

4. Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

4.1 Symptombild

Nach lang andauernden oder sich wiederholenden traumatischen Erfahrungen, aus denen ein Entkommen nur schwer oder gar nicht möglich ist (z.B. sexueller Missbrauch in der Kindheit, Folter oder rituelle Gewalt), zeigen Betroffene ein breites Spektrum an Symptomen, welche durch die Diagnosekriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach ICD-10 (Dilling et al., 1991) nur unzureichend abgedeckt sind. Solche traumatischen Erfahrungen können erhebliche Beeinträchtigungen der affektregulativen Fähigkeiten, der Beziehungsfähigkeit sowie der persönlichen Grundüberzeugungen nach sich ziehen, die über die Kernsymptome der PTBS weit hinausgehen. Für dieses Symptombild wird häufig der Begriff der *komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung* (komplexe PTBS) verwendet.

Von komplexer PTBS Betroffene erleben die eigenen Affekte und Impulse als wenig steuerbar. Häufig werden (langfristig) schädigende Strategien zur Steuerung der Affektivität eingesetzt, wie Selbstverletzung und Substanzkonsum. Persönliche Grundüberzeugungen sind oft dauerhaft negativ

gefärbt: Betroffene schätzen sich als inkompetent und wenig liebenswert ein. Von der Umwelt und anderen Menschen wird erwartet, dass sie wenig vertrauenswürdig und unberechenbar sind. Als Folge der genannten Probleme weisen Betroffene meist große Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen auf. Häufig ist darüber hinaus eine anhaltend dysphorische oder depressive Stimmung charakteristisch, die von Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Scham und Schuld geprägt ist und in chronische Suizidalität münden kann. Vor allem nach sexuellem Missbrauch kommt häufig ein ausgeprägter Ekel vor dem eigenen Körper bis hin zum Selbsthass hinzu.

Um solche komplexen Symptombilder angemessener als bislang in der Diagnostik und Behandlung zu berücksichtigen, wird in der ICD-11 erstmals eine neue eigene Diagnosekategorie der komplexen PTBS neben der Diagnose der (»einfachen«) PTBS eingeführt werden (WHO, 2018, S. 11). Im *Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen* (DSM-5, APA, 2013) wurden hingegen Symptome der komplexen PTBS in die bestehende Diagnosekategorie der PTBS integriert und diese durch einen dissoziativen Subtypus erweitert.

4.2 Entwicklung des Konzepts

Bereits in den 1950er und 1960er Jahren wurde deutlich, dass langjährige und massive traumatische Erfahrungen dauerhafte Schädigungen bei Betroffenen nach sich ziehen. Eine Grundlage der Fachdiskussionen zu diesem Zeitpunkt waren Beschreibungen der Auswirkungen traumatischer Erfahrungen bei Holocaust-Überlebenden (Venzlaff, 1958). Der Psychoanalytiker René Spitz erforschte als Erster systematisch die Auswirkungen emotionaler Vernachlässigung bei Säuglingen und beschrieb Symptome wie eine passive Grundstimmung, Apathie, Störungen der Wahrnehmung und Lernstörungen. Gleichzeitig widmete sich auch die Londoner psychoanalytische Schule der Behandlung solcher Bindungstraumata.

Die amerikanischen Forscherinnen Ann Burgess und Lynda Holmstrom (1974) beschrieben in den 1970er Jahren mit dem »Rape Trauma Syndrome« die komplexen Symptome von Vergewaltigungsopfern, wie allgemeine Ängste und Irritabilität, Vermeidung von Beziehungen mit Männern, Veränderung der Sexualität, Ängste, allein zu sein, Verlust an Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit, Selbstbeschuldigung und Alpträume.

In den 1980er und 1990er Jahren wurden schließlich Studien veröffentlicht, die einen Zusammenhang zwischen Kindheitstraumatisierungen und der Entwicklung psychischer Störungen im Erwachsenenalter aufzeigten (z.B. Bryer et al., 1987). Hierbei wurde deutlich, dass zum einen wiederholt auftretende, zum anderen durch Menschen verursachte Traumatisierungen besonders schwerwiegende psychische Schädigungen nach sich ziehen.

Die amerikanische Psychiaterin Leonore Terr (1991) unterschied daher zwischen einmaligen, zeitlich umgrenzten und in der Öffentlichkeit stattfindenden Traumatisierungen wie Unfällen, Naturkatastrophen oder Kriegserlebnissen (Typ-I) sowie sich wiederholenden Traumata, wie etwa Kindesmisshandlung, sexueller Missbrauch oder Vernachlässigung, die oft durch nahestehende Personen über einen längeren Zeitraum heimlich erfolgen (Typ-II). Während sie die Kernsymptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung mit Typ-I-Traumatisierungen in Verbindung brachte, beschrieb sie für Typ-II-Traumatisierungen ein breiteres Spektrum an Folgen, wie etwa mangelhafte Selbstwirksamkeitserwartungen, Probleme mit der Emotionsregulation, Somatisierung und Dissoziationsneigung (Terr, 1991).

Auch die amerikanische Psychiaterin und Traumaforscherin Judith Herman wies darauf hin, dass nach besonders schwerwiegenden und langjährigen Traumatisierungen bei den Betroffenen komplexe Symptome auftreten, die durch die Symptome der PTBS nur unzureichend erfasst werden (Herman, 1992b). Nach Herman umfasst die komplexe PTBS ein weites Spektrum an Traumafolgen, welches bei Betroffenen nach chronischem sexuellen Missbrauch, Vernachlässigung oder Misshandlung in der Kindheit, aber auch nach Kriegserfahrungen oder Gewalt durch politische Regime beobachtet werden kann. Als Folge dieser traumatischen Erfahrungen beschrieb Herman bei Betroffenen Störungen der Affektregulation, der Selbstwahrnehmung, der Glaubens- und Wertvorstellungen, der Beziehungsgestaltung und der Sexualität. Zusätzlich wurde deutlich, dass Betroffene häufig an somatischen Beschwerden und

dissoziativen Symptomen leiden. Herman wies darauf hin, dass diese Symptome eine direkte Folge der komplexen traumatischen Erfahrungen darstellen, Betroffene jedoch oft der Fehldiagnose einer Persönlichkeitsstörung ausgesetzt seien (Herman, 1992b).

Im Zuge der Entwicklung der 4. Auflage des *Diagnostischen und Statistisches Manuals Psychischer Störungen* (DSM-IV; APA, 1994) wurde eine Expertengruppe (u. a. Judith Herman, Bessel van der Kolk und David Pelcovitz) einberufen, die beauftragt wurde, einen Vorschlag für ein Diagnosekonzept zur Beschreibung des Symptombildes nach chronischen interpersonellen Traumatisierungen zu erarbeiten. Hierzu wurden Literaturrecherchen und Feldstudien durchgeführt (van der Kolk et al., 2005), auf deren Basis die Arbeitsgruppe das Konzept der »Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified« (DESNOS, dt. »Störung durch Extrembelastung, nicht anderweitig bezeichnet«) erarbeitete. Das DESNOS-Konzept beschreibt Veränderungen in sechs Symptombereichen (van der Kolk et al., 2005):

1. *Veränderungen in der Regulation von Affekten und Impulsen* (Affektregulation, Steuerungsfähigkeit von Ärger, selbstschädigendes Verhalten, Suizidalität, Schwierigkeiten der Steuerungsfähigkeit sexueller Beteiligung, exzessives Risikoverhalten);
2. *Veränderungen in Aufmerksamkeit und Bewusstsein* (Amnesien, dissoziative Episoden und Depersonalisation);
3. *Veränderungen der Selbstwahrnehmung* (Gefühl der Ineffektivität, Gefühl, dauerhaft beschädigt zu sein, Schuldgefühle und Verantwortungsübernahme, Scham, Gefühl, isoliert von der Umwelt zu sein, Unterschätzen gefährlicher Situationen);

4. *Veränderungen der Wahrnehmung des Täters* (Übernahme verzerrter Überzeugungen, Idealisierung, Präokkupation durch Gedanken an den Täter);
5. *Veränderungen der Beziehungen zu anderen* (Unfähigkeit zu vertrauen, Reviktimisierung, Viktimisierung anderer);
6. *Somatisierung* (gastrointestinale Symptome, chronische Schmerzen, kardiopulmonale Symptome, Konversionssymptome, sexuelle Funktionsstörungen);
7. *Veränderungen von Lebenseinstellungen* (Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, Verlust früherer stützender Grundüberzeugungen).

DESNOS sollte die Folgen besonders schwerer, wiederholter bzw. langanhaltender Traumatisierungen wie psychische, körperliche oder sexuelle Gewalterfahrungen in der Kindheit, aber auch die Folgen von Kriegs- und Foltererfahrungen, Konzentrationslagerhaft oder Entführungen beschreiben. Auf Grundlage der vorliegenden Studiendaten wurde angenommen, dass DESNOS mit Traumatisierungen in einem frühen (vs. späten) Lebensalter und interpersonellen Traumatisierungen (vs. Unfällen oder Naturkatastrophen) einhergeht.

Die Arbeitsgruppe schlug vor, das DESNOS-Konzept als diagnostische Kategorie in das DSM-IV aufzunehmen (van der Kolk et al., 2005). Obwohl die Ergebnisse der durchgeführten Feldstudien die Konstruktvalidität des DESNOS-Konzepts unterstrichen, wurde DESNOS jedoch schließlich nicht als eigenständige Diagnosekategorie in das DSM-IV aufgenommen. Das Konzept erlangte lediglich den Status als zusätzliches klinisches Beschreibungsmerkmal der PTBS (»Problems Related to Abuse and Neglect«) und wurde in den Anhang des DSM-IV auf-

genommen. Der Begriff DESNOS ist jedoch auch heute noch in der psychotherapeutischen und psychiatrischen Praxis und Forschung vor allem im amerikanischen Sprachraum gebräuchlich. Der Begriff *komplexe PTBS* (engl. complex PTSD) wurde von der amerikanischen Forscherin Judith Herman bereits zu Beginn der 1990er Jahre eingeführt (Herman, 1992a, s.o.). Im Zuge der Entwicklung des DSM-5 wurde die Aufnahme der komplexen PTBS erneut diskutiert, aber sie wurde letztendlich auch nicht als eigenständige Diagnose aufgenommen. Stattdessen wurden Symptome, die die Symptomatik der komplexen PTBS beschreiben, insbesondere anhaltende negative kognitive und emotionale Veränderungen, als neue Kategorie in die bestehende PTBS-Diagnose eingeführt (APA, 2013).

Ein weiteres wichtiges Konzept im Bereich der Traumafolgestörungen wurde ebenfalls von einer Arbeitsgruppe um Bessel van der Kolk entwickelt. Diese Arbeitsgruppe kritisierte an dem bestehenden Konzept der PTBS, dass es nicht entwicklungs-sensibel sei (van der Kolk et al., 2005). Um der Beobachtung Rechnung zu tragen, dass sich die Symptome der PTBS bei Kindern und Jugendlichen anders ausgestalten als bei Erwachsenen und häufig fehldiagnostiziert werden, schlug die Arbeitsgruppe vor, eine entwicklungsspezifische Traumafolgestörung für Kinder und Jugendliche in das DSM-5 aufzunehmen. Das Konzept der *Traumaentwicklungsstörung* (engl. Developmental Trauma Disorder, DTD; van der Kolk, 2009) systematisiert die komplexen Symptome von Kindern und Jugendlichen nach chronischen interpersonellen Traumatisierungen einschließlich emotionaler Vernachlässigung in drei Symptombereichen (1. affektive und physiologische Dysregula-

tion oder Dissoziation; 2. Probleme bei der Verhaltens- und Aufmerksamkeitssteuerung; 3. Schwierigkeiten der Selbstwertregulation und Beziehungsgestaltung). Die Diagnose der *Traumaentwicklungsstörung* wurde u.a. aufgrund bislang insgesamt unzureichender empirischer Belege nicht in das DSM-5 aufgenommen.

In der ICD-10 wird mit der *Andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung* (F62.0; Dilling et al., 1991) im Kapitel zu Persönlichkeitsstörungen eine überdauernde Persönlichkeitsveränderung beschrieben, welche durch die Auswirkungen von extremen Belastungen charakterisiert ist und damit zumindest in Bezug auf die zugrunde liegenden Traumatisierungen dem Konzept der DESNOS ähnelt. Die Diagnose der Andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung wurde als Grundlage für die gutachterliche Anerkennung der psychischen Folgen von Konzentrationslagerhaft, Folter oder Verfolgung durch das Regime des Nationalsozialismus entwickelt (Sack, 2012). Für Betroffene sind ein unflexibles Verhalten, eine feindselige oder misstrauische Haltung gegenüber der Umwelt und sozialer Rückzug charakteristisch. Sie berichten über ein chronisches Gefühl der Leere, Hoffnungslosigkeit und Entfremdung, über chronische Anspannung sowie das Gefühl ständiger Bedrohung (Dilling et al., 1991). Das Konzept beschreibt damit eine überdauernde Persönlichkeitsveränderung, welche nicht auf einer vorbestehenden Persönlichkeitsstörung basiert. Da die Diagnose empirisch unzureichend validiert ist (Beltran et al., 2009) und zudem den Nachteil hat, nur auf Traumatisierungen im Erwachsenenalter anwendbar zu sein, wird sie in der ICD-11 nicht mehr aufgeführt werden.

4.2.1 Aktuelle Konzepte

Die aktuellen Überarbeitungen der PTBS-Konzepte im DSM-5 und in der ICD-11 haben sich in den letzten Jahren in sehr unterschiedliche Richtungen entwickelt (Maercker et al., 2013). Während in der ICD-11 die PTBS nur durch ihre wesentlichen Symptome aus den Bereichen Wiedererleben, Vermeidung und vegetative Übererregung beschrieben ist und eine zweite Diagnose der komplexen PTBS eingeführt wird (WHO, 2018), wurde im DSM-5 versucht, im Rahmen eines einzigen Diagnosekonzepts der PTBS eine möglichst umfassende Beschreibung der Symptomatik zu erreichen, die auch »komplexe« Symptome einschließt. So sind im DSM-5 anhaltende negative kognitive und emotionale Veränderungen als Kriterien der PTBS (APA, 2013) benannt. Diese betreffen vor allem Scham, Schuld, Ekel, ein Gefühl von anhaltender übermäßiger Erregung, Misstrauen, eine gesteigerte Risikobewertung und eine geringere Gefahren-toleranz (APA, 2013). Damit ist das Symptomspektrum der PTBS im DSM-5 im Vergleich zur ICD-11 deutlich breiter gefasst.

In der ICD-11 wird die komplexe PTBS als eigenständige Diagnose neben der PTBS beschrieben (Maercker et al., 2013). Für die Diagnose der komplexen PTBS nach ICD-11 wird ein extrem belastendes oder lang andauerndes traumatisches Ereignis vorausgesetzt, aus dem ein Entkommen schwierig oder unmöglich ist (Box 1). Zu dieser Kategorie traumatischer Erfahrungen zählen Formen organisierter Gewalt wie Folter, Zwangsarbeit oder Genozide, aber auch andauernder sexueller Missbrauch oder körperliche Misshandlung in der Kindheit.

Box 1: Diagnosekriterien der komplexen PTBS nach ICD-11 (dt. Übers. des ICD-11 Beta Draft; WHO, 2018)

A. Traumakriterium

- Vorliegen eines Ereignisses oder einer Serie an Ereignissen von extrem bedrohlicher oder entsetzlicher Natur, am häufigsten anhaltende oder sich wiederholende Ereignisse, in Bezug auf die ein Entkommen schwierig oder unmöglich ist,
- z. B. Folter, Sklaverei, Genozidkampagnen, anhaltende häusliche Gewalt, wiederholter sexueller Kindesmissbrauch oder wiederholte körperliche Kindesmisshandlung.

B. Kernsymptome der PTBS

- Wiedererleben des traumatischen Ereignisses in Form von intrusiven Erinnerungen, Flashbacks oder Alpträumen.
- Vermeidung von Gedanken, Aktivitäten, Situationen oder Menschen, die an das Ereignis erinnern.
- Anhaltendes Gefühl einer erhöhten aktuellen Bedrohung, die durch Hypervigilanz oder eine erhöhte Schreckhaftigkeit deutlich wird.

C. Weitere Beeinträchtigungsbereiche

- Schwere und tiefgreifende Probleme der Emotionsregulation.
 - Anhaltende Überzeugung in Bezug auf eigene Selbst, minderwertig, nichtig oder wertlos zu sein, begleitet von tiefgreifenden und anhaltenden Gefühlen von Scham, Schuld und Versagen, die auf das traumatische Ereignis bezogen sind.
 - Anhaltende Schwierigkeiten, Beziehungen aufrechtzuerhalten und sich anderen nahe zu fühlen.
-

Zusätzlich zu den Kersymptomen der PTBS (Wiedererleben, Vermeidung, anhaltendes Gefühl der Bedrohung) müssen anhaltende und tiefgreifende Beeinträchtigungen der Emotionsregulation, im Selbstkonzept und in der Gestaltung von Beziehungen vorliegen.

4.2.2 Empirische Befunde zu aktuellen Konzepten

Die Konzeptualisierung der PTBS und der komplexen PTBS als zwei separate Krankheitsentitäten wird durch die Befunde mehrerer Studien gestützt, die die Struktur der PTBS und der komplexen PTBS untersuchten. In der Mehrheit der vorliegenden Studien fanden sich bei Personen mit traumatischen Erfahrungen mindestens zwei Subgruppen, die sich in ihrem Symptomprofil unterschieden (Brewin et al., 2017): Eine Gruppe wies eine hohe Ausprägung der sechs Symptombereiche der komplexen PTBS auf (Wiedererleben, Vermeidung, Gefühl der Bedrohung, Emotionsdysregulation, negatives Selbstkonzept, Beziehungsstörungen). Eine zweite Gruppe berichtete von hohen Symptomausprägungen in den drei Symptombereichen der PTBS (Wiedererleben, Vermeidung, Gefühl der Bedrohung), jedoch von einer geringen Symptomausprägung in den drei weiteren Bereichen der komplexen PTBS. Vergleichbare Symptomprofile fanden sich auch in Studien mit Kindern und Jugendlichen (Sachser et al., 2016).

Der überwiegende Teil der Studien, die die Faktorenstruktur verschiedener konkurrierender Modelle der PTBS bzw. der komplexen PTBS miteinander verglichen, spricht für ein Modell, bei dem die PTBS und die komplexe PTBS unterschiedliche, aber kor-

relierte Faktoren zweiter Ordnung darstellen, die jeweils durch drei Symptombereiche erster Ordnung gemessen werden. In verschiedenen Studien an Personen mit interpersonellen Gewalterfahrungen zeigte ein solches Modell die beste Passung mit den gewonnenen Daten (z.B. Karatzias et al., 2017; Shevlin et al., 2017). Es ist jedoch anzumerken, dass die Studienbefunde von Karatzias et al. (2017) für einen gemeinsamen Faktor der PTBS und der komplexen PTBS sprechen, auf den die sechs Symptombereiche der komplexen PTBS laden. In eine ähnliche Richtung weisen auch die Befunde von Wolf und Kollegen (2015) bei einer amerikanischen Allgemeinbevölkerungsstichprobe und einer Veteranenstichprobe. Hier zeigte ein Modell, welches die komplexe PTBS als schwerere Form der PTBS, jedoch nicht als separate Diagnose konzeptualisierte, die größte Passung mit den Daten. Nichtsdestotrotz scheint aus klinischer Perspektive eine korrekte Abgrenzung der komplexen PTBS von der PTBS einfach zu sein (Keeley et al., 2016).

Häufig diskutiert wird die Überlappung des Konzeptes der komplexen PTBS mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Cloitre et al. (2014b) untersuchten Symptomprofile von Personen mit PTBS, komplexer PTBS und Borderline-Persönlichkeitsstörung und fanden Hinweise darauf, dass sich das Konzept der Borderline-Persönlichkeitsstörung empirisch vom Konzept der komplexen PTBS abgrenzen lässt. Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung bildeten eine separate Gruppe, die sich vor allem hinsichtlich einer instabileren Beziehungsgestaltung und einer ausgeprägteren Impulsivität sowie mehr selbstverletzender und suizidaler Verhaltensweisen von Personen mit komplexer PTBS unterschieden. Ähnli-

che Befunde berichteten Knefel und Kollegen (Knefel et al., 2016).

4.3 Behandlung

Die psychotherapeutische Behandlung der komplexen PTBS kann angesichts von deren Schwere und Komplexität eine Herausforderung darstellen. Bislang existieren noch viele offene Fragen bezüglich des therapeutischen Vorgehens, der Behandlungsdauer und der Prognose eines Behandlungserfolgs. Mittlerweile herrscht jedoch Konsens darüber, dass eine erfolgreiche Therapie der komplexen PTBS eines traumafokussierten Vorgehens bedarf (Cloitre et al., 2012). Hierbei wird meist ein phasengeleitetes Vorgehen empfohlen, bei dem zunächst Störungen der Emotionsregulation behandelt werden, an die sich eine weitere Phase der traumafokussierten Bearbeitung anschließt (Cloitre et al., 2012). Die Phase der nicht-traumafokussierten Arbeit kann jedoch je nach Behandlungsfrequenz und Setting kurz ausfallen, wie etwa Bohus und Kollegen (2013) gezeigt haben. Vor dem Hintergrund der Schwere und Komplexität der Symptome benötigen Patienten meist wiederholte Interventionen, bis sich ausreichende Therapieerfolge einstellen.

Die in Kürze erscheinende aktualisierte S-3-Leitlinie der AWMF zur Behandlung der PTBS empfiehlt für die Behandlung von Patienten mit komplexer PTBS (AG-Leiter Andreas Maercker) »eine Psychotherapie mit traumafokussierten Techniken, bei denen Schwerpunkte auf der Verarbeitung der Erinnerung an die traumatischen Erlebnisse und/oder ihrer Bedeutung liegen«. Zusätzlich sollen »Techniken zur Emotionsregulation und zur Verbesserung von Beziehungsstörungen im Sinne der Bearbeitung dys-

funktionaler zwischenmenschlicher Muster« eingesetzt werden.

Die Empfehlung basiert auf den Studienergebnissen von bislang durchgeführten randomisierten kontrollierten Psychotherapiestudien mit Patienten mit komplexer PTBS. Bei den bislang untersuchten Patientengruppen handelte es sich vorwiegend um Frauen mit Missbrauchs- und Misshandlungserfahrungen in der Kindheit; darüber hinaus liegen einige Studien vor, die männliche Veteranen oder Soldaten untersuchten. Angesichts der Tatsache, dass die ICD-11 erst in Kürze erscheinen wird, liegen bislang keine Therapiestudien vor, die Studienteilnehmer nach den ICD-11-Kriterien eingeschlossen haben. Die Wirksamkeit der Interventionen wurde mit Wartekontrollgruppen, der üblichen Behandlung oder anderen aktiven Bedingungen verglichen.

Auf der Basis dieser bislang schmalen Studienlage zeichnete sich eine größere Effektivität der untersuchten therapeutischen Ansätze zur Behandlung der komplexen PTBS gegenüber den Kontrollgruppen ab. Auf der Grundlage einzelner methodisch guter Studien können laut der Leitlinienarbeitsgruppe aktuell die folgenden Verfahren als zur Behandlung der PTBS-Kernsymptomatik und der komplexen Symptomatik der PTBS sinnvolle Ansätze eingeschätzt werden:

- *das Skillstraining zur affektiven und interpersonellen Regulation/Narrative Therapie* (STAIR NT; Cloitre et al., 2002, 2010),
- *kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze* (McDonagh et al., 2005) einschließlich Cognitive Processing Therapy (CPT; Monson et al., 2006; Resick et al., 2008), und die
- *Dialektisch-Behaviorale Therapie-PTBS* (DBT-PTBS; Bohus et al., 2013).

Das von Cloitre und Kollegen entwickelte *Skillstraining zur affektiven und interpersonellen Regulation/Narrative Therapie* (STAIR NT; Cloitre et al., 2014a) beinhaltet in der ersten Behandlungsphase Skills zur Emotionsregulation und die Bearbeitung dysfunktionaler interpersonaler Schemata (STAIR). In der zweiten Behandlungsphase werden traumatische Erinnerungen mittels narrativer Verfahren (NT) bearbeitet. Im Vergleich zur Wartegruppe zeigte sich bei 162 Frauen einer »STAIR NT«-Behandlungsgruppe, bei denen Missbrauchs- oder Misshandlungserfahrungen in der Kindheit vorlagen (Cloitre et al., 2010), eine höhere Effektivität bezüglich einer Reduktion der Symptome der PTBS und der Probleme der Affektregulation. Eine höhere Effektivität zeigte sich darüber hinaus auch im Vergleich zu den Gruppen, die nur eines der beiden Therapiemodule (STAIR oder NT) in Kombination mit unterstützender Beratung erhielten. In einer weiteren Studie wurde STAIR in Kombination mit traumafokussierter Arbeit bei 58 Frauen mit Missbrauchs- oder Misshandlungserfahrungen in der Kindheit (Cloitre et al., 2002) im Vergleich zu einer Wartekontrollgruppe untersucht. STAIR kombiniert mit traumafokussierter Arbeit zeigte sich gegenüber der Wartegruppe hinsichtlich der Reduktion der Affektregulation, der interpersonalen Probleme als auch der PTBS-Symptome überlegen.

Der von Edna Foa entwickelte kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansatz, der prolongierte Exposition und kognitive Umstrukturierung beinhaltet (*Kognitiv-behaviorale Therapie*, KVT Foa et al., 1999), erwies sich in einer Studie bei 74 Frauen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit im Vergleich zu einer Wartegruppe

als effektiver (McDonagh et al., 2005). Die Teilnehmer der KVT-Gruppe zeigten eine größere Reduktion der PTBS-Symptomatik, der Dissoziationsneigung und kognitiver Verzerrungen.

Eine dreimonatiges stationäres Behandlungsprogramm für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen und komorbider PTBS (*Dialektisch-Behaviorale Therapie-PTBS*, DBT-PTBS Bohus et al., 2011) basiert auf den Prinzipien der DBT und integriert traumaspezifische Behandlungsmodule wie Expositionsverfahren sowie die Bearbeitung von Schuld, Scham und Ekel. Die Wirksamkeit der stationär durchgeführten DBT-PTBS wurde bei 74 Frauen geprüft, die aufgrund von sexuellen Missbrauchserfahrungen in der Kindheit eine PTBS entwickelt hatten (Bohus et al., 2013). Die Behandlung erwies sich als – im Vergleich zu einer Standardbehandlung (psychotherapeutische Interventionen mit Ausnahme von DBT-PTBS) – effektiver dabei, die PTBS-Symptomatik und die Dissoziationsneigung zu reduzieren. Weder der Schweregrad einer komorbiden Borderline-Störung noch die Anzahl der Selbstverletzungen zu Beginn der Therapie beeinflussten den Therapieverlauf negativ.

Trotz dieser ermutigenden ersten Befunde mangelt es an Replikationen der genannten Studien sowie an methodisch hochwertigen Studien an Patienten mit nach ICD-11 diagnostizierter komplexer PTBS, die die Wirksamkeit von einzelnen Komponenten bei der Behandlung der komplexen PTBS überprüfen. Weiter wäre eine Ausweitung der Studien auf andere Stichproben jenseits von Frauen nach sexuellen Missbrauchserfahrungen oder US-amerikanischen Kriegsveteranen wünschenswert, um das Wissen zur Behandlung der schwer betroffenen Gruppe

von Patientinnen und Patienten mit komplexer PTBS zu erweitern.

4.4 Literatur

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV*. 4. Aufl. Washington, D. C.: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-5*. Washington, D. C.: APA.
- Beltran R. O., Silove D. & Llewellyn G. M. (2009). Comparison of ICD-10 diagnostic guidelines and research criteria for enduring personality change after catastrophic experience. *Psychopathology*, 42 (2), 113–118.
- Bohus M., Dyer A. S., Priebe K., Krüger A. & Steil R. (2011). Dialektisch Behaviorale Therapie für posttraumatische Belastungsstörung nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit und Jugend (DBT-PTSD). *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 61 (3), 140–147.
- Bohus M., Dyer A. S., Priebe K., Krüger A., Kleindienst N., Schmahl C., Niedtfeld I. & Steil R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82 (4), 221–233.
- Brewin C. R., Cloitre M., Hyland P., Shevlin M., Maercker A., Bryant R. A. et al. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1–15.
- Bryer J. B., Nelson B. A., Miller J. B. & Krol P. A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *The American Journal of Psychiatry*, 144 (11), 1426–1430.
- Burgess A. W. & Holmstrom L. L. (1974). Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 131 (9), 981–986.
- Cloitre M., Koenen K. C., Cohen L. R. & Han H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (5), 1067–1074.
- Cloitre M., Stovall-McClough K. C., Noonan K., Zorbas P., Cherry S., Jackson C. L., Gan W. & Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 167 (8), 915–924.
- Cloitre M., Courtois C. A., Ford J. D., Green B. L., Alexander P., Briere J. et al. (2012). The ISTSS expert consensus treatment guidelines for complex PTSD in adults. Deerfield, IL: International Society for Traumatic Stress Studies. Im Internet: https://www.istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/ISTSS-Expert-Concesnsus-Guidelines-for-Complex-PTSD-Updated-060315.pdf (Zugriff: 19.6.2018).
- Cloitre M., Cohen L. R. & Koenen K. C. (2014a). *Sexueller Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit: Ein Therapieprogramm zur Behandlung komplexer Traumafolgen*. Göttingen: Hogrefe.
- Cloitre M., Garvert D. W., Weiss B., Carlson E. B. & Bryant R. A. (2014b). Distinguishing PTSD, Complex PTSD, and Borderline Personality Disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5 (1), 25097. Im Internet: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4165723/pdf/EJPT-5-25097.pdf> (Zugriff: 19.6.2018).
- Dilling H., Mombour W. & Schmidt M. H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Foa E. B., Dancu C. V., Hembree E. A., Jaycox L. H., Meadows E. A. & Street G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (2), 194–200.
- Herman J. L. (1992a). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5 (3), 377–391.

- Herman J. L. (1992b). *Trauma and recovery*. New York: HarperCollins.
- Karatzias T., Shevlin M., Fyvie C., Hyland P., Efthymiadou E., Wilson D. et al. (2017). Evidence of distinct profiles of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex Posttraumatic Stress Disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 Trauma Questionnaire (ICD-TQ). *Journal of Affective Disorders*, 207, 181–187.
- Keeley J. W., Reed G. M., Roberts M. C., Evans S. C., Robles R., Matsumoto C. et al. (2016). Disorders specifically associated with stress: A case-controlled field study for ICD-11 mental and behavioural disorders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16 (2), 109–127.
- Knefel M., Tran U. S. & Lueger-Schuster B. (2016). The association of posttraumatic stress disorder, complex posttraumatic stress disorder, and borderline personality disorder from a network analytical perspective. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 70–78.
- Lueger-Schuster B., Knefel M., Glück T. M., Jagsch R., Kantor V. & Weindl D. (2018). Child abuse and neglect in institutional settings, cumulative lifetime traumatization, and psychopathological long-term correlates in adult survivors: The Vienna Institutional Abuse Study. *Child Abuse & Neglect*, 76, 488–501.
- Maercker A., Brewin C. R., Bryant R. A., Cloitre M., Reed G. M., Ommeren M. van et al. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *The Lancet*, 381 (9878), 1683–1685.
- McDonagh A., Friedman M., McHugo G., Ford J., Sengupta A., Mueser K. et al. (2005). Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (3), 515–524.
- Monson C. M., Schnurr P. P., Resick P. A., Friedman M. J., Young-Xu Y. & Stevens S. P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (5), 898–907.
- Resick P. A., Galovski T. E., Uhlmansiek M. O., Scher C. D., Clum G. A. & Young-Xu Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (2), 243–258.
- Sachser C., Keller F. & Goldbeck L. (2016). Complex PTSD as proposed for ICD-11: Validation of a new disorder in children and adolescents and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58 (2), 160–168.
- Sack M. (2012). *Komplexe Traumafolgestörungen: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung*. Stuttgart: Schattauer.
- Shevlin M., Hyland P., Karatzias T., Fyvie C., Roberts N., Bisson J. I., Brewin C. R. & Cloitre, M. (2017). Alternative models of disorders of traumatic stress based on the new ICD-11 proposals. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135 (5), 419–428.
- Terr L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148 (1), 10–20.
- Van der Kolk B. A. (2009). Entwicklungstraumastörung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58 (8), 572–586.
- Van der Kolk B. A., Roth S., Pelcovitz D., Sunday S. & Spinazzola J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 389–399.
- Venzlaff U. (1958). *Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen (die sogenannten Unfallneurosen)*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Wolf E. J., Miller M. W., Kilpatrick D., Resnick H. S., Badour C. L., Marx B. P. et al. (2015). ICD-11 complex PTSD in US national and veteran samples: Prevalence and structural

associations with PTSD. *Clinical Psychological Science*, 3 (2), 215–229.

World Health Organization (WHO) (2018).
ICD-11 Beta Draft – joint linearization for

mortality and morbidity statistics. Im Internet:
<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
(Zugriff: 22.6.2018).