



Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der  
Isar der TU München  
(Direktor: Prof. Dr. Peter Henningsen)

# Behandlungsverläufe in der Psycho- somatischen Tagesklinik

Wodurch unterscheiden sich erfolgreiche Verläufe von  
weniger erfolgreichen

---

**Annette Janine Stiefenhofer**

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität  
München zur Erlangung des akademischen Grades eines  
**Doktors der Medizin**  
genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Prof. Dr. Ernst J. Rummeny

Prüfer der Dissertation:

1. apl. Prof. Dr. Martin Sack
2. Prof. Dr. Peter Henningsen

Die Dissertation wurde am 30.06.2016 bei der Technischen Universität München ein-  
gereicht und durch die Fakultät für Medizin am 15.03.2017 angenommen.

## **DANKSAGUNG**

Diese Dissertation war nur möglich durch die Zusammenarbeit mit verschiedenen Personen und deren wertvolle Beiträge:

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med. Martin Sack, Oberarzt der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München, für die Möglichkeit einer Dissertation und die Bereitstellung aller zur Durchführung des Projektes erforderlichen Ressourcen. Ich möchte mich des Weiteren für das Vertrauen und die Unterstützung meiner Arbeit sehr bedanken.

Ich möchte mich bei den Patienten für ihre offene Mitarbeit und ihr Vertrauen bedanken, die diese Arbeit erst ermöglicht haben.

Zudem möchte ich mich auch bei den Mitarbeitern der Trauma-Ambulanz und Tagesklinik der psychosomatischen Abteilung bedanken, die mir fachlich und organisatorisch immer geholfen haben.

Herzlichsten Dank möchte ich auch meiner Schwester Stefanie Stiefenhofer, Herrn Dr. Sebastian Poliwoda und Herrn Christian Giuliani aussprechen für die kompetente sprachliche Hilfestellung und Formatierung.

Nicht zuletzt gebührt der größte Dank meiner Familie. Insbesondere meinem Freund Michael Rieger sowie meinen Eltern, die mir das Medizinstudium finanziell ermöglicht haben. Auch möchte ich mich bei Ravi Welch bedanken, bei dem ich eine große ideelle Unterstützung und ein persönliches Vorbild gefunden habe.

Allen diesen Personen sei an dieser Stelle mein tiefster Dank ausgesprochen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1 Thematische Einführung</b>	6
1.1 Historische Hintergründe und Entwicklung	7
1.2 Überblick zum Forschungsstand	9
1.2.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	9
1.2.2 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung	13
1.2.3 Dissoziation	13
1.2.4 Komorbidität der posttraumatischen Belastungsstörung	16
1.2.5 Ressourcen	18
1.2.6 Das Behandlungskonzept	20
<b>2 Fragestellung</b>	23
Hypothesen	23
<b>3 Material und Methoden</b>	25
3.1 Methodik	25
3.2 Projekt	25
3.3 Interview	26
3.4 Patienten	26
3.5 Ein- und Ausschlusskriterien	27
3.6 Diagnostische Instrumente	27
3.6.1 Ermittlung des Therapieerfolges mithilfe des Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)	27
3.6.2 Vergleich mit den psychologischen Tests aus der Basisdokumentation (BADO)	29
3.6.2.1 Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) – Ermitteln von Komorbiditäten	29
3.6.2.2 Hannover-Selbstregulations-Inventar (HSRI) – Ermitteln von Strukturniveau und Stabilität	31

3.6.2.3	Dissoziations-Spannungs-Skala (DSS) – Ermitteln von Dissoziation .....	31
3.6.2.4	Dresdner Körperbildfragebogen (DKB) – Vorhandene Ressourcen und deren Ausprägung .....	32
3.6.2.5	Ressourcen (RES) .....	32
3.6.2.6	Positive States of Mind (PSOM) .....	33
3.6.2.7	Short-Form 36 Health Survey (SF-36) .....	33
3.7	Statistische Analyse .....	34
<b>4</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	<b>35</b>
4.1	Datenerhebung .....	35
4.1.1	Zusammensetzung der Stichprobe .....	35
4.1.2	ICD-10 Diagnosen der Patienten .....	35
4.2	Behandlungsergebnisse der Stichprobe im CAPS .....	36
4.2.1	Einteilung in die Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“ .....	38
4.3	Vergleich der Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“ mit weiteren Variablen .....	40
4.3.1	Vergleich mit den personenbezogenen Werten .....	41
4.3.2	Vergleich mit psychologischen Tests .....	45
4.3.2.1	Einfluss durch eine im PHQ-D ermittelte komorbide Erkrankung auf die Therapie .....	45
4.3.2.2	Einfluss von Ich-Funktion und Selbstregulation (HSRI) .....	48
4.3.2.3	Einfluss einer dissoziativen Störung auf eine Therapie .....	50
4.3.2.4	Einfluss von Ressourcen (ermittelt durch den DKB-35, RES, PSOM, SF-36) auf eine Therapie .....	51
<b>5</b>	<b>Diskussion</b> .....	<b>57</b>
5.1	Stichprobe und Studienpopulation .....	57
5.2	Ergebnisse der Symptomstärkenmessung mittels CAPS .....	58
5.3	Auswirkung von personenbezogenen Angaben auf die Therapie .....	59

5.4	Vergleich der Therapieerfolge mit den Ergebnissen aus den psychologischen Tests.....	61
5.4.1	Einflusses einer komorbiden Erkrankung auf die Therapie.....	61
5.4.1.1	Auswirkungen einer Depression sowie Angststörung auf die Therapie.....	62
5.4.1.2	Auswirkungen einer somatoformen Störung auf den Therapieerfolg .	63
5.4.2	Auswirkung von Ich-Funktion und Selbstregulation auf die Therapie.	64
5.4.3	Auswirkung einer dissoziativen Störung auf die Therapie.....	67
5.4.4	Auswirkungen der persönlichen Ressourcen auf den Therapieerfolg	69
5.5	Grenzen der vorliegenden Arbeit.....	72
5.6	Zusammenfassung der Arbeit.....	73
	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	75
	<b>Abbildungs- und Tabellenverzeichnis</b> .....	94
	Eidesstattliche Erklärung .....	96
	Lebenslauf .....	97
	Anhang: Clinician-Administered PTSD Scale/Basisdokumentation .....	100

# 1 Thematische Einführung

Eine Traumafolgestörung ist eine den Patienten belastende, psychische Erkrankung, die häufig auftritt. Studien beschreiben eine Prävalenz einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) von bis zu acht Prozent (Kessler et al. 1995). Die Betroffenen sind häufig stark eingeschränkt. Sie scheitern im Berufsalltag und benötigen staatliche Unterstützung, um ihren Lebensunterhalt zu finanzieren.

Eine Therapie kann die Menschen wieder in ein normales Leben führen – damit sie den Alltag bestehen, ihre Erkrankung in ihr Leben integrieren oder sogar geheilt werden können.

Dabei ist der Weg zu therapeutischer Hilfe schwer und oft verbunden mit Scham und Schmerz. Zudem gibt es nur wenige Therapieplätze und lange Wartezeiten für Patienten mit einer Traumafolgestörung. Die Zahl der Patienten, die eine Therapie abbrechen, bewegt sich zwischen 30 und 50 Prozent (Monson et al. 2011; Schottenbauer et al. 2008; Bisson et al. 2007). Um einen Therapieabbruch zu vermeiden, ist es sinnvoll, eine individuelle suffiziente Therapie für den jeweiligen Patienten zu finden. Jeder Patient sollte mit seinem Krankheitsbild die für ihn beste Therapie erhalten. Oft fehlen der Wirksamkeit der Behandlungskonzepte jedoch evidente Studien. Entscheidungen werden dann überwiegend aufgrund subjektiver Einschätzungen getroffen.

Durch eine Vielzahl wissenschaftlicher Untersuchungen in den vergangenen Jahrzehnten sind einige Modelle entstanden, die sich mit den Fragen von Entstehung, Zeitraum, Ursache und Erscheinungsbild der PTBS beschäftigen. So unterschiedlich Ätiologie und Ausprägung sind, so unterschiedlich ist auch der Verlauf einer Traumafolgestörung. Eine epidemiologische Studie (Kessler et al. 1995) dokumentierte folgende Zahlen bezüglich Spontanheilungen einer PTBS: Etwa ein Drittel war innerhalb der ersten zwölf Monate beschwerdefrei; die Hälfte der Patienten nach ungefähr vier Jahren; und etwa zehn Jahre nach dem Trauma litt noch ein Drittel an den Symptomen einer PTBS.

Wir haben in vorliegender Studie zu klären versucht, aufgrund welcher Kriterien ein Patient mehr von einer Traumatherapie profitiert als ein anderer.

## 1.1 Historische Hintergründe und Entwicklung

1980 wurde zum ersten Mal der Begriff „posttraumatische Belastungsstörung“ (PTBS) oder „posttraumatic stress disorder“ (PTSD) durch die Veröffentlichung des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-III, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1980) der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (American Psychiatric Association, APA) offiziell festgehalten. Das Syndrom wird dort als eine Angststörung gelistet. Später wurde sie in das internationale Krankheitsklassifikationssystem ICD 10 der WHO (Weltgesundheitsorganisation) aufgenommen. Dem ging ein langer Entwicklungsprozess voraus.

Wenn man bedenkt, dass der Mensch schon immer Situationen ausgesetzt war, die ihn in seiner Integrität bedrohen und traumatisieren können, dann ist es erstaunlich, dass die posttraumatische Belastungsstörung erst so spät medizinisch diskutiert und definiert worden ist.

Es gibt wenige historische Beschreibungen. 1766 dokumentiert Dr. Maty den Kutschenunfall des Count de Lordat, der zuerst unauffällig war, jedoch vier Jahre danach dazu führte, dass der Count kaum mehr sprechen konnte und schwer depressiv starb (Sachsse 2004, S. 6).

In der Folge beschäftigten sich Ärzte und Wissenschaftler mit der Erforschung der Störungen, denen ein Trauma zugrunde lag. Sie gingen der Frage nach, ob es sich um eine organische Erkrankung handelt, eine psychische Störung oder eine Simulation.

Ende des 19. Jahrhunderts, rund fünfzig Jahre nach dem Bau der ersten Eisenbahnlinie, fand der Begriff „Railway Spine“ (zu Deutsch Eisenbahn-Wirbelsäule) durch Erichsen Aufmerksamkeit in der Wissenschaft. Er beschrieb verschiedene psychische Symptome als Folge von Eisenbahnunfällen. Man erklärte die Ursachen körperlicher und geistiger Symptome durch Rückenmarksschäden, die durch die Erschütterungen bei einem Unfall entstanden waren (Erichsen 1882).

Hermann Oppenheim, der als Nervenarzt im Rahmen der 1884 in Kraft getretenen Unfallversicherung viele Patienten begutachtete, prägte den Begriff „traumatische Neurose“ und nannte Symptome wie Desorientiertheit, Aphasie, Schwindel und Schlafstörungen als Folge tief greifender Erschütterungen im Zentralnervensystem (Oppenheim 1889; 1892 S. 801).

In dem Zusammenhang stand Sigmund Freuds Veröffentlichung von 1886. Laut Freud sei die Ätiologie der Hysterie das Resultat einer vorzeitigen sexuellen Erfahrung in frühester Jugend. Diese Behauptung wurde zunächst von einer Vielzahl wissenschaftlicher Kollegen abgelehnt. Heute sehen viele in ihr den Ursprung des Gedankens, psychische Symptome könnten ein Ergebnis traumatischer Erfahrungen sein.

Jean-Martin Charcot, Freuds Lehrer, entdeckte, dass hysterische Symptome durch Hypnose behandelbar sind (Charcot und Magnan 1882). „Hysterisch“ war zur damaligen Zeit ein neutraler, geläufiger Begriff, der für viele psychische Erscheinungen verwendet wurde. Pierre Janet, ein weiterer Schüler Charcots, erklärte, die Dissoziation als Spaltung des Bewusstseins sei ein Mittel zur Bewältigung unerträglicher sexueller Missbrauchserfahrungen (Janet 1889). Freud sprach etwa zur gleichen Zeit ebenfalls von der „Spaltung des Bewusstseins“ (Freud 1896).

Im und nach dem Ersten Weltkrieg erkrankten zahlreiche Soldaten an einer sog. „Schützengraben-Neurose“. Sie wurden arbeitsunfähig und waren für den weiteren Kriegsdienst unbrauchbar. Es ergab sich die Notwendigkeit einer Therapie. Ernst Simmel gründete als Oberarzt eines Feldlazarettes die erste stationäre psychoanalytische Behandlungsstätte und vereinte hypnotische mit psychoanalytischen Techniken in seinen Therapiekonzepten. Der Psychiater Abram Kardiner behandelte ebenfalls zahlreiche traumatisierte Soldaten und trug viel zur Definition der Diagnose „posttraumatische Belastungsstörung“ bei (Kardiner 1941, S. 195). Junge, gesunde Männer, die in den Krieg gezogen waren, kehrten psychisch krank heim. Die These, nur Menschen mit zuvor bestehenden psychischen Erkrankungen seien anfällig für Traumafolgestörungen, war fortan nicht mehr vertretbar (Maercker 2009, S. 9). Durch diese wissenschaftlichen Arbeiten festigte sich das Wissen über die Traumatisierung und deren Folgen.

Da die bisher etablierte Psychoanalyse jedoch wenig Erfolge bei Traumafolgestörungen brachte, wurde nach neuen Therapiekonzepten gesucht. Es wurde beobachtet, dass das alleinige Wiederauflebenlassen des traumatischen Ereignisses eher zu einer Retraumatisierung denn zu einer Heilung führte – wie an vielen Beispielen bei Überlebenden des Holocaust beobachtet wurde (Maercker 2009, S. 9).



## 1.2 Überblick zum Forschungsstand

### 1.2.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Eine akute posttraumatische Belastungsreaktion ist eine psychologische Reaktion eines Menschen auf eine traumatische Erfahrung. Ob dieses Trauma in den folgenden sechs bis zwölf Wochen verarbeitet wird oder ob sich die akute Symptomatik chronifiziert, hängt von mehreren Faktoren wie von sozialen Aspekten, Traumaart, Vorerkrankungen oder Ressourcen ab (Sachsse 2004, S. 53; Rothbaum et al. 1992).

Das Risiko, an einer posttraumatischen Belastungsstörung nach einem Trauma zu erkranken, beträgt ca. 9 Prozent (Breslau et al. 1998). Die Lebenszeitprävalenz einer PTBS in der Gesamtbevölkerung beträgt 5 bis 10 Prozent (Maercker et al. 2008).

Die PTBS wird in der ICD 10 als eine Störung beschrieben, deren typische Merkmale aus wiederholtem Erleben des Traumas (durch Erinnerungen oder Träume) sowie einem Gefühl der Betäubung, emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit, Teilnahmslosigkeit, Anhedonie, Vermeidung und gewöhnlicher vegetativer Übererregtheit bestehen. Die Latenzzeit kann von wenigen Wochen bis zu mehreren Monaten dauern. Ein Trauma definiert sich wie folgt: Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die den tatsächlichen oder drohenden Tod oder eine ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen oder anderer Personen beinhaltet (DSM-III, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1980). Die beiden Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM IV erfordern eine unterschiedliche Symptomzahl zur Festlegung der Diagnose. Das ICD-10 ist etwas weniger strikt; zum DSM IV liegen mehr Forschungsbefunde vor. In DSM IV wird die PTBS in drei Symptomblocke eingeteilt: Intrusion, Vermeiden und erhöhte Erregbarkeit.

Der erste Block besteht aus dem Symptom Intrusion. Intrusionen stellen ein sehr häufiges Symptom bei Traumafolgestörungen dar. Fullerton et al. berichtet in seiner Studie, dass 65 bis 79 Prozent der Patienten nach einem Motorradunfall an intrusiven Symptomen leiden (Fullerton et al. 2001).

Intrusionen sind wiederkehrende Erinnerungen, die aus Gedanken, Träumen, Bildern, Wortfetzen oder Ähnlichem bestehen können.

Patienten empfinden diese meist als sehr leidvoll, da sie plötzlich, unwillkürlich und ohne Kontrolle auftreten. Je nach Ausprägung und Intensität reaktivieren sie die negativen Gefühle und Empfindungen während des Traumas – sie werden im Moment real erlebt. Solche Erinnerungen werden auch „Flashbacks“ genannt (Sachsse 2004, S. 52). Intrusionen können durch bestimmte Gesten, Symbole oder Elemente des Traumas ausgelöst werden. Diese Stimulation wird auch „triggern“ genannt.

Es kann auch sein, dass der Inhalt der wiedererlebenden Symptomatik vom Patienten nicht als exaktes Spiegelbild des Traumas erlebt wird, sondern im Sinne einer Dramatisierung oder negativeren Darstellung des Traumas verändert (Merckelbach et al. 1998; Mayou et al. 2002). Die überspitzten Erinnerungen können dann auch in erhöhter Frequenz auftreten, oft begleitet von körperlichen Reaktionen wie Herzrasen, Zittern, Schwitzen oder Muskelverspannungen (Blake et al. 2000).

Intrusionen sind ein entscheidender Faktor für die Entstehung einer posttraumatischen Belastungsstörung. So beschreibt McFarlane intrusive Erlebnisse als Ausdruck einer starken Angst während des traumatischen Ereignisses, die einen signifikanten Zusammenhang mit der Entwicklung einer Traumafolgestörung hätten. Denn Intrusionen seien als Zeichen einer Erregungsstörung infolge eines Traumas zu sehen (McFarlane 1992).

Mayou et al. (2002) gehen noch weiter und sehen in den Intrusionen einen prognostischen Faktor, der eine chronische PTBS wahrscheinlich macht. Für solche Patienten könnte es hilfreich sein, eine frühe intervenierende Therapie einzuleiten, um die Manifestation einer PTBS zu verhindern. Steil und Ehlers (2000) weisen jedoch darauf hin, dass nicht die Existenz von Intrusionen kurz nach einem Trauma ausschlaggebend ist für eine Chronifizierung von PTBS-Symptomen, sondern das Persistieren der intrusiven Symptome über mehrere Monate. Mayou et al. erklären, dass es die ständigen Erinnerungen dem Patienten erschweren, das Trauma als ein Ereignis in der Vergangenheit abzuschließen (Mayou et al. 2002), da sie das Trauma jeden Tag wieder erleben.

Intrusionen sind jedoch nicht allein spezifisch für eine PTBS. Sie zeigen lediglich, dass die Person einem für sie ausgesprochen erschreckendem Erlebnis ausgesetzt war (McFarlane 1992). Die das Trauma wiedererlebenden Symptome spielen auch eine Rolle bei Angsterkrankungen und affektiven Störungen.

Auch können sich intrusive Symptome nach einem Trauma einstellen, ohne dass sich eine Traumafolgestörung entwickelt (Steil und Ehlers 2000). Sie entstehen unmittelbar nach einem Trauma und können als ein Zeichen der Verarbeitung gesehen werden. Wichtig ist jedoch auch die Interpretation der erlebten Intrusionen. Steil und Ehlers (2000) weisen darauf hin, dass der direkte Fokus auf die Intrusionen und die eigene Interpretation seitens des Patienten wichtige Ansätze für die Strategie der Therapie sind; ebenso das Erkennen und Einschätzen einer evtl. kognitiven Vermeidung.

Im zweiten Block werden Reaktionen, Verhalten und Zustände zusammengefasst, die mit einer vermeidenden Absicht einhergehen. Fullerton et al. zeigte eine Prävalenz dieser Symptome von 23 bis 53 Prozent bei Patienten mit PTBS (Fullerton et al. 2001).

Dabei versucht der Patient, die mit dem Trauma verbundenen Stimuli wie Gedanken, Gespräche, Gefühle und Aktivitäten zu umgehen. Da sie negative Gefühle auslösen, werden sie vom Patienten als Stress wahrgenommen. Laut Sachsse kann der Traumatisierte auch versuchen, die Begegnung mit dem Trauma zu vermeiden, was dazu führen kann, dass ganze Erinnerungssegmente und Erinnerungsfelder über Monate und Jahre hinweg ausgeblendet werden (Sachsse 2004, S. 53; van der Kolk 1996).

Zusätzlich zu Amnesie und direkter Vermeidung können laut DSM-IV weitere Symptome auftreten: ein deutlich vermindertes Interesse oder die verminderte Teilnahme an Aktivitäten, das Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen und eine eingeschränkte Bandbreite des Affekts sowie das Gefühl der Zukunftslosigkeit. Dieses Gefühl der Isolierung, das zu sozialem Rückzug und einer Abflachung der Gefühle führt, wird in der Literatur auch unter dem Symptom Numbing (eine Abflachung der Reagibilität) beschrieben (Foa et al. 1995).

Foa et al. (1995) weisen darauf hin, dass Vermeidung und Numbing durch ihre Funktion voneinander zu unterscheiden sind. Vermeidung sei eine Möglichkeit, den Stress traumabedingter Intrusionen zu reduzieren. Wenn diese Vermeidung unmöglich ist, dann entstehe – als Mittel der Stressreduktion – Numbing, so Foa. Es gibt eine Vielzahl von Vermeidungsstrategien. Steil und Ehlers subsumieren ständiges Grübeln ebenfalls unter eine relevante kognitive Vermeidungsstrategie (Steil und Ehlers 2000). Grübeln führt dazu, vom direkten Trauma abzulenken, indem sich der Patient gedanklich mehr mit Dingen in der Umgebung des Traumas beschäftigt. Mayou et al. erklären, dass eine Vermeidung oder Vermeidungsformen ebenso wie Intrusionen kurz nach dem Trauma die Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung der PTBS erhöhen (Mayou

et al. 2002; Steil und Ehlers 2000). Durch das vermeidende Verhalten umgeht der Patient eine Konfrontation und verhindert das Verarbeiten des traumatischen Erlebnisses, so Mayou et al.

McFarlane erklärt, dass die Ausprägungsstärke von Intrusionen mit der Vermeidung zusammenhängt (McFarlane 1992). Der Patient versucht, den negativen Gefühlen der Intrusionen aus dem Weg zu gehen. Er vermeidet so eine Konfrontation mit gewissen Orten, Situationen, Personen und ähnlichen Triggersymbolen. Somit wird auch die Verarbeitung der Intrusionen verhindert.

Eine PTBS wird in der DSM IV als Angststörung gelistet. Das Vermeiden durch Umgehen angstauslösender Situationen oder Objekte und deren Konditionierung ist ein Erklärungsansatz von Angsterkrankungen. Auch das Erleben körperlicher Symptome bei der Konfrontation mit angstauslösenden Stimuli ist mit Angststörungen verknüpft (Maercker 2009, S. 19).

In Symptomblock drei finden sich Symptome, die durch ein erhöhtes Erregungsniveau gekennzeichnet sind – d. h. mit einer vegetativen Übererregbarkeit und Steigerung der Vigilanz. In der aktuellen Literatur findet sich eine Häufigkeit von 50 bis 80 Prozent (Fullerton et al. 2001).

Nach DSM IV zählen dazu Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, erhöhte Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz und eine verstärkte Schreckreaktion. Im Gegensatz zur Vermeidung sind diese Symptome gekennzeichnet von erhöhter Affektivität (Frewen und Lanius 2006). Die Betroffenen haben eine stärkere Wachsamkeit gegenüber vielen Reizen. Schon kleinste körperliche Berührungen oder Geräusche führen zu extremem Erschrecken (Maercker 2009, S. 19).

Wenn Intrusionen und Flashbacks nicht durch vermeidendes Verhalten kontrolliert werden können (Sachsse 2004, S. 53), klagt der Patient über Symptome wie Ein- oder Durchschlafstörungen, Reizbarkeit und Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, übermäßige Wachsamkeit, übertriebene Schreckreaktionen oder physiologische Reaktionen bei Konfrontation mit dem Ereignis (Herzrasen, Zittern, Schwitzen oder Muskelverspannungen). Eine Erklärung dafür ist, dass das autonome Nervensystem nach einem Trauma anders reagiert, seine Erregungsschwelle herabgesetzt ist. Schon kleinere Belastungen führen zu einer Erregungssteigerung. Patienten können z. B. in der Folge schlecht ein- oder durchschlafen. Im klinischen Kontext ist es jedoch schwierig

zu entscheiden, ob die Symptome vegetativer Übererregung eindeutig mit traumatischen Belastungen assoziiert sind. Werden die Beschwerden während des Schilderns belastender Erinnerungen beobachtet, ist dies laut Sack ein Hinweis, dass es sich um ein Traumafolgesymptom handelt (Sack 2010, S. 39).

Ein erhöhtes Erregungsniveau ist nicht nur Merkmal einer PTBS, sondern auch einer generalisierten Angststörung. Somit haben auch hier beide Erkrankungen Ähnlichkeit (wie bei Intrusion und Vermeidung). Es gibt jedoch PTBS-spezifische Angstsymptome, die eindeutig einer PTBS zuzuordnen sind, wie Distanzierung von anderen Menschen, eingeschränkte Affekte und Alpträume, so Foa (Foa et al. 1995).

### **1.2.2 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung**

Einige Patienten entwickeln nach einem Trauma ein klinisches Bild, das über die Symptomgruppen der PTBS (Intrusion, Vermeidung, Numbing, Hyperarousal) hinausgeht. Das kann als komplexe PTBS beschrieben werden (Maercker 2009, S. 21).

Das Konzept der komplexen PTSD, das in den Anhang des DSM IV als DESNOS (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified) aufgenommen worden ist, unterscheidet sich von der einfachen PTSD dadurch, dass es neben der Selbstregulationsstörung traumaassoziierte Symptome wie dissoziative und somatoforme Symptome, Störungen der Sexualität, Beziehungsgestaltung und Selbstwahrnehmung sowie Veränderungen persönlicher Wertvorstellungen als einheitliches Modell bei anhaltender Traumatisierung durch Bezugspersonen in der Kindheit miteinbezieht (Herman 1992; Müller et al. 2007; Zucker et al. 2006).

Das Konzept der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung ist laut Sack bei Patienten mit langandauernden und extremen Traumatisierungen – besonders nach schwerer Vernachlässigung, sexuellem Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit – für die Diagnostik zu empfehlen (Sack 2010, S. 16).

### **1.2.3 Dissoziation**

Der Begriff „Dissoziation“ bedeutet Trennung, Auflösung oder Zerfall und ist damit das Gegenteil der Assoziation, der Verbindung und Verknüpfung (Gast et al. 2001a). Die Dissoziation ist in der DSM-IV-Klassifikation (American Psychiatric Association 1994)

definiert als Desintegration und Fragmentierung des Bewusstseins und anderer höherer psychischer Funktionen, wie die des Gedächtnisses, der Identität und der Wahrnehmung des Selbst und der Umwelt. Das Phänomen der Dissoziation lässt sich in unterschiedlichen Ausprägungen und Krankheitsbildern finden (Dell 2002). Im DSM IV werden die Störungen fünffach ausdifferenziert: dissoziative Amnesie, dissoziative Fuge, Konversionsstörung, dissoziative Identitätsstörung und Depersonalisationsstörung.

In einer Studie mit Veteranen des Vietnamkriegs gaben ca. 30 Prozent der Patienten an, an einer PTBS mit dissoziativen Symptomen zu leiden (van Minnen et al. 2012). Eine dissoziative Symptomatik gehört zu den Diagnosekriterien einer PTBS, ist jedoch auch Inhalt anderer psychischer Erkrankungen, wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung, der Schizophrenie oder einer Angststörung. Die Häufigkeit einer dissoziativen Störung hängt auch von kulturellen Faktoren ab. Meist sind Patienten zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr betroffen. Die Lebenszeitprävalenz beträgt 0,5 bis 4 Prozent. Die Störung kann plötzlich einsetzen. Häufig tritt eine spontane Remission auf. Bei ca. 80 Prozent verbessern sich die Symptome nach ca. 5 Jahren (Gast et al. 2001a).

Es wird vermutet, dass eine Ursache für die Ausbildung einer dissoziativen Störung vor allem an einer Traumatisierung in einer frühen Entwicklungsphase oder mehrfachen Traumatisierung des Säuglings oder Kleinkindes liegt (Pasquini et al. 2002; Sachsse 2004, S. 64; Nijenhuis et al. 1998; Cloitre et al. 1997). Nijenhuis zeigte, dass Patienten mit einer dissoziativen Störung signifikant häufiger ein Trauma in der Kindheit oder Jugend erlebt hatten (emotionaler Missbrauch 87 %, körperlicher Missbrauch 78 %, sexueller Missbrauch 93 %) (Nijenhuis et al. 1998). Pasquini et al. (2002) erklärt, dass vor allem ein sexuelles Missbrauchs-Trauma die Entwicklung einer dissoziativen Störung fördert. Die gleiche Wirkung zeigt eine den Bedürfnissen des Säuglings inadäquate oder ängstliche Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson.

Bei Untersuchungen von Patienten, die an einer dissoziativen Identitätsstörung (DIS) leiden, fallen Traumata in der Adoleszenz auf, v. a. durch extreme Gewalt, Grausamkeit oder Sadismus (Sachsse 2004, S. 64). Nur bei einer geringen Zahl von Patienten ist kein traumatisches Erlebnis erinnerlich oder nachweisbar.

Wichtig scheint eine stabile Bindung des Kleinkindes oder Säuglings an eine dauerhafte Bezugsperson. Ein gestörtes Bindungsverhalten in den entscheidenden Phasen

kann laut Pasquini die Wahrscheinlichkeit einer dissoziativen Störung im späteren Leben ebenfalls erhöhen (Pasquini et al. 2002).

Dissoziation ist ein wichtiges Phänomen, das Patienten mit Traumafolgestörungen häufig beschreiben (van der Kolk 1996; Sachsse 2004, S.64). Es gibt verschiedene theoretische Ansätze einer Erklärung. Der französische Psychiater Pierre Janet beschrieb bereits 1893 Patienten mit dissoziativer Störung. Er versuchte, Dissoziation mit einer Desintegration von Bewusstseinsfunktionen und handlungssteuernden Systemen zu erklären.

Van der Hart et al. (2005) beschreiben heute ein Modell mit desintegrierten Aktionssystemen. Die dissoziativen Anteile der Persönlichkeit versuchen, die traumatischen Erinnerungen zu vermeiden, um am täglichen Leben teilzunehmen, während andere Teile der Persönlichkeit in traumatischen Erinnerungen und Abwehrmechanismen verbleiben (van der Hart et al. 2005). Aufgrund dessen werden überwältigende traumatische Erfahrungen aus dem Bewusstsein ferngehalten, um der betroffenen Person das weitere Funktionieren zu ermöglichen (Gast et al. 2001a). Dissoziation kann so als Möglichkeit gesehen werden, sich vor überforderndem Stress und Belastungen zu schützen.

Dissoziation ist ein häufiges Symptom bei Patienten mit verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen wie Depression oder Schizophrenie. Gast et al. untersuchten 115 Psychiatriepatienten (mit Persönlichkeitsstörungen, neurotischen Störungen, Sucht, Depression und Schizophrenie). 21 Prozent der Befragten hatten ausgeprägte dissoziative Symptome. Der Zusammenhang zwischen einem Trauma in der Kindheit und der Entwicklung einer dissoziativen Störung war in dieser Untersuchung ebenfalls signifikant (Gast et al. 2001b).

Bereits geringe Stressoren können zu Amnesien oder starker Depersonalisation und Identitätsunsicherheit führen, was die Betroffenen bei Alltagsbelastungen die Kontrolle über ihre Handlungen verlieren lässt (Sack 2010, S. 24). Schon durch sein Wesen erschwert Dissoziation das therapeutische Arbeiten und ist auch für den Patienten sehr belastend. Dies sollte bei einer konfrontativen Traumatherapie berücksichtigt werden (van der Kolk et al. 1996).

## 1.2.4 Komorbidität der posttraumatischen Belastungsstörung

Viele epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass eine Komorbidität bei einer posttraumatischen Belastungsstörung eher die Regel als die Ausnahme ist (Maercker 2009, S. 28; Brunello et al. 2001; Bradley et al. 2005; Kessler et al. 1995; Breslau et al. 1991; Yen et al. 2002). Abhängig von der jeweiligen Untersuchung wurde gezeigt, dass Patienten mit PTBS zu 50–100 Prozent an einer weiteren Komorbidität leiden. Der größte Teil leidet sogar an mehr als nur einer komorbiden Störung (Brunello et al. 2001). Am häufigsten diagnostiziert wurden folgende Komorbiditäten: Depression, Substanzabhängigkeit, Somatisierungsstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung oder antisoziale Persönlichkeitsstörung, Herz- und Kreislauferkrankungen sowie Angststörungen (Maercker 2009, S. 28).

Untersuchungen zeigen, dass eine Traumatisierung nicht nur zu einem vermehrten, sondern auch stärkeren Auftreten sämtlicher Komorbiditäten führt (Macdonald et al. 2010). Das Ergebnis zeigte auch eine Untersuchung bei Patienten mit Essstörungen. Patienten mit einer mehrfachen Traumatisierung wiesen stärkere Symptome einer Essstörung auf. 23,1 Prozent der Patienten mit Anorexia Nervosa und 25,5 Prozent der Bulimiekranken erfüllten die Kriterien einer PTBS (Tagay et al. 2014).

Eine häufige Komorbidität ist die Depression. Die aktuelle Literatur gibt eine Auftretenswahrscheinlichkeit in Höhe von 50 bis 60 Prozent bei Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung an (Spitzer et al. 2008; Breslau et al. 1991). Die Zahlen variieren jedoch stark bei den einzelnen Studien. In einer Studie von Glaesmer et al. (N = 1659) erfüllten nur 8,6 Prozent der Patienten mit Traumafolgestörung die Kriterien einer schweren Depression und weitere 10,4 Prozent die Kriterien einer anderen depressiven Störung (Glaesmer et al. 2012). Für den Zusammenhang beider Erkrankungen gibt es mehrere Erklärungsansätze. Zum einen haben beide Störungen gemeinsame Risikofaktoren im Sinne einer erhöhten Vulnerabilität. Zum anderen ist eine Depression ein Risikofaktor für die Entwicklung einer PTBS – und vice versa (Breslau 2002; O'Donnell et al. 2004; Post et al. 2011).

Einen engen Zusammenhang einer PTBS – speziell einer komplexen PTBS mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung – wird wissenschaftlich viel diskutiert. Die Frage, ob es sich um zwei Erkrankungen handelt oder ob sie sich überlappen, ist noch nicht



geklärt. Es gibt gemeinsame Symptome – besonders bei der Affektstörung oder Instabilität, der Impulskontrolle, der Selbstwertregulation und der Selbstwahrnehmung (Davidson et al. 1991). Insgesamt seien die symptomatologischen Überschneidungen jedoch zu gering, um eine substanzielle Überlappung zu begründen (Golier et al. 2003). Rund 65 bis 80 Prozent der Borderline-Patienten berichten, in der Vergangenheit ein Trauma erlebt zu haben. 10 bis 50 Prozent davon entwickeln eine posttraumatische Belastungsstörung (Sack et al. 2013). Oft handelt es sich um Traumata in der Entwicklungszeit (Kindheit, Jugend). Häufig berichten diese Patienten von sexuellem Missbrauch. Die Entwicklung der Persönlichkeit kann so auch sekundär gestört sein (Driesen et al. 2002). Es entwickelt jedoch nicht jeder in der Kindheit Traumatisierte eine Borderline-Persönlichkeitsstörung und nicht bei allen Borderline-Patienten wurde ein Trauma in der Vergangenheit gefunden. Den größten Zusammenhang diesbezüglich fanden Yen et al.. Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörungen zeigten eine signifikant häufigere Zahl von Traumatisierungen sowie Traumatisierungen im jüngeren Lebensalter (Yen et al. 2002).

Golier et al. wiesen jedoch nach, dass sich die Wahrscheinlichkeit, aufgrund eines Traumas an einer anderen Persönlichkeitsstörung zu erkranken, ebenfalls erhöht. Sie zeigten, dass es zwar einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und einem erlebten Trauma gibt, der jedoch eher moderat ist und nicht höher als bei anderen Persönlichkeitsstörungen (Golier et al. 2003).

Dass es einen Zusammenhang zwischen einer PTBS, einer traumabedingten Stressreaktion und körperlichen Beschwerden gibt, haben viele Untersuchungen mit Traumaüberlebenden gezeigt. Es ist statistisch erwiesen, dass 15 bis 20 Prozent der Patienten mit einer PTBS an einer somatoformen Störung leiden (Spitzer et al. 2008; Glaesmer et al. 2012; Andreski et al. 1998). Die Art der somatischen Beschwerden kann sich in Herz-Kreislauf-erkrankungen, Atemwegserkrankungen, muskuloskeletalen Erkrankungen und neurologischen Symptomen ausprägen (McFarlane et al. 1994; Ouimette et al. 2004). Cloitre et al. untersuchten den Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch bei Frauen in der Kindheit und Gesundheitsproblemen bzw. der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe. Eine erhöhte Traumatisierung respektive eine PTBS führen zu mehr neuromuskulären oder gynäkologischen sowie Atemwegs- und Gastrointestinal-Erkrankungen (Cloitre et al. 2001).

Eine PTBS kann ein Risikofaktor für eine somatoforme Störung sein und umgekehrt. Der genaue Zusammenhang zwischen somatoformen Symptomen und Traumata ist jedoch noch nicht geklärt. Es werden eine veränderte sensorische Wahrnehmung, vegetative Dysregulation, Konversion oder Dissoziation vermutet (Imbierowicz und Egle 2003; Sack 2004). Es gibt signifikante Hinweise darauf, dass beide Störungen eine gemeinsame erhöhte Vulnerabilität aufweisen (Sack et al. 2007; Andreski et al. 1998). Sogar das Erleben eines Traumas ohne Entwicklung einer Traumafolgestörung kann vermehrt zu somatoformen Störungen führen. Dies zeigte eine Studie von Glaesmer et al. mit Überlebenden aus dem Zweiten Weltkrieg (Glaesmer et al. 2012).

Patienten mit einer PTBS haben ein erhöhtes Suizid-Risiko. Studien zeigen eine achtfach erhöhte Suizidalität bei Vietnam-Veteranen im Vergleich zur Normalbevölkerung (Davidson et al. 1991). Eine Komorbidität erhöht zudem die Wahrscheinlichkeit eines Suizids oder von Suizidgedanken. Zu diesem Ergebnis kam Rojas et al. (2014) in einer Studie (N = 5692), in der er Patienten mit einer Depression sowie einer Alkoholkrankung als Komorbidität verglich. Patienten mit Alkoholkrankung als Komorbidität weisen demnach signifikant häufiger Suizidgedanken oder -handlungen auf (Rojas et al. 2014). Krysinska und Lester kamen in einer Übersichtsarbeit ebenfalls zu dem Ergebnis, dass Patienten mit einer PTBS signifikant häufiger Suizidgedanken haben oder Suizidversuche unternehmen. Für den Zusammenhang mit einem durchgeführten Selbstmord gab es keinen Beweis (Krysinska und Lester 2010).

Warum Patienten mit einer Traumafolgestörung so oft an weiteren psychischen Erkrankungen leiden, ist unklar. Zahlreiche Studien weisen darauf hin, dass es einen pathogenetischen Zusammenhang zwischen einer PTBS und weiteren psychischen Erkrankungen gibt. Eine erhöhte Vulnerabilität für weitere psychische Erkrankungen wurde in einigen Studien statistisch nachgewiesen (Breslau et al. 2000; Neria und Bromet 2000). Inwieweit sie mit einem erlebten Trauma zusammenhängen, also selbst eine Traumafolgestörung sind, oder als eigene Krankheit zu sehen sind, ist unklar.

### **1.2.5 Ressourcen**

Die Ressourcenaktivierung stellt ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie dar (Grawe und Grawe-Gerber 1999, Sack 2007b). Die Bedeutung persönlicher Ressourcen für die Psychotherapie wird mehr und mehr in der Literatur beschrieben und deren empirische Wirksamkeit überprüft.

Es wurde zudem beobachtet, dass diejenige Therapie am besten wirkte, die am besten zu den Ressourcen des Patienten passte, und diese somit effektiv umgesetzt werden konnte, so Smith und Grawe (2000). Eine Orientierung der Therapie an den individuellen Ressourcen der Patienten sowie eine konsequente Ressourcenaktivierung sollten unabhängig von der Bindung an bestimmte therapeutische Schulen in jedem therapeutischen Setting erfolgen (Gerlach et al. 2009; Smith und Grawe 2000; Grawe und Grawe-Gerber 1999).

Schwere und wiederholte Traumatisierungen, besonders in vulnerablen Entwicklungsphasen während der Kindheit, führen nicht nur häufig zu einem komplexen Bild posttraumatischer Beschwerden, sondern typischerweise auch zu einem Defizit persönlicher Ressourcen (Sack 2004). Dies betrifft besonders die Fähigkeit, mit sich selbst fürsorglich und sorgsam umzugehen sowie der Wahrnehmung und Regulation eigener Affekte und kommunikativer Fähigkeiten (Gerlach et al. 2009). Ressource bedeutet im Französischen „Kraftquelle“; der Duden bezeichnet das Wort Ressourcen als „Hilfsmittel, Hilfsquellen, Reserven“. Grawe und Grawe-Gerber erklären, dass Ressourcen für Indikation und Wirkung von Psychotherapien noch größere Bedeutung haben als die Art der Probleme, vor allem für die Frage, wie die Probleme am besten verändert werden können (Grawe und Grawe-Gerber 1999).

Eine Eigenschaft wie die Bereitschaft zur Selbstdisziplin wird laut Gerlach et al. (2009) dann zur Ressource, wenn sie von der betroffenen Person als etwas Gutes angesehen wird – zum Beispiel als Hilfe, um an einer mühsamen Therapie kontinuierlich teilzunehmen. Alle negativen Implikationen der Eigenschaft „Selbstdisziplin“ (z. B. eventuelle Bedeutung für die Krankheitsentstehung) treten innerhalb dieser Mittel-Zweck-Relation zunächst in den Hintergrund. Ressourcen sind also alle Eigenschaften einer Person sowie nicht an die Person gebundene Umstände, deren Erleben und Nutzung eine positive Bedeutung für die Verwirklichung von Zielen der Person besitzen (Gerlach et al. 2009).

Um eine Übersicht und Systematik der Ressourcenaktivierung in der Behandlung traumatisierter Patienten zu entwerfen, ist es sinnvoll, Ressourcen in mehrere Ebenen zu differenzieren (Sack 2007b):

1. internale Ressourcen

2. externale Ressourcen
3. biologische Ressourcen

1. Mit internalen Ressourcen sind persönliche Fähigkeiten gemeint, etwa zur Regulation von Affekten und Impulsen oder zur Wahrnehmung der eigenen Emotionen, zur Wahrnehmung der Befindlichkeit anderer Menschen oder zur Kommunikation und Regulierung von Beziehungen, ebenso die Anpassung an verfügbare Quellen der Unterstützung im Umfeld, wie Partner, Familie, Freunde oder Hilfssysteme wie medizinische und psychosoziale Versorgungseinrichtungen.

2. Biologische Ressourcen beschreiben mehr oder weniger anlagebedingte Fähigkeiten unseres Organismus, Stressbelastungen zu reduzieren und potenziell gesundheitsschädliche Einflüsse abzuwehren. Dazu gehören die Fähigkeit, wechselnde Anforderungen und Umweltbedingungen zu erfassen sowie kreative Lösungen für Probleme zu finden; zudem die eigene Identität und ein stabiles Selbstwertgefühl.

3. Zu externalen Ressourcen zählen laut Sack (2007b) alle verfügbaren Quellen von Unterstützung aus dem Umfeld wie Partner, Familie, Freunde oder äußere Hilfssysteme, etwa medizinische und psychosoziale Versorgungseinrichtungen.

### **1.2.6 Das Behandlungskonzept**

Im Sommer 2007 wurde die Tagesklinik für Stabilisierung und Ressourcenförderung an der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der TU München gegründet. Es wurden maximal 12 Patienten betreut. Die Patienten nahmen 4 bis 12 Wochen an der Therapie teil, im Durchschnitt dauerte ihre Behandlung 6 Wochen.

Der konzeptuelle Schwerpunkt lag darin, Patienten mit Traumafolgestörungen sowie mit unterschiedlichen psychosomatischen Störungsbildern innerhalb eines integrativen Konzeptes zu behandeln und besonders eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Alltag anzustreben, um sie so auf eine weiterführende ambulante Psychotherapie vorzubereiten (Sack 2007a; Gerlach et al. 2009). Das psychodynamisch integrative Behandlungskonzept umfasst Elemente der psychodynamischen sowie der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren sowie Elemente der traumatherapeutischen

Therapieverfahren, zudem systemische Therapieansätze und kreativtherapeutische Verfahren (McLean und Foa 2013).

Da Patienten mit schweren psychosomatischen Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen häufig an ausgeprägten Störungen der Affektregulation und Selbstregulation leiden, zeigen sie schon bei relativ geringen Belastungen verminderte psychische Stabilität. Sie leiden häufig ebenso an eingeschränkter Verfügbarkeit eigener persönlicher Ressourcen oder sozialer Kontakte (Sack 2007a; Gerlach et al. 2009). Ziel sei deren psychische Stabilisierung. Gerade im ambulanten Bereich fehlen Einrichtungen mit diesen Behandlungsansätzen.

Die Idee ist, den Patienten kurzfristig qualifiziert stabilisierend zu behandeln. Zudem kann jeder Patient bei ausreichender Stabilität eine direkte traumafokussierte Therapie ergänzend erhalten, so Sack (2007a). Die Therapie findet überwiegend in der Gruppe statt, ergänzt durch Einzeltherapien. Soweit möglich wird auf die Bedürfnisse und Stärken des einzelnen Patienten eingegangen. Die Behandlung in der Tagesklinik basiert laut Sack zur Stabilisierung und Ressourcenaktivierung auf den Schwerpunkten Selbstakzeptanz und Problemverständnis, Kontaktfähigkeit und soziale Kompetenz, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Selbstregulation sowie spielerische Kreativität und Veränderungsbereitschaft. Die Orientierung an persönlichen Ressourcen spiegelt sich im Gesamtkonzept und in der Haltung des Therapeuten-Teams und in den jeweiligen Therapie-Angeboten.

Ein wichtiges Element ist, wie genannt, die Ressourcenförderung. Eine Möglichkeit, die persönlichen Ressourcen in der Gruppe zu fördern, wurde in der einmal pro Woche durchgeführten „Ressourcengruppe“ gesehen (Gerlach et al. 2009). Dabei wurden einzelne Ressourcen durch gemeinsame, speziell erstellte Spiele geübt und gefördert. Ebenso wurden in Einzeltherapie und Interaktion mit der Pflege gezielt die Ressourcen gefördert. Nach Aufnahme in die Klinik werden die individuellen Therapieziele von Patienten und therapeutischem Team vereinbart. Die Prozessqualität der tagesklinischen Behandlung, d. h. die Einschätzung der Qualität der Arbeit an den individuellen Therapiezielen sowie deren Erreichung, werden gemäß Sack (2007a) im Rahmen von Einzelgesprächen und Verlaufsfragebögen fortlaufend evaluiert. Werden Ziele nicht ausreichend erreicht, können sie gemeinsam besprochen und eine alternative Lösung gefunden werden.

Die Behandlung ist indiziert bei: akuten Störungen der Selbst- und Affektregulation (im Sinne Ich-struktureller Störungen), somatoformen Störungen, Essstörungen, Angststörungen, komplexen Traumafolgestörungen, Persönlichkeitsstörungen sowie diversen anderen psychosomatischen Störungen.

Kontraindiziert sind akute Suizidalität, instabile soziale Verhältnisse sowie das Fehlen sozialer Grundkompetenz; des Weiteren akute psychotische Erkrankungen, Suchterkrankungen sowie akut behandlungsbedürftige, körperliche Erkrankungen.

Die Therapieangebote setzen sich zusammen aus Psychoedukation, interaktionellen Gesprächsgruppen, Kunsttherapie, Tanztherapie, Chi-Gong, Imaginationsübungen, Spielgruppen, Therapiezielvisiten, Einzelgesprächen, gemeinsamem Tagesbeginn, gemeinsamem Tagesabschluss, ärztlichen Sprechstunden sowie Sozialarbeiter-Sprechstunden (Sack 2007a; Gerlach et al. 2009).

## 2 Fragestellung

Für diese Arbeit wurde die Wirksamkeit einer Traumatherapie der Tagesklinik der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der TU München bezüglich der Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung untersucht. Dies geschieht mittels des strukturierten Interviews, Clinician-Administered PTBS Scale (CAPS), das nach den DSM-IV-Kriterien aufgebaut ist.

Zusätzlich wurde mittels einer routinemäßig durchgeführten Basisdokumentation beobachtet, welche Ursachen unterschiedliche Erfolgsraten bei der Reduktion der Symptome der PTBS beeinflussen. So kann verglichen werden, ob sich Patienten mit erfolgreich beendeter Therapie in wichtigen Punkten wie der Inzidenz von Depression, Angststörung, Somatisierungsstörung, dissoziativen Anteilen, Ich-Funktion und Selbstregulation von der Gruppe unterscheiden, die weniger profitierten.

Es wurde weiter versucht zu ermitteln, wie sich beide Gruppen bezüglich der Kategorien Selbstbild, positive Gemütszustände, Auswirkung von Stress oder Ressourcen unterscheiden.

### Hypothesen

Unter Einbeziehung der empirischen Literatur werden in der Arbeit folgende Hypothesen untersucht:

#### Hypothese 1:

Die Symptomausprägung und -stärke der posttraumatischen Belastungsstörung verringern sich durch die Therapie in der Tagesklinik der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der TU München.

#### Hypothese 2:

Das Ausmaß des Erfolgs der Therapie hängt ab von persönlichen Merkmalen wie Bildungsstand, Beruf, sozialem Umfeld, Therapiedauer und Therapieunterbrechung.

Hypothese 3:

Patienten aus der Gruppe „erfolgreich“ leiden seltener an Komorbiditäten wie Depression oder Angststörung.

Hypothese 4:

Patienten mit geringerer Ausprägung einer Somatisierungsstörung profitieren mehr von einer Therapie in der Tagesklinik.

Hypothese 5:

Patienten mit stärkerer Ich-Funktion und Selbstregulationsfähigkeit oder Strukturniveau profitieren mehr von einer Therapie.

Hypothese 6:

Dissoziative Symptome wirken sich auf die Therapie aus. Patienten aus der Gruppe „erfolgreich“ haben eine geringere Ausprägung als Patienten aus der Gruppe „weniger erfolgreich“.

Hypothese 7:

Patienten aus der Gruppe „erfolgreich“, die mehr von einer Therapie profitieren, haben eine stärkere Ressourcenausprägung wie positives Körperbild, erhöhte Lebensqualität, vermehrt positive Gemütszustände und Erfahrungen.



## **3 Material und Methoden**

### **3.1 Methodik**

Die vorliegende Studie hat durch das Interview (Clinician-Adminstrated PTSD Scale, CAPS) objektiv den Erfolg einer Therapie der Tagesklinik der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der TU München ermittelt.

Aufgrund der Testergebnisse des CAPS wurden anschließend zwei Gruppen gebildet. Patienten mit besseren Therapieergebnissen wurden in die Gruppe „erfolgreich“ eingeteilt. Patienten, die weniger von der Therapie profitieren, erhielten die Einteilung „weniger erfolgreich“.

Im Weiteren wurden durch einen statistischen Vergleich der beiden ermittelten Gruppen mit der Basisdokumentation mögliche Ursachen untersucht, die zu einem erfolgreichen oder weniger erfolgreichen Abschluss der Therapie führen.

Die Datenerhebung entstand durch standardisierte, validierte Selbstratinginstrumente sowie durch ein strukturiertes klinisches Interview von einem erfahrenen Untersucher.

### **3.2 Projekt**

Die Datenerhebung fand von Juni 2009 bis September 2010 statt. Es wurden die Daten von 20 Patienten konsekutiv gesammelt, die in dem Zeitraum Patienten der Tagesklinik der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der TU München waren.

In die Studie wurden Patienten mit der Diagnose einer komplexen sowie einer einfachen PTBS aufgenommen. Die Patienten stammten aus dem Einzugsgebiet des Klinikums rechts der Isar der TU München.

### 3.3 Interview

Alle Patienten wurden vor Beginn über den Studieninhalt informiert und erhielten eine Erklärung, dass ihre Teilnahme freiwillig ist und die Daten anonym ausgewertet werden.

Das strukturierte Interview fand dreimal zu unterschiedlichen Zeitpunkten statt: zu Beginn des Klinikaufenthaltes, ca. zwei Wochen später und am Ende der Therapie. Anschließend wurden zwei Ergebnisse miteinander verglichen: die Befragung zu Beginn der Therapie und die Befragung kurz vor Therapieende. Für das Interview wurde der Fragebogen Clinician-Adminstrated PTSD Scale (CAPS) verwendet. Zusätzlich konnten die Patienten zu Beginn ihrer Therapie selbstständig und unter Anleitung des Pflegepersonals einen digitalisierten Fragebogen in der Klinik ausfüllen, die sog. Basisdokumentation (BADO).

Diese beinhaltete folgende Fragebögen: PHQ-D, Hannover-Selbstregulations-Inventar (HSRI), Dissoziations-Spannungs-Skala (DSS), Dresdner Körperbildfragebogen (DKB), Ressourcen (RES), Positive States of Mind (PSOM) und den Short-Form 36 Health Survey (SF-36).

Die Patienten wurden von einem unabhängigen, nicht an der Behandlung beteiligten Interviewer befragt. Dieser wurde vor Beginn der Studie ausführlich geschult. Bei Unklarheiten und Fragen zur Durchführung des Interviews sowie zur Beurteilung bestimmter Symptome oder Aussagen der Patienten standen erfahrene Ansprechpartner zur Verfügung.

### 3.4 Patienten

Es wurden Patientinnen und Patienten untersucht, die die Diagnose-Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) erfüllten. Die Diagnose einer Traumafolgestörung und die Aufnahme in die Tagesklinik entstanden meist durch ein Vorgespräch in der Trauma-Ambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar. Einige Patienten hatten zum ersten Mal Kontakt mit einer psychotherapeutischen Einrichtung und erhielten erstmalig die Diagnose einer Traumafolgestörung. Andere Patienten, deren Diagnose einer Traumafolgestörung zum Teil seit Jahren bekannt war, wurden vom Hausarzt oder von ambulanten

Therapeuten in die Trauma-Ambulanz überwiesen. Die Studienteilnehmer wurden aus den Patienten aus der Tagesklinik rekrutiert. Alle Patienten, die an der Studie teilgenommen haben, waren per Zufall weiblich.

### **3.5 Ein- und Ausschlusskriterien**

Die Patienten waren zum Erfassungszeitpunkt zwischen 18 und 65 Jahre alt und erhielten eine Behandlung in der Tagesklinik mit einer Therapiedauer von mindestens vier Wochen.

Bei den Patienten wurde eine Traumafolgestörung diagnostiziert. Für den CAPS erfüllten alle Patienten die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung. Zudem sollten die Symptome der Patienten mit einem Typ-I- oder Typ-II-Trauma zusammenhängen und seit mindestens zwei Jahren bestehen.

Ausgeschlossen wurden Patienten mit akuten psychotischen Störungen und einer instabilen persönlichen Situation, die sich durch anhaltende Gewalt oder andere Formen der Traumatisierung äußert. Auch schwere Selbstverletzung oder suizidale Tendenzen, die eine Traumatherapie kontraindizieren würden, waren Ausschlusskriterien.

### **3.6 Diagnostische Instrumente**

#### **3.6.1 Ermittlung des Therapieerfolges mithilfe des Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)**

Um die Existenz einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie deren Schweregrad zu dokumentieren, wurde das halb strukturierte Interview CAPS (Blake et al. 2000) eingesetzt. Anwendung fand die deutsche Übersetzung von Schnyder und Moergeli (Schnyder und Moergeli 2002). Der Fragebogen besteht aus einem ca. 30-minütigen, strukturierten Interview, das die wesentlichen Merkmale einer PTBS durch die DSM-IV definiert (American Psychiatric Association, 1994; Blake et al. 2000). Es kann zur klinischen Diagnosestellung oder zu Forschungszwecken (bspw. zum Screening einer PTBS in einer zu untersuchenden Gruppe) verwendet werden.

Unsere Version des CAPS besteht aus 17 Items, die den Diagnosekriterien des DSM-IV entsprechen. Jedes Item wird durch eine Frage zu Frequenz und Intensität dargestellt, die von den Patienten mit einer je vierstufigen Skala: 0 (nicht) 1 (einmal) 2 (zwei bis dreimal) 3 (vier bis fünfmal) 4 (täglich oder fast täglich) beantwortet wird. Es können – je nach Verwendungsabsicht – die Symptome der letzten Woche, des letzten Monats oder des gesamten bisherigen Lebens erfragt werden. Die 17 Items sind in vier Symptomblocke aufgeteilt:

Block A besteht aus dem traumatischen Ereignis, das in unserer Studie durch die Krankenakte bekannt war und nicht weiter kategorisiert wurde.

Block B enthält vier Items und erfasst die Inzidenz von Intrusionen. Es wird festgestellt, ob sich der Patient wiederkehrend an das traumatische Ereignis erinnert – mit oder ohne Konfrontation durch Erinnerungen an das Trauma. Zudem wird das Vorkommen dissoziativer Zustände erfragt und das von Träumen, die mit dem traumatischen Ereignis verbunden sind.

In Block C werden Fragen zu vermeidendem Verhalten gestellt. Es werden sieben Items verwendet. Zuerst wird nach Gedanken oder Gefühlen gefragt, die vermieden werden, etwa bei Aktivitäten oder in Situationen. Weiter wird nach psychogenen Amnesien gefragt, ob die Patienten an Aktivitäten weniger interessiert sind als früher, und ob sie sich isoliert oder von Menschen ihrer Umgebung abgeschnitten fühlen. Die nächste Frage untersuchte die Affektfähigkeit. Es kann ermittelt werden, ob sich die Patienten emotional betäubt fühlen und Schwierigkeiten haben, Gefühle wie Liebe oder Glück zu empfinden. Zuletzt wird geprüft, ob die Patienten eine verkürzte Zukunftsperspektive empfinden.

Es folgen in Block D sechs Fragen zum Symptom Hyperarousal. Es werden Ein- und Durchschlafstörungen erfragt, außergewöhnliche Reizbarkeit oder Aggressivität gegen sich selbst und gegen andere. Zudem wird die momentane Konzentrationsfähigkeit festgehalten und eine Hypervigilanz im alltäglichen Leben wie abnorme Schreckhaftigkeit bei lauten Geräuschen oder körperliche Reaktionen – etwa Herzrasen, Schwitzen oder Zittern bei Konfrontation mit dem Ereignis. Festgehalten wird die Symptomstärke, indem der Patient anhand der vorgegebenen Skala Angaben zu seinem Zustand macht. Der Interviewer hat anschließend die Möglichkeit, durch gezieltes Nachfragen oder nochmaliges Erklären die Konkordanz der Aussage zu überprüfen.

Um eine PTBS zu diagnostizieren, muss A logischerweise vorhanden sein, aus Block B ein Item positiv gewertet werden, aus Block C drei und aus Block D zwei. Ein Item wird dann positiv gewertet, wenn die Summe der Skalenwerte aus den Antworten bezüglich Frequenz und Intensität drei Punkte ergeben. Es wurde in unserer Studie zudem die Summe der Gesamtpunktzahl bewertet, deren Dynamik den Behandlungserfolg bzw. die Veränderung der gesamten Symptomstärke sehr gut darstellt. Die Patienten sollten dabei mehr als 60 Punkte erreichen, was bei wenigen Patienten nicht ganz erreicht wurde. Wir gingen bei diesen Patienten von einer komplexen PTBS aus, zumal wir keine Vergleichswerte vor dem aktuellen Trauma hatten.

Zusätzlich wurde zur Diagnosesicherung eine kategoriale Auswertung durchgeführt, die jedoch nicht in die statistische Auswertung einbezogen wurde. In dieser Auswertung konnte bei allen Patienten eine posttraumatische Belastungsstörung nachgewiesen werden. Der CAPS ist in Bezug auf Auswertung und Durchführung standardisiert.

### **3.6.2 Vergleich mit den psychologischen Tests aus der Basisdokumentation (BADO)**

#### **3.6.2.1 Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) – Ermitteln von Komorbiditäten**

Der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) ist der erste Fragebogen der Basis-Dokumentation. Der PHQ-D beinhaltet die deutsche Version des „Patient Health Questionnaire“. Er basiert auf den Kriterien des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ der American Psychiatric Association (DSM IV) und ist zusätzlich auch nach ICD 10 auswertbar (Löwe et al. 2004).

Dieser Test kann zum Screening, zum Erstellen der Diagnose, zum Beurteilen des Schweregrads einer Erkrankung sowie zur Verlaufsbeurteilung verwendet werden. Es gibt eine Komplett- und eine Kurzversion. Er ist aus verschiedenen Modulen aufgebaut, die miteinander kombiniert werden können. Wir verwendeten in der BADO die Option C, welche aus Seite 1 und 2 besteht und die Themen somatoforme Störungen, depressive Störungen (Major Depression und andere depressive Störungen) und Angststörungen (Panik- und andere Angststörungen) bearbeitet. Insgesamt wurden 44 Items verwendet.

Die Diagnostik findet nicht auf der Störungsebene, sondern auf der Syndromebene statt (Löwe et al. 2002). Die Auswertung kann kategorial und mithilfe von Summenskalen erfolgen. Der PHQ-D wird, wie alle Bögen der BADO, vom Patienten selbstständig ausgefüllt.

Depressive Störungen können mit dem Item 2a-i erkannt und bewertet werden. Dies wird einzeln auch als PHQ-9 bezeichnet. Der Patient kann nun zwischen den Antwortkategorien 0 ("Überhaupt nicht"), 1 ("An einzelnen Tagen"), 2 ("An mehr als der Hälfte der Tage") und 3 ("Beinahe jeden Tag") wählen. Die einzelnen Werte werden addiert. Bei weniger als 5 Punkten ist keine depressive Störung vorhanden, bei 5 bis 10 Punkten eine leichte, und bei Ergebnissen über 10 Punkten wird von einer schweren Depression ausgegangen, die präziser in eine mittlere (10–14), ausgeprägte (15–19) und schwerste (20–27) Depression eingeteilt wird.

Somatische Beschwerden wurden mit den 15 Items aus den Fragen 1a-m sowie 2c und d ermittelt. Hier sind die wichtigsten DSM-IV Kriterien für eine Somatisierungsstörung enthalten. Man nennt diese Zusammenfassung auch PHQ-15. Die 13 Items der Fragen 1a-m wurden mit 0 ("Nicht beeinträchtigt"), 1 ("Wenig beeinträchtigt") bzw. 2 ("Stark beeinträchtigt") bewertet, die beiden Items aus Frage 2c und d wie folgend: 0 ("Überhaupt nicht"), 1 ("An einzelnen Tagen"), bzw. 2 ("An mehr als der Hälfte der Tage" oder "Beinahe jeden Tag"). Es konnten 0–30 Punkte erreicht werden. Bei Punktwerten von 0 bis 4 wurde von keiner Somatisierungsstörung ausgegangen, bei 5 bis 9 von einer milden, bei 10 bis 14 von einer moderaten und bei 15 bis 30 Punkten von einer schweren (vgl. Kroenke et al. 2002).

Das Modul für Panikstörungen bestand ebenfalls aus 15 Items. Diese konnten jeweils mit nein (0 Punkte) oder ja (1 Punkt) beantwortet werden. Hier konnten 0 bis 15 Punkte erreicht werden.

Das Modul zu „anderen Angststörungen“ bestand aus 7 Items und wird auch PHQ-7 genannt. Patienten konnten in diesen sieben Fragen zwischen 0 ("Überhaupt nicht"), 1 ("An einzelnen Tagen"), 2 ("An mehr als der Hälfte der Tage"), 3 ("Beinahe jeden Tag") wählen. Die Summe aller Items lässt auf den Schweregrad der Angststörung schließen. Minimale Ängstlichkeit entsprechen 0 bis 4 Punkte, 5 bis 9 geringe Ängstlichkeit, 10 bis 14 mittelstark ausgeprägte (Spitzer et al. 2006). Durch die Validierung wurde ein großer Zusammenhang mit dem Funktionsstatus und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität festgehalten (Kroenke et al. 2002).

### **3.6.2.2 Hannover-Selbstregulations-Inventar (HSRI) – Ermitteln von Strukturniveau und Stabilität**

Das Hannover-Selbstregulations-Inventar ist ein Fragebogen mit 35 Items. Er misst Ich-Funktionen und Selbstregulationsfähigkeit (Jäger et al. 2012).

Die Einteilung der Items erfolgte in fünf Gruppen, die das Strukturniveau des Patienten ermittelten. Es wurden Fragen zu Identität, Beziehung, Frustrationstoleranz/Impulskontrolle, Affekttoleranz/Affektkontrolle und Selbstwertregulation gestellt, die durch die Messung operationalisierbar gemacht wurden und somit an Objektivität, Reliabilität und Validität gewannen. Die Patienten konnten die 35 Fragen selbstständig mit 1 (nie), 2 (selten), 3 (manchmal), 4 (oft), 5 (sehr oft) oder 6 (immer) bewerten. Anschließend wurde ein Mittelwert aus je sieben Items gebildet. Der Gesamtwert wurde aus der Summe der Einzelskalen gebildet. Von dem gebildeten Skalenrohwert wurde eins subtrahiert. Damit ergab sich eine natürliche 0 bei höchstem Strukturniveau. Die Einzelskala verteilte sich so von 0 bis 5. Eine geringe Zahl (0–4) bedeutete dann ein hohes Strukturniveau, (5–9) ein mittelhohes, (10–14) ein niedriges und über 15 ein sehr niedriges Strukturniveau. Dieser Test kann im Rahmen einer Therapie mehrfach wiederholt werden; so zeigt sich auch eine Auswirkung der Therapie auf die Werte Strukturniveau und Stabilität.

### **3.6.2.3 Dissoziations-Spannungs-Skala (DSS) – Ermitteln von Dissoziation**

Der Dissoziations-Spannungs-Skala Fragebogen (DSS) (von Stiglmayr entwickelt) erfasst dissoziative Symptome sowie subjektive und aversive Spannungszustände. Mit diesem Ratinginstrument stellten wir fest, ob ein Patient dissoziative Symptome zeigt und wie stark diese ausgeprägt sind. Damit hielten wir fest, welchen Einfluss die Symptome auf den Behandlungserfolg haben. Der DSS ist ein verlässliches Messinstrument mit guter Validität, das dissoziative Symptome sehr sensitiv erfasst, ebenso deren Veränderungen nach durchgeführter Therapie (Stiglmayr et al. 2010). Dieser Test hat eine hohe Diskriminationsfähigkeit, d. h. er trennt sicher verschiedene Störungsgruppen. Zudem weist er eine sehr gute innere Konsistenz bei Cronbachs Alpha von .92 auf.

Die Originalversion des DSS besteht aus 22 Items: und zwar aus zehn psychologischen Items, die Depersonalisation, Derealisation, Amnesie, Absorption und das pseudohalluzinatorische Erleben dokumentieren, und 9 körperbezogene Items, die sich auf Immobilität, optische und akustische Veränderungen sowie Veränderungen der Sprachgenerierung beziehen. Zudem enthält die Originalversion ein „Spannungsitem“ (Stiglmayr et al. 2003). Wir verwendeten in unserer BADO die 21 Items ohne das Spannungsitem. Patienten konnten an einer Zeitskala angeben, wie oft sie ein Merkmal in den letzten sieben Tagen bemerkt haben. Es konnte zwischen 0 („Merkmal nie vorhanden“) und 100 („ständig vorhanden“) ausgewählt werden. Zur Evaluation wurde ein Mittelwert aus allen Werten gebildet. Hohe Werte bedeuteten eine hohe dissoziative Symptomatik.

#### **3.6.2.4    Dresdner Körperbildfragebogen (DKB) – Vorhandene Ressourcen und deren Ausprägung**

Der Dresdner Körperbildfragebogen (DKB-35) wurde aus drei in Deutschland existierenden Fragebögen zusammengestellt (Pöhlmann et al. 2008). Er ist ein mehrdimensionales Ratinginstrument, das die Selbsteinschätzung des Körperbildes festhält. Der Fragebogen besteht aus 35 Items, die fünf Themenbereiche beinhalten: Vitalität, Selbstakzeptanz, Sexualität, Selbsterhöhung und Körperkontakt. Jede der 35 Fragen kann anhand einer fünfstufigen Skala beurteilt werden, wobei der Befragte zwischen 1 (nicht), 2 (kaum), 3 (teilweise), 4 (weitgehend) und 5 (völlig) entscheidet. Der Test hat eine hohe interne Konsistenz bei einem Cronbachs Alpha von .81 bis .94. Insgesamt weist er gute psychometrische Kennwerte auf. Er unterscheidet laut Pöhlmann et al. (2008) deutlich zwischen gesunden und klinischen Stichproben und spiegelt die Selbsteinschätzung des Körperbildes des Patienten wider.

#### **3.6.2.5    Ressourcen (RES)**

Der Fragebogen zur Erfassung von Patientenressourcen per Selbsteinschätzung (RES) wurde im Rahmen einer aktuellen Therapievergleichsstudie entwickelt (Trösken und Grawe 2003). Er ist im Baukastensystem aufgebaut.

Die Originalversion besteht aus acht Blöcken. Unser BADO-System war aus vier dieser acht Blöcke mit insgesamt 58 Items aufgebaut. Folgende Kategorien waren enthalten: Wohlbefinden (12 Items), Situationen, die mit einem hohen Selbstwertgefühl



verbunden sind (13 Items), Persönliche Stärken und Fähigkeiten (21 Items), sowie Commitment (12 Items). Die Patienten konnten auf einer Skala von 0 (nie) bis 6 (sehr häufig) angeben, wie oft ein Verhalten oder Erleben in einem bestimmten Zeitraum stattgefunden hat. Die jeweiligen Ergebnisse wurden anschließend summiert. Ein hohes Ergebnis spricht für ein ausgeprägtes Vorhandensein von Ressourcen. Anschließend wurde ein Mittelwert der einzelnen Kategorien gebildet und mit den beiden Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“ verglichen.

### **3.6.2.6 Positive States of Mind (PSOM)**

Mit dem Positive States of Mind (PSOM) werden positive Gemütszustände und Erfahrungen sowie Auswirkungen von Stress erfasst (Adler et al. 1998). Er enthält sieben Items. Jede Frage kann mit 0 bis 3 Punkten bewertet werden: 0 (Zustand ist nicht erreicht) bis 3 (Zustand ist voll erreicht). Der Patient wählt für seinen aktuellen Zustand eine entsprechende Punktzahl.

Den Fragebogen führten die Patienten ebenfalls mittels Selbsteinschätzung durch. Die jeweiligen Einzelwerte wurden addiert. Hohe Punktwerte stehen für ein großes, subjektiv positives Erleben des Patienten. Es wird laut Adler et al. (1998) erwartet, dass die PSOM-Skala eine mittlere negative Korrelation mit Instrumenten aufweist, die negative Affekte und Stress erfassen, und dagegen eine mittlere positive Korrelation mit Instrumenten, die positive Eigenschaften messen. Die interne Konsistenz des Tests ist nach Cronbachs Alpha über .65 sehr hoch.

### **3.6.2.7 Short-Form 36 Health Survey (SF-36)**

Der Short-Form 36 Health Survey (SF-36) ist ein standardisierter Fragebogen, der die gesundheitsbezogene Lebensqualität misst. Der SF-36 wurde ursprünglich in Amerika entwickelt und ins Deutsche übersetzt (Bullinger und Kirchberger 1998). Dieser Fragebogen wird von den Patienten ebenfalls mittels Selbsteinschätzung ausgefüllt. Seine Reliabilität und seine Validität sind durch viele Studien belegt. Der SF-36 wird hauptsächlich – wie in der Basisdokumentation der Tagesklinik – für große Patientengruppen eingesetzt, kann aber auch für die Individualdiagnostik verwendet werden. Der SF-36 ist ab einem Alter von 14 Jahren verwendbar. Die interne Konsistenz der einzelnen Skalen liegt in der Normstichprobe zwischen .74 (Soziale Funktion) und .94

(Körperliche Funktion) in befriedigendem bis sehr gutem Bereich (Bullinger und Kirchner 1998). Er besteht aus 36 Fragen, wobei die Befragten zwischen zwei- und sechsstufigen Antwortmöglichkeiten entscheiden können.

Der Fragebogen ist zu acht Skalen zusammengefasst: körperliche Funktionsfähigkeit (10 Items), körperliche Rollenfunktion (4 Items), körperliche Schmerzen (2 Items), allgemeine Gesundheitswahrnehmung (5 Items), Vitalität (4 Items), soziale Funktionsfähigkeit (2 Items), emotionale Rollenfunktion (3 Items) und psychisches Wohlbefinden (5 Items). Die einzelnen Werte werden anschließend summiert. Ein hoher Wert entspricht bei Fragen 3 bis 5c, 9f, g, i, sowie 10, 11a und c einem besseren Gesundheitszustand. Bei den Übrigen sind geringere Werte günstig. Der Normwert beträgt 50. Summenskalierte Werte über 50 werden als überdurchschnittlich und Werte unter 50 folglich als unterdurchschnittlich bewertet. Die Daten werden mit eigenen Formeln ausgewertet.

### **3.7 Statistische Analyse**

Die mittels der Fragebögen CAPS und BADO erfassten Daten wurden mit dem EDV Programm Statistical Package for Social Sciences (SPSS) IBM SPSS Statistics 19.0 analysiert und statistisch bewertet. Die aufgeführten Tests wurden für die Analyse der Statistik verwendet. Durch den errechneten Median wurden die Patienten in die Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“ eingeteilt. Die Signifikanztestung des Unterschiedes der beiden Gruppen wurde mit dem t-Test durchgeführt. Dieser ermittelt die Signifikanz der Mittelwertsdifferenzen zweier unabhängiger Stichproben. Um die Varianzen der Stichproben zu überprüfen, wurde anschließend der Levene-Test (F-Test) durchgeführt. Abhängig von dem Ergebnis, d. h. ob die Varianzen gleich waren oder nicht, wird t anschließend bewertet. Da wir mit einer sehr kleinen Stichprobe (N = 20) arbeiteten, hatten wir zur Sicherheit zusätzlich den nichtparametrischen Mann-Whitney-U-Test zum Mittelwertvergleich für nicht normalverteilte Variablen angewendet. Bei ordinalskalierten Variablen aus CAPS und BADO verwendeten wir zur Analyse von Gruppenunterschieden den Chi<sup>2</sup>-Test. Diese Verfahren wurden auch beim Vergleich der Kovariablen der Testergebnisse der Basisdokumentation (Ergebnisse aus den Tests PHQ-D, HSRI, DKB, DSS, RES, PSOM, SF-36) mit den Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“ angewendet. Das Signifikanzniveau wurde mit einem  $p = 0,05$  festgelegt.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Datenerhebung

#### 4.1.1 Zusammensetzung der Stichprobe

Von den 20 untersuchten Patienten litten alle an einer posttraumatischen Belastungsstörung, wobei 18 zusätzlich die Diagnose einer komplexen PTBS erfüllten. Bei 18 Patienten wurden zudem weitere psychiatrische oder psychosomatische Störungen diagnostiziert.

In der Selbstauskunft der Basisdokumentation gaben 14 Patienten an, an weiteren psychischen Erkrankungen zu leiden. Diese wurden in den statistischen Vergleich mitbezogen.

#### 4.1.2 ICD-10 Diagnosen der Patienten

Tabelle 1: Komorbiditäten

Komorbidität (ermittelt aus Arztbriefen, Diagnostik)	Absoluter Anteil	Relativer Anteil %
Depressive Störung, leicht	1	5
Depressive Störung, mittelgradig	4	20
Depressive Störung, schwer	1	5
Rezidiv. depressive Episoden, leicht	1	5
Rezidiv. depressive Episoden, mittel	6	30
Rezidiv. depressive Episoden, schwer	3	15
Borderline-Persönlichkeitsstörung	5	25
Bulimia Nervosa	2	10
Binge eating	1	5
Essstörung nicht näher bezeichnet	1	5
Atypische Anorexia Nervosa	1	5

Chronischer Spannungskopfschmerz	1	5
Chronische Sinusitis	1	5
Dysthymia	1	5
Zwangsgedanken	1	5
Somatoforme Schmerzstörung	1	5
Z.n. Ovarialkarzinom	1	5

Für den statistischen Vergleich fassten wir die Komorbiditäten aus der Basisdokumentation zur Vereinfachung zusammen.

#### **Zusammengefasste Komorbiditäten**

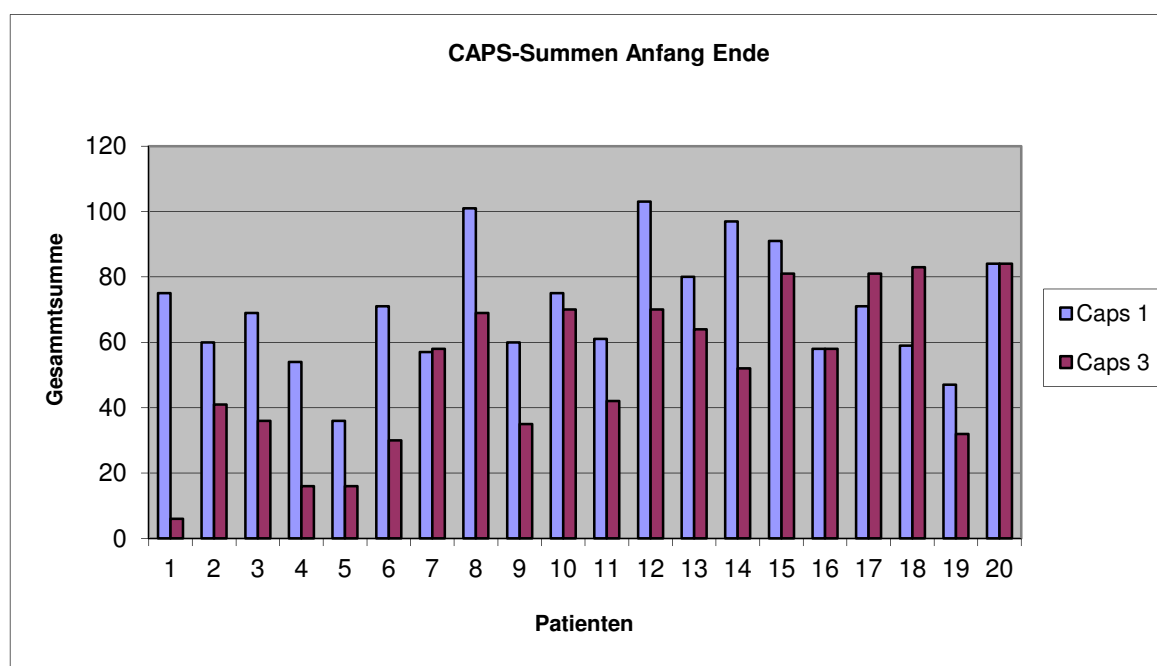
- Depressive Störungen
- Persönlichkeitsstörung
- Essstörungen
- andere

Des Weiteren wurden komorbide Störungen wie eine somatoforme Störung, eine Angststörung sowie eine depressive Störung durch den PHQ-D aus der Basisdokumentation ermittelt und im statistischen Vergleich berücksichtigt.

## **4.2 Behandlungsergebnisse der Stichprobe im CAPS**

Der CAPS wurde zu Beginn und am Ende der Therapie durchgeführt. Anhand der Veränderung der Gesamtsumme konnte auf eine veränderte Symptomstärke und somit eine veränderte Ausprägung der PTBS geschlossen werden.

Abbildung 1: Summen der CAPS Ergebnisse zu Beginn und am Ende der Therapie in Abhängigkeit von den einzelnen Patienten.



Es konnte ein Mittelwert der Differenzen von 19,2 festgestellt werden, mit einer Range von 93. Eine Reduktion der CAPS-Punkte konnte erreicht werden mit einem Maximum von 69 sowie eine Zunahme der CAPS-Summe mit einem Minimum von 24 Punkten.

Die Hypothese 1, wonach eine Therapie in der Tagesklinik zu einer Reduktion der Symptomausprägung einer PTBS führe, wurde durch einen Vergleich der Ergebnisse aus CAPS 1 und CAPS 3 mittels t-Test und des nichtparametrischen Test Mann-Whitney-U überprüft. Vergleicht man die Symptomstärke der beiden Tests miteinander, so ergibt sich im t-Test ( $t = 4,016$ ,  $df = 19$ ) für unabhängige Stichproben ein signifikanter p-Wert ( $p = 0,001$ ). Der Mittelwert und die Standardabweichung der beiden Tests unterscheiden sich. Die Patienten zeigen somit vor einer Therapie mehr Symptome als nach Abschluss.

Tabelle 2: Vergleich des Unterschiedes zwischen CAPS 1 und CAPS 3 mittels t-Test (gepaart).

t-Test für CAPS Differenzen, CAPS 1–3

	CAPS 1	CAPS 3			
	Mittelwert	Mittelwert			
	(Standardabw.)	(Standardabw.)	t	df	p
CAPS score	70,5 (18,1)	51,2 (24,2)	4,016	19	0,001

Eine Reduktion der PTBS-Symptome durch Aufenthalt und Therapie in der Tagesklinik ist statistisch bewiesen, somit kann Hypothese 1 beibehalten werden.

#### 4.2.1 Einteilung in die Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“

Es wurden zwei Gruppen gebildet: die der „Erfolgreichen“ und der „weniger Erfolgreichen“. Die Aufteilung entstand durch die Ermittlung des Median-Wertes der Differenzen zwischen den CAPS-Ergebnissen aus den Gruppen CAPS prä (CAPS 1) und CAPS post (CAPS 3). Dieser wurde aufgrund der geraden Zahl der Teilnehmer bei einer CAPS-Differenz von 19 gewählt. Dadurch entstanden 2 Gruppen mit jeweils 11 (erfolgreich) und 9 (weniger erfolgreich) Probanden.

Im nächsten Schritt wurde geprüft, ob sich die beiden Gruppen in der jeweils erreichten Gesamtpunktzahl der CAPS-Testung vor und nach Therapie unterschieden. Untersucht wurde, ob die Patienten aus der Gruppe „erfolgreich“, die eine größere Verbesserung in der Gesamtpunktzahl im CAPS und somit eine größere Symptomreduktion aufwiesen, bessere CAPS-Ergebnisse vor der Therapie aufwiesen als diejenigen Patienten, die in die Gruppe „weniger erfolgreich“ eingeteilt wurden. Die Testung wurde mithilfe des t-Tests durchgeführt.

Zunächst wurden die Ergebnisse des CAPS vor der Therapie (CAPS prä) ausgewertet. Vergleicht man das erfolgreiche Abschließen einer Therapie mit der Symptomstärke

einer PTBS im CAPS prä, so ergibt sich im t-Test ( $t = -0,292$ ,  $df = 18$ ) für unabhängige Stichproben kein signifikanter p-Wert ( $p = 0,774$ ). Der Mittelwert und die Standardabweichung der Symptomstärke vor Therapie (CAPS prä) unterscheiden sich nicht in den beiden Gruppen. Patienten, die vor einer Therapie weniger stark an einer PTBS erkrankt sind, schließen eine Therapie nicht besser ab.

Vergleicht man das Therapieergebnis mit der Symptomausprägung im CAPS post, so ergibt sich im t-Test ( $t = 3,594$ ,  $df = 18$ ) für unabhängige Stichproben ein hoch signifikanter p-Wert ( $p = 0,002$ ). Der Mittelwert und die Standardabweichung der Symptomstärke nach einer Therapie (CAPS post) unterscheiden sich in den beiden Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“. Die Erfolgreichen waren im CAPS-Interview somit nach Beendigung der Therapie symptomärmer als die weniger Erfolgreichen.

Beim Vergleich der Differenzwerte der CAPS-Ergebnisse (CAPS prä und post) ergibt sich im t-Test ( $t = 5,380$ ,  $df = 18$ ) für unabhängige Stichproben ein höchst signifikanter p-Wert ( $p < 0,0001$ ). Der Mittelwert und die Standardabweichung der Differenzen der CAPS-Ergebnisse (CAPS prä und CAPS post) unterscheiden sich in den beiden Gruppen. Somit zeigen die Patienten aus der Gruppe „erfolgreich“ eine deutlich stärkere Verbesserung der Symptome als die Patienten aus der Gruppe „weniger erfolgreich“. Sie schneiden höchst signifikant besser ab.

Der nichtparametrische Test Whitney-U-Test bestätigte diese Ergebnisse (CAPS prä;  $p = 0,766$ , CAPS post;  $p = 0,004$ , Diff;  $p < 0,0001$ ).

Tabelle 3: t-Test zur Ermittlung des signifikanten Unterschiedes der Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“ in CAPS prä und CAPS post.

t-Test CAPS, erfolgreich vs. weniger erfolgreich

CAPS	wen. erfolg. (N = 9)	erfolgreich (N = 11)	t	df	p	Mann-Whitney-U-T
	Mittelwert (Standartabw.)	Mittelwert (Standardabw.)				
CAPS prä	69,1 (14,7)	71,6 (21,1)	-0,292	18	0,774	0,776
CAPS post	67,9 (17,1)	37,6 (20,7)	3,594	18	0,002	0,004
Differenzen	-1,2 (12,6)	-34 (14,6)	5,380	18	0,000	0,000

Dies führt zu dem Schluss, dass unsere Patienten, die in die erfolgreiche Gruppe eingeteilt wurden, nicht stärker erkrankt oder gesünder waren als die Patienten aus der Gruppe der weniger erfolgreichen. Nach Beendigung der Therapie zeigten jedoch Patienten aus der erfolgreichen Gruppe bessere Werte in der Testung durch den CAPS. Wir können nach diesem statistischen Vergleich annehmen, dass Ausprägung und Schwere der Erkrankung bei Beginn der Therapie keinen Einfluss auf den Erfolg einer Therapie haben.

### 4.3 Vergleich der Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“ mit weiteren Variablen

Um die Frage nach der Ursache für das bessere Abschneiden einer Gruppe in der Therapie weiter zu erörtern, wurden die Ergebnisse der CAPS-Auswertung anschließend mit den Daten der Basisdokumentation (BADO) verglichen. Diese enthält allgemeine Daten zu Person, Lebenssituation und bestimmten psychologischen Tests (PHQ-D, HSRI, DKB, DSS, RES, PSOM, SF-36).



### 4.3.1 Vergleich mit den personenbezogenen Werten

Der Vergleich der Gruppe „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“ mit den Basisdaten (Alter des Patienten, Kinder, Geschlecht, Schulabschluss, Partnersituation, Beschäftigungssituation, EMDR, Therapie unterbrochen, Traumaart, Dauer des Aufenthaltes, Komorbidität) führte zu keinem signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen.

Tabelle 4: Vergleich mit Variablen aus der BADO.

Variablen Bado	Häufigkeit erfolgreich (%)	Häufigkeit weniger erfolgreich (%)	Chi <sup>2</sup>	Signifikanz p
Alter			0,0202	0,653
> 40Jahre	54,5	44,4		
< 40Jahre	45,5	55,6		
Kinder			0,134	0,714
Ja	28,6	37,5		
Nein	71,4	62,5		
Schulabschluss			3	0,317
Haupt/Realschule	62,5	37,5		
Abitur/Studium	37,5	62,5		
Partnersituation			1,333	0,248
Fester Partner	12,5	37,5		
Single	87,5	62,5		
Beschäftigung			0,254	0,614
Beschäftigt	50	62,5		

Nicht beschäftigt	50	37,5		
EMDR			1,626	0,202
Ja	18,2	44,4		
Nein	81,8	55,6		
Therapie unterbrochen			1,287	0,257
Ja	0	11,1		
Nein	100	88,9		
Traumaart			0,022	0,881
Komplexe PTBS	90,9	88,9		
Monotrauma	9,1	11,1		
Komorbidität	81,8	88,9	0,194	0,66
Depressionen	63,6	77,8	0,471	0,492
Persönlichkeitsst.	27,3	22,2	0,067	0,795
Essstörung	9,1	44,4	3,3	0,069
Andere	36,4	22,2	0,471	0,492
Dauer der Therapie			0,737	0,391
< 6 Wochen	36,4	55,6		
> 6 Wochen	63,6	44,4		

---

Aufgrund der kleinen Stichprobenzahl in den Untergruppen der einzelnen Jahrgangsstufen (Zwanzigjährige, Dreißigjährige, Vierzigjährige) erstellten wir zwei Gruppen, die der unter 40-Jährigen und die der über 40-Jährigen. Mithilfe von Kreuztabellen und Chi-Quadratstest ( $X^2 = 0,0202$ ,  $df = 1$ ) konnte kein signifikanter p-Wert ermittelt werden ( $p = 0,202$ ).

Beim Vergleich der beiden Gruppen mit Kindern machten 15 der 20 Studienteilnehmer eine Angabe. Es konnte ebenfalls kein signifikanter p-Wert festgestellt werden ( $X^2 = 0,134$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,714$ ); eine Unterteilung der Untergruppe nach Zahl der Kinder wurde aufgrund der geringen Teilnehmerzahl nicht vorgenommen. Da alle Studienteilnehmer weiblichen Geschlechts waren, wurde in dieser Kategorie kein Vergleich vorgenommen.

Beim Vergleich der beiden Gruppen mit der Variable „Schulabschluss“ mit den Untergruppen „Realschulabschluss“ und „Abitur oder Studium“ machten insgesamt vier Teilnehmer keine Angaben. Insgesamt ergab sich eine gleich große Gruppe; acht Teilnehmer gaben an, Abitur oder Studium zu haben, und 8 nicht. Der im  $X^2$ -Test ( $X^2 = 5,2$ ,  $df = 3$ ) ermittelte p-Wert war nicht signifikant ( $p = 0,317$ ).

Ebenfalls kein signifikanter p-Wert wurde beim Vergleich mit der Variable „Partnersituation“ ermittelt ( $X^2 = 1,333$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,284$ ). Wir wählten die Gruppen „fester Partner“ und „Single“. Angaben zu diesen Variablen machten 16 Personen. 12 Teilnehmer gaben an, in keiner festen Beziehung zu sein; vier Personen waren in einer festen Beziehung.

Beim Vergleich mit der Variable „Beschäftigungssituation“ mit den Gruppen „beschäftigt“ und „nicht beschäftigt“ konnte ebenfalls kein signifikanter p-Wert ( $p = 0,614$ ) durch den Chi-Quadratstest ( $X^2 = 0,254$ ,  $df = 1$ ) ermittelt werden. Vier Teilnehmer der Gesamtgruppe machten keine Angaben. Die Aufteilung in die beiden Gruppen erfolgte bei den Erfolgreichen gleichmäßig in jeweils vier Beschäftigte (50 %) und vier Nicht-Beschäftigte (50 %).

Insgesamt erhielten sechs Patienten aus unserer Stichprobe eine EMDR-Therapie und 14 keine. Die Wahrscheinlichkeit, dass jemand eine EMDR-Therapie bekommt und erfolgreich ist, beträgt 2 von 20, liegt also bei 10 Prozent. Es konnte kein signifikanter p-Wert in diesem Vergleich errechnet werden ( $X^2 = 1,626$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,202$ ).

Das gleiche Ergebnis erzielten der statistische Vergleich der Variablen „Therapie unterbrochen“ ( $X^2 = 1,287$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,257$ ) und „Traumaart“ ( $X^2 = 0,022$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,881$ ), wobei wir die Erkrankungen in „komplexe PTBS“ und „PTBS mit Mono-trauma“ unterteilten. Zwei Patienten gaben an, an einer Traumafolgestörung nach einmaliger Traumatisierung zu leiden. 18 Studienteilnehmer litten an einer komplexen PTBS. Insgesamt hatte nur eine Person die Therapie unterbrochen, welche anschließend in die Gruppe der „weniger erfolgreichen“ fiel.

Weiter verglichen wir unsere Stichprobe mit dem Vorliegen einer Komorbidität. Dieser Vergleich ergab ebenfalls keinen signifikanten p-Wert ( $X^2 = 0,189$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,66$ ). Insgesamt gaben 14 Patienten an, an einer weiteren psychischen Erkrankung zu leiden; sechs verneinten dies.

Anschließend teilten wir die einzelnen Erkrankungen in vier Untergruppen ein, um einen Zusammenhang mit den unterschiedlichen Erkrankungen und deren Erscheinungsbild festzustellen. Wir wählten „depressive Störungen“ ( $X^2 = 0,471$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,492$ ), „Persönlichkeitsstörung“ ( $X^2 = 0,067$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,795$ ), „Essstörung“ ( $X^2 = 3,3$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,069$ ) und „Andere“ ( $X^2 = 0,471$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,492$ ). Die Unterschiede waren statistisch nicht signifikant.

Insgesamt gaben 14 Patienten an, an einer Depression zu leiden, fünf an einer Essstörung und fünf Studienteilnehmer an einer Persönlichkeitsstörung. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung war am häufigsten vertreten mit einem relativen Anteil von 25 Prozent.

Unter dem Punkt „Andere“ wurden die Erkrankungen chronischer Spannungskopfschmerz, chronische Sinusitis, Dysthymia, Zwangsstörung, somatoforme Schmerzstörung und Ovarialkarzinom zusammengefasst, von denen sechs Patienten betroffen waren. In allen Vergleichen konnte kein signifikanter Unterschied ermittelt werden.

Die Variable „Dauer des Aufenthaltes“ teilten wir in „weniger sechs Wochen“ und „mehr oder gleich sechs Wochen“ ein. 11 Patienten hatten einen Aufenthalt über sechs Wochen. Es entstand im statistischen Vergleich dieser Daten ebenfalls kein signifikanter p-Wert ( $X^2 = 1,287$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,391$ ).

Die Hypothese 2, die behauptet, das Ausmaß des Erfolges einer Therapie sei abhängig von persönlichen Merkmalen wie Bildungsstand, Beruf, soziales Umfeld, Therapie-

dauer oder Unterbrechung, konnte somit nicht bestätigt werden. Einige Patienten füllten diese Daten der Basisdokumentation lückenhaft aus, was die statistische Aussagekraft unserer Daten schwächt.

## **4.3.2 Vergleich mit psychologischen Tests**

### **4.3.2.1 Einfluss durch eine im PHQ-D ermittelte komorbide Erkrankung auf die Therapie**

Anschließend erfolgte der statistische Vergleich mit den psychologischen Tests aus der Basisdokumentation, um zu berechnen, ob sich die beiden Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“ bezüglich einer durch den PHQ-D ermittelten Störung unterscheiden. Die Option C des PHQ-D umfasst somatoforme Störungen, depressive Störungen (Major-Depression, andere depressive Störungen und Angststörung), Panikstörungen und andere Angststörungen. Die Auswertung kann kategorial und mittels Skalensummenwerten (die Ausprägung und Vorhandensein einer Erkrankung erfassen) erfolgen.

Es zeigte sich, dass 55 Prozent der Patienten die Kriterien einer somatoformen Störung erfüllten, 60 Prozent die einer Panik- und Angststörung. Die Diagnosekriterien einer Major-Depression erfüllten ebenfalls 60 Prozent, und 20 Prozent litten an anderen Formen der Depression.

Tabelle 5: Vergleich der kategorialen Werte des PHQ-D mit den Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“.

Kreuztabellen (Somatisierungsstörung, Major Depression, Andere Depression, Panikstörung, generalisierte Angststörung).

	weniger erfolgreich (N = 9)	erfolgreich (N = 11)	Chi-Q-Test		
	Anzahl (%/Erfolg)	Anzahl (%/Erfolg)	X <sup>2</sup>	df	p
Somatisierungsst.	8(88,9 %)/(11,1 %)	2(18,2 %)/0	13,50	2	0,001
Maj. Depression	7(77,8 %)	5(45,5 %)	2,200	1	0,142
And Depression	2(22,2 %)	1 (9,1 %)	0,700	1	0,413
Panikstörung	5(55,6 %)	6(54,5 %)	0,002	1	0,964
Gen. Angst.	5(55,6 %)/3(33,3 %)	1(9,1 %)/3(27,3 %)	7,000	2	0,030

Tabelle 6: Skalensummenwerte des PHQ-D in Berechnung mit den Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“.

PHQ (Somatisierungsskala, Depressionsskala, generalisierte Angststörung)

	weniger erfolgreich (N = 9)	erfolgreich (N = 11)	t	df	p	M.-Wh.-U
	Mittelwert (Standardabw.)	Mittelwert (Standardabw.)				
Somatisierungssk.	17,2(4,7)	11,7(6,7)	2,066	18	0,054	0,86
Depressionsskala	18,6(4,6)	13,1(5,7)	2,328	18	0,032	0,35
Gen. Angststörung	14,2(4,2)	8,8(4,6)	2,691	18	0,015	0,18

Zunächst wurden die kategorialen Werte des PHQ-D mittels Kreuztabelle und Chi-Quadrat-Test mit den beiden Gruppen verglichen, um zu ermitteln, ob sich die Erkrankung auf die Therapie auswirkt. Zusätzlich wurde das Ergebnis der Skalensummenwerte des PHQ-D mit den beiden Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“ verglichen, um zu ermitteln, ob sich die beiden Gruppen bezüglich Ausprägung und Vorkommen einer komorbiden Erkrankung unterscheiden. Zur Anwendung kamen hierbei der t-Test bzw. aufgrund der statistischen Rahmenbedingungen der nichtparametrische Mann-Whitney-U-Test.

Beim Vergleich der beiden Gruppen in Bezug auf die Variable „Somatisierungsstörung“ errechneten wir mittels Kreuztabelle und Chi-Quadrat-Test einen hoch signifikanten p-Wert ( $X^2 = 13,5$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0,001$ ). Dies bedeutet, dass Patienten mit einer Somatisierungsstörung eine Therapie weniger erfolgreich abschließen als Patienten ohne Störung. Vergleicht man die beiden Gruppen mit den Ergebnissen der Somatisierungsskala, so ergibt sich im t-Test ( $t = 2,066$ ,  $df = 18$ ) für unabhängige Stichproben kein signifikanter p-Wert ( $p = 0,054$ ). Der Mittelwert und die Standardabweichung der Somatisierungsskala unterscheiden sich nicht in den beiden Gruppen. Die Werte grenzen jedoch an einen signifikanten Bereich und sollten in der Diskussion berücksichtigt werden, da davon auszugehen ist, dass ähnliche Messergebnisse bei größeren Fallzahlen signifikant werden. Die negative Wirkung der Ausprägungsstärke einer Somatisierungsstörung auf den Erfolg einer Therapie kann somit nicht ausgeschlossen werden.

Durch die Testung der „erfolgreichen“ und „weniger erfolgreichen“ Gruppe mit der Variablen „Depression“ – mit den Unterpunkten Major Depression ( $X^2 = 2,200$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,142$ ) und „Andere Depression“ ( $X^2 = 0,700$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,413$ ) – ergab sich aus Kreuztabelle und Chi-Quadrat-Test kein signifikanter p-Wert. Patienten mit einer Depression schließen demnach eine Therapie nicht schlechter ab als Patienten ohne depressive Störung. Beim Vergleich der Skalensummenwerte der Depressionsskala mit den beiden Gruppen mittels t-Test bzw. dem Mann-Whitney-U-Test war der p-Wert signifikant ( $t = 2,328$ ,  $df = 18$ ,  $p = 0,032$ ). Der Mittelwert und die Standardabweichung der Depressionsskala unterscheiden sich in den beiden Gruppen. Dies bedeutet, dass eine Depression und deren Ausprägungsstärke das Therapieergebnis beeinflussen können.

Keinen signifikanten p-Wert ergab der Vergleich einer Panikstörung mit den beiden Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“ mittels Kreuztabelle und Chi-Quadrat-

Test ( $X^2 = 0,002$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,964$ ). Patienten aus der Gruppe „erfolgreich“ leiden nicht seltener an einer Panikstörung als Patienten aus der Gruppe „weniger erfolgreich“. Ein signifikanter p-Wert auf dem 5 %-Niveau erhielten wir jedoch beim Vergleich mit der Variablen „Generalisierte Angststörung“ mittels Kreuztabelle und Chi-Quadrat-Test ( $X^2 = 7,000$   $df = 2$ ,  $p = 0,030$ ). Mithilfe des t-Tests bzw. Mann-Whitney-U-Tests fand sich ebenfalls ein statistisch signifikanter p-Wert beim Vergleich der Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“ mit den Skalensummenwerten einer generalisierten Angststörung ( $t = 2,691$ ,  $df = 18$ ,  $p = 0,015$ ). Der Mittelwert und die Standardabweichung der Skalensummenwerte einer generalisierten Angststörung unterscheiden sich in den Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“. Demnach haben die Ausprägungsstärke und das Vorhandensein einer generalisierten Angststörung eine negative Auswirkung auf den Erfolg einer Therapie.

Die Hypothese 3, die behauptet, dass Patienten der Tagesklinik der Gruppe „erfolgreich“ weniger häufig an Komorbiditäten wie Depressionen oder Angststörung erkranken, wurde somit bestätigt; ebenso die Hypothese 4, da Patienten der Gruppe „erfolgreich“ weniger häufig an einer Somatisierungsstörung leiden.

#### **4.3.2.2 Einfluss von Ich-Funktion und Selbstregulation (HSRI)**

Als weiterer Schritt wurden die beiden Gruppen mit den Ergebnissen des Hannover-Selbstregulations-Inventars (HSRI) verglichen. Die Testung basierte auf den Ergebnissen der fünf Untergruppen (Beziehungsstörungen, Frustrationstoleranz/Impulskontrolle, Identitätsstörung, Affekttoleranz/Affektkontrolle und Selbstwertregulation) sowie der Summe der Einzelskalen, die auf die Höhe des Strukturniveaus schließen lässt. Dadurch entstand ein Skalenwert, der den Ausprägungsgrad jeder einzelnen Funktion darstellt.

Mittels des t-Tests bzw. aufgrund der statistischen Rahmenbedingungen des nichtparametrischen Mann-Whitney-U-Tests wurde statistisch ermittelt, ob Patienten der Gruppe „erfolgreich“ bessere Ergebnisse in der Funktion Strukturniveau und ihrer Untergruppen hatten.



Tabelle 7: Vergleich der Skalensummenwerte des HSRI mit den Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“.

HSRI (Ich-Funktion und Selbstregulationsfähigkeit)

	weniger erfolgreich (N = 9)	erfolgreich (N = 11)	t	df	p	M.-Wh.-U
	Mittelwert (Standardabw.)	Mittelwert (Standardabw.)				
Beziehungsstörung	2,6(0,9)	1,8(1,0)	1,812	18	0,087	0,080
Frustration/Impuls	2,6(1,4)	1,9(0,6)	1,318	10,6	0,215	0,253
Identitätsstörung	1,7(1)	1,3(0,9)	0,747	18	0,465	0,518
Affekttol./Kontrolle	3,4(1,3)	2,6(0,8)	1,687	18	0,109	0,025
Selbstwertreg.	3,7(1,2)	2,5(0,9)	2,548	18	0,020	0,040
Summe Einzelskala	13,9(4,7)	10,1(3,6)	2,079	18	0,052	0,030

Beim Vergleich der Variablen „Beziehungsstörungen“ ( $t = 1,812$ ,  $df = 18$ ,  $p = 0,087$ ), Frustrationstoleranz/Impulskontrolle ( $t = 1,318$ ,  $df = 18$ ,  $p = 0,215$ ) und Identitätsstörungen ( $t = 0,747$ ,  $df = 18$ ,  $p = 0,465$ ) durch den t-Test für unabhängige Stichproben bzw. Mann-Whitney-U-Test mit den Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“ konnte kein signifikanter p-Wert ermittelt werden. Der Mittelwert und die Standardabweichungen der Variablen zum Strukturniveau unterscheiden sich nicht in den beiden Gruppen. Patienten mit weniger Beziehungsstörungen, mehr Frustrationstoleranz, mehr Impulskontrolle und weniger Identitätsstörungen schließen eine Therapie nicht besser ab.

Der Vergleich mit der Variablen „Affekttoleranz/Affektkontrolle“ mit den beiden Gruppen ergab im t-Test ebenfalls keinen signifikanten p-Wert ( $t = 1,687$ ,  $df = 18$ ,  $p = 0,109$ ). Durch die Testung mittels nichtparametrischem Mann-Whitney-U-Test konnte jedoch ein signifikanter p-Wert ermittelt werden ( $p = 0,025$ ). Aufgrund der statistischen Rahmenbedingungen können wir das Ergebnis des nichtparametrischen

Tests verwenden. Der Unterschied der beiden Gruppen bezüglich der Affekttoleranz/Affektkontrolle ist somit signifikant. Es zeigte sich, dass Patienten, die ihre Affekte besser tolerieren und kontrollieren konnten, bessere Ergebnisse in der Symptomreduktion der PTBS erreichten.

Beim Vergleich der Gruppen mit einer besseren Selbstwertregulation ergab sich im t-Test für unabhängige Stichproben ein signifikanter p-Wert ( $t = 2,548$ ,  $df = 18$ ,  $p = 0,020$ ). Der Mittelwert und die Standardabweichung der Einschätzung für Selbstwertregulation unterscheiden sich in den Gruppen. Patienten mit einer höheren Selbstwertregulation schließen eine Therapie somit erfolgreicher ab.

Auch im Vergleich mit der Summe der Einzelskalen konnte gezeigt werden, dass Patienten mit einem höheren Strukturniveau mehr von einer Therapie in der Tagesklinik profitieren als Patienten mit einem niedrigeren Niveau. Auch hier wurde aufgrund der statistischen Rahmenbedingungen der nichtparametrische Mann-Whitney-U-Test angewendet ( $p = 0,030$ ). Das im t-Test ermittelte Ergebnis grenzt an einen signifikanten p-Wert ( $t = 2,079$ ,  $df = 18$ ,  $p = 0,052$ ).

Es zeigt sich, dass Patienten aus der Gruppe „erfolgreich“, die mehr von einer Therapie in der Tagesklinik profitieren, eine höhere Ich-Funktion und Selbstregulationsfähigkeit besitzen. Hypothese 5 wird somit beibehalten.

#### **4.3.2.3 Einfluss einer dissoziativen Störung auf eine Therapie**

Der von uns verwendete Dissoziations-Spannungs-Skala-Fragebogen (DSS) misst dissoziative Zustände und deren Ausprägung. Eingeteilt wurden die Fragen in zwei Symptomgruppen: in die psychologische und die körperbezogene Dissoziation.

Mithilfe des t-Tests und des Mann-Whitney-U-Tests wurde anschließend ermittelt, ob ein statistischer Zusammenhang erkennbar ist bei der Vermutung, dass Patienten aus der Gruppe, die die Therapie erfolgreich abschließt, eine geringere Ausprägung von Dissoziation und dissoziativen Symptomen zeigen (Hypothese 6).

Tabelle 8: Vergleich der Skalensummenwerte des DSS mit den Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“.

DSS (Dissoziation und Spannung)

	weniger erfolgreich (N = 9)	erfolgreich (N = 11)	t	df	p	M.-Wh.-U
	Mittelwert (Standardabw.)	Mittelwert (Standardabw.)				
DSS-Dissoz.	3,2(2,1)	2,0(1,3)	1,437	13	0,174	0,239

Vergleicht man die beiden Gruppen bezüglich der Angaben der Dissoziationsstärke, so ergibt sich im t-Test ( $t = 1,435$ ,  $df = 13$ ) für unabhängige Stichproben kein signifikanter p-Wert ( $p = 0,239$ ). Der Mittelwert und die Standardabweichung der Dissoziationskala unterscheiden sich nicht, sodass die Vermutung statistisch nicht bestätigt werden konnte, Patienten mit mehr Erfolg in der Therapie wären weniger dissoziativ. Die Hypothese 6 kann somit nicht bestätigt werden.

#### 4.3.2.4 Einfluss von Ressourcen (ermittelt durch den DKB-35, RES, PSOM, SF-36) auf eine Therapie

Der Dresdner Körperbildfragebogen (DKB-35) ist in die fünf Themenbereiche Vitalität, Selbstakzeptanz, Sexualität, Selbsterhöhung und Körperkontakt eingeteilt.

Es entstanden durch die Bewertung Skalensummenwerte als Maß für die Ausprägung der einzelnen Kategorien. Mithilfe des t-Tests und des Mann-Whitney-U-Tests wurde ermittelt, ob Patienten mit einer positiveren Selbsteinschätzung des Körperbildes bessere Therapieergebnisse erreichen.

Tabelle 9: Vergleich der Skalensummenwerte des DKB-35 mit den beiden Gruppen.

DKB-35 (Vitalität, Selbstakzeptanz, Sexualität, Selbsterhöhung, Körperkontakt)

	weniger erfolgreich (N = 9)	erfolgreich (N = 11)	t	df	p	M.-Wh.-U
	Mittelwert (Standardabw.)	Mittelwert (Standardabw.)				
Vitalität	2,1(0,7)	2,7(0,7)	-2,403	18	0,027	0,012
Selbstakzept.	2,3(0,9)	2,6(1,1)	-0,513	18	0,614	0,648
Sexualität	2,4(1,4)	2,9(1,3)	-0,712	18	0,485	0,593
Selbsterhöhung	2,4(1)	2,4(1)	0,051	18	0,096	0,909
Körperkontakt	3,2(0,6)	3,3(0,9)	-0,477	18	0,639	0,401

Die Auswertung ergab, dass Patienten, die sich selbst eine höhere Punktzahl im Themenbereich Vitalität gaben, eine höhere Symptomreduktion der PTBS erreichten. Der p-Wert war im Vergleich mit der Variable Vitalität im t-Test für unabhängige Stichproben und im Mann-Whitney-U-Test hoch signifikant ( $t = -2,403$ ,  $df = 18$ ,  $p = 0,027$ ). Der Mittelwert und die Standardabweichung der Darstellung der Vitalität unterscheiden sich somit in den beiden Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“.

Beim Vergleich von „Selbstakzeptanz“ ( $t = -0,513$ ,  $df = 18$ ,  $p = 0,614$ ), „Sexualität“ ( $t = -0,712$ ,  $df = 18$ ,  $p = 0,485$ ), „Selbsterhöhung“ ( $t = 0,051$ ,  $df = 18$ ,  $p = 0,096$ ) und „Körperkontakt“ ( $t = -0,477$ ,  $df = 18$ ,  $p = 0,639$ ) mittels t-Test für unabhängige Stichproben konnte kein signifikanter p-Wert ermittelt werden. Der Mittelwert und die Standardabweichung dieser Skalen unterscheiden sich in beiden Gruppen nicht. Einen Zusammenhang zwischen einer stärkeren Ausprägung dieser vier Variablen mit besseren Ergebnissen in der Therapie konnte somit nicht nachgewiesen werden.

Die Hypothese 7, die aussagt, Patienten aus der „erfolgreichen“ Gruppe hätten ein positiveres Körperbild, kann nur teilweise beibehalten werden. Patienten mit höherer Vitalität schneiden besser in der Therapie ab. Patienten mit höheren Werten in den

Kategorien Selbstakzeptanz, Sexualität, Selbsterhöhung oder Körperkontakt zeigen keine diesbezüglichen signifikanten Unterschiede im therapeutischen Ergebnis.

Mit dem RES können Patientenressourcen mittels Selbsteinschätzung erfasst werden, die in die Kategorien „Wohlbefinden“, „Selbstwernerleben“, „Stärken und Fertigkeiten“ und „Commitment“ eingeteilt wurden. In jeder Kategorie wurde ein Mittelwert errechnet und die beiden Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“ wurden diesbezüglich miteinander verglichen.

Die statistische Verifizierung der Überlegung, dass Patienten mit ausgeprägten Ressourcen stärker von einer Therapie der Tagesklinik profitieren, fand mithilfe des t-Tests sowie des Mann-Whitney-U-Tests statt.

Tabelle 10: Vergleich der Skalensummenwerte des RES mit den Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“.

RES (Wohlbefinden, Selbstwernerleben, Stärken und Fertigkeiten, Commitment)

	weniger erfolgreich (N = 9)	erfolgreich (N = 11)	t	df	p	M.-Wh.-U
Wohlbefind.	2,3(0,4)	2,5(0,7)	-0,855 18		0,404	0,492
Selbstwert.	2,3(0,9)	2,4(1,3)	-0,224 17		0,825	0,901
Stärken u. F.	3,1(0,5)	3,5(1,1)	-0,943 18		0,358	0,184
Commitment	3(0,8)	3,4(1,1)	-0,916 18		0,372	0,110

Der Vergleich der Variablen „Wohlbefinden“ ( $t = -0,855$ ,  $df = 18$ ,  $p = 0,404$ ), „Selbstwernerleben“ ( $t = -0,224$ ,  $df = 17$ ,  $p = 0,825$ ), „Stärken und Fertigkeiten“ ( $t = -0,943$ ,  $df = 18$ ,  $p = 0,358$ ) und „Commitment“ ( $t = -0,916$ ,  $df = 18$ ,  $p = 0,372$ ) ergab im t-Test für unabhängige Stichproben keinen signifikanten p-Wert. Der Mittelwert und die Standardabweichungen dieser Skalen unterscheiden sich in beiden Gruppen nicht. Somit konnte kein statistischer Zusammenhang zwischen einer stärkeren Ausprägung von

Ressourcen und einem besseren Therapieerfolg nachgewiesen werden. Die Hypothese 7, wonach therapeutisch erfolgreichere Patienten mehr Ressourcen besitzen, kann im statistischen Vergleich nicht bestätigt werden.

Durch den Test Positive States of Mind (PSOM) können positives Erleben sowie Auswirkungen von Stress erfasst werden. Mittels des t-Tests bzw. mittels des nichtparametrischen Mann-Whitney-U-Tests wurde nun statistisch ermittelt, ob Patienten der Gruppe „erfolgreich“ bessere Ergebnisse in der Variable „positives Erleben“ und „Auswirkungen von Stress“ erreichen.

Tabelle 11: Vergleich der Skalensummenwerte des PSOM mit den Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“.

## PSOM

	weniger erfolgreich (N = 9)	erfolgreich (N = 11)	t	df	p	M.-Wh.-U
	Mittelwert (Standardabw.)	Mittelwert (Standardabw.)				
PSOM Resilienz	9,8(4,1)	12,7(3)	-1,861	18	0,079	0,051

Der Vergleich der beiden Gruppen in Bezug auf die Variable „Resilienz“ ergab im t-Test für unabhängige Stichproben keinen signifikanten Unterschied ( $t = 1,861$ ,  $df = 18$ ,  $p = 0,079$ ). Der Mittelwert und die Standardabweichung der Resilienz-Skala unterscheiden sich in beiden Gruppen nicht. In der Testung mit dem nichtparametrischen Mann-Whitney-U-Test konnte beinahe ein signifikanter p-Wert erreicht werden ( $p = 0,051$ ). Ein Zusammenhang zwischen einer stärkeren Wahrnehmung positiven Erlebens und besseren Therapieerfolgen kann somit nicht eindeutig ausgeschlossen werden. Da die Werte an einen signifikanten Wert grenzen, können wir aufgrund der statistischen Rahmenbedingungen das Ergebnis des nichtparametrischen Tests zur Diskussion verwenden und in die Gesamtbeurteilung mit einbeziehen.

Der Short-Form 36 Health Survey (SF-36) ermittelt die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Es wurde laut Hypothese 7 untersucht, ob Patienten, die einen besseren Therapieerfolg erzielen, angeben, eine höhere Lebensqualität zu haben. Die statistische Auswertung wurde mittels t-Test bzw. aufgrund der statistischen Rahmenbedingungen mit dem nichtparametrischen Mann-Whitney-U-Test durchgeführt. Verglichen wurden die Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“ mit den beiden Variablen „körperliche“ und „psychische Lebensqualität“.

Tabelle 12: Vergleich SF-36 mit den beiden Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“.

SF-36 (körperlich, psychisch)

	weniger erfolgreich (N = 9)	erfolgreich (N = 11)	t	df	p	M.-Wh.-U
	Mittelwert (Standardab.)	Mittelwert (Standardab.)				
Körperlich	37,8(12,5)	47,6(10,0)	-1,949	18	0,067	0,053
Psychisch	22,7(6,6)	29,3(10,8)	1,587	18	0,130	0,102

Der Vergleich der Variablen „körperliche“ ( $t = -1,949$ ,  $df = 18$ ,  $p = 0,067$ ) und „psychische“ ( $t = 1,587$ ,  $df = 18$ ,  $p = 0,130$ ) Lebensqualität ergab im t-Test für unabhängige Stichproben sowie im nichtparametrischen Mann-Whitney-U-Test keinen signifikanten p-Wert. Der Mittelwert und die Standardabweichung der Skala für gesundheitsbezogene Lebensqualität unterscheiden sich also nicht in den Gruppen. Die Werte im Vergleich mit der Variablen „körperliche Lebensqualität“ grenzen jedoch im nichtparametrischen Mann-Whitney-U-Test an einen signifikanten Wert ( $p = 0,053$ ). Die Vermutung, Patienten mit mehr körperlicher Lebensqualität erreichen bessere Therapieergeb-

nisse, kann somit nicht eindeutig widerlegt werden. Aufgrund der statistischen Rahmenbedingungen können wir das Ergebnis des nichtparametrischen Tests in diesem Fall in die Diskussion einbeziehen.

Der statistische Beweis eines Zusammenhangs zwischen einer höheren Lebensqualität und besseren Erfolgsergebnissen in der Therapie konnte somit nur teilweise erbracht werden.

Die Zusammenschau der Ergebnisse aus dem DKB RES PSOM und SF 36 lässt den Schluss zu, dass die Hypothese 7, wonach bei Patienten aus der Gruppe der Erfolgreichen Ressourcen wie ein positives Körperbild, eine erhöhte Lebensqualität und positive Gemütszustände/Erfahrungen ausgeprägter sind, teilweise angenommen werden kann.



## 5 Diskussion

Die vorliegende Studie evaluierte den Therapieerfolg einer Patientengruppe nach einer Traumatherapie. Zunächst wurde die Ausprägungsstärke der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) durch ein Interview (CAPS) vor der Therapie festgehalten. Nach Abschluss der Therapie wurde erneut eine Testung durchgeführt. Es wurde eine „erfolgreiche“ und eine „weniger erfolgreiche“ Gruppe ermittelt.

Um herauszufinden, warum Patienten mehr oder weniger von einer Therapie profitieren, untersuchten wir die beiden Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“ mithilfe weiterer Tests zu persönlichen Angaben, Komorbiditäten, Strukturniveau, Dissoziation und Ressourcen. Im Folgenden wird zu den Ergebnissen dieser Arbeit Stellung bezogen.

### 5.1 Stichprobe und Studienpopulation

In unsere Studie wurden insgesamt 20 Patienten einbezogen. Dabei handelte es sich ausschließlich um Frauen, da sich im Untersuchungszeitraum lediglich weibliche Patienten mit den passenden Einschlusskriterien in der Therapie der Tagesklinik der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der TU München in Behandlung befanden. Eingeschlossen wurden Patienten, bei denen im Ambulanzgespräch eine PTBS oder eine komplexe PTBS diagnostiziert wurde. Dabei überwog der Teil der Patienten mit einer komplexen PTBS. Zu Beginn der Therapie erfüllten alle Patienten im CAPS die Diagnosekriterien einer PTBS, wobei anzumerken ist, dass der CAPS nur ein Diagnoseinstrument der PTBS und nicht der komplexen PTBS ist. Somit wiesen alle Patienten mit einer komplexen PTBS auch die Symptome einer einfachen PTBS auf. Alle einbezogenen Patienten nahmen an den Evaluationen mittels CAPS sowie der Basisdokumentation teil.

Die Therapie fand ausschließlich im ambulanten Setting statt. Die Patienten hatten bereits vor ihrem stationären Aufenthalt eine mehrwöchige ambulante Psychotherapie begonnen, die nach ihrer Entlassung weitergeführt wurde. Sie erhielten sowohl eine stabilisierende Therapie als auch eine Traumatherapie. Für die Traumatherapie war eine ausreichende psychische Stabilität Voraussetzung. Dabei war es wichtig, dass die Patienten in einem sicheren und nicht neu traumatisierenden Umfeld leben.

Die Therapieziele wurden gemeinsam mit dem therapeutischen Team in der ersten Woche entwickelt. Dabei war es zunächst wichtig, die Patienten in ihrer Stabilität zu unterstützen. Anschließend wurde mit der direkten Traumabearbeitung begonnen.

## **5.2 Ergebnisse der Symptomstärkenmessung mittels CAPS**

### **Symptomreduktion durch die Trauma-Therapie der Tagesklinik**

Die Symptomstärkenreduktion, die wir durch den CAPS ermittelten, war signifikant. Das bedeutet: Die Symptome einer PTBS, definiert durch die DSM IV, reduzierten sich durch die Therapie sowohl bei Patienten mit einer stabilisierenden Therapie als auch bei Patienten mit einer direkten Traumatherapie.

Von den 20 in die Wertung aufgenommenen Patienten erlebten 15 (75 Prozent) eine deutliche Symptomreduktion. Bei zwei Patientinnen ergab sich keine Symptomreduktion. Drei Patientinnen berichteten von einer leichten Verschlimmerung der PTBS-Symptome. Unsere Hypothese 1, dass Therapie und Aufenthalt in der Tagesklinik die PTBS-Symptome reduzieren, ließ sich statistisch bestätigen.

In der Fachliteratur finden sich ähnliche Zahlen. So beschreibt Bradley (Bradley et al. 2005), dass 40 bis 70 Prozent der Patienten mit einer PTBS nach einer Therapie die Diagnosekriterien nicht mehr erfüllten. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen weitere aktuelle Studien (Sachsse et al. 2006; Spitzer et al. 2012; von Wietersheim et al. 2005; Wilberg et al. 1998; Leichsenring und Leibing 2003; Bisson et al. 2007; Kluft 2000; van der Hart et al. 2005; Morrissey et al. 2005a; Morrissey et al. 2005b; van Etten und Taylor 1998; Resick et al. 2003; Gilbert et al. 2011; Monson et al. 2011; Deblinger et al. 2006; Brunello et al. 2001; Lonergan 2014; McLean und Foa 2013). Diese Verbesserung war bei Bradley et al. (2005) auch noch nach 6 bis 12 Wochen nachzuweisen. Es gibt in der klinischen Praxis zahlreiche unterschiedliche Möglichkeiten, eine Therapie bei einer Traumafolgestörung durchzuführen. Aktuelle Studien belegen, dass eine direkte Traumatherapie (EMDR, Trauma-fokussierte kognitive Verhaltenstherapie, prolongierte Expositionstherapie) bei der Stressverarbeitung von Patienten mit einer PTBS die größten Erfolge zeigt (Bisson et al. 2007; Michelson et al. 1998; Bradley et al. 2005; Monson et al. 2011; Deblinger et al. 2004; Deblinger et al. 2006; Brunello et al. 2001; Resick et al. 2003).

Es stellt sich die Frage, warum ein großer Teil der Patienten dennoch nicht oder nur wenig von einer Therapie profitiert. Um unnötige Therapieabbrüche oder erfolglose Therapieerfahrungen zu vermeiden, ist es sinnvoll, genauere Informationen über die Ursachen zu erlangen. Nur so ist es möglich, dem Patienten die für ihn beste Therapie zukommen zu lassen. Zur Klärung der Frage, welche Voraussetzungen einen Therapieerfolg wahrscheinlich machen, haben wir zwei Gruppen gebildet: „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“.

Hier zeigte sich, dass die Erfolgreichen höchst signifikant besser waren als die Gruppe der weniger erfolgreichen. Mit diesem Ergebnis konnten wir nachweisen, dass es Patienten gibt, die tatsächlich mehr von einer Therapie profitieren als andere.

Daraus leitet sich die Erkenntnis ab, wie wichtig es ist, die richtigen Kriterien zu finden, die beide Gruppen unterscheiden. Die naheliegende Annahme, dass stärker erkrankte Patienten mit höherer Symptomausprägung weniger von einer Therapie profitieren, konnte in vorliegender Untersuchung statistisch nicht nachgewiesen werden. Die Patienten aus der Gruppe „weniger erfolgreich“ wiesen vor ihrer Therapie nicht mehr Symptome auf als die Vergleichsgruppe.

In dieser Studie wurde nun anhand weiterer Voraussetzungen des Patienten (Komorbidität, Struktur, Ressourcen, Dissoziation) analysiert, welche Kriterien eine Therapie erfolgreicher machen.

### **5.3 Auswirkung von personenbezogenen Angaben auf die Therapie**

Zu Beginn der Therapie wurden mithilfe der Basisdokumentation (BADO) die Vergleichsdaten erfasst. Die BADO kann ebenfalls zur Verlaufskontrolle verwendet werden. Die in Hypothese 2 untersuchten Daten sind jedoch Variablen, die sich im Therapieverlauf nahezu konstant verhalten. Sie liefern ein umfassendes Bild des Patienten und ermöglichen außerdem, dieses Bild vergleichbar und messbar zu machen. Die Dokumentation psychotherapeutischer Behandlungsverläufe wird zunehmend als wichtige Aufgabe erkannt. Mit nachvollziehbaren Kriterien verbessert sich die Struktur bzw. die Prozessqualität. Es findet dadurch eine interne Qualitätskontrolle statt (Heuft et al. 1995; Heuft et al. 1996; Sack et al. 2003). Eine Effizienzsteigerung der Behandlung und somit Qualitätssteigerung sollte auch im Interesse der jeweiligen Klinik sowie

des Kostenträgers sein. Die Durchführung multiaxialer Diagnosesysteme ermöglicht eine vergleichende Ergebnisdokumentation.

Durch das Vergleichen der Patienten beider Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“ hinsichtlich ihrer Basisdaten wie Alter der Patienten, Kinder, Geschlecht, Schulabschluss, Partnersituation, Beschäftigungssituation, EMDR Therapie, Therapie unterbrochen, Traumaart, Dauer des Aufenthalts und Komorbidität wurde der Erfolg der Therapie mit personenbezogenen Werten in Zusammenhang gebracht. Dabei sollte herausgefunden werden, ob das persönliche Umfeld oder die Lebenssituation Einfluss auf die Therapie haben. Persönliche Daten (wie Kinder, Partnersituation oder Beschäftigungssituation) sagen etwas darüber aus, ob der Patient ein stabiles Umfeld hat oder ob er fähig ist, stabile Bindungen einzugehen, um eine dauerhafte Beziehung zu führen. Um zum Beispiel einen Beruf zu erlangen oder auszuüben, ist eine ausreichende psychische Stabilität nötig. Wer stabil ist, kann aktiver an einer Therapie teilnehmen und sie somit besser abschließen.

Mit den untersuchten persönlichen Daten konnte somit indirekt gemessen werden, wie beziehungsfähig oder affektstabil der Patient ist. Die stellvertretende Variable dazu kann in Relation zu dem Erfolg der Therapie gestellt werden. Wir stellten in Hypothese 2 die Behauptung auf, dass das Ausmaß des Erfolges einer Therapie durch persönliche Merkmale wie Bildungsstand, Beruf, soziales Umfeld sowie Therapiedauer bzw. -unterbrechung beeinflusst wird.

Obwohl dieser Zusammenhang wahrscheinlich vorhanden ist, konnten wir anhand unserer Daten keine signifikanten Unterschiede darstellen. Aufgrund der relativ kleinen Stichprobe ( $N = 20$ ) ist dieser rein statistische Vergleich in seiner Aussagekraft nur eingeschränkt zu werten. Für einen Beweis bedarf es weiterer und zu dem Thema spezifischerer Fragestellungen. Eine zusätzliche Einschränkung in der statistischen Aussagekraft ist sicher bedingt durch die Tatsache, dass in dieser Kategorie die Angaben – wie etwa der Kinderzahl oder des Berufs sowie der Partnersituation – zum Teil lückenhaft waren.

Es gibt Studien, die einen Zusammenhang zwischen einer Traumafolgestörung und dem sozialen Umfeld und der Lebenssituation des Patienten zeigen (Becker et al. 2005). Die Patienten weisen zudem eine höhere Abbruchrate der Therapie auf und schließen eine Therapie weniger erfolgreich ab (Comfort und Kaltenbach 2000). Eine große Zahl der Patienten ist weiblich, alleinerziehend, arbeits- und mittellos. In diesen

Studien wird gezeigt, dass eine Erkrankung mit dem Funktionieren im alltäglichen Leben zusammenhängt. Diese Patienten leiden oft an einer Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen oder sind von Alkohol und/oder anderen Drogen abhängig. Deshalb benötigen sie eine spezielle Unterstützung (Becker et al. 2005; Morrissey et al. 2005a; Morrissey et al. 2005b; McHugo et al. 2005; Cocozza et al. 2005; Domino et al. 2005).

## **5.4 Vergleich der Therapieerfolge mit den Ergebnisse aus den psychologischen Tests**

### **5.4.1 Einflusses einer komorbiden Erkrankung auf die Therapie**

Epidemiologische Studien zeigen, dass bis zu 80 Prozent der Patienten mit einer PTBS eine weitere Komorbidität wie eine Depression, eine Angst- oder somatoforme Störung sowie eine Abhängigkeit vorweisen (Bradley et al. 2005). Das bedeutet, dass der Großteil der Patienten im klinischen Alltag an einem komplexen Störungsbild leidet.

Überraschenderweise gibt es wenige systematische Studien, die sich mit Patienten mit komorbiden Störungen beschäftigen (Bradley et al. 2005). Patienten mit einer Komorbidität werden oft durch Ausschlusskriterien aus Studienpopulationen exkludiert. Somit kann keine Gruppe entstehen, die das reale Patientengut widerspiegelt. Ein großer Teil der Studien, die sich mit dem Therapieerfolg beschäftigten, untersuchten Patienten mit einer Suchterkrankung als Komorbidität. Diese Studien wiesen nach, dass Suchtkranke häufig an einer Traumafolgestörung durch traumatische Erfahrungen in Kindheit und Jugend leiden. Diese Patienten erreichten in gängigen Studien durch eine zusätzliche Traumatherapie ein signifikant besseres Therapieergebnis (Morrissey et al. 2005a; Morrissey et al. 2005b; Morrison 2002; Sacks et al. 2008; Langeland et al. 2004).

In unserer Studienpopulation gaben 70 Prozent der Patienten an, eine weitere psychische Erkrankung zu haben. 55 Prozent der Patienten erfüllten im PHQ-D die Diagnosekriterien einer somatoformen Störung, 60 Prozent einer Panik- und Angststörung. Die Diagnosekriterien einer Major-Depression erreichten ebenfalls 60 Prozent und weitere 20 Prozent eine andere Form der Depression.

Der Einfluss auf das Therapieergebnis durch bestimmte Komorbiditäten wurde von uns durch den Vergleich der zwei Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“ mit dem Ergebnis des psychologischen Tests PHQ-D geprüft.

#### **5.4.1.1 Auswirkungen einer Depression sowie Angststörung auf die Therapie**

Die Vermutung, dass eine Komorbidität einer PTBS – etwa eine depressive Störung oder eine Angststörung – einen negativen Effekt auf eine Therapie ausübt, wurde in der Hypothese 3 angenommen und konnte in diesem Vergleich statistisch bestätigt werden. Die Auswertung zeigte einen signifikanten Unterschied im Vergleich der Gruppen „erfolgreich“/„weniger erfolgreich“ bezüglich des im PHQ-D kategorial ermittelten Vorhandenseins einer generalisierten Angststörung ( $p = 0,030$ ). Auch im Vergleich der jeweiligen Skalensummenwerte der generalisierten Angststörung ( $p = 0,018$ ) konnte ein Zusammenhang statistisch bewiesen werden. Eine generalisierte Angststörung sowie eine stärkere Ausprägung dieser Erkrankung wirkt sich somit negativ auf das Therapieergebnis aus.

Der Vergleich der Skalensummenwerte einer Depression anhand der Depressionskala ( $p = 0,036$ ) war ebenfalls statistisch signifikant und belegt somit einen Zusammenhang. Keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zeigte jedoch der Vergleich der beiden Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“ bezüglich der Variablen „Depression“ in der kategorialen Auswertung des PHQ-D (Major Depression ( $p = 0,142$ ) und der Zusammenfassung Andere Depressionen ( $p = 0,413$ )). Da eine Diagnosestellung jedoch mittels kategorialer Werte im Interview oft nicht eindeutig möglich ist, sollte dem Ergebnis aus der kategorialen Auswertung eine eingeschränkte Bedeutung beigemessen werden.

Patienten, die in die Gruppe „erfolgreich“ eingeteilt wurden, litten folglich weniger an einer Angststörung oder Depression. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen mehrere aktuelle Studien (Deblinger et al. 2006; van Minnen et al. 2012). Deblinger et al. (2006) untersuchten Kinder mit einer Traumafolgestörung nach sexuellem Missbrauch und multiplen Traumata mit höherer Depressionsausprägung und beschreiben eine geringere Symptomreduktion durch eine Therapie (CBT).

Es gibt jedoch auch evidente Studien, die zu einem gegenteiligen Ergebnis kommen und nachweisen, dass eine Depression oder Angststörung als Komorbidität zu keinem

schlechteren Therapieergebnis führt. Jedoch litten die Patienten dieser Studien meist an einer leichten Depression. Patienten mit einer Major-Depression wurden häufig ausgeschlossen. Speckens et al. (2006) beschreiben kein schlechteres Abschneiden der Patienten mit einer Depression als Komorbidität (Speckens et al. 2006). Sie untersuchten 44 Patienten und evaluierten das Ansprechen des Symptoms Intrusion auf eine imaginäre Traumatherapie. Patienten, die jedoch zuvor eine stärkere Ausprägung der Symptome der PTBS hatten, schnitten insgesamt schlechter ab.

Patienten mit diesen zusätzlichen Krankheitsbildern zeigen dadurch Einschränkungen in ihrer Fähigkeit, eine Therapie erfolgreich durchzuführen. Beziehungen zu Therapeuten gelingen eingeschränkter; sie haben ein geringeres Gefühl der Selbstwirksamkeit und leiden unter Schuldgefühlen und Hoffnungslosigkeit. Sie werden schneller instabil und sind weniger belastbar in der Durchführung einer konfrontativen Traumatherapie. Solche Patienten beschäftigen sich bereits mit den Symptomen sowie der Therapie ihrer Angsterkrankung oder Depression, wodurch eine Behandlung ihrer Traumafolgestörung in den Hintergrund tritt. Das Wissen, dass eine solche Komorbidität auch den Erfolg einer Traumatherapie schmälern kann, ist wichtig und sollte in der Therapieplanung und dem Verlauf berücksichtigt werden.

#### **5.4.1.2 Auswirkungen einer somatoformen Störung auf den Therapieerfolg**

Dass es einen Zusammenhang zwischen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einem gehäuften Vorkommen somatischer Erkrankungen bzw. somatischer Phänomene gibt, wurde in zahlreichen Studien nachgewiesen (bspw. Ouimette et al. 2004; Cloitre et al. 2001). Aktuelle Studien zeigen ebenfalls, dass Patienten mit somatoformen Symptomen signifikant häufig in ihrer Vergangenheit ein Trauma erlebt haben und an einer Traumafolgestörung erkrankt sind (Andreski et al. 1998; Sack et al. 2007). Traumatische Erinnerungen werden häufiger in Form von somatosensorischen Erinnerungen gespeichert als in verbalen Erinnerungen (van der Kolk 1996; Sack 2004)

Die Untersuchung unserer Patienten zeigte, dass Patienten, die seltener die Diagnose einer Somatisierungsstörung ( $p = 0,001$ ) in der kategorialen Auswertung des PHQ-D erhielten, in der Therapie besser abschnitten. Der Unterschied im Vergleich der Ska-

lensummenwerte war nahezu signifikant ( $p = 0,054$ ) und sollte deshalb in die Diskussion einbezogen werden. Diese Ergebnisse zeigen uns, dass das Auftreten sowie die Ausprägung einer Somatisierungsstörung den Therapieerfolg hoch signifikant vermindern können. Da die Hypothese 4 annimmt, ein geringeres Vorkommen oder das Fehlen einer somatoformen Störung erhöhe den Therapieerfolg, konnte sie beibehalten werden. Diese Beobachtung machten wir ebenfalls in der klinischen Beurteilung unserer Patienten.

Im Vergleich mit dem aktuellen Forschungsstand zeigte sich ein ähnliches Bild (Ford et al. 2005; Ford und Kidd 1998). Gilbert et al. (2011) beobachten, dass Patienten mit einer PTBS und einem größeren Bedarf an medizinischen Behandlungen aufgrund körperlicher Beschwerden weniger von einer Traumatherapie profitieren. Eine mögliche Ursache sehen sie in der Somatisierung der psychischen Probleme, wodurch die Patienten sich weniger gut auf ihre psychischen Probleme konzentrieren können (Gilbert et al. 2011). Es wird vermutet, dass Patienten mit einer somatoformen Störung psychische Symptome nicht auf der psychischen Ebene wahrnehmen, sondern auf der körperlichen. Eine psychische Störung wird nicht als solche wahrgenommen und kann so nur eingeschränkt therapiert werden.

Die Erkenntnis, dass Patienten mit somatoformen Störungen ein signifikant schlechteres Therapieergebnis aufweisen, wurde in der weiteren Auswahl der Patienten für eine Therapie in der Tagesklinik berücksichtigt. Im weiteren Verlauf wurden Patienten mit einer stärkeren Ausprägung von somatoformen Störungen eher in die stationäre Behandlung der psychosomatischen Klinik aufgenommen, die ein umfassenderes, speziell auf Patienten mit somatoformen Störungen spezialisiertes Konzept anwendet.

#### **5.4.2 Auswirkung von Ich-Funktion und Selbstregulation auf die Therapie**

Patienten mit einer PTBS haben oft Defizite in der Selbstregulations-, der Emotions- und der Impulskontrolle (Müller et al. 2007). Die Betroffenen leiden unter niederschwellig ausgelösten, intensiven und überflutenden Affekten, was zu einem dysfunktionalen Bewältigungsmuster führt.



Diese wichtigen Eigenschaften des Patienten, die mit dem erfolgreichen Abschließen der Therapie zusammenhängen, wurden in die Überlegungen zur Hypothese 5 einbezogen. Es wurde angenommen, dass Patienten mit stärker ausgeprägter Ich-Funktion sowie Selbstregulationsfähigkeit oder Strukturniveau mehr von einer Therapie in der Tagesklinik profitieren. Zur Messung dieser Qualitäten verwendeten wir das Hannover-Selbstregulations-Inventar (HSRI). Die Zusammenhänge, die wir ermittelten, waren überwiegend signifikant, sodass wir die Hypothese 5 beibehalten können.

Die Ergebnisse zu Affekttoleranz und Selbstwertregulation sowie der Vergleich der Gesamtsumme mit den beiden Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“ zeigten ein signifikant besseres Abschneiden der erfolgreichen Gruppe. Lediglich bei den Fragen zu Identitätsstörungen sowie Frustration und Impulskontrolle war kein signifikanter Unterschied zu erkennen. Bei den Fragen zu Beziehungsstörungen konnte ebenfalls kein signifikanter Unterschied dargestellt werden; die Werte ( $p = 0,080$ ) grenzten jedoch relativ nahe an einen signifikanten Wert und können somit in die Diskussion einbezogen werden. Demnach erreichen Patienten mit mehr Ich-Struktur, Selbstregulationsfähigkeit und Strukturniveau eine stärkere Reduktion der Symptome einer PTBS.

Vergleicht man diese Annahme mit der aktuellen Literatur, kommt man zu ähnlichen Ergebnissen. Ford et al. (2005) beschreiben bei Patienten mit einer ausgeprägten Störung der Selbstregulation ebenfalls eine geringere Symptomreduktion der Traumafolgestörung und schlagen zur Verbesserung ein Therapiemodell vor, das die Stabilisierung beinhaltet. Es kann deshalb auf den Erfolg einer Therapie eine große Auswirkung haben, wenn zu Beginn einer Traumatherapie gewisse Strukturen ausreichend vorhanden sind (Ford et al. 2005; Ford und Kidd 1998; Sack 2004; van der Hart et al. 1989). Patienten, die stabil sind und eine stärker ausgeprägte Ich-Funktion besitzen, können diese Fähigkeiten in ihrer therapeutischen Arbeit einsetzen. Sie können sich auf die Bearbeitung ihrer zu Beginn der Therapie festgelegten Ziele konzentrieren und sind nicht von der Aufgabe abgelenkt, ihre eigene Stabilität in ihrem Therapiealltag aufrechtzuerhalten. Sie sind eher in der Lage, eine stabile Beziehung zu ihren Therapeuten aufzubauen, und profitieren davon.

Eine Traumatherapie ist mit belastenden Emotionen verbunden und führt damit oft zu einer Verstärkung der Gesamtsymptome, was eine Labilisierung oder selbstverletzende Tendenz nach sich ziehen kann. Eine gewisse Fähigkeit zur Stabilisierung und Affektregulation ist deshalb für eine erfolgreiche Traumatherapie notwendig (Müller

et al. 2007). Wenn die negativen Emotionen und Affekte durch die direkte Traumatherapie besser ertragen werden, dann wird die Therapie als weniger belastend empfunden. Aufnahmebereitschaft und Lernbereitschaft sind höher (Cloitre et al. 2004; Müller et al. 2007). Dies reduziere gleichzeitig die Zahl der Patienten, die eine Therapie vorzeitig abbrechen müssen (Cloitre et al. 2004).

Es ist wichtig für jeden einzelnen Patienten, die richtige Art der Therapie auszuwählen, um Überforderung und eine eher schädigende als nutzbringende Therapie zu vermeiden (Ford et al. 2005). Ford et al. (2005) empfehlen sogar, unter Umständen eine traumafokussierende Therapie zunächst zurückzustellen, um einer schädigenden Wirkung durch die Therapie vorzubeugen.

### **Wirkung einer stabilisierenden Therapie auf das Gesamtergebnis**

Der aktuelle Forschungsstand zeigt, dass eine stabilisierende Therapie zu einem besseren Ergebnis der Symptomreduktion in der Traumatherapie führt (Cloitre et al. 2004; Sack 2004; Ford et al. 2005; Müller et al. 2007).

Die stabilisierende Therapie will eine emotionale Stabilität erreichen und zudem helfen, sich selbst und die eigenen Affekte zu regulieren, um belastende Situationen auszuhalten, ohne destruktiv zu sein und um Selbstverletzung, Aggression oder Dissoziation zu vermeiden.

Cloitre et al. (2004) untersuchten 49 Patienten mit einer PTBS nach sexueller Missbrauchserfahrung in der Kindheit, die eine Zwei-Phasen-Therapie erhielten. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine Stabilisierungsphase mit Skillstraining den Erfolg der anschließenden Expositionsbehandlung durch die bessere Stressregulationsfähigkeit und eine stabilere therapeutische Arbeitsbeziehung positiv beeinflusst. Denn Gefühle, Affekte und den Umgang damit könne man sehr gut in einer Beziehung zwischen Therapeut und Patient erfahren und lernen (Cloitre et al. 2004). Laut Cloitre et al. (2004) hilft eine stabile Patienten-Therapeuten-Beziehung, eine Stress verursachende Traumatherapie auszuhalten. Müller (Müller et al. 2007) beschreibt ebenfalls ein positives Ergebnis einer stabilisierenden ambulanten Gruppentherapie bei Patienten mit komplexer Traumafolgestörung. Lonergan (2014) weist sogar nach, dass Patienten mit komplexer PTBS oder Traumatisierung in ihrer Kindheit bis zu 50 Prozent weniger von einer Therapie (CBT) profitieren. Für diese Patientengruppe wurde eine deutliche Symptomreduktion durch eine stabilisierende Therapie oder ein Training zum

Aufbau interpersoneller Fähigkeiten beobachtet (Lonergan 2014). Die deutsche Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) schlägt sogar vor, ohne stabilisierende Therapie keine Traumatherapie durchzuführen, um eine affektive Überflutung oder Retraumatisierung zu vermeiden.

Im internationalen Vergleich findet sich ein weniger ausgeprägter Fokus auf der stabilisierenden Therapie. Das National Institute for Health and Care Excellence in England (NICE) empfiehlt eine stabilisierende Therapie nur für Patienten in einer aktuell bedrohlichen Situation; für die anderen Patienten wird eine direkte Traumatherapie empfohlen. Es gibt zudem aktuelle Untersuchungen, die den Nutzen einer stabilisierenden Therapie anzweifeln (Neuner 2008; Resick et al. 2003; Dorrepaal et al. 2012). Hauptkritikpunkt ist die Annahme, dass durch eine ausgeprägte Stabilisierung eine Traumatherapie verzögert und das Vermeidungsverhalten verstärkt wird. Neuner (2008) kritisiert den Mangel an evidenten Studien, die einen Vorteil für eine Stabilisierung vor Exposition bei Patienten einer einfachen oder komplexen posttraumatischen Belastungsstörung belegen. Die Befürwortung einer Stabilisierung liege hauptsächlich in klinischen Beobachtungen (Neuner 2008). Weitere Studien sind sicherlich nötig, um Klarheit zu schaffen.

Die Patienten in der vorliegenden Untersuchung erhielten individuell nach ihrer jeweiligen Bedürftigkeit eine stabilisierende Therapie sowie bei ausreichender Stabilität eine direkte Traumatherapie. Dazu ist es wichtig, das Störungsbild des einzelnen Patienten genau zu betrachten und kritisch zu hinterfragen, welches die jeweils vorrangigen Symptome sind, ob der Patient ausreichend stabil ist und genügend Strukturniveau besitzt, um eine Therapie erfolgreich durchzuhalten.

### **5.4.3 Auswirkung einer dissoziativen Störung auf die Therapie**

Viele Patienten mit einer Traumafolgestörung leiden an dissoziativen Symptomen. Dissoziation führt i. d. R. zu einer enormen Einschränkung des Patienten im alltäglichen Leben. Wir nahmen in unserer Studie an (Hypothese 6), dass sich dissoziative Symptome zunehmend nach dem Maß ihrer Ausprägung negativ auf den Therapieerfolg auswirken. Vermutliche Ursachen sind die dissoziative Vermeidung und dissoziatives Verhalten als Reaktionen auf individuellen Stress, der durch emotional belastende Situationen entsteht. Solche Situationen sind meist wesentlicher Teil der Traumatherapie (Kluft 2000).

Die Stress verursachende Situation wird durch dissoziatives Verhalten und Symptome nicht bewusst durchlebt (Maercker 2009, S. 54). Dadurch ist es nicht bzw. nur eingeschränkt möglich, einen lernenden oder positiven therapeutischen Effekt zu erreichen. Es gelingt nicht, das Problem durch neue positive Erfahrungen zu lösen.

In vorliegender Untersuchung mittels des DSS konnten wir jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen feststellen. Die Patienten mit dissoziativer Symptomatik waren nicht weniger erfolgreich in der Reduktion ihrer PTBS Symptome. Dieses Ergebnis hatten wir zunächst nicht vermutet. Im Vergleich mit der aktuellen Literatur zeigt sich, dass auch andere empirische Studien keine eindeutigen Ergebnisse zur Klärung liefern. Einige Untersuchungen zeigten ebenfalls keine Einschränkungen durch dissoziative Symptomatik. Andere wiederum beobachteten, dass dissoziative Symptome und deren Ausprägungsstärke häufig einen negativen Einfluss auf das Therapieergebnis haben. (Spitzer et al. 2007; Rufer et al. 2006; Michelson et al. 1998; Lanius et al. 2010; Byrant 2007). Betrachtet man einen Teil dieser Studien genauer, könnte eine Ursache für diese Inkongruenz darin liegen, dass die Patienten in einigen dieser Studien nicht durch eine spezielle Traumatherapie behandelt wurden, andere hingegen schon.

Spitzer et al. (2007) berichten, dass Patienten mit dissoziativen Symptomen signifikant schlechtere Therapieergebnisse zeigen. Die Patienten der beschriebenen Studie erhielten eine kognitive Verhaltenstherapie (CBT) ohne speziellen Fokus auf die dissoziative Symptomatik oder eine Traumatherapie (Spitzer et al. 2007). Zu einem ähnlichen Ergebnis kamen Rufer et al. (2006) und Michelson et al. (1998).

In den Studien, die nachweisen, dass eine dissoziative Störung keine Auswirkung auf den Therapieerfolg hat (Speckens et al. 2006; Halvorsen et al. 2014; van Minnen et al. 2012; Hagenaars et al. 2010), fällt auf, dass alle Patienten mit einer speziellen Traumatherapie behandelt worden waren. Halvorsen et al. (2014) z. B. verglichen eine traumafokussierende Therapie an Patienten mit Derealisation und Depersonalisation (N = 81). Es zeigte sich, dass sich das Therapieergebnis bei Patienten mit dissoziativer Symptomatik nicht von Patienten ohne die Symptome unterscheidet (Halvorsen et al. 2014). Van Minnen et al. (2012) kommen zu einem ähnlichen Ergebnis und begründen diese Beobachtung mit der Feststellung, dass Dissoziation ein Vermeidungssymptom ist und sich dadurch mit den übrigen Symptomen einer PTBS reduziert. In klinischer Beobachtung benötigten diese Patienten jedoch laut van Minnen et al.

(2012) eine erhöhte Aufmerksamkeit und Betreuung zwischen den Sitzungen (Telefonate, Emotionsregulation, Stabilisierung). In einer Studie von Hageraars et al. (2010) zeigten Patienten nach einer Expositionstherapie eine gleichwertige Verbesserung der PTBS-Symptome, und zwar unabhängig davon, ob sie ausgeprägte dissoziative Symptome zeigten oder nicht. Nicht eingeschlossen waren suizidale Patienten (Hageraars et al. 2010).

In Betrachtung des aktuellen Forschungsstands ist nicht eindeutig geklärt, ob das Vorhandensein von dissoziativen Symptomen den Therapieerfolg mindert. Es zeigt sich lediglich, dass Patienten mit Dissoziation in einer direkten traumafokussierenden Therapie gleichwertig abschließen. Für eine genauere Klärung sind weitere zielführende Studien nötig.

Eine weitere Erklärung liefern Lanius et al. (2010), die die Ursache der divergenten Ergebnisse in einem unterschiedlichen Erscheinungsbild der PTBS sehen. Sie unterteilen eine PTBS in zwei Gruppen: in Patienten, deren Erkrankung von Hyperarousal und Wiedererleben dominiert sind, und in Patienten, die vor allem dissoziative Symptome zeigen. Somit braucht jede Gruppe eine spezielle Therapie (Lanius et al. 2010).

Das Konzept der vorliegenden Traumatherapie ist auf Patienten mit dissoziativen Störungen ausgerichtet. Situationen, in denen ein Patient dissoziative Symptome zeigt, werden erkannt und berücksichtigt. Es werden mit dem Patienten alternative Wege gesucht. Die daraus resultierenden Benachteiligungen können somit ausgeglichen und die Schwierigkeiten einer Therapie ohne diesen Schwerpunkt verhindert werden. Die zu erwartende Unterscheidung im Therapieerfolg wird verhindert. Dies erklärt möglicherweise, warum sich die beiden untersuchten Gruppen hinsichtlich der variablen Dissoziation nicht unterscheiden, was als ein positiver Wirkfaktor der Therapie gewertet werden kann.

#### **5.4.4 Auswirkungen der persönlichen Ressourcen auf den Therapieerfolg**

Die Ressourcen wirken entscheidend bei der erfolgreichen Verarbeitung eines traumatischen Erlebnisses mit. Sind sie ausreichend vorhanden, kann eine traumatische Erfahrung nicht zur Traumafolgestörung, sondern zur Verarbeitung des Traumas führen (Yehuda 2004).

Ebenso wichtig sind Ressourcen für die erfolgreiche Durchführung einer Therapie bei einer PTBS (Sack 2007b). Die Ressourcenaktivierung stellt ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie dar; ein Großteil der Wirkungen einer Therapie ist auf Ressourcen zurückzuführen (Grawe und Grawe-Gerber 1999). Deshalb sind die Bildung und die Förderung von Ressourcen ein wichtiger Aspekt in der Therapie, die die Patienten unserer Studie erhalten haben. Einige Wissenschaftler verfolgen sogar den Standpunkt, dass der Ressourcenaspekt nach neueren Erkenntnissen wichtiger sein kann als der Problemaspekt (Grawe und Grawe-Gerber 1999; Ermann 1999).

Wir haben die Behauptung aufgestellt (Hypothese 7), dass Patienten mit Ressourcen wie einem positiven Körperbild, einer erhöhten Lebensqualität sowie vermehrt positiven Gemütszuständen und Erfahrungen mehr von einer Traumatherapie profitieren. Zur Beweisführung verwendeten wir vier Tests, die die Existenz und Ausprägung von Ressourcen ermitteln sollten.

Beim Vergleich der zwei Gruppen mithilfe des Dresdner Körperbildfragebogens (DKB) war zu erkennen, dass Patienten mit höheren Werten in der Kategorie „Vitalität“ erfolgreicher in der Traumatherapie abschneiden. In den Kategorien Selbstakzeptanz, Sexualität, Selbsterhöhung und Körperkontakt konnten wiederum keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen festgestellt werden.

Der Ressourcentest RES zeigte ebenfalls keine signifikanten Unterschiede. Das bedeutet, dass Patienten mit zu Therapiebeginn höheren Werten in den Kategorien „Wohlbefinden“, „Selbstwerterleben“, „Stärken und Fähigkeiten“ sowie „Commitment“ die Therapie nicht erfolgreicher abschlossen.

Beim Vergleich mit den Ergebnissen des PSOM konnte ein nahezu signifikanter Unterschied ermittelt werden ( $p = 0,051$ ). Der Beweis eines Zusammenhangs zwischen hohen Werten im PSOM und einer somit stärkeren Wahrnehmung positiven Erlebens mit besseren Erfolgsergebnissen der Therapie konnte zwar nicht eindeutig erbracht werden. Da der Wert jedoch nahezu signifikant ist, kann er in die Gesamtbewertung einbezogen werden. Patienten, die mehr positives Erleben zu Beginn der Therapie wahrnehmen, schließen die Therapie demnach wahrscheinlich erfolgreicher ab.

Beim Vergleich durch die Testung mittels SF-36 ist uns der statistische Beweis, dass Patienten, die die Therapie erfolgreicher abschließen, mehr körperbezogene Lebens-

qualität besitzen, ebenfalls nicht eindeutig gelungen. Jedoch ist aufgrund nahezu signifikanter Werte ( $p = 0,053$ ) ein Zusammenhang zu erkennen. Bei Patienten, die eine erhöhte psychische Lebensqualität angaben, ermittelten wir keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen.

Zusammenfassend können wir sehen, dass Patienten mit mehr Vitalität, mehr positivem Erleben, einer besseren Stressresistenz sowie einer höheren gesundheitsbezogenen Lebensqualität stärker von einer Traumatherapie profitieren. Ressourcen führen zu einer höheren Lebensqualität. Ein Patient mit mehr Ressourcen und Lebensqualität kann seine Situation positiver einschätzen; dies führt zu einer höheren Resilienz (Yehuda 2004).

Eine Vielzahl von Studien zur Wirkung der Ressourcenförderung zeigt, dass Ressourcen einen wichtigen Effekt auf das Gelingen einer Therapie haben und durch die Therapie auch verbessert werden können (Grawe und Grawe-Gerber 1999; Gerlach et al. 2009; Smith und Grawe 2000; Sack 2007b; Schiepek et al. 2001; Davidson et al. 2005). Studien, die belegen, dass eine Therapie Ressourcen fördert, sind zahlreicher als die Studien, die belegen, dass Patienten mit mehr Ressourcen zu Beginn der Therapie mehr von einer Therapie profitieren. Da beides zusammenhängt, ist schwer zu unterscheiden, ob Ressourcen die Therapie verbessern oder ob eine Therapie zu einer Verbesserung der Ressourcen führt. So beschreibt Maercker (1998), dass der Kohärenzsinn und die persönliche Reifung beides ausdrücken könnten: ein Ergebnis aus der Verarbeitung von Krisen sowie eine Hilfe bei deren Verarbeitung (Maercker 1998; Morrison 2000; Linley 2003).

Das Konzept der angewandten Therapie enthält – wie schon erwähnt – zu einem großen Teil Ressourcen und ihre Aktivierungs- und Fördermöglichkeiten. Dies mag dazu führen, dass wir statistisch weniger Unterschiede in den beiden Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“ erkennen konnten. Personen, die zu Beginn über weniger Ressourcen verfügten, wurden diesbezüglich sehr stark gefördert, sodass es nicht zu einem besseren oder schlechteren Abschneiden innerhalb der Therapie durch diesen Mangel kam. Es gibt Studien, die zeigen, dass erstaunlicherweise gerade jene Patienten eine starke Verbesserung im Bereich der Ressourcen erleben, die zuvor angegeben hatten, über weniger Ressourcen zu verfügen (Schiepek et al. 2001).

Um in einer Studie eine Verzerrung durch eine ausgeprägte Ressourcenförderung zu umgehen, wäre eine weniger ressourcenorientierte Therapie notwendig. Da eine ressourcenorientierte Therapie uns jedoch aufgrund ihres großen Nutzens unabdingbar erscheint, stellt sich die Frage der Sinnhaftigkeit und Ethik einer weniger ressourcenorientierten Therapie.

## **5.5 Grenzen der vorliegenden Arbeit**

Die statistische Aussagekraft dieser Studie wird durch die geringe Stichprobengröße ( $N = 20$ ) limitiert. Da diese Studie jedoch als explorative Studie angelegt war und zur Gliederung und Aufhellung des wenig erforschten Problemgebietes diente, haben wir unsere Datenaufnahme bei eben jenen zwanzig Patienten beendet. Wir konnten uns einen Überblick verschaffen, wodurch weitere Studien vorbereitet wurden. Ferner war diese Studie eine Maßnahme der Qualitätssicherung für die Therapie der Tagesklinik der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar. Sie stellt die Behandlungsergebnisse der Klinik eines Zeitraumes dar.

Ein weiterer limitierender Faktor der Ergebnisse ist die Alphafehler-Kumulierung. Durch multiples Testen derselben Stichprobe entsteht somit eine globale Erhöhung der Alphafehler-Wahrscheinlichkeit. Aufgrund unserer explorativen Studie haben wir sieben Hypothesen verwendet, um das gesamte Informationsmaterial unserer Interviews und Fragebögen einzusetzen. Somit nahmen wir die Alphafehler-Kumulierung in Kauf.

Wir verzichteten auf einen Vergleich unserer Studiengruppe mit einer Kontrollgruppe. Eine Möglichkeit hätte darin bestanden, Patienten in ihrer Wartezeit – einer Zeit, in der sie keine Therapie erhielten (ggf. eine ambulante Therapie) – als Kontrollgruppe zu werten. Die Patienten, die wir in unsere Studie einbezogen haben, hatten jedoch unterschiedlich lange Wartezeiten, da in der Tagesklinik sehr kurzfristig und flexibel auf frei gewordene Plätze reagiert wurde. So entstand keine einheitliche Gruppe.



## 5.6 Zusammenfassung der Arbeit

Insgesamt wurden zwanzig Patienten in die vorliegende Untersuchung einbezogen. Alle Patienten wiesen eine Traumafolgestörung auf. Die Patienten rekrutierten wir aus der Tagesklinik der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Krankenhauses rechts der Isar.

Durch die vorliegende Studie wurden der Verlauf und der Erfolg der Therapie in der Psychosomatischen Tagesklinik des Klinikums rechts der Isar festgehalten. Sie kann somit auch als eine mögliche Qualitätsdokumentation gesehen werden.

Im Ergebnis konnte eine signifikante Symptomreduktion mittels CAPS festgestellt werden. Somit konnten wir statistisch zeigen, dass die untersuchten Patienten von einer Therapie profitierten.

Weiter gelang es uns, nachzuweisen, dass es eine erfolgreiche Patientengruppe gibt und eine weniger erfolgreiche Gruppe. Da nahezu alle Patienten eine ähnliche Therapie erhielten (keine Unterscheidung der beiden Gruppen durch eine spezielle Traumatherapie mittels EMDR), suchten wir nach den Ursachen bei den unterschiedlichen Voraussetzungen der Patienten.

Dabei zeigte sich: Patienten, die in die Gruppe „erfolgreich“ eingeteilt wurden, wiesen zuvor eine gleich starke Ausprägung der Symptome einer PTBS auf wie Patienten aus der Gruppe „weniger erfolgreich“. Nicht bestätigen konnten wir die Annahme, dass Patienten mit einer stärkeren Ausprägung der Erkrankung weniger von einer Therapie profitieren. Der anschließende Vergleich mit der Basisdokumentation ergab, in welchen weiteren Punkten sich die Patienten der beiden Gruppen unterschieden. Er bezog sich auf persönliche Merkmale, Komorbiditäten, strukturelle Merkmale, Ressourcen und dissoziative Symptome.

Mittels validierter psychometrischer Tests sammelten wir Daten über Komorbidität (PHQ-D), Strukturniveau (HSRI), Körperbild und Ressourcen (DKB, RES, PSOM, SF 36) und Dissoziation (DSS) und verglichen sie statistisch mit den Werten des Therapieerfolges (ermittelt durch den CAPS).

Ein interessanter Unterschied zeigte sich in der Differenz der beiden Gruppen beim Kriterium der somatoformen Störung. Patienten mit einer somatoformen Störung profitieren demnach weniger von einer Therapie und benötigen ggf. eine andere Behandlung, um ein bestmögliches Therapieergebnis zu erreichen. Die Tagesklinik berücksichtigt dieses Ergebnis in ihren künftigen Auswahlverfahren.

Ebenso zeigte die Statistik einen Zusammenhang zwischen einer erfolgreichen Therapie und einer vorhandenen Angststörung oder einer depressiven Störung. Patienten, die von einer Therapie in der Tagesklinik profitieren, leiden signifikant seltener an einer Komorbidität, etwa einer Angststörung oder einer depressiven Störung.

Ein weiteres Ergebnis zeigt den Zusammenhang zwischen einem besseren Therapieergebnis und einer besseren Fähigkeit zur Selbstregulation, einem höheren Strukturniveau, einer besseren Ich-Funktion oder einer höheren Selbsteinschätzung der eigenen Vitalität. Patienten, die mehr von einer Therapie profitierten, waren zuvor stabiler als diejenigen, die weniger profitierten.

In der vorliegenden Studie beschäftigten wir uns mit der Frage: Wie kann der Erfolg einer Therapie durch die jeweils unterschiedlichen Voraussetzungen der Patienten beeinflusst werden? Unsere Ergebnisse dazu waren signifikant und zeigten, dass bestimmte Voraussetzungen seitens des Patienten (Komorbidität, Struktur, Ressourcen) das Therapieergebnis positiv oder negativ beeinflussen.

Ein mangelnder Therapie-Erfolg hat jedoch weitreichende Folgen: Er bestärkt ein negatives Selbstbild, destruktive Verhaltensweisen und Strukturen. Oder er führt zum Abbruch der Therapie und schädigt den Patienten ebenfalls. Fließen die persönlichen Voraussetzungen des Patienten in die Gesamtbetrachtung mit ein, kann das Konzept für eine erfolgreiche Therapie entwickelt werden.

## Literaturverzeichnis

**Adler N., Horowitz M., Garcia A., Moyer A. (1998):** Additional validation of a scale to assess positive states of mind. *Psychosomatic Medicine* 60, 26–32.

**American Psychiatric Association APA (1994):** Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4<sup>th</sup>.edition Washington. DC: APA 1994.

**Andreski P., Chilcoat H., Breslau N. (1998):** Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Research* 79, 131–138.

**Becker M., Noether C., Larson M., Gatz M., Brown V., Heckman J., Giard J. (2005):** Characteristics of women engaged in treatment for trauma and co-occurring disorders: Findings from a national multisite study. *Journal of Community Psychology* 33 (4), 429–443.

**Bisson J., Ehlers A., Matthews R., Pilling S., Richards D., Turner S. (2007):** Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 190, 97–104.

**Blake D., Weathers F., Nagy L., Kaloupek D., Klauminzer G., Charney D., Keane T., Buckley T. (2000):** Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) Instruction Manual. Boston: National Center for PTSD.

**Bradley R., Greene J., Russ E., Dutra L., Westen D. (2005):** A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry* 162, 214–227.

**Breslau N., Davis G., Andreski P., Peterson E. (1991):** Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry* 48 (3), 216–222.

**Breslau N., Kessler R., Chilcoat H., Schultz L., Davis G., Andreski P. (1998):** Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community. The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry* 55, 626–632.

**Breslau N., Davis G., Peterson E., Schultz L. (2000):** A Second Look at Comorbidity in Victims of Trauma: The Posttraumatic Stress Disorder-Major Depression Connection. *Biological Psychiatry* 48, 902–909.

**Breslau N. (2002):** Epidemiologic Studies of Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and other Psychiatric Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry* 47 (10), 923–929.

**Brunello N., Davidson J., Deahl M., Kessler R., Mendlewicz J., Racagni G., Shalev A., Zohar J. (2001):** Posttraumatic Stress Disorder: Diagnosis and Epidemiology, Comorbidity and Social Consequences, Biology and Treatment. *Neuropsychobiology* 43, 150–162.

**Bryant R. (2007):** Does dissociation further our understanding of PTSD? *Journal of Anxiety Disorders* 21, 183–191.

**Bullinger M., Kirchberger I. (1998):** SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand – Manual. Göttingen: Hogrefe Verlag.

**Charcot J., Magnan V. (1882):** Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles. *Archives de Neurologie* 7, 53-60 und 296-322.

**Cloitre M., Scarvalone P., Difede J. (1997):** Posttraumatic Stress Disorder, Self- and Interpersonal Dysfunction Among Sexually Retraumatized Women. *Journal of Traumatic Stress* 10 (3), 437–452.

**Cloitre M., Cohen L., Edelman R., Han H. (2001):** Posttraumatic Stress Disorder and Extent of Trauma Exposure as Correlates of Medical Problems and Perceived Health Among Women with Childhood Abuse. *Women and Health* 34 (3), 1–17.

**Cloitre M., Stovall-McClough C., Miranda R., Chemtob C. (2004):** Therapeutic Alliance, Negative Mood Regulation and Treatment Outcome in Child Abuse-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72 (3), 411–416.

**Cocozza J., Jackson E., Hennigan K., Morrissey J., Reed B., Fallot R., Banks S. (2005):** Outcomes for women with co-occurring disorders and trauma: Program-level effects. *Journal of Substance Abuse Treatment* 28, 109–119.

**Comfort M., Kaltenbach K. (2000):** Predictors of Treatment Outcomes for Substance-Abusing Women: A Retrospective Study. *Substance Abuse* 21 (1), 33–45.

**Davidson J., Hughes D., Blazer D., George L. (1991):** Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychological Medicine* 21 (3), 713–721.

**Davidson J., Payne V., Connor K., Foa E., Rothbaum B., Hertzberg M., Weisler R. (2005):** Trauma, resilience and saliostasis: effects of treatment in post-traumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology* 20, 43–48.

**Deblinger E., Mannarino A., Cohen J., Steer R. (2004):** A Multisite, Randomized, Controlled Trial for Children With Sexual Abuse-Related PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43 (4), 393–402.

**Deblinger E., Mannarino A., Cohen J., Steer R. (2006):** A Follow-up Study of a Multisite, Randomized, Controlled Trial for Children With Sexual Abuse-Related PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 45 (12), 1474–1484.

**Dell P. (2002):** Dissociative Phenomenology of Dissociative Identity Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 190 (1), 10–15.

**Denier C. (2002):** A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse. *Annals of Clinical Psychiatry* 14 (3), 195–196.

**Domino M., Morrissey J., Nadlicki-Patterson T., Chung S. (2005):** Service costs for women with co-occurring disorders and trauma. *Journal of Substance Abuse Treatment* 28, 135–143.

**Dorrepaal E., Thomaes K., Smit J., van Balkom A., Veltman D., Hoogendoorn A., Draijer N. (2012):** Stabilizing Group Treatment for Complex Posttraumatic Stress Disorder Related to Child Abuse Based on Psychoeducation and Cognitive Behavioural Therapy: A Multisite Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* 81, 217–225.

**Driessen M., Beblo T., Reddemann L., Rau H., Lange W., Silva A., Barea R., Wulff H., Ratzka S. (2002):** Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung. *Nervenarzt* 73, 820–829.

**Erichsen J. (1882):** On Concussion of the Spine: Nervous Shock and Other Obscure Injuries of the Nervous System in Their Clinical and Medico-Legal Aspects. London: Longmans Green.

**Ermann M. (1999):** Ressourcen in der psychoanalytischen Beziehung. Forum der Psychoanalyse 15, 253–266.

**Foa E., Riggs D., Gershuny B. (1995):** Arousal, Numbing, and Intrusion: Symptom Structure of PTSD Following Assault. American Journal of Psychiatry 152, 116–120.

**Ford J., Courtois C., Steele K., van der Hart O., Nijenhuis E. (2005):** Treatment of Complex Posttraumatic Self-Dysregulation. Journal of Traumatic Stress 18 (5), 437–447.

**Ford J., Kidd P. (1998):** Early Childhood Trauma and Disorders of Extreme Stress as Predictors of Treatment Outcome with Chronic Posttraumatic Stress Disorder. Journal of Traumatic Stress 11 (4), 743–761.

**Freud S. (1896):** Zur Ätiologie der Hysterie. Gesammelte Werke. Frankfurt am Main: Fischer, S. 404–438.

**Frewen P., Lanius R. (2006):** Toward a Psychobiology of Posttraumatic Self-Dysregulation, Reexperiencing, Hyperarousal, Dissociation, and Emotional Numbing. Annals of the New York Academy of Sciences 1071, 110–124.

**Fullerton C., Ursano R., Epstein R., Crowley B., Vance K., Kao T., Dougall A., Baum A. (2001):** Gender Differences in Posttraumatic Stress Disorder After Motor Vehicle Accidents. American Journal of Psychiatry 158, 1486–1491.

**Gast U., Rodewald F., Kersting A., Emrich H. (2001a):** Diagnostik und Therapie Dissoziativer (Identitäts-) Störungen. *Psychotherapeut* 46, 289–300.

**Gast U., Rodewald F., Nickel V., Emrich H. (2001b):** Prevalence of Dissociative Disorders among Psychiatric Inpatients in a German University Clinic. *Journal of Nervous and Mental Disease* 189 (4), 249–257.

**Gerlach D., Kulinna U., Sack M. (2009):** Entwicklung eines Gruppenangebots zur Aktivierung persönlicher Ressourcen in der psychosomatischen Tagesklinik. *Trauma und Gewalt* 3, 232–239.

**Gilbert A., Morrissey J., Domino M. (2011):** Service Utilization Patterns as Predictors of Response to Trauma-Informed Integrated Treatment for Women With Co-occurring Disorders. *Journal of Dual Diagnosis* 7 (3), 117–129.

**Glaesmer H., Kaiser M., Brähler E., Freyberger H., Kuwert P. (2012):** Posttraumatic stress disorder and its comorbidity with depression and somatisation in the elderly – A German community-based study. *Aging and Mental Health* 16 (4), 403–412.

**Golier J., Yehuda R., Bierer L., Mitropoulou V., New A., Schmeidler J., Silverman J., Siever L. (2003):** The Relationship of Borderline Personality Disorder to Posttraumatic Stress Disorder and Traumatic Events. *American Journal of Psychiatry* 160, 2018–2024.

**Grawe K., Grawe-Gerber M. (1999):** Ressourcenaktivierung, Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 44, 63–73.



**Hagenaars M., van Minnen A., Hoogduin K. (2010):** The impact of dissociation and depression on the efficacy of prolonged exposure treatment for PTSD. *Behaviour Research and Therapy* 48, 19–27.

**Halvorsen J., Stenmark H., Neuner F., Nordahl H. (2014):** Does dissociation moderate treatment outcomes of narrative exposure therapy for PTSD? A secondary analysis from a randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy* 57, 21–28.

**Herman J. (1992):** Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress* 5 (3), 377–391.

**Heuft G., Senf W., Janssen P., Lamprecht F., Meermann R. (1995):** Praktikabilitätsstudie zur qualitativen und quantitativen Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 45, 303–309.

**Heuft G., Senf W., Wagener R., Pintelon C., Lorenzen J. (1996):** Individuelle Therapieziele: Zur Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie aus Patienten- und Therapeutensicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 44, 186–199.

**Imbierowicz K., Egle U. (2003):** Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *European Journal of Pain* 7, 113–119.

**Jäger B., Schmid-Ott G., Ernst G., Dölle-Lange E., Sack M. (2012):** Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zu Ich-Funktionen und zur Selbstregulationsfähigkeit. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 80 (6), 336–343.

**Janet P. (1889):** L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine. Paris: Alcan.

**Kardiner A. (1941):** The Traumatic Neuroses of War. New York: Hoeber.

**Kessler R., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C. (1995):** Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry 52 (12), 1048–1060.

**Kluft R. (2000):** The Psychoanalytic Psychotherapy of Dissociative Identity Disorder in the Context of Trauma Therapy. Psychoanalytic Inquiry 20 (2), 259–286.

**Kroenke K., Spitzer R., Williams J. (2002):** Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. Psychosomatic Medicine 64 (2), 258–266.

**Krysinska K., Lester D. (2010):** Post-Traumatic Stress Disorder and Suicide Risk: A Systematic Review. Archives of Suicide Research 14, 1–23.

**Langeland W., van den Brink W., Draijer N. (2004):** Traumatische Erlebnisse in der Kindheit und psychiatrische Komorbidität bei erwachsenen männlichen Alkoholkranken: Empirische Untersuchungsergebnisse und ihre klinische Bedeutung. Suchttherapie 5, 132–136.

**Lanius R., Vermetten E., Loewenstein R., Brand B., Schmahl C., Bremner J., Spiegel D. (2010):** Emotion Modulation in PTSD: Clinical and Neurobiological Evidence for a Dissociative Subtype. American Journal of Psychiatry 167 (6), 640–647.

**Leichsenring F., Leibing E. (2003):** The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Personality Disorders: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry* 160, 1223–1232.

**Linley P. (2003):** Positive Adaptation to Trauma: Wisdom as Both Process and Outcome. *Journal of Traumatic Stress* 16 (6), 601–610.

**Lonergan M. (2014):** Cognitive Behavioral Therapy for PTSD: The Role of Complex PTSD on Treatment Outcome. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 23, 494–512.

**Löwe B., Spitzer R., Zipfel S., Herzog W. (2002):** Manual PHQ-D Komplettversion und Kurzversion, Abteilung Innere Medizin II, Heidelberg (zitiert am 14.05.2014). URL: [www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische\\_Klinik/download/PHQ\\_Manual1.pdf](http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/download/PHQ_Manual1.pdf).

**Löwe B., Gräfe K., Zipfel S., Witte S., Loerch B., Herzog W. (2004):** Diagnosing ICD-10 Depressive Episodes: Superior Criterion Validity of the Patient Health Questionnaire. *Psychotherapy and Psychosomatics* 73 (6), 386–390.

**Macdonald A., Danielson C., Resnick H., Saunders B., Kilpatrick D. (2010):** PTSD and comorbid disorders in a representative sample of adolescents: The risk associated with multiple exposures to potentially traumatic events. *Child Abuse and Neglect* 34, 773–783.

**Maercker A. (1998):** Kohärenzsinn und persönliche Reifung als salutogenetische Variablen. In: J. Margraf, J. Siegrist, S. Neumer (Hrsg.): *Gesundheits- oder Krankheits-theorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Heidelberg: Springer, S. 187–199.

**Maercker A., Forstmeier S., Wagner B., Glaesmer H., Brähler E. (2008):** Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland, Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt* 79, 577–586.

**Maercker A. (2009):** Posttraumatische Belastungsstörungen. 3. Auflage. Heidelberg: Springer.

**Matusiewicz A., Hopwood C., Banducci A., Lejuez C. (2010):** The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Personality Disorders. *Psychiatric Clinics of North America* 33 (3), 657–685.

**Mayou R., Ehlers A., Bryant B. (2002):** Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3-year follow-up of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy* 40, 665–675.

**McFarlane A. (1992):** Avoidance and Intrusion in Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease* 180, 439–445.

**McFarlane A., Atchison M., Rafalowicz E., Papay P. (1994):** Physical symptoms in post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychosomatic Research* 38 (7), 715–726.

**McHugo G., Kammerer N., Jackson E., Markoff L., Gatz M., Larson M., Mazelis R., Hennigan K. (2005):** Women, Co-occurring Disorders, and Violence Study: Evaluation design and study population. *Journal of Substance Abuse Treatment* 28, 91–107.

**McLean C., Foa E. (2013):** Dissemination and implementation of prolonged exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 27, 788–792.

**Merckelbach H., Muris P., Horselenberg R., Rassin E. (1998):** Traumatic intrusions as "worse case scenarios". *Behaviour Research and Therapy* 36, 1075–1079.

**Michelson L., June K., Vives A., Testa S., Marchione N. (1998):** The role of trauma and dissociation in cognitive-behavioral psychotherapy outcome and maintenance for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy* 36, 1011–1050.

**Monson C., Fredman S., Adair K., Stevens S., Resick P., Schnurr P., MacDonald H., Macdonald A. (2011):** Cognitive-Behavioral Conjoint Therapy for PTSD: Pilot Results From a Community Sample. *Journal of Traumatic Stress* 24 (1), 97–101.

**Morrison J. (2002):** Protective factors associated with children's emotional responses to chronic community violence exposure. *Trauma, Violence and Abuse* 1 (4), 299–320.

**Morrissey J., Ellis A., Gatz M., Amaro H., Reed B., Savage A., Finkelstein N., Mazelis R., Brown V., Jackson E., Banks S. (2005a):** Outcomes for women with co-occurring disorders and trauma: Program and person-level effects. *Journal of Substance Abuse Treatment* 28, 121–133.

**Morrissey J., Jackson E., Ellis A., Amaro H., Brown V., Najavits L. (2005b):** Twelve-Month Outcomes of Trauma-Informed Interventions for Women With Co-occurring Disorders. *Psychiatric Services* 56 (10), 1213–1222.

**Müller C., Teschner M., Assaloni H., Kraemer B., Schnyder U., Rufer M. (2007):** Eine ambulante Stabilisierungsgruppe zur Verbesserung der Emotionsregulation bei komplexen posttraumatischen Störungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 57, 364–372.

**Neria Y., Bromet E. (2000):** Comorbidity of PTSD and Depression: Linked or Separate Incidence. *Biological Psychiatry* 48, 878–880.

**Neuner F. (2008):** Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie - Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie* 18, 109–118.

**Nijenhuis E., Spinhoven P., van Dyck R., van der Hart O., Vanderlinden J. (1998):** Degree of Somatoform and Psychological Dissociation in Dissociative Disorder is Correlated with Reported Trauma. *Journal of Traumatic Stress* 11 (4), 711–730.

**North C., Smith E., Spitznagel E. (1994):** Posttraumatic stress disorder in survivors of a mass shooting. *American Journal of Psychiatry* 151, 82–88.

**O'Donnell M., Creamer M., Pattison P. (2004):** Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma: Understanding Comorbidity. *American Journal of Psychiatry* 161, 1390–1396.

**Oppenheim H. (1889):** Die traumatische Neurose. *Berliner Klinische Wochenschrift* 26, 483-489.

**Oppenheim H. (1892):** Die traumatischen Neurosen. Berlin: Hirschwald.

**Ouimette P., Cronkite R., Henson B., Prins A., Gima K., Moos R. (2004):** Posttraumatic Stress Disorder and Health Status Among Female and Male Medical Patients. *Journal of Traumatic Stress* 17 (1), 1–9.

**Pasquini P., Liotti G., Mazzotti E., Fassone G., Picardi A. (2002):** Risk factors in the early family life of patients suffering from dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 105, 110–116.

**Pöhlmann K., Thiel P., Joraschky P. (2008):** Das Körperbild von Essgestörten. Selbstbeschreibungen auf der Basis des Dresdner Körperbildfragebogens. In: P. Joraschky, H. Lausberg, K. Pöhlmann, F. Röhrich (Hrsg.): *Körperorientierte Diagnostik und Psychotherapie bei Essstörungen*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 57–72.

**Post L., Zoellner L., Youngstrom E., Feeny N. (2011):** Understanding the relationship between co-occurring PTSD and MDD: Symptom severity and affect. *Journal of Anxiety Disorders* 25, 1123–1130.

**Resick P., Nishith P., Griffin M. (2003):** How Well Does Cognitive-Behavioral Therapy Treat Symptoms of Complex PTSD? An Examination of Child Sexual Abuse Survivors Within A Clinical Trial. *CNS Spectrums* 8 (5), 340–355.

**Rojas S., Bujarski S., Babson K., Dutton C., Feldner M. (2014):** Understanding PTSD comorbidity and suicidal behavior: Associations among histories of alcohol dependence, major depressive disorder, and suicidal ideation and attempts. *Journal of Anxiety Disorders* 28, 318–325.

**Rothbaum B., Foa E., Riggs D., Murdock T., Walsh W. (1992):** A Prospective Examination of Post-Traumatic Stress Disorder in Rape Victims. *Journal of Traumatic Stress* 5 (3), 455–475.

**Rufer M., Held D., Cremer J., Fricke S., Moritz S., Peter H., Hand I. (2006):** Dissociation as a Predictor of Cognitive Behavior Therapy Outcome in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics* 75, 40–46.

**Sachsse U. (2004):** Traumazentrierte Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer Verlag.

**Sachsse U., Vogel C., Leichsenring F. (2006):** Results of psychodynamically oriented trauma-focused inpatient treatment for women with complex posttraumatic stress disorder (PTSD) and borderline personality disorder (BPD). *Bulletin of the Menninger Clinic* 70, 125–144.

**Sack M., Lempa W., Lamprecht F., Schmid-Ott. G. (2003):** Therapieziele und Behandlungserfolg: Ergebnisse einer Katamnese ein Jahr nach stationärer psychosomatischer Therapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 49, 63–73.

**Sack M. (2004):** Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Nervenarzt* 75, 451–459.

**Sack M., Lahmann C., Jaeger B., Henningsen P. (2007):** Trauma prevalence and somatoform symptoms - are there specific somatoform symptoms related to traumatic experiences. *Journal of Nervous and Mental Disease* 195, 928–933.

**Sack M. (2007a):** Tagesklinik für Stabilisierung und Ressourcenförderung der Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der TU München. unveröffentlichter Konzeptentwurf.

**Sack M. (2007b):** Überlegungen zu einer ressourcenorientierten Behandlung traumatisierter Patienten. In: Lamprecht F. (Hrsg.): *Wohin entwickelt sich die Traumatherapie?* Stuttgart: Klett-Cotta, S. 160–175.



**Sack M. (2010):** Schonende Traumatherapie, Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen. Stuttgart: Schattauer Verlag.

**Sack M., Sachsse U., Overkamp B., Dulz B. (2013):** Traumafolgestörungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt* 84, 608–614.

**Sacks S., Banks S., McKendrick K., Sacks J. (2008):** Modified therapeutic community for co-occurring disorders: A summary of four studies. *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, 112–122.

**Schiepek G., Noichl F., Tischer D., Honermann H., Elbing E. (2001):** Stationäre Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten, Evaluation eines systemisch-ressourcenorientierten Konzepts. *Psychotherapeut* 46, 243–251.

**Schottenbauer M., Glass C., Arnkoff D., Tendick V., Gray S. (2008):** Nonresponse and Dropout Rates in Outcome Studies on PTSD: Review and Methodological Considerations. *Psychiatry* 71 (2), 134–168.

**Schnyder U., Moergeli H. (2002):** German Version of Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress* 15 (6), 487–492.

**Shengold L. (1975):** An attempt at soul murder: Rudyard Kipling's early life and work. *The Psychoanalytic Study of the Child* 30, 63–724.

**Smith E., Grawe K. (2000):** Die funktionale Rolle von Ressourcenaktivierung für therapeutische Veränderungen. In: Schemmel J., Schaller H. (Hrsg.): *Ressourcen – Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, S. 111–122.

**Speckens A., Ehlers A., Hackmann A., Clark D. (2006):** Changes in intrusive memories associated with imaginal reliving in posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 20, 328–341.

**Spitzer C., Barnow S., Freyberger H., Grabe H. (2007):** Dissociation predicts symptom-related treatment outcome in short-term inpatient psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 41, 682–687.

**Spitzer C., Barnow S., Völzke H., John U., Freyberger H., Grabe H. (2008):** Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Elderly: Findings From a German Community Study. *Journal of Clinical Psychiatry* 69 (5), 693–700.

**Spitzer C., Masuhr O., Jaeger U., Brünig S., Dümpelmann M., Dally A. (2012):** Misserfolge in der stationären Therapie von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut* 57, 417–424.

**Spitzer R., Kroenke K., Williams J., Löwe B. (2006):** A brief measure for assessing generalized anxiety disorder, the GAD-7. *Archives of Internal Medicine* 166, 1092–1097.

**Steil R., Ehlers A. (2000):** Dysfunctional meaning of posttraumatic intrusions in chronic PTSD. *Behaviour Research and Therapy* 38, 537–558.

**Stiglmayr C., Schimke P., Wagner T., Braakmann D., Schweiger U., Sipos V., Fydrich T., Schmahl C., Ebner-Priemer U., Kleindienst N., Bischof J., Auckenthaler A., Kienast T. (2010):** Development and psychometric characteristics of the Dissociation Tension Scale. *Journal of Personality Assessment* 92 (3), 269–277.

**Stiglmayr C., Braakmann D., Haaf B., Stieglitz R., Bohus M. (2003):** Entwicklung und psychometrische Charakteristika der Dissoziations-Spannungs-Skala akut (DSS-akut), Psychotherapie, Psychosomatik. *Medizinische Psychologie* 53 (7), 287–294.

**Tagay S., Schlottbohm E., Reyes-Rodriguez M., Repic N., Senf W. (2014):** Eating Disorders, Trauma, PTSD and Psychosocial Resources. *Eating Disorders* 22, 33–49.

**Trösken A., Grawe K. (2003):** Das Berner Ressourceninventar - Instrumente zur Erfassung von Patientenressourcen aus der Selbst- und Fremdbeurteilungsperspektive. In: H. Schemmel, J. Schaller (Hrsg.): *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. Tübingen: DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, S. 195–215.

**van der Hart O., Brown P., van der Kolk B. (1989):** Pierre Janet's treatment of post-traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress* 2 (4), 379–395.

**van der Hart O., Nijenhuis E., Steele K. (2005):** Dissociation: An Insufficiently Recognized Major Feature of Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress* 18 (5), 413–423.

**van der Kolk B., Fisler R. (1995):** Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study. *Journal of Traumatic Stress* 8 (4), 505–525.

**van der Kolk B. (1996):** The Body Keeps the Score. Approaches to the Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. In: van der Kolk B., McFarlane A., Weisaeth L., (Hrsg.): *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford, S. 214–241.

**van der Kolk B., Pelcovitz D., Roth S., Mandel F., McFarlane A., Herman J. (1996):** Dissociation, Somatization, and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation of Trauma. *American Journal of Psychiatry* 153 (7), 83–93.

**van Etten M., Taylor S. (1998):** Comparative Efficacy of Treatments for Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 5, 126–144.

**van Minnen A., Harned M., Zoellner L., Mills K. (2012):** Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology* 3, 1–14.

**von Wietersheim J., Zeeck A., Küchenhoff J. (2005):** Status, Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung in psychosomatischen Tageskliniken. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 55, 79–83.

**Weathers F., Ruscio A., Keane T. (1999):** Psychometric Properties of Nine Scoring Rules for the Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale. *Psychological Assessment* 11 (2), 124–133.

**Weltgesundheitsorganisation (1994):** Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Kapitel V. Bern: Huber.

**Wilberg T., Karterud S., Urnes O., Pedersen G., Friis S. (1998):** Outcomes of Poorly Functioning Patients With Personality Disorders in a Day Treatment Program. *Psychiatric Services* 49, 1462–1467.

**Yehuda R. (2004):** Risk and Resilience in Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 65, 29–36.

**Yen S., Shea M., Battle C., Johnson D., Zlotnick C., Dolan-Sewell R., Skodol A., Grilo C., Gunderson J., Sanislow C., Zanarini M., Bender D., Rettew J., McGlashan T. (2002):** Traumatic Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in Borderline, Schizotypal, Avoidant, and Obsessive-Compulsive Personality Disorders: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 190 (8), 510–518.

**Zucker M., Spinazzola J., Blaustein M., van der Kolk B. (2006):** Dissociative Symptomatology in Posttraumatic Stress Disorder and Disorders of Extreme Stress. *Journal of Trauma and Dissociation* 7, 19–31.

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Summen der CAPS Ergebnisse zu Beginn und am Ende der Therapie, in Abhängigkeit der einzelnen Patienten.	-40-
Tabelle 1: Komorbiditäten.	-38-
Tabelle 2: Vergleich des Unterschiedes zwischen CAPS 1 und CAPS 3 mittels t-Test (gepaart).	-41-
Tabelle 3: t-Test zur Ermittlung des signifikanten Unterschiedes der Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“ in CAPS prä und CAPS post.	-42-
Tabelle 4.:Vergleich mit Variablen aus der BADO.	-43-
Tabelle 5: Vergleich der kategorialen Werte des PHQ-D mit den Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“.	-48-
Tabelle 6: Skalensummenwerte des PHQ-D in Berechnung mit den Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“.	-49-
Tabelle 7: Vergleich der Skalensummenwerte des HSRI mit den Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“.	-51-
Tabelle 8: Vergleich der Skalensummenwerte des DSS mit den Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“.	-42-
Tabelle 9: Vergleich der Skalensummenwerte des DKB-35 mit den beiden Gruppen.	-54-
Tabelle 10: Vergleich der Skalensummenwerte des RES mit den Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“.	-56-

Tabelle 11: Vergleich der Skalensummenwerte des PSOM mit den Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“. -57-

Tabelle 12: Vergleich SF-36 mit den beiden Gruppen „erfolgreich“ und „weniger erfolgreich“. -58-

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Zuhilfenahme der angegebenen Hilfsmittel und Quellen angefertigt habe. Des Weiteren ist die Arbeit weder vollständig noch teilweise an einer weiteren Fakultät eingereicht worden. Mir wurde bisher kein akademischer Titel entzogen. Es läuft kein Straf- und kein Disziplinarverfahren gegen mich.

München 07.06.2016

Annette Stiefenhofer



# Lebenslauf

Annette Janine Stiefenhofer

geboren am 08.10.1980, in Wangen im Allgäu

## Berufstätigkeit:

Seit 01. August 2012 Assistenzärztin in der Visceral-, Thorax- und Endokrinologischen Chirurgie, Krankenhaus Erding, Chefarzt Dr. med. Hermann Bödeker

2002–2011 Krankenschwester in der Kardiologie, Neurologie, Neurochirurgie und Strahlenheilkunde im Kreiskrankenhaus St. Elisabeth in Ravensburg

## Berufsausbildung:

12. Juni 2012 Ärztliche Prüfung

29. Juni 2012 Approbation

1999 – 2002 Krankenpflegeausbildung im Kreiskrankenhaus St. Elisabeth in Ravensburg

## Praktisches Jahr:

Februar 2011 – Juni Innere Medizin, Ilmtalklinik in Pfaffenhofen  
Chefarzt Prof. Dr. med. Christian Firschke

Juni – September Psychosomatische Medizin, Klinikum rechts der Isar,  
Chefarzt Prof. Dr. med. Peter Henningsen

Oktober 2011– Feb.2012 Chirurgie, Kreiskrankenhaus Erding

Chefarzt PD Dr. med. Gerhard Konrad

**Studium:**

2007 – 2011 Medizinstudium (Hauptstudium) an der Technischen Universität in München

2005 – 2007 Grundstudium an der Technischen Universität und Ludwig Maximilian Universität in München

**Famulaturen:**

2008 – 2010 Innere Medizin, Pädiatrie, Psychosomatik, Allgemeinmedizin

**Forschung:**

Seit 2009 Psychosomatische Medizin, Klinikum rechts der Isar

Direktor Prof. Dr. med. Peter Henningsen

Klinische Doktorarbeit in der Psychosomatischen Tagesklinik der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar.

Betreuung durch Prof. Dr. med. Martin Sack

Thema: Behandlungsverläufe in der Psychosomatischen Tagesklinik; Wodurch unterscheiden sich erfolgreiche Verläufe von weniger erfolgreichen.

**Schule:**

- |             |  |
|-------------|--|
| 2002 – 2005 | Abitur am Agrarwissenschaftlichen Gymnasium der Edith Stein Schule in Ravensburg |
| 1991 – 1998 | Mittlere Reife an der Wirtschaftsschule Wangen im Allgäu                         |

**Fremdsprachen:**

Englisch, Französisch

**Interessen:**

Kunst, Segeln, Tango, Bratsche, Klarinette

# **Anhang**

## **Clinician-Administered PTSD Scale/Basisdokumentation**

# Klinikum rechts der ISAR

## Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie

### Traumaambulanz

(bitte für alle Patienten ausfüllen)

Pat. (Name):.....

Datum:.....

ausgefüllt durch:.....

<b>Pat. ist nach Aufklärung bereit an Studie teilzunehmen</b>	<b>entfällt</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
---	-----------------	-----------	-------------

(falls Pat. nicht an Studie teilnehmen möchte, bitte Begründung auf Rückseite des Bogens notieren)

#### Psychotherapeutisch-psychosomatische Diagnosen nach ICD-10 (freier Text mit Kodierung)

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....

#### Somatische Befunde und Diagnosen (freier Text):

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....

#### Medikation (Dosis)

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....

#### Vorbehandlungen:

##### stationär:

Dauer der stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Vorbehandlungen .....Monate

Dauer der stationären psychiatrischen Vorbehandlungen .....Monate

##### ambulant:

Anzahl der ambulanten psychotherapeutischen/psychiatrischen Vorbehandler .....

Dauer ambulanter Fachpsychotherapie in der Anamnese insgesamt:

keine	bis 5 Std	6-26 Std.	26-160 Std	161-300 Std.	>300 Std
-------	-----------	-----------	------------	--------------	----------

#### Traumatisierung

Alter zum Zeitpunkt der ersten Traumatisierung: .....Jahre

Zeitraum der Traumatisierung (bis Lj.) .....

Liegt eine Einzeltraumatisierung vor?

Einzeltraumatisierung					
ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	unkl.	<input type="checkbox"/>

Folgende Fragen bitte für das Ereignis einschätzen, daß vom Patienten subjektiv als am belastendsten eingeschätzt wird

Art der Traumatisierung

Nicht durch Menschen verursacht (Naturgewalt, schwere Krankheiten)	ja	nein
Unfall oder anderes Ereignis ohne Schädigungsabsicht	ja	nein
Vorsätzliche Traumatisierung durch fremde Menschen	ja	nein
Vorsätzliche Traumatisierung durch Verwandte oder andere nahestehende Menschen	ja	nein
Sexualisierte Gewalt durch fremde Menschen	ja	nein
Sexualisierte Gewalt durch Verwandte oder andere nahestehende Menschen	ja	nein
Sexuelle Ausbeutung (z.B. Zwangsprostitution, Kinderpornographie)	ja	nein
Schwerste sexuelle Traumatisierung (z.B. ritualisierter Mißbrauch, sex. Folter)	ja	nein

#

bei Vorliegen einer PTSD:

Trat die PTSD innerhalb von 6 Monaten nach dem traumatischen Ereignis auf?

innerh. von 6 Monaten			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

falls die Symptomatik erst später auftrat, wieviele Jahre nach der Traumatisierung .....Jahre

Wie lange liegt bereits eine PTSD vor .....Jahre

Bestand (zeitweilig) eine Amnesie für das Trauma?

Amnesie für Trauma					
ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	unkl.	<input type="checkbox"/>

falls ja, bis wann? .....

## Sozialdaten

---

### Geschlecht

1. männlich
2. weiblich

### Geburtsdatum

---

### Aktueller Familienstand

1. ledig
2. verheiratet
3. getrennt lebend
4. geschieden
5. verwitwet

### Partnersituation

1. feste Partnerschaft
2. kein fester Partner

### Eigene Kinder

Anzahl der Kinder .....

### Höchster Schulabschluß

1. noch in der Schule
2. kein Schulabschluß
3. Sonderschulabschluß
4. Hauptschulabschluß
5. Realschulabschluß, Mittlere Reife
6. Fachabitur, Abitur

### Jetzige berufliche Situation

1. vollzeit beschäftigt
2. teilzeit beschäftigt
3. Hausfrau / Hausmann
4. Wehr- / Zivildienst / freiw. soz. Jahr
5. in Schulausbildung (vollzeit)
6. arbeitslos
7. nicht erwerbstätig bzw. berentet

Seit wie vielen Wochen ununterbrochen krankgeschrieben (bzw. in der Forensik untergebracht) ?

Seit ..... Wochen

Welcher beruflichen Stellung entspricht der derzeitige oder zuletzt ausgeübte Beruf?

1. un-/angelernter Arbeiter
2. Facharbeiter
3. einfacher Angestellter/Beamter
4. mittlerer Angestellter/Beamter
5. höherer u. leitender Angestellter/Beamter
6. Selbständiger
7. bisher kein Beruf ausgeübt (z.B. Schüler)
8. sonstiges

Durch welches Einkommen wird der Lebensunterhalt hauptsächlich bestritten?

1. eigenes Einkommen durch Arbeit
2. Einkommen durch Partner /Ehegatten
3. Finanzielle Unterstützung durch Eltern
4. Arbeitslosengeld/-hilfe
5. Sozialhilfe
6. Rente
7. anderes Einkommen

Bezug einer Erwerbsunfähigkeitsrente

ja      nein

Rentantrag eingereicht

ja      nein

Bezug von Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz

ja      nein

# Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin Klinikum rechts der Isar der TU-München

## Einverständniserklärung

Titel der Studie:

**Behandlungseffekte einer tagesklinischen psychosomatischen Behandlung bei Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen**

Ich bin über die Bedingungen der Teilnahme an der wissenschaftlichen Untersuchung informiert worden und erkläre mich mit einer Teilnahme einverstanden.

Ich habe Kenntnis darüber, dass die Teilnahme an der Untersuchung freiwillig ist und von mir jederzeit – auch für einzelne Teile der Untersuchung – ohne Begründung widerrufen werden kann.

Ich stimme der Erhebung, der anonymisierten Speicherung und der Verwertung von Fragebogendaten, und Daten der Interviewdiagnostik für die Zwecke der Studie zu.

München, den

Unterschrift



Priv.-Doz. Dr. med. Martin Sack

### **Patienteninformation zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Untersuchung**

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

Wir möchten Sie um die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen eines Forschungsprojektes bitten. Ziel der Untersuchung ist festzustellen, welche Behandlungseffekte durch eine tagesklinische Behandlung zu erreichen sind.

Die Teilnahme an der Studie umfasst das Ausfüllen von Symptomfragebögen zu Beginn und 6 Wochen nach der tagesklinischen Behandlung sowie je ein diagnostisches Interview zu Beginn und 6 Wochen nach der tagesklinischen Behandlung.

Alle erhobenen Daten werden anonymisiert in den Computer eingegeben und für Dritte unzugänglich aufbewahrt. Wir sichern Ihnen zu, dass die psychotherapeutische Behandlung in unserer Tagesklinik durch die Studienteilnahme nicht beeinträchtigt oder verändert wird..

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Durch eine Nichtteilnahme entstehen keinerlei Nachteile für Sie und für Ihre Behandlung in unserer Abteilung. Die Zusage zur Teilnahme an der Studie kann jederzeit ohne Begründung widerrufen werden.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

PD Dr. med. Martin Sack

Name: .....

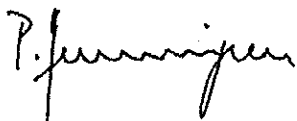
Datum: .....

Liebe Patientin,  
Lieber Patient,

Wir bitten Sie, den beigefügten Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Die durch den Bogen erfragten Informationen sind für uns eine wichtige Grundlage für Ihre Diagnostik und Behandlung in unserer Abteilung. Die erhobenen Daten werden zusätzlich auch für unsere Qualitätssicherung genutzt. Die Datenspeicherung für diese Zwecke erfolgt anonymisiert.

Ihre persönlichen Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



Prof. Dr. med. Peter Henningsen  
Abteilungsleiter

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

1. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Fragen zum Thema „Angst“.**

	NEIN	JA
a. Hatten Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> eine Angstatacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 5</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf - d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Denken Sie bitte an Ihren letzten schlimmen Angstanfall.**

	NEIN	JA
a. Bekamen Sie schlecht Luft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Haben Sie geschwitzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Spürten Sie ein Kribbeln, oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen Ihres Körpers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Zitterten oder bebten Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?**

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede der (grau unterlegten) Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?	1	2	3	4	5

	Derzeit viel besser	Derzeit etwas besser	Etwa wie vor einem Jahr	Derzeit etwas schlechter	Derzeit viel schlechter
2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?	1	2	3	4	5

Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben			
3. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
3a. anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	1	2	3
3b. mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	1	2	3
3c. Einkaufstaschen heben oder tragen	1	2	3
3d. mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3
3e. einen Treppenabsatz steigen	1	2	3
3f. sich beugen, knien, bücken	1	2	3
3g. mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	1	2	3
3h. mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	1	2	3
3i. eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	1	2	3
3j. sich baden oder anziehen	1	2	3

Hatten Sie in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> aufgrund Ihrer <b>körperlichen</b> Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten bzw. zu Hause?	Ja	Nein
4a. Ich konnte nicht <b>so lange</b> wie üblich tätig sein	1	2
4b. Ich habe <b>weniger geschafft</b> als ich wollte	1	2
4c. Ich konnte <b>nur bestimmte Dinge</b> tun	1	2
4d. Ich hatte <b>Schwierigkeiten</b> bei der Ausführung	1	2

Hatten Sie in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> aufgrund <b>seelischer</b> Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten bzw. zu Hause?	Ja	Nein
5a. Ich konnte nicht <b>so lange</b> wie üblich tätig sein	1	2
5b. Ich habe <b>weniger geschafft</b> als ich wollte	1	2
5c. Ich konnte nicht so <b>sorgfältig</b> wie üblich arbeiten	1	2

	Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?	1	2	3	4	5

	Keine Schmerzen	Sehr leicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr Stark
7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> ?	1	2	3	4	5	6

	Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> bei der Ausübung Ihrer Alltagsaktivitäten z.B. zu Hause und im Beruf behindert?	1	2	3	4	5

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zelle die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht) Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
9a. ... voller Schwung?	1	2	3	4	5	6
9b. ... sehr nervös?	1	2	3	4	5	6
9c. ... so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	1	2	3	4	5	6
9d. ... ruhig und gelassen?	1	2	3	4	5	6
9e. ... voller Energie?	1	2	3	4	5	6
9f. ... entmutigt und traurig?	1	2	3	4	5	6
9g. ... erschöpft?	1	2	3	4	5	6
9h. ... glücklich?	1	2	3	4	5	6
9i. ... müde?	1	2	3	4	5	6

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	1	2	3	4	5

Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?	trifft ganz zu	trifft weitgehend zu	weiß nicht	trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
11a. Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden	1	2	3	4	5
11b. Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne	1	2	3	4	5
11c. Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt	1	2	3	4	5
11d. Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit	1	2	3	4	5

Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zu **Empfindungen**, die Menschen mitunter bei sich beobachten. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie oft Sie diese Empfindungen **in den vergangenen 7 Tagen** bei sich beobachtet haben. Wenn Sie "0%" angeben, bedeutet dies, dass Sie diese Empfindung nie hatten, "100%" bedeutet, dass Sie diese Empfindung ständig hatten.

**In den vergangenen 7 Tagen ...**

... konnte ich meinen Körper oder Teile davon nicht spüren.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
nie										ständig

... hatte ich Probleme richtig zu sehen.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
nie										ständig

... erinnerte ich mich so lebhaft an ein Ereignis, als ob ich es gerade noch einmal erleben würde.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
nie										ständig

... hatte ich die Empfindung, als ob mein Körper nicht zu mir gehört.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
nie										ständig

... hatte ich Probleme richtig zu hören, z.B. höre ich die Geräusche um mich herum, als ob sie von weit weg kommen.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
nie										ständig

... verspürte ich Schwierigkeiten, Bewegungen kontrollieren oder koordinieren zu können.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
nie										ständig

... startete ich ins Leere, ohne zu bemerken, wie die Zeit vergeht.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
nie										ständig



... fühlte ich mich bei meinen Aktivitäten wie ein Roboter.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
nie										
ständig										

... konnte ich nicht sprechen, nur Flüstern oder hatte das Gefühl, dass mir die Stimme versagt.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
nie										
ständig										

... verspürte ich ein Brennen, Kribbeln oder Taubheit in Körperteilen.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
nie										
ständig										

... hatte ich die Empfindung, neben mir zu stehen oder mich selbst beim Handeln beobachten zu können, als ob ich auf eine andere Person schaue.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
nie										
ständig										

... erlebte ich mich wie gelähmt, erstarrt.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
nie										
ständig										

... hatte ich die Empfindung, andere Menschen oder andere Dinge oder die Welt um mich herum seien nicht wirklich.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
nie										
ständig										

... hatte ich die Empfindung, dass mein Körper oder einzelne Teile davon unempfindlich gegenüber körperlichen Schmerzen sind.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
nie										
ständig										

... war ich von etwas so gefesselt, dass ich gar nicht mehr wahrnahm, was um mich herum geschah.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
nie										ständig

... hatte ich die Empfindung, Dinge getan zu haben, an die ich mich nicht mehr erinnern kann.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
nie										ständig

... hatte ich die Empfindung, als ob ich die Welt durch einen Nebel wahrnehme, so dass andere Menschen oder Dinge weit weg oder unklar erscheinen.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
nie										ständig

... hatte ich die Wahrnehmung, keine Gefühle empfinden zu können.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
nie										ständig

... erlebte ich ungewöhnliche Sinneserfahrungen wie Blitze, geometrische Figuren vor meinen Augen oder eigenartige Geräusche oder Geruchsempfindungen.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
nie										ständig

... verharrte ich bewegungslos.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
nie										ständig

... erlebte ich meine Atmung als verändert.

0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
nie										ständig

Bitte geben Sie an, wie häufig die folgenden Aussagen in den letzten 4 Wochen auf Sie zutrafen:

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft	immer
1. Ich verliere zu schnell die Geduld	1	2	3	4	5	6
2. Ich verstehe meine Gefühle selber nicht	1	2	3	4	5	6
3. Beziehungen werden immer wieder so eng, dass ich sie abbrechen muss	1	2	3	4	5	6
4. Ich komme mir unwirklich vor	1	2	3	4	5	6
5. Meine Gefühle bringen mich ganz durcheinander	1	2	3	4	5	6
6. Ich bin ungeduldig	1	2	3	4	5	6
7. Wenn mir etwas misslingt, zweifle ich sofort an meiner ganzen Person	1	2	3	4	5	6
8. In Beziehungen erlebe ich ein ständiges Hin und Her	1	2	3	4	5	6
9. Ich rege mich schnell über andere auf	1	2	3	4	5	6
10. Ich fühle mich nutzlos	1	2	3	4	5	6
11. Die Nähe anderer Menschen kann ich nur schwer ertragen	1	2	3	4	5	6
12. Ich halte nicht viel von mir	1	2	3	4	5	6
13. In mir spüre ich nur Spannung und weiß gar nicht, wohin damit	1	2	3	4	5	6
14. Ich frage mich, warum mich manche Menschen zu mögen scheinen	1	2	3	4	5	6
15. Ich kann vor Wut nicht richtig denken	1	2	3	4	5	6
16. Lob kann ich ganz schwer annehmen	1	2	3	4	5	6
17. Ich bin von anderen Menschen so enttäuscht, dass ich am liebsten alleine bin	1	2	3	4	5	6
18. Ich tue aus Wut etwas, was ich hinterher bereue	1	2	3	4	5	6
19. Meine Stimmungen wechseln sehr schnell	1	2	3	4	5	6
20. Wenn ich mich mit anderen vergleiche schneide ich schlecht ab	1	2	3	4	5	6
21. Ich habe viele gefühlsmäßige Höhen und Tiefen	1	2	3	4	5	6
22. Auch mir nahestehenden Menschen kann ich nur schwer vertrauen	1	2	3	4	5	6
23. Wenn ich nicht das bekommen, was ich möchte, könnte ich vor Wut platzen	1	2	3	4	5	6
24. Ich bin unsicher, ob ich wirklich da bin	1	2	3	4	5	6
25. Ich kann mich nicht beruhigen, obwohl ich mir das wünsche	1	2	3	4	5	6
26. Ich bin unsicher, ob meine Umgebung wirklich so ist, wie sie scheint	1	2	3	4	5	6
27. Ich erlebe starke Schwankungen in meinen Gefühlen der Abneigung oder Zuneigung zu nahestehenden Menschen	1	2	3	4	5	6
28. Ich verliere den Bezug zur Wirklichkeit	1	2	3	4	5	6
29. Ich habe das Gefühl, neben mir zu stehen	1	2	3	4	5	6
30. Meine Gefühle geraten mir außer Kontrolle	1	2	3	4	5	6
31. Meine Umgebung kommt mir unwirklich vor	1	2	3	4	5	6
32. Ich kann nur schlecht warten	1	2	3	4	5	6
33. Ich lehne Menschen ab, die ich eigentlich mag	1	2	3	4	5	6
34. Es fällt mir schwer, Realität und Phantasie zu unterscheiden	1	2	3	4	5	6
35. Ich zweifle daran, dass ich eine Aufgabe schaffe	1	2	3	4	5	6

Bitte kreuzen sie an, inwieweit die folgenden Aussagen im Augenblick auf Sie zutreffen.

1. Ich bewege mich anmutig.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
2. Ich bin häufig körperlich angeschlagen.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
3. Mir fehlt es an Spannkraft und Elan.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
4. In der Sexualität spüre ich meinen Körper angenehm und intensiv.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
5. Körperkontakt ist mir wichtig um Nähe auszudrücken.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
6. Ich fühle mich körperlich oft schlapp.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
7. Es gibt viele Situationen, in denen ich mit meinem Körper zufrieden bin.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
8. Ich bin körperlich fit.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
9. Ich bin mit meinem sexuellem Erleben sehr zufrieden.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
10. Andere Menschen finden mich attraktiv.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
11. Ich suche körperliche Nähe und Zärtlichkeit.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
12. Ich mag meinen Körper.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
13. Ich finde es angenehm und anregend, wenn jemand mich aufmerksam anschaut.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
14. Ich habe viel Energie.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
15. Ich wähle meine Kleidung bewusst so, dass sie meinen Körper verbirgt.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
16. Sexualität ist für mich ein wichtiger Lebensbereich.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
17. Ich bin körperlich leistungsfähig.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
18. Ich fühle mich oft in meinem Körper unwohl.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
19. Ich mag es, wenn man mich anfasst.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig

20. Wenn jemand meinem Körper Aufmerksamkeit schenkt fühle ich mich aufgewertet.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
21. Ich kann sexuelle Situationen ungehemmt genießen.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
22. Ich lasse mich gern in den Arm nehmen.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
23. Ich wünsche mir einen anderen Körper.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
24. Ich vermeide es bewusst, andere Menschen zu berühren.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
25. Ich bin mit meinem Aussehen zufrieden.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
26. Ich komme körperlich schnell an meine Grenzen.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
27. Ich kann meine Sexualität genießen.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
28. Wenn ich etwas an meinem Körper verändern könnte, würde ich es tun.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
29. Mein Körper ist ausdrucksvoll.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
30. Körperliche Berührungen lasse ich nur von wenigen Menschen zu.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
31. Ich setze meinen Körper ein, um Aufmerksamkeit zu erlangen.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
32. Ich bin körperlich belastbar und widerstandsfähig.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
33. Ich zeige meinen Körper gern.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
34. Ich stehe gern im Mittelpunkt.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig
35. Meine sexuellen Erfahrungen sind befriedigend für mich.	nicht	kaum	teilweise	weitgehend	völlig

Die nächsten Fragen enthalten Aussagen zu verschiedenen Bereichen, die im Zusammenhang stehen zum Wohlbefinden und zur Lebenszufriedenheit von Menschen. All diese Aussagen beinhalten Verhaltensweisen oder Situationen, die Sie von **nie** über **zeitweise** bis hin zu **sehr häufig** erleben können.

Bitte kreuzen Sie jeweils **eine** der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten an.

Während der letzten 4 Wochen habe ich mich wohl gefühlt, weil.....	<i>nie</i>		<i>zeitweise</i>			<i>sehr häufig</i>	
	0	1	2	3	4	5	6
1. ...ich bei jemandem Geborgenheit und Sicherheit gefunden habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...ich mit Freunden oder Bekannten zusammen gewesen bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...ich mit meiner/m PartnerIn oder meiner Familie zusammen gewesen bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...ich meinem Hobby nachgegangen bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...ich anregende und interessante Erlebnisse gehabt habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...ich etwas für meine Gesundheit und Fitness getan habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...ich mir Zeit genommen habe, mich auf mich selbst zu besinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...ich religiöse oder spirituelle Erlebnisse gehabt habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...ich mich bewusst entspannt habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...ich etwas erledigt habe, was schon seit einiger Zeit angestanden hat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...ich etwas geleistet habe, auf das ich stolz sein kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...ich etwas besonders Schönes unternommen habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Während der letzten 4 Wochen bin ich stolz auf mich gewesen, weil.....</b>	<i>nie</i>		<i>zeitweise</i>			<i>sehr häufig</i>	
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
1. ...ich für andere da gewesen bin, wenn sie mich brauchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...ich von anderen Anerkennung bekommen habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...ich eine gute Leistung erbracht habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...ich eigene Ängste überwinden konnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...ich mir etwas gönnen konnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...ich etwas für mein Wohlbefinden getan habe (Hobby, Sport....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...ich mutig gewesen bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...ich alles ruhiger und gelassener als sonst genommen habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...ich mich auf eine wichtige Situation gut vorbereitet habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...ich meine Meinung gut vertreten konnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...ich etwas Unangenehmes oder Aufgeschobenes erledigt habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...ich kreativ gewesen bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ...ich mich gut konzentrieren konnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es ist eine Stärke von mir, dass.....	<i>nie</i>		<i>zeit- weise</i>			<i>sehr häufig</i>	
	0	1	2	3	4	5	6
1. ...ich ein Hobby oder besondere Interessen habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... ich geradlinig bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...ich offen für neue Erfahrungen bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...ich anderen Menschen Mitgefühl entgegen bringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...ich zuversichtlich in die Zukunft schaue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...ich viele schöne Sachen erleben kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...ich geduldig bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...ich temperamentvoll bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...ich Phantasie habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...ich gut mit Menschen umgehen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...ich gut Probleme lösen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...ich selbstbewusst auftrete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ...ich den Dingen kritisch auf den Grund gehe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ...ich eine rasche Auffassungsgabe habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ...ich körperlich fit bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ...ich mich attraktiv kleide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ...ich selbständig für mich sorgen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ...ich einen guten Geschmack habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ...ich zu meinen Schwächen stehen kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ...ich Humor habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ...ich zielstrebig handle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Zur Zeit finde ich Sinn in meinem Leben, indem....	<i>nie</i>		<i>zeit- weise</i>			<i>sehr häufig</i>	
	0	1	2	3	4	5	6
1. ich Einfluss – z.B. auf wichtige Entscheidungen nehme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...ich gute Leistungen erbringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...ich mich bemühe, mit anderen Menschen gut auszukommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...ich für andere da bin, wenn sie mich brauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...ich auf meine Gesundheit achte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...ich mich mit meinem Glauben oder Spiritualität auseinandersetze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...ich selbstständig mein Leben meistere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...ich mir konkrete Ziele setze, die ich erreichen möchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ...ich mir für nahestehende Personen (PartnerIn, Familie, Freunde) viel Zeit nehme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...ich mein Hobby ausübe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...ich mich vielfältig interessiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ...ich mich für die Entwicklung meiner Persönlichkeit engagiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Die folgenden Fragen betreffen Fähigkeiten und positive Erlebnisse**

1. Sind Sie in der Lage, eine Aufgabe, die Sie erfüllen wollen oder müssen, ohne viel innere Ablenkung zu erledigen?

Zustand ist unerreikbaar		Zustand ist völlig erreicht	
0	1	2	3

2. Sind Sie in der Lage, eine Arbeit zu Ende zu führen, etwas Neues hinsichtlich einer Problemlösung zu tun oder die eigene Kreativität auszudrücken?

Zustand ist unerreikbaar		Zustand ist völlig erreicht	
0	1	2	3

3. Sind Sie in der Lage, das zu tun, was man tun muss um die Verantwortung für sich selbst und jemand anderen zu übernehmen?

Zustand ist unerreikbaar		Zustand ist völlig erreicht	
0	1	2	3

4. Können Sie sich entspannen und sich dabei wohl fühlen?

Zustand ist unerreikbaar		Zustand ist völlig erreicht	
0	1	2	3

5. Sind Sie in der Lage, anderen Menschen nahe zu sein beim Reden, Spaziergehen, Ausgehen oder einfach eng Zusammensein?

Zustand ist unerreikbaar		Zustand ist völlig erreicht	
0	1	2	3

6. Sind Sie in der Lage, die körperlichen Sinne, intellektuelle Aktivitäten und Dingen, die Sie mögen (z.B. Musik hören, Aktivitäten im Freien oder ein heißes Bad) zu genießen?

Zustand ist unerreikbaar		Zustand ist völlig erreicht	
0	1	2	3

7. Sind Sie in der Lage, Erotik zu fühlen und sexuelle Kontakte (Küssen, Liebkosungen, Selbstbefriedigung oder Geschlechtsverkehr) zu genießen?

Zustand ist unerreikbaar		Zustand ist völlig erreicht	
0	1	2	3

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## 6.2.5 Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS-2)

*Instruktionen:* Der Zeitraum für jedes Symptom ist die vergangene Woche. Schätzen Sie zunächst die Frequenz des identifizierten Symptoms während der vorhergehenden Woche ein, indem Sie die vorgegebenen Fragen oder vergleichbare Alternativen sowie die entsprechenden Anschlussfragen verwenden. Als nächstes bestimmen Sie auf die gleiche Weise die Intensität des Symptoms. Um eine möglichst präzise Einschätzung zu erreichen, können die Formulierungen der jeweiligen Einteilungen dem(der) Patienten(in) vorgelesen werden.

### **Symptomcluster B: Das traumatische Ereignis wird ständig wiedererlebt**

#### **1. Wiederholte und sich aufdrängende Erinnerungen an das Ereignis**

##### Frequenz

Haben Sie in der vergangenen Woche ungewollte Erinnerungen an das Ereignis erlebt, ohne mit etwas konfrontiert zu sein, das Sie an das Ereignis erinnerte? Traten diese Erinnerungen im Wachzustand oder nur in Träumen auf (ausschliessen, wenn Erinnerungen nur während Träumen auftraten)? Wie häufig?

- 0 nie
- 1 einmal
- 2 zwei- bis dreimal
- 3 vier- bis fünfmal
- 4 täglich oder fast täglich

##### Intensität

Wieviel Leid oder Unbehagen verursachten diese Erinnerungen im schlimmsten Fall? Mussten Sie Ihre momentane Aktivität unterbrechen? Können Sie die Erinnerungen wegweisen, wenn Sie es versuchen?

- 0 gar nicht
- 1 wenig: minimales Leid
- 2 mässig: klar vorhandenes Leid, aber noch zu bewältigen, wenig Störung von Aktivitäten
- 3 schwer: beträchtliches Leid, ausgeprägte Störung von Aktivitäten, Schwierigkeiten, die Erinnerungen wegzuweisen
- 4 extrem: überwältigendes Leid, unfähig Aktivitäten fortzusetzen, kann Erinnerungen nicht wegweisen

**2. Intensives psychisches Leid bei der Konfrontation mit Ereignissen, die das traumatische Ereignis symbolisieren oder ihm in irgendeiner Weise ähnlich sind, einschliesslich Jahrestage des Traumas**

Frequenz

Waren Sie in der vergangenen Woche mitgenommen oder aufgeregt, wenn Sie mit etwas konfrontiert waren, das Sie an das Ereignis erinnerte (z.B. bestimmte Männer bei Vergewaltigungsopfern, Autoverkehr bei Unfallopfern)? Wie häufig?

- 0 nie
- 1 einmal
- 2 zwei- bis dreimal
- 3 vier- bis fünfmal
- 4 täglich oder fast täglich

Intensität

Wieviel Leid oder Unbehagen hat Ihnen die Konfrontation mit diesen Auslösern im schlimmsten Fall verursacht?

- 0 keinerlei Leid oder Unbehagen
- 1 wenig: minimales Leid
- 2 mässig: klar vorhandenes Leid, aber noch zu bewältigen
- 3 schwer: beträchtliches Leid
- 4 extrem: überwältigendes Leid

**3. Plötzliches Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiedergekehrt wäre (dazu gehören ein Gefühl, das Ereignis wieder zu durchleben, Vorstellungen, Halluzinationen und dissoziationsartige Episoden (flashbacks), auch im Wachheitszustand oder bei Intoxikation)**

Frequenz

Haben Sie in der vergangenen Woche plötzlich gehandelt oder gefühlt, als ob das Ereignis wieder stattfände? Wie häufig?

- 0 nie
- 1 einmal
- 2 zwei- bis dreimal
- 3 vier- bis fünfmal
- 4 täglich oder fast täglich

Intensität

Wie ausgeprägt schien es Ihnen im schlimmsten Fall, dass das Ereignis wieder stattfände? Wie lang dauerte es? Was taten Sie, als das passierte?

- 0 gar nicht
- 1 wenig: etwas realistischer als wenn man lediglich an das Ereignis dachte
- 2 mässig: deutliche, aber vorübergehende dissoziative Qualität; ist sich der Umgebung noch klar bewusst
- 3 schwer: stark dissoziativ (berichtet über Bilder, Töne, Gerüche), hat aber noch ein gewisses Bewusstsein der Umgebung
- 4 extrem: vollständige Dissoziation (flashback), kein Bewusstsein der Umgebung, mögliche Amnesie für die Episode (blackout)

#### 4. Wiederholte, stark belastende Träume über das Ereignis

##### Frequenz

Hatten Sie in der vergangenen Woche unangenehme Träume über das Ereignis? Wie häufig?

- 0 nie
- 1 einmal
- 2 zwei- bis dreimal
- 3 vier- bis fünfmal
- 4 jede oder fast jede Nacht

##### Intensität

Wieviel Leid oder Unbehagen verursachten Ihnen diese Träume im schlimmsten Fall? Wachten Sie wegen diesen Träumen auf? Wenn ja: Was fühlten oder taten Sie, als Sie erwachten? Wie lange brauchten Sie gewöhnlich, um wieder einschlafen zu können? (auf Paniksymptome, Schreien, Einnahme von gewissen Stellungen achten!)

- 0 gar nicht
- 1 wenig: minimales Leid, kein Aufwachen
- 2 mässig: wachte auf, schlief aber rasch wieder ein
- 3 schwer: beträchtliches Leid, Schwierigkeiten, wieder einzuschlafen
- 4 extrem: überwältigendes Leid, konnte nicht wieder einschlafen

#### **Symptomcluster C: Anhaltende Vermeidung von Stimuli, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, oder eine Einschränkung der allgemeinen Reagibilität (war vor dem Trauma nicht vorhanden)**

#### 5. Anstrengungen, Gedanken oder Gefühle, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, zu vermeiden

##### Frequenz

Haben Sie in der vergangenen Woche versucht, Gedanken oder Gefühle (z.B. Wut, Trauer, Schuld) im Zusammenhang mit dem Ereignis zu vermeiden? Wie häufig?

- 0 nie
- 1 einmal
- 2 zwei- bis dreimal
- 3 vier- bis fünfmal
- 4 täglich oder fast täglich

##### Intensität

Wie sehr mussten Sie sich anstrengen, um Gedanken oder Gefühle im Zusammenhang mit dem Ereignis zu vermeiden? (es zählen alle Versuche kognitiver Vermeidung, einschliesslich Ablenkung, Unterdrückung und Bewusstseinsbeschränkung mittels Alkohol oder anderen Substanzen)

- 0 gar nicht
- 1 wenig: minimale Anstrengung
- 2 mässig: ziemliche Anstrengung, Vermeidung deutlich vorhanden
- 3 schwer: beträchtliche Anstrengung, ausgeprägte Vermeidung
- 4 extrem: drastische Anstrengungen zur Vermeidung

## 6. Anstrengungen, Aktivitäten oder Situationen zu vermeiden, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen

### Frequenz

Haben Sie in der vergangenen Woche versucht, Aktivitäten oder Situationen zu umgehen, die Sie an das Ereignis erinnerten? Wie häufig?

- 0 nie
- 1 einmal
- 2 zwei- bis dreimal
- 3 vier- bis fünfmal
- 4 täglich oder fast täglich

### Intensität

Wie sehr mussten Sie sich anstrengen, um Aktivitäten oder Situationen zu vermeiden, die Sie an das Ereignis erinnerten? (es zählen alle Versuche verhaltensmässiger Vermeidung, z.B. Kriegsveteran, der Veteranenaktivitäten, Kriegsfilme etc. vermeidet)

- 0 gar nicht
- 1 wenig: minimale Anstrengung
- 2 mässig: ziemliche Anstrengung, Vermeidung deutlich vorhanden
- 3 schwer: beträchtliche Anstrengung, ausgeprägte Vermeidung
- 4 extrem: drastische Anstrengungen zur Vermeidung

## 7. Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern (psychogene Amnesie)

### Frequenz

Waren Sie in der vergangenen Woche unfähig, sich an wichtige Teile des Ereignisses zu erinnern (z.B. Namen, Gesichter, Ablauf des Ereignisses)? Wieviel vom gesamten Ereignis war davon betroffen?

- 0 trifft nicht zu: klare Erinnerung an das Ereignis
- 1 wenige Aspekte nicht erinnert (<10%)
- 2 einige Aspekte des Ereignisses nicht erinnert (etwa 20-30%)
- 3 viele Aspekte des Ereignisses nicht erinnert (etwa 50-60%)
- 4 fast das ganze Ereignis nicht erinnert (>80%)

### Intensität

Wie grosse Schwierigkeiten hatten Sie, sich an wichtige Teile des Ereignisses zu erinnern?

- 0 gar keine
- 1 wenig: minimale Schwierigkeiten
- 2 mässig: ziemliche Schwierigkeiten, konnte sich mit Konzentration an das Ereignis erinnern
- 3 schwer: beträchtliche Schwierigkeiten
- 4 extrem: keinerlei Erinnerung

## 8. Auffallend vermindertes Interesse an bedeutenden Aktivitäten

### Frequenz

Waren Sie in der vergangenen Woche weniger an wichtigen Aktivitäten interessiert, die Ihnen früher Freude gemacht hatten, z.B. Sport, Hobbies, soziale Aktivitäten? Wenn Sie mit der Zeit vor dem Ereignis vergleichen, an wievielen Aktivitäten hatten Sie vermindertes Interesse?

- 0 kein Interesseverlust
- 1 wenige Aktivitäten betroffen (<10%)
- 2 einige Aktivitäten betroffen (etwa 20-30%)
- 3 viele Aktivitäten betroffen (etwa 50-60%)
- 4 die meisten Aktivitäten betroffen (>80%)

### Intensität

Wie stark war im schlimmsten Fall Ihr vermindertes Interesse an diesen Aktivitäten?

- 0 kein Interesseverlust
- 1 wenig: nur geringer Interesseverlust, würde die Aktivität wahrscheinlich geniessen, wenn einmal damit begonnen
- 2 mässig: deutlicher Interesseverlust, genießt aber nach wie vor gewisse Aktivitäten
- 3 schwer: ausgeprägter Interesseverlust
- 4 extrem: vollständiger Interesseverlust, verzichtet bewusst auf Aktivitäten

## 9. Gefühl der Isolierung bzw. Entfremdung von anderen

### Frequenz

Haben Sie sich in der vergangenen Woche isoliert oder von den Menschen Ihrer Umgebung abgeschnitten gefühlt? Ist das anders als vor dem Ereignis? Während wie langer Zeit haben Sie sich so gefühlt?

- 0 nie
- 1 sehr kurze Zeit (<10%)
- 2 einige Zeit (etwa 20-30%)
- 3 häufig (etwa 50-60%)
- 4 die meiste oder die ganze Zeit (>80%)

### Intensität

Wie stark war im schlimmsten Fall Ihr Gefühl, isoliert oder von den Menschen Ihrer Umgebung abgeschnitten zu sein?

- 0 kein Gefühl der Isolierung bzw. Entfremdung
- 1 wenig: fühlt sich gelegentlich "abgekoppelt" von anderen
- 2 mässig: deutlich vorhandene Gefühle der Isolation, spürt aber noch gewisse zwischenmenschliche Verbindung oder Zugehörigkeit
- 3 schwer: ausgeprägte Gefühle der Isolierung bzw. Entfremdung von den meisten Menschen; vertraut allenfalls einer Person
- 4 extrem: fühlt sich vollständig isoliert oder von anderen entfremdet; fühlt sich niemandem nahe

## 10. Eingeschränkter Affekt, kann z.B. keine zärtlichen Gefühle mehr empfinden

### Frequenz

Hatten Sie in der vergangenen Woche Phasen, in denen Sie sich emotional wie betäubt fühlten oder Schwierigkeiten hatten, Gefühle wie Liebe oder Glück zu empfinden? Ist das anders als vor dem Ereignis? Wie häufig fühlten Sie sich so?

- 0 nie
- 1 sehr kurze Zeit (<10%)
- 2 einige Zeit (etwa 20-30%)
- 3 häufig (etwa 50-60%)
- 4 die meiste oder die ganze Zeit (>80%)

### Intensität

Wie stark waren im schlimmsten Fall Ihre Gefühle von emotionaler Betäubung? (Bei der Einschätzung dieses Punktes Beobachtungen über das im Laufe des Interviews gezeigte Gefühlsrepertoire einschliessen)

- 0 keine emotionale Betäubung
- 1 wenig: leichte emotionale Betäubung
- 2 mässig: deutlich vorhandene emotionale Betäubung, kann aber noch Gefühle wahrnehmen
- 3 schwer: ausgeprägte emotionale Betäubung im Bereich mindestens zweier wesentlicher Emotionen (z.B. Liebe, Glück)
- 4 extrem: fühlt sich völlig emotionslos

## 11. Gefühl verkürzter Zukunftsperspektiven, z.B. erwartet nicht, Karriere zu machen, zu heiraten, Kinder zu haben oder lange leben zu können

### Frequenz

Hatten Sie in der vergangenen Woche Zeiten, in denen Sie das Gefühl hatten, es habe keinen Sinn, für die Zukunft zu planen, Ihr Leben werde vorzeitig enden (wenn ja, realistische Risiken wie lebensbedrohliche medizinische Situationen ausschliessen)? Ist das anders als vor dem Ereignis? Wie häufig fühlten Sie sich so?

- 0 nie
- 1 sehr kurze Zeit (<10%)
- 2 einige Zeit (etwa 20-30%)
- 3 häufig (etwa 50-60%)
- 4 die meiste oder die ganze Zeit (>80%)

### Intensität

Wie stark war im schlimmsten Fall dieses Gefühl, Ihr Leben werde vorzeitig enden? Wie lange denken Sie werden Sie leben? Wie überzeugt waren Sie, dass Sie vorzeitig sterben werden?

- 0 kein Gefühl verkürzter Zukunftsperspektiven
- 1 wenig: leichtes Gefühl verkürzter Zukunftsperspektiven
- 2 mässig: deutlich vorhandenes Gefühl verkürzter Zukunftsperspektiven, aber keine genaue Vorhersage über die verbleibende Lebensdauer
- 3 schwer: ausgeprägtes Gefühl verkürzter Zukunftsperspektiven; evtl. genaue Vorhersage über die verbleibende Lebensdauer
- 4 extrem: überwältigendes Gefühl verkürzter Zukunftsperspektiven; völlig überzeugt, vorzeitig zu sterben



## **Symptomcluster D: Anhaltende Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus** (waren vor dem Trauma nicht vorhanden)

### **12. Ein- oder Durchschlafstörungen**

#### Frequenz

Hatten Sie in der vergangenen Woche Probleme, ein- oder durchzuschlafen? Ist das anders als vor dem Ereignis? Wie häufig hatten Sie Schlafprobleme?

- 0 nie
- 1 einmal
- 2 zwei- bis dreimal
- 3 vier- bis fünfmal
- 4 jede oder fast jede Nacht

Einschlafstörungen:  ja  nein

Durchschlafstörungen:  ja  nein

Frühmorgendliches Erwachen:  ja  nein

Anzahl Stunden Schlaf pro Nacht (tatsächlich / gewünscht): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### Intensität

(Obige Schlüsselfragen stellen und Schlafstörung als Ganzes beurteilen) Wieviel Zeit brauchten Sie zum Einschlafen? Wie häufig sind Sie während der Nacht aufgewacht? Wieviele Stunden schliefen Sie insgesamt pro Nacht?

- 0 keine Schlafprobleme
- 1 wenig: braucht etwas länger zum Einschlafen, oder minimale Durchschlafstörung (bis zu 30 Minuten weniger Schlaf)
- 2 mässig: deutliche Schlafstörung, deutlich längere Einschlafzeit oder deutliche Durchschlafstörung (30-90 Minuten weniger Schlaf)
- 3 schwer: viel längere Einschlafzeit oder ausgeprägte Durchschlafstörung (90 Minuten bis 3 Stunden weniger Schlaf)
- 4 extrem: sehr lange Einschlafzeit oder tiefgreifende Durchschlafstörung (mehr als 3 Stunden weniger Schlaf)

### **13. Reizbarkeit oder Wutausbrüche**

#### Frequenz

Gab es in der vergangenen Woche Zeiten, in denen Sie sich ungewöhnlich reizbar fühlten oder Gefühle der Wut äusserten und aggressiv handelten? Ist das anders als vor dem Ereignis? Wie häufig fühlten Sie sich oder handelten Sie so?

- 0 nie
- 1 einmal
- 2 zwei- bis dreimal
- 3 vier- bis fünfmal
- 4 täglich oder fast täglich

#### Intensität

Wie wütend waren Sie? In welcher Weise äusserten Sie Ihre Wut?

- 0 keine Reizbarkeit oder Wut
- 1 wenig: minimale Reizbarkeit, spricht lauter, wenn wütend

- 2 mässig: deutliche Reizbarkeit, wird leicht streitsüchtig, erholt sich aber schnell
- 3 schwer: ausgeprägte Reizbarkeit, wird verbal oder körperlich aggressiv, wenn wütend
- 4 extrem: durchdringende Wut, Episoden von physischer Gewalttätigkeit

#### 14. Konzentrationsschwierigkeiten

##### Frequenz

Hatten Sie in der vergangenen Woche Schwierigkeiten, sich auf Ihre momentane Aktivität oder auf das zu konzentrieren, was um Sie herum geschah? Hat sich Ihre Konzentration seit dem Ereignis geändert? Wie häufig hatten Sie Konzentrationsschwierigkeiten?

- 0 nie
- 1 sehr kurze Zeit (<10%)
- 2 einige Zeit (etwa 20-30%)
- 3 häufig (etwa 50-60%)
- 4 die meiste oder die ganze Zeit (>80%)

##### Intensität

Wie stark waren im schlimmsten Fall Ihre Konzentrationsschwierigkeiten? (Beobachtungen über Konzentration und Aufmerksamkeit während des Interviews einschliessen)

- 0 keine Konzentrationsschwierigkeiten
- 1 wenig: nur geringe Anstrengung erforderlich, um sich zu konzentrieren
- 2 mässig: deutliche Konzentrationsstörung, konnte sich aber mit Anstrengung konzentrieren
- 3 schwer: ausgeprägte Konzentrationsstörung, auch bei Anstrengung
- 4 extrem: völlige Unfähigkeit, sich zu konzentrieren

#### 15. Hypervigilanz

##### Frequenz

Waren Sie in der vergangenen Woche besonders aufmerksam oder wachsam, auch wenn dazu keine offensichtliche Notwendigkeit bestand? Ist das anders als vor dem Ereignis? Wie häufig waren Sie aufmerksam oder wachsam?

- 0 nie
- 1 sehr kurze Zeit (<10%)
- 2 einige Zeit (etwa 20-30%)
- 3 häufig (etwa 50-60%)
- 4 die meiste oder die ganze Zeit (>80%)

##### Intensität

Wie sehr strengten Sie sich an, alles um Sie herum wahrzunehmen? (Beobachtungen über Hypervigilanz während des Interviews einschliessen)

- 0 keine Hypervigilanz
- 1 wenig: minimale Hypervigilanz, leicht erhöhte Wachsamkeit
- 2 mässig: deutliche Hypervigilanz, wachsam in der Öffentlichkeit (wählt z.B. einen sicheren Platz im Restaurant oder Kino)
- 3 schwer: ausgeprägte Hypervigilanz, sehr wachsam, sucht Umgebung nach Gefahren ab, übertriebene Sorge um die eigene Sicherheit (auch des Hauses und der Familie)
- 4 extrem: übermässige Hypervigilanz, Anstrengungen zur Gewährleistung der Sicherheit beanspruchen beträchtlich Zeit und Energie und umfassen evtl. ausgedehnte Sicherheitsvorkehrungen, deutlich zurückhaltendes Verhalten während des Interviews

## 16. Übertriebene Schreckreaktionen

### Frequenz

Erlebten Sie in der vergangenen Woche starke Schreckreaktionen auf laute, unerwartete Geräusche (z.B. Fehlzündungen bei Autos, Feuerwerk, Türeenschlagen) oder auf Dinge, die Sie sahen (z.B. eine Bewegung im Augenwinkel)? Ist das anders als vor dem Ereignis? Wie häufig kam das vor?

- 0 nie
- 1 einmal
- 2 zwei- bis dreimal
- 3 vier- bis fünfmal
- 4 täglich oder fast täglich

### Intensität

Wie stark waren diese Schreckreaktionen im schlimmsten Fall?

- 0 keine Schreckreaktion
- 1 wenig: minimale Schreckreaktion
- 2 mässig: deutliche Schreckreaktion, fühlt sich schreckhaft, nervös
- 3 schwer: ausgeprägte Schreckreaktion, anhaltende Erregung nach anfänglicher Schreckreaktion
- 4 extrem: übermässige Schreckreaktion, offensichtliches Bewältigungsverhalten (zieht z.B. den Kopf ein)

## 17. Physiologische Reaktionen bei Konfrontation mit Ereignissen, die einem Aspekt des traumatischen Ereignisses ähneln oder es symbolisieren

### Frequenz

Erlebten Sie in der vergangenen Woche irgendwelche körperlichen Reaktionen, wenn Sie mit Situationen konfrontiert waren, die Sie an das Ereignis erinnerten? (Auf Symptome wie Herzrasen, Zittern, Schwitzen oder Muskelverspannung hören, aber dem Patienten nicht suggerieren) Wie häufig kam das vor?

- 0 nie
- 1 einmal
- 2 zwei- bis dreimal
- 3 vier- bis fünfmal
- 4 täglich oder fast täglich

### Intensität

Wie stark waren diese körperlichen Reaktionen im schlimmsten Fall?

- 0 keine körperliche Reaktion
- 1 wenig: minimale körperliche Reaktion
- 2 mässig: deutliche körperliche Reaktion, berichtet über leichte Beschwerden
- 3 schwer: ausgeprägte körperliche Reaktion, berichtet über starke Beschwerden
- 4 extrem: dramatische körperliche Reaktion, anhaltende Erregung