der Diagnose komplexe PTBS aufgestellt:

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

- ▶ dem Schweregrad der Symptomatik,
- ▶ der komorbiden Symptome und der Ausprägung dissoziativer Symptome sowie
- ▶ der Häufigkeit komorbider Diagnosen (Angststörungen, depressive Störungen, dissoziative Störungen)
- ▶ dem niedrigeren Alter bei Ersttraumatisierung sowie der Häufigkeit multipler Traumatisierungen und
- ▶ der Ausprägung von Kindheitsbelastungen und -traumatisierungen sowie der Verfügbarkeit von sozialer Unterstützung und von anderen Ressourcen.

Methodik



Patienten

Teilnehmer der Untersuchung waren 72 konsekutive Patienten der Traumaambulanz der Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover. Einschlusskriterien waren das persönliche Erscheinen in der Traumaambulanz zu mindestens einem Untersuchungstermin sowie – gemäß dem Kriterium A der PTSD nach ICD-10 – mindestens eine erinnerbare Traumatisierung, die mehr als drei Monate zurückliegt. Insgesamt konnte das Interview zur komplexen PTBS bei 56 Frauen und 16 Männern erhoben werden. Das Alter der Studienteilnehmer lag zwischen 18 und 60 Jahren und betrug im Mittel 36 Jahre. Bei 49 (68%) aller Patienten lag eine wiederholte Traumatisierung (Typ-II-Traumatisierung) vor. Der mittlere Zeitraum seit der ersten Traumatisierung betrug 23 Jahre (6 Monate bis 53 Jahre, Quartile 6, 20 und 29 Jahre). Entsprechend dem Kriterium A nach ICD-10 handelte es sich dabei um „ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalen Ausmaßes, das bei nahezu jedem tief greifende Verzweiflung auslösen würde“, wie Naturkatastrophen, schwere Unfälle oder Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder Opfer von körperlicher oder sexualisierter Gewalt wie Vergewaltigung, geworden zu sein.

Insgesamt 31 Patienten (43%) erfüllten die Kriterien einer komplexen PTBS (mindestens 5 von 6 Kriterien im I-kPTBS erfüllt). Bei 25 Patienten, welche die Kriterien einer komplexen PTBS nicht erfüllten, wurde mit dem SKID-PTSD-Interview eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) diagnostiziert. Diese Patienten wurden als Vergleichsgruppe herangezogen. Bei den übrigen, in der Auswertung nicht weiter berücksichtigten 16 Patienten des Kollektivs, lag anamnestisch eine Traumatisierung vor, jedoch aktuell keine PTBS. Die entsprechenden Diagnosen nach ICD-10 lauteten Anpassungsstörung (5-mal), Angststörung (3-mal), Dissoziative Störung (3-mal), Depressive Störung (2-mal), Phobische Störung (2-mal) und Bulimia nervosa (1-mal).

Instrumente

Die *Impact of Event Scale* [6] ist das international am häufigsten gebrauchte Instrument zur Erfassung der Symptombelastung traumaspezifischer Beschwerden und zur Verlaufsuntersuchung von Posttraumatischen Belastungsstörungen und wurde in der deutschen Übersetzung von Hütter, Fischer et al. [7] eingesetzt. Der Fragebogen umfasst 15 Items in 2 Skalen (Intrusionen und Vermeidung). Die Skalen weisen gute interne Konsistenzwerte auf, es bestehen hohe Korrelationen zu konstrukt-nahen anderen Items und Skalen.

Der *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen* [8] stellt die deutsche Bearbeitung und Erweiterung des Dissociative Experiences Questionnaire [9] dar. Das Instrument wird zur dimensionalen Erfassung dissoziativer Phänomene eingesetzt. Die 44 Items fragen nach Amnesie, Absorption und imaginativen Erlebnisweisen, Derealisation und Depersonalisation sowie Konversion. In der vorliegenden Studie wurde der FDS aus ökonomischen Gründen auf 28 Items, entsprechend der Itemzahl der amerikanischen Originalversion, gekürzt. Die interne Konsistenz der deutschen Fassung wird mit $\alpha = 0,91$ angegeben [8].

Die *Allgemeine Depressionsskala* [10] ist die deutsche Fassung der Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) von Radloff [11]. Sie erfasst mit 15 Items das subjektive Vorhandensein und die Dauer der Beeinträchtigung durch depressive Affekte und negative Denkmuster des Patienten. Die interne Konsistenz der ADS liegt bei $\alpha = 0,90$. Die Validität des Fragebogens wurde durch eine Vielzahl von Untersuchungen belegt.

Das *State-Trait Anxiety Inventory* [12], in der Übersetzung von Laux et al. [13], ist ein häufig eingesetzter Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung der Angstintensität (Skala X1) und der allgemeinen Ängstlichkeit als Persönlichkeitsmerkmal (Skala X2). Jede Skala enthält 20 Items und kann je nach Fragestellung einzeln oder kombiniert eingesetzt werden. In der vorliegenden Studie wurde lediglich die Skala zur allgemeinen Ängstlichkeit (Skala X2) eingesetzt, da sie ein relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal erfasst. Die Validität des STAI wird durch hohe Korrelationen mit konstrukt-nahen Skalen bestätigt.

Das *Social Support Questionnaire* von Sarason et al. [14] wurde von Quast und Sarason [15] ins Deutsche übersetzt. Es handelt sich um einen Fragebogen, der das Ausmaß der subjektiv erlebten sozialen Unterstützung und die Zufriedenheit damit erfragt. Der SSQ besteht aus 27 Items. Die Items repräsentieren Problemsituationen, in denen der Patient anzugeben hat, von wem er gegebenenfalls Unterstützung erfahren würde. In unserer Untersuchung wurde die SSQ-Kurzform mit 6 Items eingesetzt. Es wurde eine gute Skalenreliabilität berichtet [15].

Die *Sense of Coherence Scale* (SOC) von Antonovsky [16], übersetzt ins Deutsche von Noack et al. [17], ist ein Fragebogen, der die zeitstabile Persönlichkeitskonstante Kohärenzgefühl in folgenden drei Dimensionen erfasst: a) Überschaubarkeit/Verstehbarkeit, b) Handhabbarkeit und c) Sinnhaftigkeit. In der vorliegenden Untersuchung kam die Kurzform des SOC mit 13 Items zum Einsatz. Die Testgütekriterien des SOC fallen hinsichtlich der internen Konsistenz der Skalen (α zwischen 0,82 und 0,91) sehr gut aus. Die Validität des Fragebogens wurde nachgewiesen [18, 19].

Das *Childhood Traumatic Questionnaire* [20] wurde in der 34 Items umfassenden deutschen Übersetzung von Gast et al. [21] eingesetzt. Das CTQ erfasst die subjektive Häufigkeit, mit der die Befragten verschiedene Formen von Kindheitstraumatisierungen erinnern. Es werden retrospektiv Kindheitsbelastungen in den Dimensionen emotionaler Missbrauch, körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, emotionale Vernachlässigung und körperliche Vernachlässigung erhoben. Bernstein et al. [20] führten umfassende Validierungsstudien durch, die gute bis sehr gute Ergebnisse erbrachten.

Das *Strukturierte Klinische Interview zu DSM-IV, Modul PTSD* [5] gilt als sogenannter „Goldstandard“ zur Diagnosestellung einer PTSD. Zanarini et al. [22] berichten für die Achse-I-Diagnosen des amerikanischen SKID gute bis sehr gute Interraterreliabilitäten.

Das *Strukturierte Klinische Interview zu Dissoziativen Störungen*, (*SKID-D*) ist die deutschsprachige Übersetzung [21] des Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders Revised von Steinberg [23]. Es handelt sich um ein teilstrukturiertes Interview zur Erfassung Dissoziativer Störungen. Kernstück des Interviews ist die systematische Erfassung des Auftretens und des Schweregrades der dissoziativen Hauptsymptome: Amnesie, Depersonalisation, Derealisation, Identitätsunsicherheit und Identitätswechsel. Das SKID-D wurde in den USA bei verschiedenen Felduntersuchungen erfolgreich auf Reliabilität und Validität getestet.

Prozedere und statistische Auswertung

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

Zur statistischen Überprüfung der Untersuchungshypothesen wurden varianzanalytische Gruppenvergleiche für unabhängige Stichproben (ANOVA) durchgeführt. Ordinal skalierte Daten wurden durch Berechnung von χ^2 und Signifikanzeinschätzung mittels Fisher's Exact-Test verglichen. Das Signifikanzniveau für diese Studie wurde auf 5% bei beidseitiger Testung festgelegt. Entsprechend dem vorläufigen Charakter der Studie und der noch relativ geringen Stichprobengrößen wurde auf eine Korrektur der Anwendung wiederholter statistischer Berechnungen (α -Adjustierung) verzichtet.

Ergebnisse



Teststatistische Gütekriterien des Interviews zur komplexen PTBS

Die interne Konsistenz der Skalen sowie des gesamten Interviews zur komplexen PTBS wurden durch die Berechnung von Cronbachs α bestimmt (● **Tab. 1**).

Während die Unterskalen mittlere bis befriedigende interne Konsistenzen aufweisen, ist die interne Konsistenz für das gesamte Interview mit $\alpha = 0,88$ als gut bis sehr gut zu bezeichnen. Bei den für die einzelnen Symptomkriterien ausgewerteten Häufigkeiten fällt auf, dass Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen, Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen und Somatisierung mit 75%, 77% bzw. 79,2% relativ häufig vorlagen. Chronisch traumatisierte Patienten leiden erheblich unter einer gestörten Fähigkeit zur Affekt- und Selbstregulation und zeigen bei schon geringen Belastungen Überreaktionen mit einer Unfähigkeit, sich selbst beruhigen zu können. Aufgrund traumatischer Beziehungserfahrungen besteht in Kontakten ein großes Misstrauen mit Isolierung aus Gründen des Selbstschutzes. Körperliche Beschwerden ohne ausreichende organische Ursache sind in diesem Zusammenhang oftmals als eine somatosensorische Erinnerung, anstelle einer in Worte fassbaren Erinnerung, an die traumatischen Ereignisse zu verstehen. Störungen der Selbstwahrnehmung und Veränderungen von Lebens-

Tab. 1 Skalenreliabilität des Interviews zur komplexen PTBS

Skalen des Interviews zur komplexen PTBS	Cronbachs α
Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen	0,71
Störungen der Wahrnehmung oder des Bewusstseins	0,68
Störungen der Selbstwahrnehmung	0,64
Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen	0,57
Somatisierung	0,65
Veränderungen von Lebenseinstellungen	0,65
gesamtes Interview	0,88

Tab. 2 Häufigkeit des Vorliegens der einzelnen Kriterien des Interviews zur komplexen PTBS

Unterskalen	n (%)
Störungen der Regulation von Affekten und Impulsen	54 (75,0%)
Störungen der Wahrnehmung oder des Bewusstseins	47 (65,3%)
Störungen der Selbstwahrnehmung	36 (50,0%)
Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen	56 (77,0%)
Somatisierung	57 (79,2%)
Veränderungen von Lebenseinstellungen	29 (40,3%)
alle 6 Kriterien erfüllt	16 (22,0%)
5 von 6 Kriterien erfüllt	31 (43,0%)

einstellungen (fehlende Zukunftsperspektive und Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen und Werten) lagen mit 50% bzw. 40,3% im Vergleich zu den anderen Kriterien der komplexen PTBS deutlich seltener vor.

Aufgrund der vergleichsweise geringeren Prävalenz der Veränderungen von Lebenseinstellungen schlagen wir vor, die Diagnose einer komplexen PTBS bereits bei Vorliegen von 5 der 6 Kriterien zu stellen. Diese geringe Prävalenz ist vermutlich auf kulturelle Unterschiede bei der Beantwortung dieser Items des im US-amerikanischen Raum entwickelten Interviews zurückzuführen. Eine Diagnosestellung ausschließlich bei 6 Kriterien führt deshalb zu einer unangemessen niedrigen Sensitivität. Da sich ein derartiger Wertewandel hierzulande so nicht erfassen lässt, trägt das Kriterium geänderter Werte auch nicht wesentlich zur Spezifität der Diagnosestellung bei [3]. Mit dem deutschsprachigen Interview zur komplexen PTBS untersuchte Patienten, die lediglich 5 Kriterien einer komplexen PTBS erfüllen, leiden nach unserer klinischen Erfahrung nahezu in gleicher Weise an einer schweren Traumafolgestörung. Die Herabsetzung des Schwellenwertes von 6 auf 5 zu erfüllende Kriterien bedarf einer weiteren empirischen Validierung. Diese wird zurzeit im Rahmen einer Multicenterstudie mit einer Stichprobe von etwa 300 mit dem Interview zur komplexen PTBS untersuchten Patienten durchgeführt.

Validität der Diagnose komplexe PTBS

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

Tab. 3 Symptomatik und Alter bei Ersttraumatisierung

	PTBS	komplexe PTBS	F	DF	Sign.
Traumasympptomatik (IES)	47,3 ± 15,0	52,5 ± 12,1	2,0	53	n. s.
Depressivität (ADS)	21,1 ± 10,3	29,1 ± 10,1	7,2	46	p = 0,01
Angst (STAI)	57,0 ± 11,2	63,1 ± 9,0	4,2	45	p < 0,05
Dissoziative Symptome:					
– FDS	11,5 ± 5,8	16,1 ± 13,4	2,2	47	n. s.
– DESTAX	3,9 ± 5,1	13,0 ± 14,5	7,8	47	p < 0,01
– SKID-D Gesamtpunktzahl	7,9 ± 2,7	12,8 ± 4,0	26,8	54	p < 0,01
Alter	37,9 ± 12,4	35,5 ± 10,3	0,6	55	n. s.
Alter bei Ersttraumatisierung	17,9 ± 14,2	10,5 ± 9,6	5,4	55	p = 0,02

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

	PTBS % (n)	komplexe PTBS % (n)	χ^2	Sign.
Diagnose PTBS	100% (25)	83,9% (26)	4,4	n. s.
Depressive Störung	24% (6)	22,6% (7)	0,2	n. s.
Angststörung	28% (7)	25,8% (8)	0,3	n. s.
Somatoforme Störung	40% (10)	51,6% (16)	0,8	n. s.
Dissoziative Störung	16% (4)	74,2% (23)	18,8	p < 0,01

Signifikanzberechnung: Fisher's Exact-Test (zweiseitig)

Tab. 4 Diagnosen und komorbide Diagnosen

Symptomatik

Die Stärke der mit der Impact of Event Scale (IES) erhobenen traumaspezifischen Symptomatik (Intrusionen und Vermeidungsverhalten) war in der Stichprobe bei den Patienten mit komplexer PTBS etwas stärker ausgeprägt als in der Vergleichsgruppe; es bestand allerdings kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen beiden Untersuchungsgruppen (● **Tab. 3**). Sowohl im Bereich der Depressivität (Allgemeine Depressionskala, ADS) als auch der allgemeinen Ängstlichkeit (X2-Skala des State-Trait-Angstinventars, STAI) war die Symptomatik bei den Patienten mit komplexer PTBS signifikant stärker ausgeprägt als in der PTBS-Vergleichsgruppe (● **Tab. 3**).

Die dissoziative Symptomatik wurde sowohl mit dem Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS) als auch mit dem Strukturierten Klinischen Interview zu Dissoziativen Störungen (SKID-D) erfasst. Bei beiden Instrumenten war in der Stichprobe die dissoziative Symptomatik in der Gruppe der Patienten mit komplexer PTBS stärker ausgeprägt. Ein deutlicher und hier auch statistisch signifikanter Unterschied fand sich im SKID-D sowie in den 8 für pathologische Dissoziation spezifischen Items des FDS (sogenannte DES-Taxon-Items, ● **Tab. 3**).

Alter bei Ersttraumatisierung und Häufigkeit multipler Traumatisierungen

Das Alter bei Ersttraumatisierung der Patienten mit komplexer PTBS war signifikant niedriger als in der Vergleichsgruppe (● **Tab. 3**). Die Anzahl der positiven Items im Interview zur komplexen PTBS korrelierte zudem signifikant negativ mit dem Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung (Pearson $r = -0,412$, $p < 0,01$). Zudem lagen multiple Traumatisierungen bei Patienten mit der Diagnose einer komplexen PTBS gegenüber der Vergleichsgruppe signifikant häufiger vor (90,3% vs. 68% (28 vs. 17 Patienten); $\chi^2 = 4,4$; Fisher's Exact-Test: $p < 0,05$).

Komorbide Diagnosen

Bei 83,9% aller Patienten mit komplexer PTBS konnte gleichzeitig mit dem SKID-PTSD-Interview die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung gestellt werden (● **Tab. 4**). Die Häufigkeit der komorbiden Diagnosen depressive Störungen, Angststörungen und somatoforme Störungen unterscheidet sich nicht wesentlich zwischen den Gruppen. Deutlich und statistisch hoch signifikant häufiger als die Vergleichsgruppe weisen Patienten mit komplexer PTBS jedoch Dissoziative Störungen als komorbide Diagnose auf (● **Tab. 4**).

Kindheitsbelastung und Ressourcen

Im Vergleich zur PTBS-Vergleichsgruppe berichteten in der Stichprobe Patienten mit komplexer PTBS häufiger über Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit. Die Werte des Childhood Traumatic Questionnaire (CTQ) waren hier deutlich und statistisch signifikant höher als in der Vergleichsgruppe. Besonders stark und ebenfalls statistisch signifikant unterschieden sich die beiden Gruppen in der Häufigkeit des emotionalen und sexuellen Missbrauchs (● **Tab. 5**).

Sowohl die gesundheitsprotektive Ressource Kohärenzgefühl, gemessen mit dem Sense of Coherence Questionnaire (SOC) als auch die subjektiv erlebte soziale Unterstützung (Social Support Questionnaire, SSQ-6) waren in der Stichprobe bei den Patienten mit komplexer PTBS niedriger ausgeprägt als in der Vergleichsgruppe. Statistische Signifikanz erreichte der Unterschied allerdings nur beim SOC (● **Tab. 5**).

Diskussion

Die vorliegende Studie untersucht die Reliabilität des Interviews zur komplexen PTBS sowie die externe Validität der mit dem Interview zur komplexen PTBS (I-kPTBS) gestellten Diagnose einer komplexen PTBS; dazu wurden die Daten etablierter, standardisierter Fragebögen zu Symptomatik, Kindheitsbelastungen und

Tab. 5 Kindheitsbelastungen und Ressourcen

	PTBS	komplexe PTBS	F	DF	Sign.
Kindheitsbelastungen (CTQ)	54,9 ± 21,4	69,8 ± 22,4	5,3	45	p = 0,03
Emotionaler Missbrauch	12,8 ± 6,0	17,8 ± 5,8	8,3	46	p < 0,01
Körperliche Misshandlung	9,3 ± 5,0	10,7 ± 5,5	0,8	45	n. s.
Sexueller Missbrauch	7,5 ± 5,3	12,7 ± 8,0	6,5	46	p = 0,01
Emotionale Vernachlässigung	14,8 ± 7,2	18,4 ± 5,3	0,4	46	n. s.
Körperliche Vernachlässigung	10,5 ± 4,4	11,4 ± 4,6	0,5	46	n. s.
Ressourcen					
Kohärenzgefühl (SOC)	53,1 ± 15,1	42,7 ± 12,3	6,6	45	p = 0,01
Soziale Unterstützung (SSQ-6)	6,7 ± 5,9	3,9 ± 3,9	3,6	44	p = 0,06

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

Ressourcen analysiert. Als Vergleichsgruppe dienen Patienten, bei denen die Diagnose einer PTBS vorliegt, jedoch die Kriterien einer komplexen PTBS nicht erfüllt sind. Bei über 84% aller Patienten mit komplexer PTBS waren zugleich die diagnostischen Kriterien einer PTBS erfüllt.

Die interne Konsistenz des Interviews zur komplexen PTBS ist mit $\alpha = 0,88$ als gut bis sehr gut zu bezeichnen. Die im Verhältnis geringeren Reliabilitäten der Unterskalen erklären sich dadurch, dass teilweise recht heterogene Fragen in den einzelnen Skalen zusammengefasst sind. (So erfüllt ein Patient in der Skala „Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen“ in den Unterskalen vielleicht das Item „Vermeiden Sie Kontakte zu anderen Menschen?“, jedoch nicht das Item „Haben Sie Schwierigkeiten, Meinungsverschiedenheiten und Konflikte auszutragen?“, da er Kontakte vermeidet und so höchst selten oder gar nicht in die Situation kommen kann, sich auseinandersetzen zu müssen.) Die hohe Reliabilität bezogen auf das gesamte Interview weist darauf hin, dass das Interview insgesamt ein relativ konsistentes Konstrukt erfasst. Die Test-Retest-Reliabilität des Interviews zur komplexen PTBS wurde von uns bisher noch nicht ermittelt. Erste Daten zur Interraterreliabilität sprechen für eine hohe Übereinstimmung der Interviewergebnisse nach einem Ratertraining.

Im Hinblick auf die eingangs aufgestellten Hypothesen lassen sich die an der Stichprobe beobachteten Unterschiede zwischen Patienten mit einer komplexen PTBS und Patienten, bei denen lediglich eine PTBS vorliegt, folgendermaßen zusammenfassen:

- ▶ Die komorbide Symptomatik bezüglich Angst, Depression und Dissoziation ist deutlich stärker ausgeprägt; statistisch signifikant sind die Unterschiede auf folgenden Skalen: STAI, ADS, SKID-D.
- ▶ Die komorbide Diagnose Dissoziative Störung tritt signifikant häufiger auf, während kein sicherer Hinweis auf eine Häufung der Nebendiagnosen Depressive Störung, Angststörung und Somatoforme Störung gefunden wurde.
- ▶ Das Alter bei Ersttraumatisierung liegt signifikant niedriger, multiple Traumatisierungen sind signifikant häufiger.
- ▶ Über Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit wird häufiger berichtet; ein signifikanter Unterschied besteht hinsichtlich der Häufigkeit emotionalen und sexuellen Missbrauchs.
- ▶ Die gesundheitsprotektive Ressource Kohärenzgefühl ist in signifikant geringerem Maße vorhanden; die subjektiv erlebte soziale Unterstützung ist auf nichtsignifikantem Niveau verringert.

Dissoziative Störungen wurden bei 74% der Patienten mit komplexer PTBS diagnostiziert und damit signifikant häufiger als in der Vergleichsgruppe (16%). Da dissoziative Störungen relativ

spezifische Folgen schwerer und lebensgeschichtlich früher Traumatisierungen sind, spricht dieser Befund dafür, dass die Diagnose komplexe PTBS speziell früh traumatisierte Patienten erfasst. Dieser Befund wird durch das deutlich niedrigere Alter bei Ersttraumatisierung der Patienten mit komplexer PTBS unterstützt. Die spezifische PTBS-Symptomatik in Form von Intrusionen und Vermeidungsverhalten (IES) war in beiden Gruppen nicht signifikant unterschiedlich ausgeprägt. Dies spricht dafür, dass sich Patienten mit einer komplexen PTBS nur wenig hinsichtlich der traumaspezifischen Symptome von Patienten unterscheiden, bei denen nur die Diagnose einer PTBS gestellt wurde. Komorbide Angstsymptome und depressive Symptome und in besonderem Maße dissoziative Symptome waren bei unseren Patienten mit komplexer PTBS hingegen signifikant stärker ausgeprägt, was auf ein generell schweres Störungsbild mit einer hohen gesamten Symptombelastung bei diesen Patienten hinweist.

Übereinstimmend mit der höheren Prävalenz von Frühtraumatisierungen bei Patienten mit komplexer PTBS fanden sich in unserer Untersuchung auch häufigere Berichte über traumatische Kindheitsbelastungen. Emotionaler Missbrauch und sexueller Missbrauch waren dabei die Symptombereiche, in denen sich die deutlichsten Unterschiede hinsichtlich der Kindheitstraumatisierungen fanden. Diese Befunde decken sich mit den Annahmen zur Ätiologie der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung, die auf durch Menschen verursachte Mehrfachtraumatisierungen in frühen Entwicklungsstadien zurückgeführt werden.

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

Die Befunde unserer Studie basieren auf einer relativ kleinen Stichprobe von insgesamt 72 Patienten und wurden ausschließlich von einem Untersucher an einem Studienzentrum erhoben. Zugunsten der Spezifität wurden die Kriterien für die Diagnose-

stellung von 6 auf 5 reduziert. Eine weitere Datensammlung zur Validierung des Interviews mit einer größeren Stichprobe aus unterschiedlichen Studienzentren wird gegenwärtig von uns durchgeführt. Nach unserer persönlichen Erfahrung führt die Durchführung von Interviews mit dem I-kPTBS zu einer Schärfung des diagnostischen Blicks für schwere Traumafolgestörungen und kann daher auch mit didaktischer Zielsetzung zur Schulung der eigenen diagnostischen Fähigkeiten eingesetzt werden. Unter Berücksichtigung der genannten Einschränkung bestätigen die vorliegenden Befunde im Wesentlichen unsere Untersuchungshypothesen. Wir fanden bei Patienten mit der Diagnose einer komplexen PTBS hypothesenkonform eine stärker ausgeprägte Komorbidität bezüglich dissoziativer Störungen sowie eine höhere komorbide Symptombelastung. Entsprechend unserer Annahmen fand sich eine relative Spezifität für frühe Traumatisierungen bei Patienten mit der Diagnose einer komplexen PTBS sowie geringer ausgeprägte persönliche Ressourcen (Kohärenzgefühl), welche als Folgen kindlicher Entwicklungsdefizite angesehen werden können.

Unsere Befunde liefern vorläufige Belege dafür, dass die komplexe posttraumatische Belastungsstörung eine eigenständige, von der PTBS in spezifischen Merkmalen abgrenzbare Diagnose darstellt. Die hohe Übereinstimmung der anhand externer Fragebogendaten erhobenen Symptomatik mit den Kernsymptomen der komplexen PTBS spricht zudem für eine hohe Validität der Diagnose komplexe PTBS. Die „einfache“ PTBS mit Intrusionen, Vermeidungsverhalten und Übererregbarkeit ist eine typische Reaktion auf eine Traumatisierung und kann als Folge früher und lang andauernder Traumatisierungen vorliegen. Sehr häufig gehen jedoch weitere Symptome wie Wut, Ärger, Scham mit diesen Beschwerden einher oder entwickeln sich auch unabhängig davon als individuelle Antwort auf eine posttraumatische Belastungsreaktion. Mit dem Konstrukt der komplexen PTBS werden Patienten mit Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, Scham, Rückzug, somatoformen Körperbeschwerden einerseits, Impulsivität, Autodestruktivität, Aggression andererseits als Manifestation posttraumatischer Belastungsreaktionen erfasst. Dabei lassen sich eher „internalisierende“ von eher „externalisierenden“ Reaktionsweisen als persönliche Antwort auf eine traumatische Erfahrung beobachten. Bei Letzteren wird die Überschneidung mit der Symptomatik der Emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typus noch einmal deutlich [25].

Wenn man die klinischen Probleme dieser Patienten im Einzelnen betrachtet, entdeckt man drei Gruppen von Problemen, von denen die direkten Traumafolgesymptome nur eine nachrangige Gruppe darstellen. Klinisch auffällig ist vor allem die deutliche Störung der Beziehungen zu anderen, die sich in unserer Studie in einer signifikant geringeren Anzahl von in der Gegenwart als unterstützend erlebten Personen zeigt. Diese Bindungsstörung entstammt früheren, als traumatisch erlebten Beziehungen („emotionaler Missbrauch“), die sich in der Gegenwart reaktivieren und auch die therapeutische Beziehung erheblich belasten können. Diese Zusammenhänge sind vor allem aus der psychoanalytischen Literatur bekannt und müssen gerade in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung zu diesen Patienten berücksichtigt werden. Es handelt sich dabei um Patienten mit einem erheblichen Misstrauen gegenüber anderen Menschen, die in erlebten Bedrohungen zum Selbstschutz, wie auch schon als Kind, Zuflucht zu inneren Welten und Bildern nehmen und in besonderer Weise zwischen unterschiedlichen Ich-Zuständen (ego-states) der erwachsenen und der kindlichen Position pendeln. Realitäten im Hier und Jetzt können dabei oft nicht ausei-

nantergehalten werden von früheren kindlichen Erfahrungen. Dieses Unvermögen, in Stresssituationen die Erwachsenenenebene aufrechtzuerhalten und der häufige innere Rückzug muss in der therapeutischen Beziehung berücksichtigt werden.

Ein zweites klinisches Problem dieser Patienten ist die häufig geringe Affekttoleranz. Dieser Befund passt gut zu der bei der PTBS bekannten funktionellen Unterdrückung frontaler Gehirnareale, die auch eine Unterdrückung affektregulierender Areale des Frontalhirns beinhalten kann. Therapeutisch entsteht so das Problem, dass gerade diese Patienten keine ausreichende Affekttoleranz besitzen, um eine zur Bearbeitung ihrer belastenden Erinnerungen notwendige Traumakonfrontation durchführen zu können. Vor der Bearbeitung dieser Erinnerungen muss daher eine therapeutische Phase der Stabilisierung der therapeutischen Beziehung und der Verbesserung der Affektregulation erfolgen. Diese Phase ist dabei inhaltlich und zeitlich als weitaus intensiver anzulegen als bei einer einfachen PTBS, da Basisfertigkeiten wie eine beispielsweise schon vor der Traumatisierung gut entwickelte Fähigkeit zur Selbstfürsorge fehlen können und neu entwickelt und erlernt werden müssen. Insbesondere müssen Patienten auch einen Umgang mit unterschiedlichen Ich-Zuständen erwerben und häufig erst einmal für eine ausreichend sichere soziale Situation sorgen. Erst an dritter Stelle erscheinen in dieser klinisch orientierten Abfolge die spezifischen Traumasymptome im Fokus. Dabei sind zwar Intrusionen, Vermeidung und Übererregung – wie bei fast allen Traumafolgestörungen – durchaus vorhanden, genauso häufig aber auch somatoforme und dissoziative Symptome. Aus der Behandlung der PTBS ist bekannt, dass diese Symptome mit einer erfolgreichen Traumabearbeitung zurückgehen, aus der Symptomstruktur der komplexen PTBS ist jedoch absehbar, dass dieser Verlauf immer wieder durch reaktivierte negative Beziehungserinnerungen (Übertragungen) und kompromittierte Affektregulation verzögert sein wird [24].

Insgesamt füllt die Diagnose der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung eine wichtige konzeptionelle Lücke, die ermöglicht, auch die Symptomstruktur schwer chronisch traumatisierter Patienten nachvollziehbar zu machen und darauf fundierte Behandlungspläne für diese schwer behandelbaren Patienten zu entwickeln und empirisch zu validieren.

Fazit für die Praxis

Früh traumatisierte multisymptomatische Patientinnen und Patienten stellen im klinischen Alltag eine besondere Herausforderung dar. Das Konzept der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung stellt eine hilfreiche Erweiterung der diagnostischen Möglichkeiten dar, weil typische Folgen lebensgeschichtlich früher und chronischer Traumatisierungen erfasst werden. Dadurch wird es möglich, Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen zu erfassen und die Indikation für eine spezifische und ätiologisch begründete Behandlung zu stellen. Auch wenn sich traumaspezifische Behandlungsansätze für Patienten mit komplexer PTBS in der Praxis bereits bewährt haben, bedürfen sie dringend einer empirischen Validierung.

Literatur

- 1 Herman JL. Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress* 1992; 5: 377 – 391
- 2 Sack M. Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Nervenarzt* 2004; 75: 451 – 459
- 3 Pelcovitz D, van der Kolk BA, Roth S et al. Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress* 1997; 10: 3 – 16
- 4 van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S et al. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation to trauma. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 83 – 93
- 5 Wittchen H-U, Zaudig M, Fydrich T. SKID – Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Göttingen: Hogrefe, 1997
- 6 Horowitz MJ, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine* 1979; 41: 209 – 218
- 7 Ferring D, Fillipp S-H. Teststatistische Überprüfung der Impact of Event-Skala: Befunde zur Reliabilität und Stabilität. *Diagnostica* 1994; 40: 344 – 362
- 8 Freyberger HJ, Spitzer C, Stieglitz R-D. Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS). Bern: Huber, 1999
- 9 Bernstein EM, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis* 1986; 174: 727 – 735
- 10 Hautzinger M, Bailer M. Allgemeine Depressionsskala (ADS). Weinheim: Beltz, 1993
- 11 Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977; 3: 385 – 401
- 12 Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI. Manual for the State-Trait-Anxiety-Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1970
- 13 Laux L, Glanzmann P, Schaffner P, Spielberger CD. Das State-Trait-Angstinventar. Theoretische Grundlagen und Handanweisung. Weinheim: Beltz-Test, 1981
- 14 Sarason IG, Levine H, Basham R, Sarason B. Assessing social support: the Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 44: 127 – 139
- 15 Quast HH, Sarason IG. Fragebogen zur sozialen Unterstützung (SSQ) – Deutsche Adaptation. In: Schwarzer R (Hrsg): Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit. Berlin: Freie Universität Institut für Psychologie, 1986: 179 – 194
- 16 Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bass, 1987
- 17 Noack H, Bachmann N, Oliveri M et al. Fragebogen zum Kohärenzgefühl. Autorisierte Übersetzung des „Sense of Coherence Questionnaire“ von Antonovsky. 1991 unveröffentlicht
- 18 Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Sciences and Medicine* 1993; 36: 725 – 733
- 19 Sack M, Lamprecht F. Forschungsaspekte zum „Sense of Coherence“. In: Schüffel W, Brucks U, Johnen R, Köllner V, Lamprecht F, Schnyder U (Hrsg): *Handbuch der Salutogenese – Konzept und Praxis*. Wiesbaden: Ullstein Medical, 1998: 325 – 336
- 20 Bernstein DP, Fink L, Handelsman L et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1132 – 1136
- 21 Gast U, Oswald T, Zündorf F, Hofmann A. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV – Dissoziative Störungen (SKID-D). Göttingen: Hogrefe, 2000
- 22 Zanarini MC, Skodol AE, Bender D et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: reliability of axis I and II diagnoses. *J Personal Disord* 2000; 14: 291 – 299
- 23 Steinberg M. *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders – Revised (SCID-D)*. Washington: American Psychiatric Press, 1994
- 24 Hofmann A, Sack M. EMDR in der Behandlung von Patienten mit chronisch komplexer PTBS und schweren dissoziativen Störungen. In: Lamprecht (Hrsg): *Praxisbuch EMDR – Modifizierungen für spezielle Anwendungsgebiete*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2006: 172 – 194
- 25 Miller MW, Resick PA. Internalizing and Externalizing Subtypes in Female Sexual Assault Survivors: Implications for the Understanding of Complex PTSD. *Behavior Therapy* 2007; 38: 58 – 71