

# DIAGNOSTIK POSTTRAUMATISCHER BELASTUNGSSTÖRUNGEN

## ASSESSMENT OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDERS

**Brigitte Lueger-Schuster**

*Institut für Klinische, Biologische und Differentielle Psychologie, Fakultät für Psychologie,  
Universität Wien, Liebiggasse 5, A-1010 Wien, Austria*

### **SUMMARY**

*Trauma, traumatization, Acute stress reaction, Posttraumatic stress disorder and other disorders following exposure to traumatic stress are described. Classification according to ICD and DSM are presented and critically valued. The complex Posttraumatic Stress disorder is introduced in its symptoms and with a proposal for a classification. Problems in assessing traumatized individuals are referred and recommendations for interviews and testing procedure are presented. Structured interviews and tests in german language are described. Due to control stress load by the process of assessing the economic choice of instruments is recommended.*

**Key words:** *trauma – traumatization - posttraumatic stress disorder - complex posttraumatic stress disorder – assessment - process of assessment - instruments*

### **ZUSAMMENFASSUNG**

*Trauma, Traumatisierung, Akute Belastungsreaktion, Posttraumatische Belastungsstörungen sowie andere Folgestörungen und Komorbiditäten nach Trauma werden definiert bzw. beschrieben. Die Klassifikationen nach ICD bzw. DSM werden vorgestellt und kritisch diskutiert. Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung wird symptomatisch und mit einem Klassifikationsvorschlag skizziert. Die Problematik des diagnostischen Prozesses wird erläutert und Vorschläge zu dessen Gestaltung werden erörtert. Sowohl strukturierte Interviews als auch geeignete Tests zur Erfassung posttraumatischer Belastung und Symptomatik in deutscher Sprache werden beschrieben. Es wird auf die Notwendigkeit eines sparsamen Einsatzes psychodiagnostischer Instrumente verwiesen, um die Belastung traumatisierter Patienten gering zu halten.*

**Schlüsselwörter:** *Trauma – Traumatisierung – Posttraumatische Belastungsstörungen - komplexe posttraumatische Belastungsstörung – Diagnostik - Prozess der Diagnostik - Instrumente*

\* \* \* \* \*

### **EGRIFFSBESTIMMUNG/DEFINITION**

„Posttraumatische Belastungsstörungen sind Reaktionen auf singuläre wie mehrfache traumatische Ereignisse, die außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegen und das Selbstverständnis wie auch das Weltverständnis eines Menschen erschüttern“ (Lueger-Schuster 2004, S. 65).

„Trauma, griechisch: eine Wunde, die aufbricht, meint ursprünglich die körperlichen Konsequenzen, die ein Organismus nach einem gewaltigem Schlag erleidet. Ins psychologische übertragen, bedeutet Trauma, die Konfrontation mit einem Ereignis, das real stattgefunden hat, dem sich das Individuum schutz- und hilflos aufgeliefert fühlt und bei dem die gewohnten Abwehrmechanismen und Verarbeitungsstrategien erfolglos sind. Reizüberflutung und Reizüberwältigung sind so machtvoll, dass automatisch Angst entsteht, die nicht mehr beherrschbar ist. Als Folge treten kurz- und langfristige psychische Störungen auf. Traumatisierung meint den Prozeß, Trauma ist das Ergebnis dieses Vorganges (Veer 1992).

Psychologisch bedeutet eine Traumatisierung einen tiefen Einbruch, nachdem nicht mehr so ist, wie es vorher war; das gewohnte Leben, Werthaltungen und Lebenseinstellungen sind durcheinandergeraten bzw. gestört. Traumatische Erfahrungen sind existentielle Erfahrungen, die eine Konfrontation mit dem Tod bedeuten, konkret oder im Sinne der Zerstörung der alten Existenz (Dhawan 1993).“ (Lueger-Schuster 1996, S. 17)

Doch Trauma – wie oben beschrieben – ist der Anfang. Die Traumatisierung setzt sich fort, ob nach Flucht, Vertreibung, Unfall oder für Angehörige nach traumatischen Ereignissen. Keilson, 1979 hat den Begriff der sequentiellen Traumatisierung eingeführt. Wesentlich an der sequentiellen Traumatisierung ist, dass mit Beendigung der Verfolgung, die Traumatisierung keineswegs beendet ist.

Terr (1991) beschreibt Trauma ebenfalls dynamisch. Sie hat ihre Typisierung (Trauma Typ I und Trauma Typ II) ursprünglich für den Bereich der kindlichen Traumatisierung beschrieben. Trauma Typ I umschreibt die Traumareaktionen, die die Folgen eines unerwarteten einzelnen Ereignisses sind. Dies können sein Vergewaltigung, Unfall, Überfall, Naturkatastrophen oder Unglücksfälle. Die Ereignisse prägen sich klar in das Gedächtnis einer Person ein und führen zu einer typischen Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).

Typ II entsteht durch mehrmalige, sich wiederholende oder auch andauernde Traumata, beispielsweise andauernder sexualisierter Missbrauch. Anfangs mag die Reaktion noch Typ I entsprechen, doch treten durch die Wiederholungen traumatischer Situationen Anpassungsprozesse auf. Damit sind Strategien gemeint, die traumatische Situationen leichter erträglich machen. Primär sind dissoziative Prozesse zu nennen, aber auch Selbsthypnose. Beides erlaubt ein „Aussteigen“ aus der traumatischen Situation. Auch Selbstbetäubung durch Alkohol oder Drogen sowie emotionale Abstumpfung sind Bewältigungsmechanismen. Längerfristig führen Typ II Traumatisierungen zu einer deutlichen Veränderung der Persönlichkeit, die durch die Klassifikation Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nur mangelhaft beschrieben wird.

## **DIE FOLGEN DER TRAUMATISIERUNG**

Die Klassifikationssysteme DSM und ICD führen beiden die Klassifikationen PTBS und ABR (Akute Stress Reaktion).

### **Klassifikation nach ICD-10**

Unter F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen führt die ICD-10 3 Störungen an, die folgende Gemeinsamkeiten aufweisen:

Symptomatologie, Verlauf, 2 ursächliche Faktoren:

- Aussergewöhnlich belastendes Ereignis;
- Besondere Veränderungen im Leben.

Das Ereignis ist primärer und ausschlaggebender Kausalfaktor. Die Bewältigungsmechanismen sind verhindert, gleichsam geblockt. Die soziale Leistungsfähigkeit ist eingeschränkt, Suizidgedanken und/oder parasuizidale Handlungen sind vorhanden, ebenso selbstschädigendes Verhalten.

Die ICD-10 bezeichnet die Akute Belastungsreaktion mit F43.0 und beschreibt sie als eine Reaktion bzw. vorübergehende Störung mit erheblichem Schweregrad. Diese klingt im Allgemeinen innerhalb von Stunden bis Tagen ab. Die individuelle Vulnerabilität spielt eine bedeutsame Rolle. Eine frühere psychiatrische Vorgeschichte spricht nicht gegen die Diagnose. Es kann zur teilweisen oder vollständigen Amnesie des Ereignisses kommen (siehe auch F44.0).

F43.1 beinhaltet die Klassifikation zur Posttraumatischen Belastungsstörung. Sie entsteht als „eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde.

Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, flashbacks), Träumen oder Alpträumen, vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtseins und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Anhedonie sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten“ (ICD-10 1992, S. 157).

Ausbrüche von Angst, Panik oder Aggression kommen eher selten vor und wenn dann vor allem in Kombination mit einer plötzlichen Erinnerung an das Trauma oder bei einer Wiederholung oder einer subjektiv ähnlich erlebten Situation wie das ursprüngliche Trauma.

Vegetative Übererregung mit gesteigerter Vigilanz, übermassige Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit sind häufig vorhanden. Angst und Depression sind ebenfalls assoziiert. Suizidgedanken und Selbstmedikation mit Substanzen sind häufige Erscheinungen nach Traumatisierungen.

Die ICD-10 beschreibt die Posttraumatische Belastungsstörung mit einer Latenz von Wochen bis Monaten nach dem Ereignis, ihr Verlauf ist wechselhaft und kann chronifizieren.

F62.0 umfasst die Klassifikation „andauernde Persönlichkeitsveränderungen nach Extrembelastungen“. Sie beschreibt eine feindliche und misstrauische Haltung gegenüber der Welt, Rückzug, Gefühle der Leere und Hoffnungslosigkeit, chronische Nervosität und das Gefühl von permanentem Bedrohtsein sowie Entfremdung.

Das DM-IV beschreibt die Klassifikation Posttraumatische Belastungsstörung konkreter, aber auch strenger, was die Erfordernisse zur Diagnosestellung betrifft. Im Kern sind die beiden Diagnosesysteme vergleichbar, Unterschiede bestehen in den Dimensionen Vermeidung, zeitlicher Verlauf und im Kriterium A (Ereignis) (Rosner & Powell 2007)

Hinsichtlich der Folgen langanhaltender Traumatisierungen führt das DSM-IV Persönlichkeitsveränderungen nach langfristiger Traumatisierung als begleitendes Symptommuster.

Beiden Klassifikationssysteme wird die Vermischung diverser traumatischer Ereignisse zum Vorwurf gemacht. Sowohl nature-made disasters als auch man-made disaster, Typ-I und Typ-II Traumatisierungen sind darunter subsummierbar.

Für das DSM-IV forderte man die Entwicklung einer neuen Kategorien, das „disorder of extreme stress“ bzw. die „complex PTSD“, dies da das DSM-IV auch für Forschungszwecke viel verwendet wird (Butollo 1999, S.43). Diese Forderung ist auch für das DSM-V aufrecht. Eine Task-force trägt dem Rechnung.

### **F43.2 Anpassungsstörung**

Unterschiedlich wird in beiden Klassifikationssystemen die Kategorie Anpassungsstörung beschrieben. Die ICD-10 umfasst mit der Kategorie F43.2 die dritte Störung post-Trauma. Das DSM-IV verwendet die Anpassungsstörung als „Restkategorie“ nach belastenden Ereignissen und falls keine andere Störung klassifiziert werden kann, aber die Symptome Störungswertigkeit zeigen. Beide Klassifikationssysteme beinhalten als Voraussetzung für die Diagnose ein Ereignis, dieses kann aber von geringerer Schwere sein, wie z. B. das Verlassen Werden von einem Partner. Auch die Symptomausprägung ist milder als bei der Posttraumatischen Belastungsstörung. Das DSM-IV schliesst traumatische Ereignisse aus, die ICD-10 führt z. B. Ereignisse wie Flucht oder Trauerfall explizit an.

### **Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung**

Herman (1992, 1993) hat sich intensiv mit den Folgen von durch Menschen verursachter Traumatisierung beschäftigt, sie nennt drei Ebenen, die zu beschreiben sind: Symptomatologie, Veränderungen der Beziehungsfähigkeit und des Identitätsgefühls sowie in der Verhaltensebene, die sich im speziellen mit der erhöhter Vulnerabilität gegenüber einer erneuten Viktimisierung.

Bis heute gültig sind die kritisch-konstruktiv Äußerungen Van der Kolk's (1996) in Bezug auf die PTSD-Diagnostik/Klassifikation. Als fehlend beschreibt er die Bereiche Affektregulation, Dissoziationen und Somatisierung.

## **SYMPTOMATIK IM DETAIL**

### **F43.1 Akute Belastungsreaktion (ABR)**

Die Symptome werden als sehr verschieden beschrieben, jedoch hat ein traumatisches Ereignis vorzuliegen sowie Betäubung und/oder Rückzug bis hin zum Stupor oder Unruhezustand, Überaktivität bis hin zur Flucht bzw. Fugue. Des weiteren beinhaltet die Störung vegetative Anzeichen panischer Angst. Die Symptomatik setzt relativ unmittelbar ein und sollte innerhalb von 48 Stunden wieder abklingen.

Das DSM-IV beschreibt die Relation der dissoziativen Symptomatik mit den PTBS- Symptomen und verweist somit auf die Vorhersagequalität der ABR bei der Symptomatik: Dissoziation, Stupor, Selbstaufgabe, Wahrnehmung von Kontrollverlust und Eingefrorensein.

### **F43.2 die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)**

Typisch sind das wiederholte Erleben des Traumas (Intrusionen), permanentes Gefühl des Betäubtseins und der emotionalen Stumpfheit, eine Gleichgültigkeit anderen gegenüber oder auch der Umgebung sowie die bereits weiter oben beschriebenen Symptome.

Als diagnostische Leitlinie verweist die ICD-10 auf den zeitlichen Abstand von nicht mehr als 6 Monate nach dem Ereignis. Sie führt die Erfordernisse der zusätzlich zum Trauma vorhandenen wiederholten und unausweichlichen Erinnerungen und Wiederinszenierungen, des emotionalen Rückzuges, des Vermeidungsverhaltens, der Gefühlsabstumpfung auf. Vegetative Störungen, Beeinträchtigungen der Stimmung, „abnorme“ Verhaltensweisen tragen bei, werden aber als nicht erstrangig qualifiziert.

### **F62.0 Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung**

Sie wird in der ICD-10 mit den Kennzeichen: feindliche oder misstrauische Haltungen gegenüber der Welt, sozialer Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, chronisches Gefühl von Nervosität wie bei ständigem Bedrohtheit und Entfremdungsgefühle beschrieben und ist die irreversible Folge einer extremen Belastung mit der Dauer von zumindest zwei Jahren. Hier wird auch der Begriff der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (Sack 2004) in der Literatur verwendet.

Für das DSM wird zurzeit die Klassifikation „Disorder of extrem stress not otherwise specified (DESNOS)“ diskutiert. In der Symptomskonstellation wird sie aktuell unter zugehörige Merkmale und Störungen ansatzweise beschrieben (DSM IV-TR 2003, S. 517). Die angeführte Argumentation von der Kolk's und Herman's wurde von im Rahmen einer Feldstudie als Konstrukt DESNOS überprüft (Herman 1993), fand aber keine Aufnahme in das DSM-IV.

Zur Symptomatik (Sack 2004) der Komplexen PBTS bzw. DESNOS zählen Störungen der Affektregulation mit weitreichenden Konsequenzen für die Funktionsfähigkeit im Alltag. Beschrieben werden z. B. Patienten, die bereits bei relativ geringer Belastung zu Überreaktionen mit starker Gefühlsbeteiligung neigen und schwer wieder zur Beruhigung finden und Abstand gewinnen. Berichtet wird von häufigen Versuchen der Selbstmedikation durch etwa Alkohol oder selbstverletzendes Verhalten zur Ablenkung von den belastenden Affekten oder zur Beendigung des Spannungszustandes. Weitere Symptome sind Schwierigkeiten belastende Affekte zu ertragen und Impulse zu steuern. Damit verbinden sich erhöhtes Risikoverhalten und eine gesteigerte Suizidalität sowie fremdaggessive Handlungen.

Eine weitere Symptomgruppe wird mit mangelnden selbstregulatorischen Kompetenzen, unzureichendem Selbstschutz und nicht ausreichender Selbstfürsorge beschrieben. Hintergrund hierfür können Schuld- und Schamgefühle sein, aber auch fehlender Selbstwert und die Überzeugung zerstört zu sein. In diesem Kontext spricht man von dysfunktionalen Kognitionen, die u. U auch dazu dienen, die massiven Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit zu reduzieren.

Des Weiteren zeigt sich ein massives Misstrauen bis hin zur Vermeidung sozialer Kontakte. Die Tendenz zur Reviktimisierung sowie der Viktimisierung anderer Menschen kann als Versuch der Bewältigung der Beziehungserfahrungen verstanden werden. Die Tendenz zur Viktimisierung anderer ist bei Männern höher als bei Frauen.

Dissoziative Phänomene wie Depersonalisierung und Derealisation sowie Amnesien, Stupor und Fugue treten auf. In abgeschwächter Form manifestieren sie sich als Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen.

Auf körperliche Ebene zeigen sich Beschwerden ohne organische Entsprechung. Somatosensorische Erinnerungen bzw. flash-back artige Körpersensationen bei traumatischen Erinnerungen sind gut belegt.

Gut beschrieben ist des weiteren eine eingeschränkte bzw. fehlende Zukunftsperspektive, die sich durch Interesse- bzw. Hoffnungslosigkeit und eine resignierte Lebensperspektive manifestiert. Fähigkeit und Lust, das Leben aktiv zu gestalten und angenehme Aktivitäten wiederaufzunehmen sind deutlich eingeschränkt. Sinnlosigkeitserleben verbindet sich damit.

Hinsichtlich der Täterbeziehung zeigt sich, dass viele Opfer häufig innerlich mit dem Täter beschäftigt sind und eine verzerrte Wahrnehmung seiner Person aufweisen. Beispielsweise wird ihm Macht zugesprochen, die faktisch nicht mehr möglich ist, aber subjektiv sehr bedrohlich erlebt werden kann.

Luxenberg et al (2001, zit. nach Kunzke & Güls 2003) fassen die diagnostischen Kriterien wie folgt zusammen:

- I. Veränderung in der Regulation von Affekten und Impulsen (A und ein Kriterium von B-F gefordert): A Affektregulation, B Umgang mit Ärger, C autodestruktives Verhalten, D Suizidalität, E Störungen in der Sexualität, F Exzessives Risikoverhalten;
- II. Veränderungen in Aufmerksamkeit und Bewusstsein (A oder B gefordert): A Amnesien, B Transiente dissoziative Episoden und Depersonalisationserleben;
- III. Veränderungen der Selbstwahrnehmung (2 Kriterien von A-F gefordert): A Ineffektivität, B Stigmatisierung, C Schuldgefühle, D Scham, E Isolation, F Bagatellisierung;
- IV. Veränderungen in Beziehungen zu anderen (ein Kriterium von A-C gefordert): A Unfähigkeit zu vertrauen, B Reviktimisierung, C Viktimisierung anderer;
- V. Somatisierung (2 Kriterien von A-E gefordert): A Gastrointestinale Symptome, B Chronische Schmerzen, C Kardiopulmonale Symptome, D Konversionssymptome, E Sexuelle Symptome;
- VI. Veränderung von Lebenseinstellungen (A oder B gefordert): A Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, B Verlust früherer stützender Grundüberzeugungen.

### **Differentialdiagnostik und Komorbidität**

Abzugrenzen ist die PBTS von der akuten Belastungsreaktion (F43.0), der Anpassungsstörung (F43.2), andauernden Persönlichkeitsveränderungen nach Extrembelastungen (F62.0), anderen Angststörungen, Depressionen, anderen intrusiven Kognitionen und Wahrnehmungsstörungen, Hirnverletzungen und anderen Organerkrankungen, somatoformen Störungen sowie Trauerreaktionen.

Häufige Komorbiditäten bestehen mit Substanz- und Alkoholmissbrauch, Depressionen, Angststörungen, somatoformen Störungen, psychotischen Störungen, Persönlichkeitstörungen sowie Zwangsstörungen (Kessler et al. 1995, Hüther 2001, Pynoos et al. 1999, Breslau et al. 1997, Blanchard et al. 1998, Egle & Nickel 2000, Wöller et al. 2001)

## **DIAGNOSTISCHER PROZESS**

### **Empfehlungen**

Die Leitlinien der AWMF (AWMF-Leitlinien-Register Nr. 051/010 Entwicklungsstufe 2 + IDA) schlagen folgendes Procedere vor:

- Diagnostik nach klinischen Kriterien;
- Berücksichtigung traumatischer Auslöser bei der Beschwerdeentwicklung;
- Abgrenzung gegenüber akuten Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen und relevanten psychischen Vorerkrankungen;
- Berücksichtigung traumaassoziierter und komorbider Störungen (Angststörungen, Depression, somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, Suchterkrankungen, Substanzmißbrauch, Organerkrankungen);
- Diagnosesicherung am besten durch PTSD-spezifisches Interview/ ergänzende psychometrische Diagnostik (Cave: Verstärkung der Symptomatik durch unangemessene Exploration);
- Berücksichtigung subsyndromaler Störungsbilder mit klinischer Relevanz (z.B. Intrusionen und Übererregungssymptome ohne Vermeidungsverhalten).

### **Cave! Übersehen einer PTSD**

- bei lange zurückliegender Traumatisierung (z.B. körperliche und sexualisierte Gewalt bei Kindern);
- bei klinisch auffälliger Komorbidität (Depression, Angst, Somatisierung, Sucht, Dissoziation);
- bei unklaren, therapieresistenten Schmerzsyndromen (z.B. anhaltende somatoforme Schmerzstörung);
- bei mißtrauischen, feindseligen und emotional-instabilen Verhaltensmustern (z.B. insbesondere bei Persönlichkeitsstörungen);
- bei schweren Organerkrankungen (z.B. Malignome, Patienten nach Intensivbetreuung).

Hofmann et al, 2001 empfehlen eine ausführliche Anamnese zur Erhebung der Trauma-Geschichte sowie der Spontansymptomatik, der Fragebogentests folgen sollen. Zum Abschluß empfehlen sie die Durchführung eines diagnostischen Interviews.

Lueger-Schuster, 2004 empfiehlt eine anamnestiche Abklärung der Trauma Vorgeschichte, die Durchführung eines differentialdiagnostischen Interviews, gefolgt von eventuellen Testungen. Dies vor allem, um durch das differentialdiagnostische Interview die Anzahl der vorzugebenden Tests zu reduzieren. Vor allem nach komplexen Traumatisierungen sind viele Items und Fragen von Tests eine starke Anforderung in Bezug auf die Selbstreflexion, wodurch ein erhöhtes Potential für eine Reaktivierung des Traumas durch interne Trigger gegeben ist.

### **Gestaltung des Prozesses**

Insgesamt ist der diagnostische Prozess in jeder Hinsicht transparent zu gestalten, d.h. die eingesetzten Verfahren sollte in Bezug auf ihre Zielsetzung und Anwendung erläutert werden, Ziel und Zweck der Diagnosestellung bedürfen der Erläuterung und auf eine mögliche Belastung durch die Diagnosestellung sollte hingewiesen werden. Ebenfalls vertrauensbildend wirkt der Hinweis, dass die zu untersuchende Person nur soviel wie es ihr möglich ist, über das Trauma und die Traumatisierung erzählt und bei Nachfragen auch keine Antwort gegeben werden muss, wenn dies zu belastend ist. Pausen zwischen den einzelnen Teilen des diagnostischen Prozesses dienen der Erholung des Klienten, erfahrungsgemäß erzählt der/die Klientin in der Pausensituation auch über die gemachten Erfahrungen im Rahmen des diagnostischen Prozesses, so dass das Belastungsniveau gesteuert werden kann. Auch mehrere Termine sind möglich, um die Belastung zu kontrollieren.

Menschen nach traumatischen Erfahrungen sind in der Regel zur Mitarbeit gut motiviert, weil sie erfahren wollen, was mit ihnen los ist und ob ihre Reaktion auf die Exposition angemessen oder „verrückt“ ist. Eine schnelle Rückmeldung hinsichtlich der Ergebnisse des diagnostischen Prozesses ist daher angemessen und notwendig. Die schriftliche Ausfertigung eines Befundes sollte dem Klienten ebenfalls erläutert werden um eventuellen Verstärkungen des Gefühls der Stigmatisierung entgegenzuwirken.

Je sicherer sich der Klient im diagnostischen Dialog aufgehoben fühlt, desto eher wird er vertrauen, desto eher wird er sich öffnen können und auch bislang schamvoll verschwiegene Teile des traumatischen Geschehens erläutern können. Trotzdem ist das Ausmaß des traumatischen Erinnerns vorsichtig zu dosieren,

erste Anzeichen, dass der Klient in eine Traumareaktivierung gerät (stimmliche Veränderung, Veränderung im Blickkontakt, körperliche Reaktionen wie Zittern, Schwitzen, Unruhe u.a.m) sind ernstzunehmende Hinweise. Ein weiteres Nachfragen zum traumatischen Ereignis ist kontraindiziert, vielmehr ist der Klient ins Hier und Jetzt zurückzuführen und zu stabilisieren. Geeignet dazu sind beispielsweise Imaginationsübungen (Reddemann, 2001). Es ist Aufgabe des diagnostizierenden Psychologen, die Atmosphäre vertrauengenerierend zu gestalten und die Beziehung zu steuern, d. h. auch eigene Reaktionen auf das Gehörte unter Kontrolle zu halten, selbst wenn angesichts des Gehörten Gefühle wie Fassungslosigkeit, Hilflosigkeit, Überforderung oder Misstrauen und Zweifel am Wahrheitsgehalt auftreten.

## **KLINISCHE INTERVIEWS UND SCREENING-VERFAHREN**

### **Strukturierte klinische Interviews**

DIPS (Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (Margraf, Schneider & Ehlers, 2006): Das DIPS richtet sich nach den Diagnosekriterien des DSM-IV\_TR und erlaubt eine Einschätzung der Achsen I-V, wobei auf Achse II nur die Borderline-Persönlichkeitsstörung erfasst werden kann. Zu Beginn des Interviews werden allgemeine Informationen erhoben, dem folgen Abschnitte mit Fragen zu den einzelnen Störungsbildern.

SKID I + II (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Wittchen et al. 1997): SKID I + II erfassen die Achsen I bis V vollständig. SKID I dient der Erfassung der Achse I, SKID II ergänzt die Störungen der Achse II. Neben den Diagnosekriterien des DSM-IV werden in der deutschen Fassung die korrespondierenden ICD-10 Kodierungsziffern angegeben.

SKID-D (strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Dissoziative Störungen, Gast, Zündorf & Hofmann 2000): Das SKID-D erfasst Art und Schweregrad dissoziativer Symptome auf den Achse I und II Störungen. Erhoben werden auch die im Interview beobachteten Dissoziationsphänomene, wie Amnesien und tranceartige Zustände.

Internationale Diagnosen Checklisten für DSM-IV (IDCL für DSM-IV, Hiller et al. 1997): sie dienen zur Anwendung in der psychiatrisch-psychologischen Diagnosenstellung, zur Dokumentation des Befunds und zur Verlaufsbeschreibung. Es gibt 31 Checklisten für die Routinediagnostik in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung. Sie können während der Exploration als Leitfaden herangezogen werden, um die diagnostischen Kriterien der in Frage kommenden Störungsbilder systematisch zu überprüfen.

### **Allgemeine diagnostische Verfahren**

Tests und Fragebogen werden immer als Ergänzung zu klinischen, i.d.R. strukturierten Interviews (SKID, DIPS) und zur Verhaltensbeobachtung verwendet. Sie validieren die Ergebnisse des Interviewverfahrens. Im Bereich der Diagnose posttraumatische Störungen haben sie keine eigenständige diagnostische Funktion.

Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R): Die SCL-90-R dient der Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome. Sie umfasst 90 Items. Die Bearbeitung durch den Klienten beträgt bei guten Deutschkenntnissen circa 15 Minuten, das Zeitfenster umfasst die letzten sieben Tage bis zum Zeitpunkt der Beantwortung. Die SCL-90 eignet sich gut für die Erfassung der aktuellen Belastungsstärke. Die Skala I Somatisierung umfasst einfache körperliche Beschwerden bis hin zu funktionellen Beschwerden, die Skala II Zwanghaftigkeit beschreibt leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur Zwanghaftigkeit, Skala III Unsicherheit im Sozialkontakt geht bis zur völligen persönlichen Unzulänglichkeit, Skala IV Depressivität umfasst Traurigkeit bis schwere Depression, Skala V Ängstlichkeit, körperlich spürbare Nervosität bis tiefe Angst, Skala VI Aggressivität/Feindseligkeit: Reizbarkeit bis zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten, Skala VII Phobische Angst: leichtes

Gefühl von Bedrohung bis zur massiven phobischen Angst, Skala VIII Paranoides Denken: Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis zu starkem paranoidem Denken und Skala IX Psychotizismus: mildes Gefühl der Isolation bis zur Evidenz psychotischer Episoden.

#### *Beschwerdeliste (BL) (Zerrsen 1976)*

Die Beschwerdeliste ist an sich Bestandteil der klinischen Selbstbeurteilungsskalen (KSb-S). Sie erfasst das Ausmass subjektiver Beeinträchtigung überwiegend körperlicher und Allgemeinbeschwerden. Objektiviert und quantifiziert kann die Beeinträchtigung durch die Vorgabe der Parallelförmigkeit B-L` werden. Sie eignen sich als Verlaufskriterien z. B. für klinische oder ambulante, somatische oder psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen. Die Ausfülldauer für eine der Formen beträgt bei Gesunden eine bis fünf Minuten, bei Kranken eine bis 7 Minuten. Der zeitliche Bezugsrahmen ist der Status präsens. Indiziert ist die Vorgabe bei Gesunden und körperlich Kranken zwischen 20 und 64 Jahren mit einem Verbal IQ von über 80. Vergleichswerte zu psychiatrischen Gruppen, Angst-Patienten, Patienten mit koronaren Herzerkrankungen sowie mit funktionellen Herzbeschwerden liegen ebenso wie eine Eichstichprobe vor.

### **Spezifische Instrumente**

#### *Affektiven Störungen*

#### **Instrumente zur Erfassung des Grades der Depressivität**

Beck-Depressions-Inventar (BDI)(Beck 1995):

Das Inventar eignet sich für Menschen ab 16 Jahren, soweit eine selbstständige Bearbeitung möglich ist. Indiziert ist es bei Patienten mit Depressionen bzw. bei Verdacht auf Vorliegen einer Depression. Das Inventar ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrades einer depressiven Symptomatik. Reliabilität und Validität sind in gutem Ausmass gegeben, Normwerte von Prozenträngen für klinische Stichproben depressiver Patienten liegen vor. Die Bearbeitungsdauer beträgt zehn bis 15 Minuten, allerdings haben der Grad der Antriebshemmung, die Entscheidungsfreudigkeit sowie das Alter Einfluss auf die Bearbeitungsdauer.

Allgemeine Depressionsskala (ADS) (Hautzinger & Bailer 1993):

Diese Skala ist für Menschen ab 16 Jahren einsetzbar: Die ADS ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, welches Vorhandensein und Dauer der Beeinträchtigung durch depressive Affekte, körperliche Beschwerden, motorische Hemmung und negative Denkmuster erfragt. Die erhobenen Merkmale sind Verunsicherung, Erschöpfung, Hoffnungslosigkeit, Selbstabwertung, Niedergeschlagenheit, Einsamkeit, Traurigkeit, Antriebslosigkeit, Weinen, Rückzug, ... Das Zeitfenster umfasst die letzte Woche. Reliabilität und Validität sind gut gegeben. Sowohl eine Kurz- als auch eine Langform liegen vor.

Hamilton Rating Scale for Depression (HAMD) (Hamilton 1986):

Die Hamilton Depression Scale ist eine Fremdbeurteilungsskala, die zur Einschätzung des Schweregrades einer diagnostizierten Depression dient. Hamilton empfiehlt zwar das Rating durch zwei Beobachter, doch dürfte die Beurteilung heute eher auf dem Urteil eines Beobachters beruhen. Die Skala umfasst 21 Items, die sich auf die Intensität der Symptomatik beziehen. Das Interview mit dem Patienten dauert rund 30 Minuten, es ist darauf zu achten, dass die Informationen nicht durch direktes Abfragen der Items gesammelt werden, was klinische Erfahrung voraussetzt. Für die Beurteilung können Informationen von Verwandten, Pflegepersonal, Freunden... herangezogen werden. Der zeitliche Bezugsrahmen beträgt die letzten Tage bzw. eine Woche vor dem Interview.

#### *Angststörungen*

State Trait Angst Inventar (STAI) (Spielberger et al. 1970):



Das STAI ist eine Selbstbeurteilungsskala aus zwei Teilen. Skala XI erfasst die Zustandsangst (Angstintensität in einer bestimmten Situation). Skala X2 erhebt die allgemeine Ängstlichkeit als Persönlichkeitsmerkmal. Die Bearbeitungsdauer liegt bei circa zwei Minuten pro Skala, die je nach Fragestellung alleine oder gemeinsam vorgegeben werden können. Das Zeitfenster bezieht sich auf den Zeitpunkt der Ausfüllung bei Skala XI, bei Skala X2 ist wenig zeit- oder situationsgebunden. Indiziert ist das STAI sowohl bei gesunden als auch neuropsychiatrischen, allgemeinmedizinischen und chirurgischen Patienten. Eine Eichstichprobe ist vorhanden. Das STAI ist das am meisten verbreitete Instrument zur Erfassung von Angst.

Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAMA) (Hamilton 1976):

Die HAMA ist ein Fremdrating-Instrument zur Erfassung von Angstzuständen, die sich vor allem auf das beobachtbare Verhalten des Patienten während einer Befragung beziehen.

Anwender können trainierte Beurteiler (Psychiater, klinische Psychologen) sein. Die für die Beurteilung relevante Zeitspanne sollte die Woche vor der Erhebung sein. Indiziert ist die Skala zur Erhebung des Schweregrades der Angst, nicht zur Diagnosestellung. Sie kann bei Patienten mit der Diagnose „generalisierte Angst“ nicht jedoch für Patienten mit z. B. Panikattacken eingesetzt werden. Stichprobenergebnisse zu diversen Patientengruppen sind vorhanden. Die Bearbeitungsdauer ist für 14 Items gering.

#### *Posttraumatische Belastungsstörung*

Für die Feststellung einer PTBS gibt es zur Zeit am deutschsprachigen Markt bei den Anbietern keine psychodiagnostischen Instrumente.

Die Impact of Event Skala-revidierte Form (IES-R) wurde von Maercker und Schützwohl (1998) übersetzt. Sie ist ein Selbstbeurteilungsmass zur Erfassung posttraumatischer Belastungsreaktionen. Angaben zu Reliabilität, Validität und diagnostischer Sensitivität liegen vor. Sie besteht aus 22 Items, die den drei Skalen Intrusion, Vermeidung und Überregung zugeordnet sind und sich auf die letzten 7 Tage sowie auf ein konkretes traumatisches Ereignis beziehen sollen. Mittels einer Schätzformel kann eine PTBS-Diagnose wahrscheinlich gemacht werden. Die Bearbeitungszeit beträgt rund 10 Minuten.

Das HTQ (Harvard Trauma Questionnaire, Mollica et al. 1992, deutsche Version Maercker, 1995) wurde zur Erfassung von Folter, Trauma und PTBS entwickelt. Es gibt Versionen in vielen Sprachen mit jeweiliger kulturspezifischer Anpassung. Reliabilität und interne Konsistenz werden als gut angegeben (Maercker & Bromberger 2005).

Tagay, 2007 legt mit dem Essener Trauma-Inventar (ETI) ein DSM-IV orientiertes deutschsprachiges Selbstbeurteilungsinstrument vor, das aus 5 Teilen besteht. Teil 1 umfasst eine Trauma-Checkliste, Teil 2 setzt sich mit dem schlimmsten Erlebnis auseinander, Teil 3 geht auf die aktuelle posttraumatische Symptomatik ein, Teil 4 erhebt die zeitliche Einordnung der Symptome und Teil 5 umfasst die symptombedingten Einschränkungen im Alltag. Reliabilitäts- und Validitätskennwerte liegen vor. Das ETI ist in fünf Sprachen vorhanden, download unter: <http://www.uni-essen.de/psychosomatik/thml/e.t.i.html>.

Im angloamerikanischen Sprachraum sind eine Reihe DSM-orientierter Screening-Verfahren vorhanden, die bei guter Sprachkompetenz zum Einsatz kommen können. Die angeführten Instrumente sind auf Reliabilität und Validität untersucht und weisen gute Werte auf.

Elhai et al. (2005) befragten 600 internationale Trauma-Experten der International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) hinsichtlich des Einsatz traumadiagnostischer Instrumente. Bei einem Rücklauf von 226 Antworten ergab sich folgende Liste der meist eingesetzten Verfahren: Post traumatic stress diagnostic scale PDS, Life events Checklist LEC, Clinical Administered PTSD Scale CAPS, Trauma Symptom Inventory TSI, PTSD Checklist PCL, Impact of Event Scale IES-R, Trauma Symptom Checklist for Children TSCC.

Wie eingangs erwähnt empfiehlt es sich die Abklärung einer Posttraumatischen Belastungsstörung im Rahmen eines der angeführten differentialdiagnostischen Interviews durchzuführen. Intelligenz- bzw neuropsychologische Untersuchungen sind bei Bedarf sinnvoll, auch hier gilt die Notwendigkeit des sparsamen Einsatzes, um die Belastung gering zu halten.

Insgesamt ist der Einsatz von Testdiagnostik bei traumatisierten Menschen als Hilfsmittel zu betrachten, die Anforderungen an Konzentration, die Reduzierung auf vorgegebenen Formulierungen sind Faktoren, die Testungen erschweren und die betroffenen Personen zusätzlich belasten. Ein in Ruhe, durchaus mit Pausen durchgeführtes diagnostisches Interview ermöglicht es, die Informationen zu erheben und gleichzeitig stabilisierend zu wirken, was beim Ausfüllen von Tests nicht möglich ist.

## LITERATUR

1. APA: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4.edn.* Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
2. AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften): *Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, 1999.* AWMF online 1999. [http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II\\_psytm010htm](http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II_psytm010htm).
3. Blanchard EB, Buckley TC, Hickling EJ & Taylor AE: *Posttraumatic stress disorder and comorbid major depression: Is the correlation an illusion?* *Journal of Anxiety Disorder* 1998; 12: 21-37.
4. Breslau N, Davis GC, Peterson EL & Schultz I: *Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women.* *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 81-87.
5. Butollo W, Hagl M & Krüsmann M: *Kreativität und Destruktion posttraumatischer Bewältigung. Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma.* Pfeiffer bei Klett-Cotta. Stuttgart, 1999.
6. Dhawan, S: *unveröffl. Manuskript zum Vortrag am Institut für Kunst und Wissenschaft. Wien am 23. 4. 1993: Einblicke in die psychotherapeutische Arbeit der Beratungsstelle Xenion, 1993.*
7. Egle UT & Nickel R: *Somatoforme Schmerzstörungen.* In: Egle U. T., Hoffmann, S.O., Joraschky, P. (Hrsg.). *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen.* Schattauer. Stuttgart, 2000; 225-245.
8. Elhai JD, Gray MJ, Kashdan TB & Franklin L: *Which instruments are most commonly used to assess traumatic event exposure and posttraumatic effects? A survey of traumatic stress professionals.* *Journal of Traumatic Stress* 2005; 18:541-546.
9. Flatten G, Hofmann A, Wöller W, Siol T & Petzold ER: *Posttraumatische Belastungsstörung Leitlinie und Quellentext.* Schattauer-Verlag, Stuttgart, New York, 2001.
10. Flatten G, Gast U, Hofmann A, Liebermann P, Reddemann L, Siol T, Wöller W & Petzold ER: *Posttraumatische Belastungsstörung - Leitlinie und Quellentext. 2. Auflage,* Schattauer, Stuttgart, New York, 2004.
11. Gast U, Zündorf F & Hofmann A: *SKID-D. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Dissoziative Störungen.* Hogrefe. Göttingen, 2000.
12. Hennig S, Wittig H-U, Zaudig M & Houben I: *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision. DSM-IV-TR.* Hogrefe. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 2003.
13. Herman JL: *Trauma and Recovery.* Basic Books. New York, 1992.
14. Herman JL: *Die Narben der Gewalt.* Kindler. München, 1993.
15. Hiller W, Zaudig M & Mombour W: *Internationale Diagnosen Checklisten (IDCL) für DSM-IV.* Hogrefe. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 1997.
16. Hofman A, Liebermann P & Flatten F: *Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung.* In Flatten, G. Hofmann, A.; Liebermann, P., Wöller, W., Siol, T. & Petzold, E. (Hrsg.) (2001). *Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinie und Quellentext.* Schattauer. Stuttgart, New York, 2001; 71-84.
17. Hüther G: *Die neurobiologischen Auswirkungen von Angst und Stress und die Verarbeitung traumatischer Erinnerungen.* In: Streeck-Fischer, A., Sachsse, U., Özkan, I. (Hrsg.). *Körper, Seele, Trauma: Biologie, Klinik und Praxis.* Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen, 2001; 94-114.
18. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M & Nelson CB: *Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey.* *Archives of General Psychiatry* 1995; 52:1048-1060.
19. Keilson H: *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern.* Enke. Stuttgart, 1979.
20. Kunzke D & Güls F: *Diagnostik einfacher und komplexer posttraumatischer Störungen im Erwachsenenalter. Eine Übersicht für die klinische Praxis.* *Psychotherapeut* 2003; 48:50-70.

21. Lueger-Schuster B: *Testpsychologische Diagnostik und Gutachtensfragen nach traumatischen Ereignissen*. In A. Friedmann, P. Hoffmann, B. Lueger-Schuster, M. Steinbauer & d. Vyssoki (Hrsg.). *Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung*. Springer. Wien, 2004.
22. Lueger-Schuster B (Hrsg.): *Leben im Transit*. Wiener Universitätsverlag. Wien, 1996.
23. Maercker A & Schützwohl U: *Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala – revidierte Version (IES-R)*, *Diagnostika* 1998; 44:130-141.
24. Maercker A in: Maercker A & Bromberger F: *Checklisten und Fragebogen zur Erfassung traumatischer Ereignisse in deutscher Sprache*. *Trierer Psychologische Berichte*, 32(2) deutsche Instrumente, 2005. [http://www.uni-trier.de/fileadmin/fb1/PSY/tripsyberichte/2005\\_32\\_2.pdf](http://www.uni-trier.de/fileadmin/fb1/PSY/tripsyberichte/2005_32_2.pdf) am 1. 8. 2008; 12:22.
25. Maercker A & Bromberger F: *Checklisten und Fragebogen zur Erfassung traumatischer Ereignisse in deutscher Sprache*. *Trierer Psychologische Berichte*, 32(2) deutsche Instrumente, (2005). [http://www.uni-trier.de/fileadmin/fb1/PSY/tripsyberichte/2005\\_32\\_2.pdf](http://www.uni-trier.de/fileadmin/fb1/PSY/tripsyberichte/2005_32_2.pdf) am 1. 8.2008, 12:22.
26. Margraf J, Schneider S & Ehlers A: *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen*. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 2006.
27. Mollica RF, Caspi-Yavin Y, Bollini P, Truong T, Tor S & Lavelle J: *The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees*. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1992; 180:111-116.
28. Pynoos RS, Steinberg AM & Pacentini JC: *A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders*. *Biol Psychiatry* 1999; 46:1542-1554.
29. Reddemann L: *Imagination als heilsame Kraft*. Pfeiffer Verlag. Stuttgart, 2001.
30. Rosner R & Powell St: *Überschätzt die ICD-10 die PTBS-Prävalenz? Auswirkungen unterschiedlicher Diagnoseraten der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Kriegstraumatisierung*. In: *Trauma und Gewalt* 2007; 1:46-57.
31. Sack M: *Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung*. In *Nervenarzt* 2004; 75:451-459.
32. Tagay S, Erim Y, Stoelk B, Möllering A, Mewes R & Senf W: *Das Essener Trauma-Inventar (ETI) – ein Screeninginstrument zur Identifikation traumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störungen*. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin* 2007; 1:75-89.
33. Terr LC: *Childhood Traumas. An outline and overview*. *American Journal of Psychiatry* 1991; 148:10-20.
34. Van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A & Herman JL: *Dissociation, somatization, and effect dysregulation: The complexity of adaption to trauma*. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153(Suppl.):83 – 93.
35. Veer GV: *Counselling and Therapy with Refugees. Psychological Problems of Victims of War, Torture and Repression*. Wiley & Sons Ltd. West Sussex, 1992.
36. WHO: *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization, 1992.
37. Wittchen HU, Wunderlich U, Gruschwitz S & Zaudig M: *SKID – Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Hogrefe. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, 1997.
38. Wöller W, Siol T & Liebermann P: *Traumaassoziierte Störungsbilder neben der PTSD*. In Flatten, G. Hofmann, A.; Liebermann, P., Wöller, W., Siol, T. & Petzold, E. (Hrsg.) (2001). *Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinie und Quellentext*. Schattauer. Stuttgart, New York, 2001; 25–9.
39. *Die angeführte Testverfahren im Bereich „allgemeine diagnostische Verfahren“ , „affektive Störungen“ sowie im Bereich „Angststörungen“ finden sich zur Ansicht und mit Angaben von Validitäts- bzw. Reliabilitätsaussagen in: CIPS: Internationale Skalen für Psychiatrie/ hrsg. vom Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum, 4. Auflage, Beltz-Test, Göttingen, 1996.*