3. Kapitel

Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung

Brett T. Litz
Walter E. Penk
Robert J. Gerardi
Terence M. Keane

Psychologische Diagnostik bei Personen, die Traumata aus extremen Belastungssituationen davongetragen haben, ist ein komplexer multidimensionaler Prozeß. Er umfaßt nicht nur eine Erhebung der Symptome, sondern auch eine Einschätzung der traumatischen Erfahrung der Person und ihrer Verarbeitung sowie der Methoden, mit denen sie die oft beeinträchtigenden Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung zu bewältigen versucht. Die Diagnostik ist auch für den Patienten eine wertvolle Erfahrung. Viele Betroffene sprechen in der ersten diagnostischen Phase zum ersten Mal über ihr Trauma mit einem professionellen Helfer, der in der Lage ist, eine Erklärung für die Entstehung und den Verlauf ihrer individuellen Problematik zu geben. Die Diagnostik der PTBS kann auch als gemeinsames Unternehmen des Klinikers und des Patienten gesehen werden, das Sensibilität und Einfühlungsvermögen verlangt und den notwendigen Kontext schaffen soll, um die positiven Erwartungen und die Motivation zu fördern, die für die oft mühsamen Aufgaben, welche die kommende Therapie mit sich bringt, erforderlich sind.

Aufgrund der großen Vielfalt belastender Ereignisse, denen sich Menschen im Laufe ihres Lebens ausgesetzt sehen, und der zahllosen Möglichkeiten, wie sie traumatische Ereignisse zu bewältigen versuchen, von denen sie per definitionem ja überwältigt werden, stellt die PTBS-Diagnostik ein komplexes Unterfangen dar. Der Kliniker ist gefordert, eine große Menge an Informationen über belastende Lebensereignisse in der Vergangenheit zu sammeln und möglichst viel darüber in Erfahrung zu bringen, wie die Person mit ihrem Leben zurechtkommt bzw. früher zurechtgekommen ist, d.h. verschiedene Parameter ihrer früheren und gegenwärtigen psychosozialen Anpassung zu erheben. Dies ist nur dadurch zu erreichen, daß diagnostische Daten aus mehreren Quellen herangezogen werden und damit die Validität der Zuordnung zu einer diagnostischen Klasse erhöht und eine bessere Behandlungsplanung ermöglicht wird (Keane, Wolfe & Taylor, 1987).

In diesem Kapitel werden wir detailliert drei Methoden beschreiben, die der Gewinnung diagnostischer Daten dienen: das strukturierte klinische Interview, psychometrische Fragebögen und psychophysiologische Messungen. Das Ziel der PTBS-Diagnostik besteht in einer Gewinnung von Informationen zu folgenden Zwecken: (a) Differentialdiagnose und Klassifikation der PTBS sowie weiterer gleichzeitiger oder früherer psychischer Störungen (nach dem DSM), (b) funktionale Analyse des zwischenmenschlichen Verhaltens der Person (z.B. sozialer Rückzug), (c) Einschätzung des subjektiven Erlebens des Patienten, woraus sich oft Ansatzpunkte für die Behandlung ergeben (z.B. Alpträume, störende Reaktivierung traumatischer Erinnerungen), (d) Beschreibung von Behandlungszielen und ihre Einstufung nach Wichtigkeit und (e) Auswahl angemessener Behandlungsstrategien (z.B. Techniken des Streßmanagements und Expositionsbehandlungen). Dieses Kapitel wurde geschrieben, um dem Kliniker eine ausführliche Übersicht über die vorliegende Literatur über zielführende und empirisch erprobte Instrumente und effektive diagnostische Strategien zu geben.

Wir beschreiben Methoden zur PTBS-Diagnosestellung mit Hilfe strukturierter klinischer Interviews und geben dann praktische Orientierungshilfen für das Interview mit Patienten, bei denen eine entsprechende Verdachtsdiagnose besteht. Darauf folgt eine detaillierte Beschreibung vorliegender psychometrischer Instrumente, die PTBS-Symptome messen. Im Anschluß daran werden psychophysiologische Methoden erörtert, die als Ergänzung von Interview und Fragebogenmaßen in der PTBS-Diagnostik verwendet werden können. Schließlich wird der Leser mit einer Reihe von Heuristiken bekannt gemacht, an denen er sich bei seinen klinischen Entscheidungen und der Therapieplanung orientieren kann.

Methoden der klinischen Beurteilung

Zwar hat die psychologische PTBS-Diagnostik beachtliche Fortschritte zu verzeichnen (Fairbank, Keane & Malloy, 1983; Keane, Malloy & Fairbank, 1984); ein Standardvorgehen für die Identifizierung dieser Störung gibt es zum gegenwärtigen Zeitpunkt jedoch nicht. Statt dessen haben sich verschiedene Autoren für eine multimethodale Herangehensweise ausgesprochen, wobei Informationen aus einer Vielfalt von Quellen Berück-

sichtigung finden sollten (Lyons, Gerardi, Wolfe & Keane, 1988; Kulka, Schlenger, Fairbank, Hough, Jordan, Marmar & Weiss, 1988). Tragende Säule eines solchen Ansatzes ist das klinische Interview. Die Aufgabe des Klinikers bei der Beurteilung eines Patienten mit PTBS besteht darin, eine Verbindung zwischen den traumatischen Erfahrungen und der posttraumatischen Symptomatik herzustellen, weitere gleichzeitig bestehende Störungen zu diagnostizieren und über das Vorliegen anderer Schwierigkeiten zu entscheiden.

Strukturierte klinische Interviews

Verschiedene strukturierte klinische Interviews werden für die PTBS-Diagnosestellung verwendet. Das vielleicht am weitesten verbreitete dieser Instrumente ist das *Structured Clinical Interview for DSM-III-R* (SCID; Spitzer & Williams, 1986).[1] Das SCID wurde für die Benutzung durch ausgebildete Fachleute entwickelt, die mit dem DSM-III-R vertraut sind. Das Interview ist in verschiedene Abschnitte gegliedert, von denen jeder einer speziellen Achse-I-Störung gewidmet ist. Jeder Abschnitt beginnt mit einem einleitenden Satz, der dazu dient, den Patienten auf ein bestimmtes Thema einzustimmen. Es folgen eine Reihe symptomspezifischer Fragen, die es dem Interviewer ermöglichen, die jeweilige diagnostische Kategorie zu bestätigen oder zu verwerfen. Der Interviewer soll auch die Qualität der Selbstauskünfte des Patienten beurteilen. Jedes Symptom wird als «vorhanden», «nicht vorhanden», «vorhanden, aber nicht kriteriumsgemäß ausgeprägt» oder «unsicher/zu wenig Informationen» kodiert.

Das SCID zeichnet sich durch seinen übersichtlichen Aufbau und weitere positive Merkmale aus. Es werden Formulierungen für die Fragen vorgeschlagen und die DSM-III-R-Kriterien zur Erstellung von Achse-I- und Achse-II-Diagnosen angegeben. Das Interview enthält auch Sprungregeln, so daß der Interviewer, falls ein bestimmtes zentrales oder notwendiges Symptom (wie Niedergeschlagenheit über einen längeren Zeitraum hinweg bei einer Depression) nicht vorliegt, gleich zum nächsten Abschnitt übergehen kann. Dadurch, daß nicht jede Frage jedes Abschnitts gestellt werden muß, ergibt sich eine beträchtlich Zeitersparnis. Darüber hinaus wird der Kliniker aufgefordert, so viele Fragen wie nötig zu stellen, um über das Vorliegen eines bestimmten Symptoms zu entscheiden.

[1] Anm. d. Ü.: Liegt auch in deutschsprachiger Bearbeitung vor (vgl. Wittchen et al., 1990).

Dieses Merkmal unterscheidet das SCID von anderen diagnostischen Interviews. Schließlich werden von Spitzer und seinen Mitarbeiter noch Trainingsseminare und Videoaufnahmen mit Durchführungsanleitungen angeboten, um Kliniker im Einsatz des SCID zu schulen. (Informationen über die Reliabilität und Validität des PTBS-Kapitels des SCID finden sich im Abschnitt über psychometrische Überlegungen weiter unten in diesem Kapitel.)

Beim *Diagnostic Interview Schedule* (DIS; Robins, Helzer, Croughan et al., 1981) handelt es sich um ein strukturiertes Interview, das von Laien durchgeführt werden kann und die diagnostischen Kriterien des DSM-III-R, einschließlich der PTBS, erfaßt. Als das DIS kürzlich im Rahmen einer epidemiologischen Studie eingesetzt wurde, führte es zu einer Schätzung der PTBS-Prävalenz von einem Prozent durch zivile Ereignisse und dreieinhalb Prozent durch militärische Ereignisse in der Allgemeinbevölkerung (Helzer, Robins & McEvoy, 1987). Ein Vergleich mit den Ergebnissen der landesweiten Studie zur Reintegration von Vietnamveteranen (*National Vietnam Veterans Readjustment Study [NVVRS]*) zeigt, daß das DIS die Prävalenz der PTBS bei Vietnamveteranen unterschätzte (Kulka et al., 1988; Keane & Penk, 1989). Daher sollte das DIS in der vorliegenden Form nur mit Vorsicht zur PTBS-Diagnosestellung eingesetzt werden.

Das *Jackson Interview for Combat-Related PTSD* ist ein halbstrukturiertes Interview, das entwickelt wurde, um kriegsbedingte PTBS und begleitende Schwierigkeiten diagnostizieren zu können (Keane, Fairbank, Caddell, Zimering & Bender, 1985). Es werden nicht nur spezifische PTBS-Symptome erfaßt, sondern auch Informationen über das Funktionsniveau der Person vor, während und nach ihrem militärischen Einsatz. Dieser Ansatz, der Entwicklungsaspekte mitberücksichtigt, erlaubt es dem Kliniker, *Veränderungen* des psychosozialen Funktionsniveaus der Person vor und nach dem Trauma zu untersuchen.

Die Veteranen werden nach ihren Beziehungen zu Angehörigen und Freunden, schulischen Leistungen sowie ihrer physischen Gesundheit in der Zeit vor ihrem Militärdienst befragt. Aus der Militärzeit werden Truppengattung, Dauer des Dienstes, Aufgaben sowie mit Hilfe der *Combat Exposure Scale* (Keane, Fairbank, Caddell, Zimering, Taylor & Mora, 1989) Häufigkeit und Intensität der Kampfeinsätze erfaßt. Zur Zeit nach dem Militärdienst werden Fragen nach beruflichen Leistungen und zwischenmenschlichen Beziehungen zu Familienangehörigen und anderen gestellt. Darüber hinaus werden die Veteranen nach traumatischen Erlebnissen, bedeutenden Verlusterfahrungen, Gesetzesübertretungen, Drogen- und Alkoholkonsum sowie Häufigkeit und Schweregrad einzelner PTBS-

Symptome in drei verschiedenen Zeiträumen befragt. Diese werden als Ratings des Interviewers erfaßt und festgehalten.

Ein weiteres strukturiertes Interview, welches sich auf dem Gebiet der PTBS-Diagnostik bewährt hat, ist das *Anxiety Disorders Interview Schedule* (ADIS, DiNardo, O'Brien, Barlow, Waddell & Blanchard, 1983)[1]. Entwickelt wurde das ADIS für die Differentialdiagnostik von Angststörungen. Einige seiner Abschnitte dienen dem Ausschluß von Psychosen, Major Depression und Substanzmißbrauch. Darüber hinaus enthält das ADIS das *Hamilton Anxiety Inventory* sowie das *Hamilton Depression Inventory*. In einer neueren Studie (Blanchard, Gerardi, Kolb & Barlow, 1986) wurden Vietnamveteranen von zwei Klinikern unabhängig voneinander mit dem ADIS interviewt. Die Interrater-Übereinstimmung in der Frage, ob eine PTBS (chronisch oder mit verzögertem Beginn), eine remittierte PTBS oder keine PTBS vorlag, betrug 93 Prozent (Kappa = .857).

Zur Diagnostik der PTBS bei Kindern wurde auf der Grundlage der DSM-III-Kriterien (APA, 1980) das *Children's PTSD Inventory* (CPTSDI; Saigh, 1989a) entwickelt. Das Instrument besteht aus vier Subtests, die jeweils dichotom bewertet werden (d. h. «1» für das Vorhandensein und «0» für die Abwesenheit der Symptome). Der erste Subtest erfaßt die Traumatisierung durch ein Ereignis, das für das Kind selbst bedrohlich war, eine andere Person betroffen hat oder von dem das Kind verbal Mitteilung erhalten hat. Der zweite Subtest bezieht sich auf unwillkürliche, angstauslösende Erinnerungen und der dritte auf die allgemeine Gefühlslage. Der vierte Subtest schließlich erfaßt verschiedene Symptome, die vor dem Trauma vorhanden waren. Auf der Grundlage der Antworten von libanesischen Kindern wurden eine englische, eine französische und eine arabische Version des *Children's PTSD Inventory* auf ihre psychometrischen Eigenschaften untersucht. Diese Untersuchung ergab eine Retest-Reliabilität des Instruments, ausgedrückt anhand von Kappa-Koeffizienten, zwischen .77 und .88 und eine Validität (Übereinstimmung von Untersucher und Kriterium) im Bereich zwischen .78 und .81.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß es nicht möglich ist, eine allgemeine Empfehlung für ein bestimmtes klinisches Interview abzugeben, das am besten für die PTBS-Diagnostik geeignet wäre. Es liegen jedoch eine Reihe von strukturierten klinischen Interviews vor, die in der Hand eines ausgebildeten Klinikers zuverlässige Diagnosen ermöglichen (Kulka et al., 1988). Natürlich spielt die Population, mit der man es zu tun hat, eine Rolle für die Entscheidung für ein bestimmtes Instrument. Das Jackson Interview eignet sich z. B. gut für die PTBS-Diagnostik bei Veteranen, wäre jedoch in der vorliegenden Form bei Zivilisten nicht ohne weiteres einsetzbar, während SCID, DIS, ADIS und CPTSDI hier gut verwendet werden können. Leider beschränken sich SCID und ADIS ausschließlich auf Symptome, die für die diagnostische Zuordnung erforderlich sind, und enthalten keine Fragen nach der belastenden Erfahrung, die zum Entstehen der Symptome geführt hat. Diese Interviews leisten gute Dienste für die Diagnosestellung, tragen aber nur wenig zur Behandlungsplanung bei.

Wir sprechen uns für den Einsatz strukturierter klinischer Interviews aus, da sie einen Rahmen vorgeben, der es dem Kliniker ermöglicht, zuverlässige Daten über die zu behandelnde Störung und weitere psychologische Bedingungen zu erhalten (diese Meinung wird jedoch nicht von allen Seiten geteilt [Arnold, 1985; Atkinson, Sparr, Sheff, White & Fitzsimmons, 1984]). Für den Kliniker ergeben sich eine Reihe von Vorteilen. Die Interviews vereinigen die Vorteile einer standardisierten diagnostischen Methode mit der Nutzung von Kompetenzen und Urteilsvermögen des geschulten Klinikers. Durch den Einsatz strukturierter Interviews ist darüber hinaus ein breites Spektrum an Symptomen abgedeckt und damit sichergestellt, daß der Kliniker ein umfassendes Bild von der Verfassung des Patienten erhält. Dies erhöht die Zuverlässigkeit seines diagnostischen Urteils und schafft gleichzeitig einen klinischen Kontext, mittels dessen der Interviewer mit dem Patienten zusammen die psychischen Auswirkungen verschiedener Symptome und Lebensereignisse erkunden kann. Somit kann der erfahrene Kliniker, trotz der Einschränkungen, die ihm die Struktur des Interviews auferlegt, die Interviewsituation flexibel ausgestalten.

Es sollte besonders unterstrichen werden, daß diese Instrumente Werkzeuge sind, die dazu dienen, die klinische Informationserhebung zu strukturieren. Strukturierte Interviews eignen sich nicht ohne weiteres für funktionale Analysen der auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren. Sie stellen keinen Ersatz für eine fachkundige und ausführliche Exploration der individuellen Problembereiche einer Person dar. Bei dem SCID beispielsweise handelt es sich um ein Meßinstrument, mit dem die früheren und posttraumatischen psychischen Probleme eines Patienten dichotom klassifiziert werden können; es liefert kein mehrdimensionales Bild von den Traumata der Patienten oder ihren individuellen Bewältigungsversuchen. Schließlich sind bislang in keines der strukturierten Interviews Maße zur Einschätzung von Antworttendenzen *(response sets)* aufgenom-

[1] Anm. d. Ü.: Von diesem Interview legten Margraf et al. (1991) eine deutschsprachige Bearbeitung vor.

men worden. Daher muß der Kliniker geübt darin sein, Verzerrungen durch Übertreibung oder Herunterspielen von Symptomen zu erkennen. Aus diesem Grund sollte das Instrument nur von besonders geschulten Klinikern eingesetzt werden.

Darüber hinaus beschränkt sich die Exploration niemals auf Diagnostik und Klassifikation. Traumatisierte Personen nennen beispielsweise in der Regel eine ganze Reihe von Problembereichen. Einige dieser Probleme betreffen die nomothetischen und definierenden Symptome der PTBS und können gut mit irgendeinem der oben beschriebenen strukturierten Instrumente erfaßt werden, während in anderen die individuelle Konstellation weiterer Schwierigkeiten zum Ausdruck kommt, die genauer zu eruieren sind. In diesen letztgenannten Problemen zeigen sich entweder eine idiographische Reaktion des Patienten auf posttraumatische Erfahrungen (z. B. Selbstmedikation; Keane, Gerardi, Lyons & Wolfe, 1988), eine Exazerbation eines seit längerem bestehenden Bewältigungsdefizits oder eine frühere chronische oder sich parallel entwickelnde psychische Störung (vgl. Bromet, Schulberg & Dunn, 1982; Kilpatrick, Best, Veronen, Amick & Vileponteaux, 1985; Kulka et al., 1988; Solomon, Mikulincer & Avitzur, 1988; Steketee & Foa, 1987) oder ein irgendwie geartetes Defizit der äußeren Bedingungen, unter denen die Person lebt (z. B. unzureichende soziale Unterstützung, vgl. Keane, Scott, Chavoya, Lamparski & Fairbank, 1985; Solomon & Mukulincer, 1987; Stretch, 1985; Wirtz & Harrell, 1987a).

Die Aufgabe des Klinikers bei der Durchführung des Interviews wird zusätzlich dadurch erschwert, daß PTBS-Patienten zu völlig unterschiedlichen Zeitpunkten nach dem Trauma um psychologische Unterstützung ersuchen, oft nach einer ausgedehnten Periode, in der es keine schwerwiegenden Probleme gab (vgl. Keane, Litz & Blake, 1990). In der Regel geht dem Behandlungswunsch des Patienten irgendeine Krisensituation voraus. Anfangs sieht es oft so aus, als hätten diese Krisen nichts mit dem Trauma zu tun (z. B. eine Ehescheidung, der Verlust einer nahestehenden Person, Arbeitslosigkeit, der Eintritt in den Ruhestand); durch ein ausführliches Interview kann jedoch deutlich werden, daß das belastende Ereignis, das den Anlaß für das Hilfeersuchen darstellt, wahrscheinlich eine wichtige thematische Verbindung zu einem früheren traumatischen Ereignis hat und dadurch ein Netz schmerzlicher Erinnerungen reaktiviert und eine PTBS-Symptomatik auslöst (Litz & Keane, 1989).

So begab sich beispielsweise ein Veteran aus dem Zweiten Weltkrieg in Behandlung, nachdem er viele Jahre beschwerdenfrei gelebt hatte. Der Patient klagte über Schlafstörungen und depressive Symptome, die sich

eingestellt hatten, nachdem er im Fernsehen Bilder vom Unfall an Bord eines Kriegsschiffs gesehen hatte, bei dem ein Geschützturm explodiert war. Dieses Schiff glich dem Schiff, auf dem der Patient im Krieg gedient hatte und auf dem er Zeuge eines ähnlichen Vorfalls geworden war. Der Patient erfüllte, wie die weitere Untersuchung ergab, die diagnostischen Kriterien der PTBS.

Die folgenden Richtlinien sind als Empfehlungen zu sehen, die der Erhöhung der Reliabilität und Validität strukturierter klinischer Interviews dienen sollen. Diese Vorschläge sollen auch die Sensibilität des Klinkers gegenüber traumatisierten Patienten erhöhen und sicherstellen, daß Informationen über wichtige Begleitprobleme erhoben werden.

Richtlinien für die Durchführung klinischer Interviews

Prä- und posttraumatische lebensgeschichtliche Einflüsse erfassen

Zwar kommen verschiedene Studien übereinstimmend zu dem Schluß, daß in erster Linie die Art und das Ausmaß des Traumas für die Entstehung einer PTBS verantwortlich sind (Foy, Carroll & Donahoe, 1987; Kulka et al., 1988), jedoch können in einer Reihe weiterer Problembereiche entweder chronische prätraumatische Schwierigkeiten oder irgendwelche andere gelernte maladaptive posttraumatische Verhaltensweisen zum Ausdruck kommen. Jedes PTBS-Interview sollte unbedingt spezifische Fragen nach der frühen Lerngeschichte enthalten sowie mögliche posttraumatische Schwierigkeiten explorieren (Keane et al., 1985). Das Ziel dabei ist es, jeden Zeitabschnitt nach signifikanten Ereignissen zu untersuchen, die beim Entstehen sowohl der PTBS als auch der begleitenden Probleme eine Rolle gespielt haben können. Die Zurückverfolgung begleitender Problembereiche ermöglicht oftmals eine effektivere Behandlungsplanung. Während der Kliniker sich ein Urteil darüber bildet, welche Erfahrungen den Verlauf der Störung eines Patienten beeinflußt haben, ist er außerdem gefordert, die besonderen Stärken zu identifizieren, die die Person mit in das klinische Setting hineinbringt. Diese Stärken können, wenn sie einmal erkannt sind, ebenfalls von Nutzen für die Behandlungsplanung sein.

Zentrale Bereiche, die für die Zeit vor und nach dem Trauma angesprochen werden müssen, sind: (a) Gab es extreme oder überwältigende belastende Erfahrungen, insbesondere Mißhandlungen oder sexuellen

Mißbrauch? Bei Klinikpatienten steht nicht selten ein Mißbrauch im Hintergrund (Herman, Perry & van der Kolk, 1989), und es ist natürlich nicht auszuschließen, daß jemand, der sich wegen einer PTBS in Behandlung begibt, mehr als nur ein traumatisches Erlebnis gehabt hat. Es ist wichtig, Informationen über die einzelnen Ereignisse sowie über die subjektive Bewertung *(appraisal)* dieser Stressoren zu gewinnen. Der Einsatz der DSM-III-R-Skala «Schweregrad psychosozialer Belastungsfaktoren» (Achse IV) stellt eine empirische Methode zur quantitativen Erfassung der Ausprägung belastender Lebensumstände dar (z. B. Saigh, 1989d). Fragen nach der Verarbeitung und Bewältigung früherer starker Stressoren können Aufschluß über den individuellen Copingstil der Person bringen. (b) Wie sah (sieht) das familiäre bzw. häusliche Umfeld aus? Gab es z. B. Fälle von psychischen Erkrankungen oder Substanzmißbrauch in der Familie, und wie sind Rollenvorbilder mit Belastungen umgegangen? (c) Gab es in der Vorgeschichte irgendwelche schulischen, sozialen oder beruflichen Schwierigkeiten oder Defizite (beispielsweise antisoziales Verhalten)? (d) Gibt oder gab es Drogen- oder Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit? (e) Gibt es in der Anamnese irgendwelche Kopfverletzungen oder kognitiven Beeinträchtigungen? (f) Welches sind die besonderen Stärken der Person auf kognitiver und Verhaltensebene? Welcher Teil des Verhaltensrepertoires des Patienten läßt sich in der Behandlung weiter ausbauen? Diese Informationen sind besonders wichtig bei PTBS-Patienten, die zusätzlich depressiv und sozial isoliert sind. Das Verschreiben oder Fördern von Verhaltensweisen und Aktivitäten, die früher stimmungshebend und angenehm waren, kann hilfreich für die Behandlung von Depressionen sein (z. B. Lewinsohn, Munoz, Youngren & Zeiss, 1986).

Kognitive Faktoren beobachten

Sowohl in klinischen als auch in Forschungszusammenhängen ist häufig festzustellen, daß Personen mit PTBS dazu neigen, ihre Umgebung auf charakteristische und oft verzerrte Weise wahrzunehmen und zu interpretieren. Anscheinend richtet sich ihre Aufmerksamkeit selektiv auf potentiell bedrohliche Stimuli, die ihrerseits als Hinweisreize *(retrieval cues)* fungieren und angstauslösende traumabezogene Erinnerungen aktivieren. Es wurde auch die Hypothese aufgestellt, daß PTBS-Patienten dazu neigen, die Bedrohlichkeit ihrer Umgebung zu überschätzen und in verschiedenen Situationen stärkere psychophysiologische Reaktionen zu erleben, die sie dazu veranlassen, nach Belegen für die vermutete Gefahr Ausschau zu halten. Auf diese Weise würden sie ihre furchtsame Erwartung bestätigen und eine Erklärung oder Attribution für ihre Erregung konstruieren (vgl. Chemtob, Roitblat, Hamada, Carlson Twentyman, 1989; Foa, Steketee & Olasov Rothbaum, 1989; Litz & Keane, 1989). Diese kognitiven Prozesse wiederum könnten zu dem Vermeidungs- und Rückzugsverhalten beitragen, welches oft bei PTBS-Patienten zu beobachten ist.

Jede traumatisierte Person verfügt also je nach Art und Ausmaß ihrer Erfahrungen über ein charakteristisches Netz traumatischer Erinnerungen. Dieses Netz beeinflußt die kognitive Verarbeitung von außen kommender Informationen und bewirkt eine gewisse Verzerrung in Richtung auf eine Überschätzung des Bedrohungspotentials der Umgebung, was wiederum zum Bild der PTBS-Symptomatik beiträgt. Darüber hinaus hat es Einfluß auf die Fähigkeit der Person, mit zukünftigen Belastungssituationen umzugehen. Auf Beweise für eine drohende Gefahr zu stoßen verstärkt auch das verzerrte Denk- und Beziehungsmodell der Person. Diese Personvariablen dürfen bei der PTBS-Diagnostik nicht außer Acht gelassen werden (Keane et al., 1989). Ein nützliches Schema, an dem sich Kliniker bei der Konzeptualisierung kognitiver Faktoren, die bei Verarbeitung traumatischer Erlebnisse eine Rolle spielen, orientieren können, läßt sich aus den Arbeiten Walter Mischels (1973; vgl. Evans & Litz, 1987) ableiten. Diese Faktoren sind: *konstruktive Kompetenzen* (z. B. die allgemeine Wissensgrundlage der Person, Problemlösefähigkeiten [Nezu & Carnevale, 1987]); die *Enkodierungsstrategien* (wie belastende Situationen aufgenommen oder fälschlich als persönliche Bedrohung wahrgenommen werden; vgl. Chemtob et al., 1989; und Litz & Keane, 1989, die die Rolle der Informationsverarbeitung bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung der PTBS diskutieren); *Erwartungen* (sowohl Ergebnis- als auch Selbstwirksamkeitserwartungen in spezifischen furchtauslösenden Situationen): *Werte und Präferenzen* (z. B. Einschätzungen der Valenz von wichtigen Verstärkern und aversiven Stimuli; eine Erörterung der Rolle, die diese Faktoren bei der Entstehung der PTBS spielen, findet sich bei Foa et al., 1989); sowie *selbstregulatorische Systeme und Pläne* (Copingstil, z. B. Solomon, Mikulincer & Avitzur, 1988; Erregungsmanagement; charakteristische Selbstverbalisationen).

Den kognitiven Faktoren bei der Einzelfalldiagnostik und -konzeptualisierung besondere Aufmerksamkeit zukommen zu lassen empfiehlt sich besonders für Therapeuten, die einen Streßimpfungsansatz für die Behandlung der PTBS wählen (z. B. Kilpatrick, Veronen & Resick, 1982; Veronen & Kilpatrick, 1983). Über die aktive Selbstbeobach-

tung typischer Reaktionsweisen und die Modifikation des Bewältigungsrepertoires (indem man z. B. einen Patienten dazu veranlaßt, Selbstverbalisationen und kognitive Bewertungen traumabezogener Informationen zu verändern) können idiosynkratische kognitive Reaktionen in subjektiv bedrohlichen Situationen (wie sie z. B. eine Verabredung zum Abendessen für ein Vergewaltigungsopfer darstellt) in der Behandlung im einzelnen angegangen werden.

Mit Komorbidität rechnen

Epidemiologische und klinische Untersuchungen (in erster Linie mit Kriegsveteranen) legen nahe, daß eine PTBS in 60 bis 100 Prozent der Fälle mit einer anderen Achse-I-Störung einhergeht (Helzer et al., 1987; Keane & Wolfe, 1990; Kulka et al., 1988; Sierles, Chen, McFarland & Taylor, 1983; Sierles, Chen, Messing, Besyner & Taylor, 1986). Die häufigste Zusatzdiagnose ist Mißbrauch oder Abhängigkeit von Substanzen, die oft dazu eingesetzt werden, aufdringliche Kognitionen zu unterdrücken, besser schlafen zu können oder Erregungszustände zu dämpfen (Keane et al., 1988). Zu den weiteren häufigen Störungen zählen Major Depression, Dysthyme Störung, Generalisierte Angststörung und Panikstörung.

Um weitere Störungen bei PTBS-Patienten diagnostizieren zu können, empfiehlt sich die Verwendung eines strukturierten klinischen Interviews zur Erfassung von Achse-I- und Achse-II-Störungen. Die Interviewphase im Rahmen der PTBS-Diagnostik bietet dem Kliniker darüber hinaus die Gelegenheit, sich ein genaueres Bild von dem Patienten zu machen und mehr über seine momentanen Probleme, mögliche ätiologische und aufrechterhaltende Faktoren für diese (z. B. die Familiengeschichte) und frühere Bewältigungs- oder Behandlungsbemühungen zu erfahren (z. B. die Wirksamkeit früherer psychologischer oder pharmakologischer Interventionen, suizidale oder andere autodestruktive Verhaltensweisen oder Anzeichen mangelnder Therapiemotivation in der Vorgeschichte).

Ethnische und kulturelle Faktoren bewerten

Die bislang umfassendste epidemiologische Untersuchung der PTBS ist die NVVRS (Kulka et al., 1988). In dieser Studie wurde festgestellt, daß es auffällige Unterschiede zwischen verschiedenen ethnischen Gruppen hinsichtlich der PTBS-Prävalenz bei Kriegsteilnehmern gibt: Bei den Amerikanern weißer Hautfarbe lag die Prävalenz bei 14, bei den Afroamerikanern bei 21 und bei den Untersuchungsteilnehmern lateinamerikanischer Herkunft bei 28 Prozent. Obwohl die Faktoren, die für diese Unterschiede verantwortlich sein könnten, noch genauer zu erforschen sind, sollten diese ersten Erkenntnisse nicht unberücksichtigt bleiben und zur Entwicklung von speziellen Diagnose- und Behandlungsprogrammen für Minderheiten führen.

Zwar werden derzeit eine Reihe von Behandlungsprogrammen für Betroffene entwickelt, die einer Minorität angehören, die Mehrzahl der Patienten aus diesen Gruppen werden jedoch in nichtspezialisierten Programmen von Klinikern behandelt, die selbst keiner Minorität angehören. Für die erfolgreiche Diagnostik und Therapie traumatisierter Personen aus einer Minderheit sind einige allgemeine Grundsätze zu beachten. Erstens sollte sich der Kliniker ein Bild davon machen, ob es dem Patienten schwerfällt, mit einem Therapeuten zu sprechen, der einen anderen kulturellen Hintergrund hat. Unserer Erfahrung nach erlaubt diese Strategie den Patienten, in der diagnostischen Phase mögliche Bedenken bezüglich der gemeinsamen Kommunikation offen anzusprechen. Zweitens ist es nicht unwahrscheinlich, daß ein Patient mit einem anderen kulturellen und ethnischen Hintergrund sich außerstande fühlt, eine gute, vertrauensvolle Beziehung zu einem Therapeuten, der diesen Hintergrund nicht teilt, aufzubauen. Diese letztgenannte Schwierigkeit ist bis zu einem gewissen Grad bei allen traumatisierten Patienten gegeben, jedoch übt sie wahrscheinlich bei Angehörigen einer Minorität, die von einem Therapeuten befragt werden, der keiner Minderheit angehört, einen größeren Einfluß auf den diagnostischen Prozeß aus. Drittens bedienen sich Patienten aus einer anderen Kultur oft einer anderen Ausdrucksweise, besonders wenn es um emotional bedeutsame Dinge geht. Der Kliniker kann den Patienten bitten, ihm dabei behilflich zu sein, die Nuancen seiner Angaben und Darstellungen zu verstehen. Auch ist es hilfreich, sich einer Sprache zu bedienen, die für Patienten mit einem anderen Hintergrund leicht verständlich ist, ohne dabei gönnerhaft zu erscheinen.

Viertens können Menschen mit einem nichtweißen Hintergrund gelernt haben, sich auf andere Art mitzuteilen als die «repräsentative» Stichprobe der Personen, anhand deren Aussagen ein psychologischer Tests normiert wurde. Beim Einsatz des MMPI beispielsweise dürfen kulturelle Unterschiede nicht unberücksichtigt bleiben (Dahlstrom, Lachar & Dahlstrom, 1986). Dies veranlaßte Butcher und seine Mitarbeiter dazu, kulturspezifische Normen für den MMPI2 aufzustellen (Butcher, Dahlstrom, Graham,

Tellegen & Kaemmer, 1989). Personen aus anderen Kulturen neigen dazu, teils mehr, teils weniger Symptome als die Durchschnittsbevölkerung anzugeben, was Folgen für Diagnostik und Behandlungsplanung hat.

Bedürfnisse von Bezugspersonen einschätzen

Nicht selten kommt es in den Ehen und Familien von traumatisierten Patienten zu Problemen (Carroll, Rueger, Foy & Donahoe, 1985; Resick, Calhoun, Atkeson & Ellis, 1981; Roberts, Penk, Gearing, Robinowitz, Dolan & Patterson, 1982). Wann immer möglich sollten in die Diagnostik von PTBS-Patienten Bezugspersonen einbezogen werden. Unserer Erfahrung nach lassen sich folgende diagnostische Ziele erreichen, wenn eine Bezugsperson oder ein Familienmitglied des Klienten dazu eingeladen wird, an der diagnostischen Einschätzung mitzuwirken: (a) Bestätigung der Aussagen des Patienten über seine PTBS-Symptome; (b) Einschätzung der Behandlungsbedürfnisse von Angehörigen; (c) Vermittlung von Aufklärung und Informationen über die psychischen Folgeerscheinungen eines traumatischen Erlebnisses (z. B. eine Erläuterung der Symptome der PTBS, der Rolle, die das Trauma im Leben des Opfers [und im Leben seiner Angehörigen] spielt, und der Gründe dafür, daß die Symptome in bestimmten Situationen häufiger auftreten als in anderen); (d) Abbau von Schuldgefühlen oder fälschlicherweise übernommener Verantwortung für bestimmte Probleme (z. B. wegen angeblicher Defizite in der Ausübung der Elternrolle); und (e) die Vermittlung von Kompetenzen, welche Familienmitglieder oder Bezugspersonen in die Lage versetzen, die Behandlung zu unterstützen bzw. besser mit ihren Auswirkungen umzugehen.

Rechtliche Aspekte bewerten

Häufig geben die Ereignisse, die zu einer PTBS geführt haben, Anlaß zu juristischen Auseinandersetzungen. In der Exploration sollten Versuche des Patienten, für sein Trauma oder das erfahrene Unrecht eine Entschädigung zu erhalten, thematisiert werden. Es kann von großem Nutzen für die Therapie sein, wenn der Kliniker dem Patienten hilft, zwischen Fragen, die die Entschädigungsbemühungen, und Fragen, die die Behandlung betreffen, zu unterscheiden und seine Rolle als derjenige, der für die Therapie zuständig ist, zu verdeutlichen. Bereits im Anfangsstadium der Diagnostik Aspekte zu besprechen, die den sekundären Störungsgewinn betreffen, kann auch zu einer Erhöhung der Zuverlässigkeit der Angaben beitragen, die der Patient über sich selbst macht. Ausführlich werden Auswirkungen der Bemühungen von Patienten, Entschädigungen zu erwirken, auf die Diagnostik bei Atkinson, Henderson, Sparr und Deale (1982), Fairbank, McCaffrey und Keane (1985), Gerardi, Blanchard und Kolb (1989), Hyer, Fallon, Harrison und Boudewyns (1987), Lynn & Belza (1984) sowie Sparr und Pankratz (1983) erörtert.

Belastung des Patienten durch die Diagnostik berücksichtigen

Es ist für Patienten bedrohlich, wenn sie einem anderen schmerzliche, oft vermiedene Inhalte mitteilen sollen. Manche Patienten bringen die Sorge zum Ausdruck, sie könnten «durchdrehen» oder die Beherrschung verlieren oder aggressiv werden. Darüber hinaus kommt oft auf die eine oder andere Weise die Schwierigkeit zum Ausdruck, anderen Vertrauen entgegenzubringen.

Besonders bei Patienten, bei denen die Gefahr eines Alkohol- oder Drogenmißbrauchs besteht, ist es wichtig, sensibel für Anzeichen von Streß zu sein, die der diagnostische Prozeß möglicherweise beim Patienten auslöst. Die emotionalen Reaktionen von Patienten während der Diagnostik sowie ihr Drang, durch den Konsum von Suchtmitteln unangenehme Gefühlszustände abzubauen, sollten genau beobachtet werden. Manchmal hat der Kliniker in Abstimmung mit dem Patienten die Entscheidung zu treffen, ob eine Unterbrechung des diagnostischen Prozesses angeraten ist, solange bis der Patient sich einige Fähigkeiten, einem Rückfall vorzubeugen, angeeignet hat, oder ob der Patient noch in der Phase der Diagnostik mit einigen Erregungsminderungsstrategien vertraut gemacht werden sollte (z. B. Muskelrelaxation, Tiefenatmung oder Zeit, die dem Patienten gelassen wird, um sich nach einer diagnostischen Sitzung wieder zu erholen). Ein angemessenes Tempo für den diagnostischen Prozeß zu finden, das den individuellen Möglichkeiten des Patienten gerecht wird, ist eine wichtige Aufgabe des Klinikers.

Die genannten Richtlinien sind speziell für die Interviewsituation zugeschnitten. Sie lassen sich jedoch auf die Anwendung psychologischer Tests übertragen, die für die PTBS-Diagnostik konstruiert wurden.

Psychometrische Verfahren

In diesem Abschnitt wird auf psychometrische Verfahren in der PTBS-Diagnostik eingegangen. Da sich die Arbeit auf diesem Gebiet bis vor kurzem größtenteils auf die Untersuchung von Männern konzentrierte, die am Vietnamkrieg teilgenommen hatten, liegt der Schwerpunkt dieses Überblicks auf der kriegsbedingten PTBS. Die Erkenntnisse, die solche bedeutenden Untersuchungen wie die *Legacies of Vietnam*-Studie (Egendorf, Kadushin, Laufer, Rothbart & Sloan, 1981) oder die NVVRS (Kulka et al., 1988) erbracht haben, bilden den Grundstock, an dem sich zukünftige Arbeiten, insbesondere im Bereich der Messung der durch zivile Traumata verursachten PTBS, orientieren können. Mit den folgenden Ausführungen sollen vor allem zwei Fragen beantwortet werden:

1. Welche Fortschritte hat es auf dem Gebiet der Entwicklung psychometrisch fundierter Instrumente für eine reliable und valide Messung der PTBS gegeben, und wie lassen sich die vorliegenden psychometrischen Instrumente in der Alltagspraxis verwenden?
2. Welche Probleme sind zu lösen, um die Messung der PTBS zu verbessern, und wie beeinflussen die entsprechenden Taktiken und Strategien das momentane Vorgehen bei der PTBS-Diagnostik?

Zur Beantwortung dieser beiden allgemeinen Fragen (mit dem Ziel der Verbesserung der psychologischen Diagnostik) ist es notwendig, die psychometrische Erfassung der PTBS in dem folgenden Kontext zu betrachten.

Erstens wurde und wird die Psychometrie seitens der lerntheoretischen Diagnostik zwar nicht immer besonders wohlwollend betrachtet, dennoch greifen viele verhaltenstherapeutisch orientierte Kliniker in der Praxis doch auf Ergebnisse traditioneller diagnostischer Verfahren zurück, insbesondere wenn die Testergebnisse beobachtbares Verhalten wiedergeben oder sich auf gelernte Fähigkeiten beziehen. Viele verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Kliniker scheuen nicht davor zurück, psychometrische Ergebnisse mit Informationen aus anderen Quellen zu kombinieren und auf diese Weise ihr Bild über den Patienten zu vervollständigen.

Zweitens wird die Entwicklung psychometrischer Verfahren immer hinter den Fortschritten der klinischen PTBS-Diagnostik hinterherhinken, einfach weil es viel unkomplizierter ist, ein Phänomen klinisch zu beschreiben, als reliable und valide Maße zu konstruieren. Praktisch lassen sich die Beschränkungen deskriptiver Kriterien und unvollständiger psychometrischer PTBS-Maße nur dadurch überwinden, daß mehrere Maße in mehreren Formen zu mehreren Gelegenheiten eingesetzt werden (vgl. Keane et al., 1987).

Drittens erstaunt es nicht, daß viele Kliniker eine gewisse Ungeduld gegenüber psychometrischen Verfahren an den Tag legen. Einige wollen einfach nicht glauben, daß psychometrische Maße für irgendeine Störung einen wichtigen Beitrag für die Behandlungsplanung zu leisten imstande sind. Andere würden lieber auf der Grundlage einer spontanen und intuitiven Einschätzung vorgehen als sich die Mühe zu machen, zeitraubende psychometrische Messungen durchzuführen. Jedoch sollten schon die Folgen, die eine Fehldiagnose oder Fehlklassifizierung für Überlegungen zur Frage eines sekundären Störungsgewinns hat, Anlaß für eine sorgfältige Diagnostik sein. Die PTBS ist eine Störung, bei der die Betroffenen häufig mit finanziellen Entschädigungen rechnen können (als Ausgleichszahlungen für Veteranen, als Ergebnis von zivilrechtlichen Prozessen oder in Fällen, in denen Produkthaftung besteht). Diagnostische Genauigkeit ist von hoher Bedeutung, nicht nur um zu vermeiden, daß der Gesellschaft durch den unnötigen Verlust knapper Ressourcen nicht zu vertretende Lasten aufgebürdet werden, sondern auch um sicherzustellen, daß die Patienten zutreffend über ihren psychischen Zustand informiert werden können.

Viertens erfordert die Diagnostik jeder psychischen Störung Informationen aus mehreren verschiedenen Quellen sowie den Einsatz unterschiedlicher Maße. Das bedeutet nicht, daß die Ergebnisse psychometrischer Tests wichtiger oder unwichtiger sind als Informationen anderer Herkunft, z. B. aus Verhaltensbeobachtungen, sondern nur, daß Kliniker zur Klassifikation psychischer Störung und zur Behandlungsplanung auch auf psychometrische Daten zurückgreifen können.

Fünftens haben die psychometrischen Verfahren, die zur Messung der PTBS eingesetzt werden, zwar eine Reihe von Stärken, insgesamt betrachtet, steckt die Entwicklung der psychometrischen PTBS-Diagnostik jedoch noch in den Kinderschuhen und weitere Forschung ist dringend notwendig. Zu Beginn der 80er Jahre wurden mit dem DSM-III (auf das im Jahr 1987 das DSM-III-R folgte) erstmals deskriptive Kriterien für die Stellung einer PTBS-Diagnose eingeführt. Ein Großteil der PTBS-Diagnostik basierte auf der Anpassung von Verfahren, die ursprünglich für die Beurteilung anderer Störungen entwickelt worden waren. Bis zum Ende der Achtziger hatte sich das Bild jedoch deutlich gewandelt: Nun wurden verhaltenstheoretische und psychometrisch fundierte Instrumente speziell für die PTBS-Diagnostik konstruiert.

Als letztes ist zu nennen, daß sich der Schauplatz der Auseinandersetzungen um die Validität der PTBS als eine psychische Störung wahrscheinlich von der therapeutischen Praxis und der Klinik auf die Gerichte verlagern wird. Bereits heute werden in der wissenschaftlichen Literatur viele Probleme der PTBS-Psychometrie diskutiert, auf die die einzige Antwort sein kann, mit aller zur Verfügung stehenden Energie auf ein System klassifizierender Instrumente nach den Gesichtspunkten der prädiktiven Validität und klinischen Nützlichkeit hinzuarbeiten (Dawes, Faust & Meehl, 1989; Faust, 1984; Gerardi, Keane & Penk, 1989; Swets, 1988).

Fortschritte bei der Entwicklung psychometrisch fundierter PTBS-Maße

Die Entwicklung der PTBS-Messung hat sich rasch von der Einführung deskriptiver Kriterien im DSM-III (1980) hin zur Erstellung einer Reihe von reliablen und validen PTBS-Maßen bewegt. Zu Beginn der Achtziger verfügten Kliniker bestenfalls über einige wenige Checklisten wie Figleys (1978) *Vietnam Veteran's Questionnaire*, das *Vietnam Stress Inventory* von Wilson und Krauss (1985) oder die Skalen aus der *Legacies of Vietnam*-Studie (Egendorf et al., 1981). Alle diese Instrumente wurden im Laufe des Jahrzehnts in mancher Hinsicht verbessert, wie in einer prospektiven Studie unter Einsatz der Skalen von Figley (Card, 1983) und in Veröffentlichungen von Forschungsergebnissen des *Forgotten Warrior's*-Projekts berichtet wird (z. B. Wilson & Krauss, 1985).

Allerdings erfüllte keine der Studien die wesentlichen Voraussetzungen für die adäquate Entwicklung solider psychometrischer Maße. Eine Zusammenstellung von Kriterien für die Entwicklung reliabler und valider Diagnoseverfahren findet sich z. B. bei Denny, Robinowitz und Penk (1987). Zusätzlich zu den geforderten Standardeigenschaften von psychologischen Tests wie Reliabilität und Validität müssen klinische Forschungsstudien auch Maße der diagnostischen Genauigkeit liefern (wie beispielsweise Trefferquoten, statistische Angaben zur Sensitivität und Spezifität der Verfahren mit Angaben über die unter Einsatz des Instruments ermittelte Häufigkeit von PTBS-Diagnosen in verschiedenen Populationen). Diese Kriterien müssen stets erfüllt sein, damit jeder Zweifel am Zusammenhang von Trauma und PTBS ausgeräumt werden kann und die Symptome allein auf das traumatische Erlebnis zurückgeführt werden können.

Nur wenige psychometrisch fundierte PTBS-Maße sind unter so strengen Bedingungen entwickelt worden, daß alle genannten Kriterien erfüllt waren und bei der Testkonstruktion mögliche Einflüsse ausgeschaltet wurden. In diesem Abschnitt wird es vornehmlich um solche PTBS-Maße gehen, die unter möglichst strengen Bedingungen entwickelt wurden.

Die robustesten Tests für PTBS bei Erwachsenen sind in der vorgeschalteten Validierungsuntersuchung zur NVVRS (Kulka et al., 1989) kreuzvalidiert worden. In Tabelle 3.1 finden sich Angaben über die diagnostische Genauigkeit der einzelnen Verfahren, wobei die Tatsache, daß alle Instrumente bei derselben Stichprobe eingesetzt wurden, einen Vergleich erlaubt. (Damit stellt diese Übersicht aus der NVVRS den einzigen vorliegenden Vergleich der wichtigsten PTBS-Tests für Erwachsene dar, die derselben Gruppe von Versuchspersonen vorgelegt wurden.)

Impact of Event Scale. Die Skala zur Erfassung der Auswirkungen eines Ereignisses (*Impact of Event Scale, IES;* Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979) ist ein Fragebogen aus 15 Items, anhand derer der Proband die Folgen einer traumatischen (oder belastenden) Erfahrung einschätzt. Es wird so vorgegangen, daß der Proband zuerst ein Erlebnis angeben soll, das traumatisch (oder belastend) war, es ihm also selbst überlassen ist, das einzuschätzende Ereignis auszuwählen und zu benennen. Es folgen dann sieben Items, die das Auftreten aufdringlicher Gedanken betreffen (z. B.: «Ich muß ohne zu wollen daran denken»), und acht Items, die Vermeidungssymptome erfassen (z. B.: «Ich versuche, es aus meinem Gedächtnis zu streichen»).
Die IES hat eine akzeptable Retestreliabilität (.87) und interne Konsistenz (z. B. ein Cronbach-Alpha von .78 für den Summenwert für aufdringliche Gedanken und .82 für die Vermeidungsitems sowie eine Split-half-Reliabilität von .86.) Wie Tabelle 3.1 zu entnehmen ist, erzielte die IES eine gute diagnostische Genauigkeit. Während sie jedoch mit ausgezeichneter Sensitivität «wahre» PTBS-Fälle richtig zuordnet, ist sie deutlich weniger geeignet, das Nichtvorliegen einer PTBS zu erfassen.

Die IES zeichnet sich außerdem dadurch aus, daß sie eine der wenigen PTBS-Skalen mit akzeptablen psychometrischen Eigenschaften ist, die an einer Stichprobe normiert wurde, welche zum einen aus Frauen bestand und zum anderen zivile Traumata außerhalb militärischer Gefechte erlitten hatte. Die Skala ist auch an Kriegsveteranen validiert worden (Kulka et

Tabelle 3.1: Vergleich der diagnostischen Genauigkeit verschiedener PTBS-Maße

Maß	Richtig zugeordnete Fälle (%)[a]	Kappa[b]	Sensitivität[c]	Spezifizität[d]
Mississippi PTSD Scale for Combat-Related PTSD (Keane et al., 1988)	88,9	.753	94,0	79,7
NVVRS PTSD Diagnostic Interview (Kulka et al., 1988)	87,5	.715	95,5	72,6
PTBS-Checkliste (auf DSM-III-R-Basis)	84,9	.672	88,3	78,9
NVVRS PTBS-Skala	83,5	.639	87,2	77,6
MMPI PTBS-Skala (Keane et al., 1984)	81,5	.605	90,1	68,8
Impact of Event Scale (Horowitz et al., 1979)	81,6	.565	91,7	61,8

[a] Richtig zugeordnete Fälle bezieht sich auf den Anteil der Gesamtstichprobe, die vom Meßinstrument richtig als Fälle oder Nichtfälle erkannt wurden.
[b] Kappa ist ein Maß für den Grad der Übereinstimmung zwischen zwei Messungen, korrigiert um den Zufallsfaktor (Kappawerte von über .75 weisen auf eine ausgezeichnete Übereinstimmung, Werte zwischen .40 und .75 auf eine mittelmäßige bis gute Übereinstimmung und Kappawerte unter .40 auf eine schwache Übereinstimmung hin).
[c] Sensitivität bezeichnet den Prozentsatz der «wahren» Fälle, die vom Instrument als solche erkannt wurden.
[d] Spezifität bezeichnet den Prozentsatz an «wahren» Nichtfällen, die vom Maß zutreffend als solche erkannt wurden.

al., 1988; Schwarzwald, Solomon, Weisenberg, Mikulincer, 1987; Weisenberg, Solomon, Schwarzwald & Mikulincer, 1987).

Ein Nachteil der IES ist, daß keine definitiven Cut-off-Werte genannt werden, die eine Entscheidung über das Vorliegen einer PTBS ermöglichen. Außerdem enthält die IES nur wenige Items zur Erfassung der vierten Gruppe von PTBS-Symptomen: psychophysiologische Reaktivität und Erregung. Ein weiterer problematischer Aspekt der IES ist, daß die Testanweisung keine Angaben verlangt, die eine Unterscheidung zwischen traumatischen Lebensereignissen und anderen belastenden Situationen ermöglichen würden. Dieser Mangel läßt sich dadurch kompensieren, daß der Untersucher eine sorgfältige Exploration durchführt, um zu entscheiden, ob ein Erlebnis das erste Kriterium für das Vorliegen einer PTBS erfüllt, außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung zu liegen und für fast jeden stark belastend zu sein. Der vielleicht größte Mangel der IES ist, daß sie keine psychometrisch überprüften Indikatoren für Antwort-

tendenzen enthält. Auch dieses ist kein Nachteil, der nicht auszugleichen wäre: Es ist ohne weiteres möglich, die IES um psychometrisch fundierte Validitätsindikatoren aus anderen bewährten Tests wie dem MMPI zu ergänzen.

Strukturierte Interviews - SCID und DIS. Diese beiden Instrumente sind bereits in vorangehenden Abschnitten beschrieben worden. Es muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß für die Konstruktion der Interviews psychometrische Vorgehensweisen gewählt wurden, die sich bei der Entwicklung von Tests allgemein bewährt haben. Was ihren Nutzen im Rahmen der PTBS-Diagnostik betrifft, sollte man nicht übersehen, daß es sich bei den Instrumenten um sehr globale Maße handelt, die allein eine Entscheidung ermöglichen, ob eine PTBS vorliegt oder nicht, und zwischen einer gegenwärtigen Störung oder einer in der Vorgeschichte bestandenen unterscheiden (obgleich Kulka et al. [1988] in der NVVRS mit der Diagnosestellung einer «partiellen PTBS» das SCID inzwischen in einem Sinn benutzen, der über die dichotome Klassifikation, wie sie ursprünglich von Spitzer und Williams [1986] beabsichtigt war, hinausgeht).

Kulka et al. (1988) machten, nachdem das DIS in der vorgeschalteten Validierungsstudie durchaus vielversprechend abgeschnitten hatte, mit einem Instrument, das große Ähnlichkeit mit dem DIS hatte, in der NVVRS selbst keine guten Erfahrungen. Die Übereinstimmung mit den Ergebnissen von klinischen Explorationen war sehr gering (Kappa = .26). Zwar bewies es eine ausgezeichnete Spezifität (97,9 Prozent zutreffende Identifikation von Nichtfällen), die Sensitivität war jedoch dürftig (21, 5 Prozent zutreffende Identifikation der positiven Fälle). Kulka et al. (1988) haben klinische Forscher davor gewarnt, weiterhin DIS-ähnliche Instrumente zu verwenden, bislang sind diese Vorbehalte jedoch nicht auf andere psychiatrische Kategorien ausgedehnt worden.

Während sich das DIS-ähnliche Interview zumindest in der NVVRS bei der Untersuchung kriegsbedingter PTBS-Fälle nicht bewährt hat (Kulka et al., 1988), vermochte das SCID die Erwartungen, die es aufgrund des Vortests geweckt hatte, in der größeren *National Vietnam Veterans Readjustment Study* zu erfüllen. Das SCID erwies sich auch über verschiedene ethnische Gruppen hinweg (Weiße, Schwarze und Untersuchungsteilnehmer lateinamerikanischer Herkunft) als Instrument mit hoher diagnostischer Genauigkeit.

Somit erweist sich das SCID als strukturiertes Interview der Wahl für die Abklärung einer PTBS-Diagnose. Im SCID werden alle Elemente berücksichtigt, die in den PTBS-Kriterien enthalten sind. Die Übereinstim-

mung zwischen den im Rahmen der NVVRS durchgeführten SCID-Interviews und den Diagnosen versierter Kliniker war mit einem Kappa-Koeffizienten von .93 ausgesprochen hoch. Das SCID ermöglicht auch die Klassifikation weiterer Achse-I-Störungen, und kürzlich wurde dem Interview ein Abschnitt für die Diagnose von Achse-II-Störungen hinzugefügt (dessen Reliabilität und Validität jedoch noch geprüft werden). Tabelle 3.2 enthält die in der NVVRS ermittelten Sensitivitäts- und Spezifitätsindizes des SCID. Die Daten beziehen sich auf die klinische Teilstichprobe der NVVRS (d. h. diejenigen Untersuchungsteilnehmer, die in den Feldinterviews die PTBS-Kriterien erfüllt hatten). Ein wichtiger Befund der NVVRS war, daß sich die Genauigkeit des diagnostischen Urteils dadurch erhöhen ließ, daß mehrere PTBS-Maße miteinander kombiniert wurden. Dies unterstreicht die grundlegende Empfehlung, die in diesem Kapitel gegeben wird - nämlich die, mehrerer Maße gemeinsam zu verwenden, um die diagnostische Sensitivität und Spezifität zu erhöhen.

PTBS-Subskalen des MMPI. Auf der Grundlage eines psychometrisch gut abgesicherten Instruments, des *Minnesota Mulitphasic Personality Inventory* (MMPI; Hathaway & McKinley, 1951), wurden zwei PTBS-Skalen konstruiert: die MMPI-PTBS-Subskala von Keane et al. (1984) und die PTBS-Subskala für die revidierte Form des MMPI (MMPI-2; Butcher et al., 1989) von Schlenger & Kulka (1989). Beide Skalen sind aus Instrumenten abgeleitet, die - anders als DIS, SCID, IES oder alle anderen Instrumente zur PTBS-Diagnosestellung - Validitätsindikatoren enthalten, was den Untersucher in die Lage versetzt, besser einschätzen zu können, ob die erhaltenen Werte valide sind oder nicht. Darüber hinaus zeichnen sich sowohl der MMPI im allgemeinen als auch die Subskalen durch eine hervorragende Reliabilität aus.

Alle Items der PTBS-Subskala von Keane et al. (1984) wurden aus der ursprünglichen Fassung des MMPI in die revidierte Form übernommen.

Tabelle 3.2: Vergleich der Güte von PTBS-Diagnosen auf der Grundlage einzelner und mehrerer Instrumente

Instrument	Sensitivität	Spezifität	Kappa
Mississippi PTSD-Scales	82,4	86,4	.644
SCID PTSD	81,2	97,6	.821
MMPI PTSD	81,6	87,7	.649
Kombination	92,1	94,1	.832

Während diese Subskala daher sowohl aus dem alten MMPI als auch aus dem neuen MMPI-2 errechnet werden kann, erhält man die PTBS-Subskala von Schlenger und Kulka (1989) nur mit dem MMPI-2. Die Keane-Skala besteht aus 49 Items; die Schlenger-Kulka-Skala aus 102. Keine der beiden Skalen unterliegt der Gefahr einer Verzerrung durch Augenscheinvalidität bzw. zu hoher Transparenz ihrer Items, da beide mit Hilfe empirischer Methoden erstellt wurden (nach dem klassischen Ansatz des Gruppenvergleichs). Es ist unwahrscheinlich, daß die Mehrheit der Getesteten in der Lage wären, anzugeben, welche der 566 Items des MMPI zu einer der beiden Skalen gehören.

Die PTBS-Subskala von Keane et al. (1984) wurde entwickelt, indem man Items aussuchte, die zwischen psychiatrischen Patienten mit und ohne PTBS differenzierten (bei einem Cut-off-Wert von 30 waren in der ursprünglichen Validierungsuntersuchung 82 Prozent der PTBS-Patienten richtig zugeordnet worden). Die Skala von Schlenger und Kulka (1989) wurde anhand von zufällig aus der stratifizierten NVVRS-Stichprobe ausgewählten Kriegsveteranen, die nicht um Behandlung ersuchten, entwikkelt. Es ließe sich daher vermuten, daß mit der Keane-Skala genauere Ergebnisse bei klinisch-psychiatrischen Gruppen zu erzielen wären und mit der Schlenger-Kulka-Skala bei Gruppen, die nicht um Therapie ersuchen. Tatsächlich leistet die Skala von Keane et al. (1984) in der Praxis bei einer großen Vielfalt von Stichproben gute Dienste, wie die vielen veröffentlichten Kreuzvalidierungsstudien gezeigt haben (vgl. die aktualisierten Übersichten zur PTBS-Diagnostik mit Hilfe des MMPI von Penk, Keane, Robinowitz, Fowler, Bell & Finkelstein, 1988, sowie von Denny, Robinowitz & Penk, 1987).

Sollten die MMPI-PTBS-Subskalen (nachdem nun nach umfangreichen Umformulierungs- und Neustandardisierungsarbeiten ein deutlich verbesserter MMPI-2 vorliegt) irgendwelche Schwächen haben, so wären diese wahrscheinlich auf die fehlende Berücksichtigung von zivilen (nicht kriegsbedingten) Traumata und die möglichen Folgen für die konstruierten Skalen zurückzuführen. Weitere Schwachstellen könnten sich aus demographischen Unterschieden zwischen den Untersuchten ergeben - etwa unkontrollierten ethnischen und geschlechtsspezifischen Unterschieden, die bislang bei der Entwicklung von PTBS-Skalen aus dem MMPI (oder aus irgendeinem anderen Instrument) noch nicht berücksichtigt wurden. Die vielleicht komplizierteste Frage betrifft den Einfluß von Komorbidität auf die Skalenkonstruktion - genauer: die differentielle Rolle weiterer, gleichzeitig bestehender Störungen, von denen bekannt ist, daß sie vor oder nach Auftreten der PTBS entstanden sind (insbesondere Suchtmit-

telmißbrauch). Viele dieser Fragen werden zu beantworten sein, sobald die Auswertung des umfangreichen Datenmaterials aus der NVVRS weiter fortgeschritten ist.

Ein großer Vorteil der PTBS-Skalen aus dem MMPI (und nun dem MMPI-2) liegt darin, daß der MMPI in mehr als einhundert Sprachen übersetzt wurde. Diese Eigenschaft des MMPI macht ihn zu einem sehr attraktiven Instrument und ermöglicht der Forschung, in vielen Kulturen posttraumatische Belastungsstörungen nach vergleichbaren zivilen Traumata zu untersuchen. Die Möglichkeiten, die der Einsatz des MMPI als diagnostisches Verfahren für die Untersuchung ziviler Traumata in vielen verschiedenen Sprachen und Kulturen bietet, sind längst noch nicht ausgeschöpft.

Eine Profilanalyse des MMPI (z. B. das F-2-8-Profil, Keane et al., 1984) wird noch verwendet, hat aber nicht soviel Aufmerksamkeit erfahren wie die Entwicklung einer PTBS-Subskala. Ein Problem, das sich beim Versuch einer PTBS-Diagnosestellung auf der Grundlage einer MMPI-Profilanalyse (anhand der Werte auf den Validitäts- und klinischen Skalen) stellt, besteht darin, daß sich bislang kein für die Störung typisches Profil herauskristallisiert hat. Mittlerweile ist eine große Anzahl an MMPI-Profilen (und Profilen von Skalen anderer Tests) angesammelt worden, und es ist erkennbar geworden, daß kein Profil bei PTBS-Betroffenen besonders häufig vorkommt (so fanden Penk et al., 1988, unter Einsatz der Profilanalyse nach Gilberstadt-Duker, 1965, eine relativ gleichmäßige Häufigkeitsverteilung der zwanzig wichtigsten MMPI-Profile). Momentan erscheint die MMPI-Profilanalyse nicht besonders vielversprechend – was sich vielleicht ändern wird, wenn es gelingt, mit Hilfe von Clusteranalysen potentiell verzerrende Einflüsse auszuschalten oder zu neutralisieren. Alle diese Arbeiten rücken die Notwendigkeit einer sorgfältigen Betrachtung von Komorbiditätseinflüssen stärker ins Blickfeld.

Mississippi Scale for Combat-Related PTSD. Ein nützliches psychometrisches Instrument, das für die Messung der kriegsbedingten PTBS entwickelt wurde, ist die *Mississippi Scale for Combat-Related PTSD* (Keane, Caddell & Taylor, 1988). Es handelt sich hierbei um einen aus 35 Items bestehenden Fragebogen, bei dem die Befragten jedes der Items auf einer Fünf-Punkte-Likertskala einschätzen. Formuliert wurden die Items von Klinikern, die über ausgedehnte Erfahrung in der Behandlung von PTBS-Patienten verfügten. Bei den Untersuchungen zur Standardisierung der Mississippi-Skala erzielte sie einen Koeffizienten der internen Konsistenz in Höhe von .94. Eine Faktorenanalyse der 35 Items ergab sechs Faktoren – einen für aufdringliche Erinnerungen und depressive Symptomatik, einen zweiten für zwischenmenschliche Probleme sowie einen dritten, der die Labilität des Affekts und des Gedächtnisses repräsentierte. Die Faktoren Vier und Fünf waren vor allem durch verschiedene Formen des Grübelns und der sechste durch Schlafschwierigkeiten markiert. In Validierungsstudien hat sich gezeigt, daß sich zur Identifizierung von Patienten mit kriegsbedingter PTBS ein Cut-off-Score von 107 eignet; mit diesem Wert ergab sich eine Trefferquote von 90 Prozent, eine Sensitivität von .93 und eine Spezifität von .89. Mit relativ gutem Erfolg wurden spezielle Formen der Mississippi-Skala für den Einsatz bei weiblichen Veteranen und bei Zivilisten entwickelt.

Eine Schwachstelle der Mississippi-Skala ist, daß sie keine Validitätsindikatoren enthält. Die Testautoren sprechen die Empfehlung aus, die Mississippi-Skala für klinische und Forschungszwecke nur in Kombination mit irgendeiner Art von Validitätsindikator zu verwenden und, um ganz sicherzugehen, mit einer Exploration oder Durchsicht der Krankenakte die Gegenprobe zu machen. Die Mississippi-Skala ließe sich gut durch die Hinzunahme von Antworttendenzskalen verbessern; in der vorliegenden Form handelt es sich bei ihr um einen Test von hoher Augenscheinvalidität, der von Klinikern und Wissenschaftlern nur interpretiert werden sollte, wenn sie sicher sind, daß die Person ein traumatisches Ereignis erlebt hat, und die Möglichkeit eines sekundären Gewinns geprüft wurde.

Tabelle 3.2 enthält die Ergebnisse der Tests, die in den diagnostischen Vergleichsdurchgängen der NVVRS am besten abgeschnitten haben. Deutlich wird, daß sich durch den Einsatz mehrerer Instrumente eine höhere diagnostische Genauigkeit erzielen läßt als durch einen dieser Tests allein.

In der NVVRS wurden, was bislang noch nicht oft geschah, verschiedene PTBS-Tests derselben Patientenstichprobe vorgelegt, wodurch es möglich wurde, verschiedene Maße – einzeln oder in Kombination – hinsichtlich ihrer diagnostischen Genauigkeit miteinander zu vergleichen. Die Ergebnisse basieren auf den Angaben von 252 PTBS-Patienten, die aus einer aus über 3000 männlichen Kriegsveteranen bestehenden stratifizierten Stichprobe herausgefiltert wurden. Aufgrund dieser Resultate empfiehlt sich der Einsatz einer psychometrisch fundierten Testbatterie, die aus dem SCID, der Mississippi-Skala sowie der PTBS-MMPI-Skala von Keane et al. (1984) und der von Schlenger & Kulka (1988) besteht. Darüber hinaus sollte der Kliniker eine der Skalen einsetzen, die ein mög-

lichst quantitatives Maß für die traumatische Erfahrung liefern. Um diese Skalen geht es im folgenden.

Skalen zur Erfassung des Schweregrads von Kriegserlebnissen. In letzter Zeit konnten einige Fortschritte auf dem Gebiet der Quantifizierung und Messung des traumatischen Ereignisses selbst erreicht werden. Angestoßen wurden diese Entwicklungen durch eine Vielzahl von Befunden, die alle in dieselbe Richtung wiesen, nämlich daß in ätiologischen Modellen der kriegsbedingten PTBS Art und Schweregrad der traumatischen Situation den größten Anteil zur Varianzaufklärung beitragen (Foy et al., 1987; Penk et al., 1981). Gemessen an den heutigen Standards waren die ersten Skalen, die von Figley (1978), Laufer et al. (1981), Boulanger und Kadushin (1986) sowie Wilson und Krauss (1985) entwickelt wurden, noch geradezu primitiv. Jedoch fanden viele ihrer Items Eingang in die späteren, psychometrisch solideren Skalen. Foy et al. (1987) haben Resultate zu einer Skala zur Erfassung des Schweregrads von Kriegserlebnissen vorgelegt, die mit Hilfe von Daten aus der *Lives after Vietnam*-Studie von Card (1983) kreuzvalidiert wurde (vgl. Foy & Card, 1987). In der Folge wurde eine entsprechende Skala für den Einsatz in psychiatrischen Settings entwickelt, die über ausgezeichnete interne Stabilität und Retestreliabilität verfügt.

Diese Instrumente enthalten keine eigenen Validitätsindikatoren, lassen sich jedoch mit Skalen zur Erfassung von Antworttendenzen, wie sie z. B. die Validitätsskalen des MMPI darstellen, kombinieren. Da es sich um Maße auf der Grundlage von Selbstbeschreibungen handelt, könnten die Antworten dem Einfluß durch verzerrte Erinnerungen an das Vergangene oder durch irgendein verstecktes Motiv (z. B. als Hilferuf oder Versuch, Entschädigung zu erhalten) ausgesetzt sein. Die diagnostischen Bemühungen sollten sich an dem Ziel orientieren, die traumatische Situation sowohl hinsichtlich ihrer objektiven Aspekte als auch ihrer subjektiven Wahrnehmung durch die betroffene Person zu erfassen (vgl. die Darstellung der Dimensionen traumatischer Belastungen bei Gleser, Green & Winget, 1981, und Wilson, Smith & Johnson; 1985). Darüber hinaus ist es notwendig, zusätzlich zu den Angaben der traumatisierten Person über die traumatische Erfahrung und ihre Reaktionen darauf eine unabhängige Bestätigung der Ereignisse zu erhalten.

An der Vorstellung, daß das Trauma in seine verschiedenen Bestandteile aufzuteilen ist, haben sich viele Kliniker und Forscher in ihrem Denken und Handeln orientiert, die alle das bislang unerreichte Ziel anstreben, irgendwann eine Traumataxonomie auf der Grundlage quantifizierbarer

Belastungsreaktionen aufstellen zu können (z. B. Brett & Ostroff, 1985; Gleser et al., 1981; Keane, 1989). Einen bedeutenden Schritt in diese Richtung stellt die aus 98 Items bestehende Kriegsstressorenskala dar, die getrennt für Männer und Frauen normiert ist und in der Faktoren enthalten sind wie Teilnahme an Gefechten, Erleben von unmenschlichen Gewaltakten, Entbehrungen, Sinn- und Kontrollverlust und Kriegsgefangenschaft. Diese Subskalen verdeutlichen die Notwendigkeit von Forschungsbemühungen, welche die globalen Dichotomien unseres Denkens über Trauma und PTBS aufbrechen, damit es irgendwann möglich sein wird, die relevanten Dimensionen zu erkennen, die die Störung ausmachen.

Zukunftsperspektiven der PTBS-Psychometrie

Im folgenden wird kurz auf die Probleme der PTBS-Psychometrie eingegangen, die es zu lösen gilt, wenn man die PTBS-Diagnostik verbessern will.

Das erste und vorrangige Ziel sollte es sein, die testpsychologische Forschung zur PTBS von kriegsbedingten Traumata auf zivile oder nichtkriegsbedingte auszudehnen. Neuesten epidemiologischen Daten zufolge ist die PTBS mit einer Prävalenz von etwa 1 Prozent in der Allgemeinbevölkerung ungefähr ebenso häufig vertreten wie die Schizophrenie (Helzer et al., 1987). Den meisten Klinikern ist intuitiv bewußt, daß eine Traumatisierung durch frühkindlichen sexuellen Mißbrauch andere Probleme und Bewältigungsversuche nach sich zieht als ein Autounfall; es ist etwas anderes, als politischer Gefangener gefoltert zu werden als einen Tornado zu überleben. Bestimmte Trends in den vorliegenden Forschungsergebnissen deuten darauf hin, daß jede Traumakategorie ein spezielles diagnostisches Vorgehen erfordert. Daher ist es von großer Bedeutung, daß dem praktizierenden Kliniker mindestens ein psychometrisches Instrument zur Verfügung steht, mit dem die Messung von posttraumatischen Störungen unabhängig davon, durch welche Art von Ereignis sie entstanden sind, möglich ist.

An der Entwicklung von Instrumenten zur Messung von Traumata, die durch zivile Ereignisse bedingt wurden, wird gearbeitet (z. B. Black, Penk, Robinowitz, Dolan, Bell, Rubenstein & Skinner, 1984). Obwohl die Prävalenz der nichtkriegsbedingten PTBS hoch ist, gibt es nur wenige Studien zu ihrer Erforschung, die den Standard von Untersuchungen zu Traumatisierungen durch Kriegserlebnisse erreicht haben. Auch wurde in den Untersuchungen zur PTBS-Testdiagnostik versäumt, die diagnostische

Genauigkeit der Instrumente anhand der oben genannten Prinzipien zu evaluieren (d. h. Sensitivitäts- und Spezifitätsmaße zu erheben).

Dem praktizierenden Kliniker bleiben zwei grundlegende Strategien bei der psychometrischen Untersuchung von Patienten mit einer durch zivile Ereignisse bedingten PTBS. Die eine besteht in der Verwendung eines bei unterschiedlichen Traumata einsetzbaren, globalen und dichotomen Maßes wie dem SCID (und führt zu einer Entscheidung darüber, ob eine PTBS vorliegt oder nicht). Die andere liegt im Einsatz eines zusätzlichen Maßes, das speziell auf die besondere Art des Traumas zugeschnitten ist. Für die Praxis empfehlen wir, sich beider Ansätze zu bedienen, d. h. zuerst zu beurteilen, ob ein Trauma vorliegt, und dann die Einzelheiten sowohl der Stimulusbedingungen als auch der Probleme und Bewältigungsversuche der Person zu untersuchen.

Die Konstruktion allgemeiner PTBS-Instrumente steht noch am Anfang. Saigh (1989) ist dabei, ein «Traumainventar für Erwachsene» *(Adult Trauma Inventory)* zu entwickeln, das - wie die IES unabhängig von der Art des Traumas - als Instrument zur Diagnostik ziviler PTBS eingesetzt werden kann. Von Black et al. (1984) wird an einer Checkliste zur Erfassung ziviler traumatischer Ereignisse gearbeitet, die von Klinikern in verschiedenen therapeutischen Settings verwendet werden könnte.

Fortschritte werden auch bei der Konstruktion spezifischer Traumainventare gemacht. Kilpatrick, Amick, Lipovsky und Resick (1989) beschäftigen sich beispielsweise mit der Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von Traumata bei Verbrechensopfern sowie mit der Adaptation bestehender Instrumente wie der SCL-90 und der *Fear Survey Schedule* (Resick, Veronen, Kilpatrick, Calhoun & Atkeson, 1986). Sie haben ein Interview zur Klassifizierung traumatischer Ereignisse vorgelegt, das der Sammlung von Informationen über die Schlüsselaspekte krimineller Geschehnisse dient. Von dieser Forschungsgruppe wurde auch eine Checkliste zur Erfassung einer besonderen Form von Verbrechen entwickelt - der Vergewaltigung (Kilpatrick, Veronen & Best, 1985). Davidson, Fleming und Baum (1987) haben die zahlreichen Instrumente zusammengetragen, mit denen Opfer von Unglücken, die auf menschliches Versagen zurückzuführen sind, untersucht werden können. Von Green, Grace, Lindy, Titchner und Lindy (1983) wurde ein Instrumentarium zur Erfassung von Reaktionen auf Umweltkatastrophen vorgelegt. Abschließend zu erwähnen ist eine spezielle Form der Mississippi-Skala zur Erfassung von nichtkriegsbedingten Traumata, die für einen Einsatz im Rahmen der NVVRS konstruiert wurde.

Als zweites müssen, wie am Beispiel der Entwicklung genauerer Maße für die Folgen von Kriegserlebnissen gezeigt wurde, noch stärker differenzierte Maße für spezifische PTBS-Dimensionen entwickelt werden, die den abgrenzbaren Bereichen Vermeidungssymptome, unwillkürliches Wiedererleben sowie der psychophysiologischen Reagibilität mehr Aufmerksamkeit widmen. Aus klinischer Perspektive ist die PTBS sowohl eine chronische als auch eine phasische Störung, die durch positive und negative Symptome gekennzeichnet ist (Keane, 1989). Daher sollten pychometrische Instrumente zukünftig auch in der Lage sein, Veränderungen der Qualität von PTBS-Symptomen über die Zeit hinweg zu erfassen. Eine derartige Differenzierung der Meßinstrumente könnte letztendlich ein multidimensionales PTBS-Profil hervorbringen (oder ein «multiphasisches», falls sich Veränderungen der Symptome über Zeit und Ereignisse hinweg empirisch nachweisen lassen). Eine multidimensionale Analyse der PTBS wird schließlich in die Entwicklung eine PTBS-Typologie münden. Den Therapeuten wird die Erarbeitung eines multidimensionalen PTBS-Profils dann in die Lage versetzen, Therapiepläne aufzustellen, die auf einer sinnvollen Rangreihenfolge von zu behandelnden Problemen beruhen. Solche Pläne werden die derzeit vorherrschende Praxis der Behandlung von traumatisierten Personen nach dem Gießkannenprinzip ablösen.

Psychophysiologische Diagnosemethoden

Psychophysiologische Methoden haben eine große Rolle für die Entwicklung von Konzepten über Angststörungen im allgemeinen (Lang, 1977b) und die PTBS im besonderen gespielt. Die physiologische Reaktivität stellt ein hervorstechendes diagnostisches Merkmal der PTBS dar, und mit ihrer Erfassung bietet sich die seltene Gelegenheit, Informationen über eine Störung zu erhalten, die über die Selbsteinschätzungen des Patienten hinausgehen. Generell wird bei psychophysiologischen Messungen so vorgegangen, daß traumarelevante Reize (und einige neutrale bzw. Kontrollreize) dargeboten und Reaktionen in den verschiedenen Kanälen gemessen werden: physiologische (z. B. Herzfrequenz), subjektive (z. B. mit Hilfe eines «Streßthermometers») und instrumentelle bzw. motorische (z. B. Abbruch oder Vermeidung der Meßprozedur).

Zwar wären derartige physiologische Messungen bei PTBS-Patienten von großer Bedeutung, doch die meisten Kliniker sind außerstande, sie durchzuführen. Für viele Therapeuten kommt es aufgrund der Kosten für

die erforderliche Ausrüstung sowie des Mangels an Fachkenntnissen, die für ihren Einsatz und ihre Instandhaltung notwendig wären, nicht in Frage, physiologische Daten zu erheben. Trotz dieser offensichtlichen Hindernisse ist es Klinikern in einigen Settings vermutlich möglich, mit wenig Aufwand an physiologische Daten zu kommen. Nach Blanchard et al. (1986) ist die Erfassung der Herzfrequenz ausreichend, was unter Einsatz eines einfachen EKG-Gerätes in jedem Krankenhaus möglich sein sollte. Einer Reihe von Forschungsergebnissen zufolge können verschiedene Methoden der Stimulusdarbietung für diagnostische Zwecke verwendet werden (auditive und audiovisuelle Reize sowie erzählende Beschreibungen des traumatischen Ereignisses). Fehlt es ganz an Möglichkeiten, psychophysiologische Messungen durchzuführen, kann der Kliniker - die Einwilligung des Patienten vorausgesetzt - physiologische Daten (Puls, systolischer und diastolischer Blutdruck) aus Krankenakten entnehmen. Es existieren einige Belege dafür, daß Personen mit PTBS chronisch hyperaktiviert (oder hyperreaktiv) sind, und zwar auch in Situationen, die mit dem traumatischen Ereignis nichts zu tun haben (Gerardi, Keane, Cahoon & Klauminzer, 1989).

Es sind mittlerweile zahlreiche psychophysiologische Laboruntersuchungen an Veteranen mit kriegsbedingter PTBS durchgeführt worden. Im Laufe der Zeit sind dabei verschiedene Paradigmen entwickelt worden. Auf diese Studien wird in den folgenden Abschnitten detailliert eingegangen. Bemerkenswert an den Ergebnissen ist, daß unabhängig davon, mit welchen Stimuli (auditiven, audiovisuellen oder imaginativen), Untersuchungsparadigmen oder Kontrollgruppen gearbeitet wurde, die Veteranen mit PTBS konsistent eine erhöhte physiologische Reaktivität auf traumabezogene Cues aufwiesen.

In einer Studie von Blanchard et al. (1982) wurden elf Vietnamveteranen, bei denen eine PTBS diagnostiziert worden war, mit einer nach Alter und Geschlecht parallelisierten Kontrollgruppe aus Nichtveteranen verglichen. Den Versuchspersonen wurde ein Tonband vorgespielt, das fünfmal die Abfolge 30 Sekunden Musik, 30 Sekunden Stille und 30 Sekunden Gefechtsgeräusche enthielt. Bei jedem Durchgang wurde die Lautstärke erhöht. Die Auswertung der Ergebnisse ergab, daß es bei den Veteranen im Vergleich zur Kontrollgruppe zu einem stärkeren Anstieg der Herzfrequenz, des systolischen und des diastolischen Blutdrucks sowie des Stirn-EMGs gekommen war. Bei einer Diskriminanzanalyse auf der Grundlage der Herzfrequenz wurden 21 der 22 Versuchspersonen (95,5 Prozent) richtig zugeordnet. Diese Ergebnisse konnten in mehreren Nachfolgeuntersuchungen repliziert werden.

Pallmeyer, Blanchard und Kolb (1986) untersuchten zwölf Vietnamveteranen mit PTBS, zehn Vietnamveteranen ohne psychiatrische Störung, fünf Vietnamveteranen mit anderen psychiatrischen Störungen, fünf Veteranen, die zur Zeit des Vietnamkriegs gedient, aber keine Gefechtserfahrung hatten und an keiner psychiatrischen Störung litten, und acht Nichtveteranen mit spezifischen Phobien. Auch hier zeigten die Veteranen mit PTBS die stärksten Reaktionen auf die Gefechtsstimuli. Allein auf der Grundlage der Herzfrequenz wurden 75 Prozent der Vietnamveteranen mit PTBS und 100 Prozent der Vietnamveteranen ohne PTBS richtig zugeordnet. Wurden alle Versuchspersonen in die Analyse mit einbezogen, konnten 67 Prozent der Veteranen mit PTBS und 86 Prozent aller anderen richtig zugeordnet werden. Schließlich wurde in dieser Studie noch die Herzfrequenzreaktionen auf Gefechtsstimuli mit denen auf eine Kopfrechenaufgabe verglichen. Bei einem Cut-off von 3,5 Schlägen pro Minute (d. h., die Herzfrequenz bei der Kopfrechenaufgabe lag mindestens 3,5 Schläge unter der maximalen Herzfrequenz bei den Gefechtsstimuli) wurden 83,3 Prozent der PTBS-Veteranen und 89,3 Prozent aller anderen Versuchspersonen korrekt zugeordnet.

Bei einer zweiten Replikation untersuchten Blanchard et al. (1986) 57 Vietnamveteranen mit PTBS und 34 Vietnamveteranen ohne psychische Störungen. Auf der Grundlage der stärksten Herzfrequenzreaktion (Veränderung des Herzschlags beim Wechsel von Musik zu Kampfgeräuschen) in einem Durchgang und eines Cut-off-Wertes von sieben Schlägen pro Minute wurden 88 Prozent der Veteranen mit PTBS und 70 Prozent der Veteranen ohne PTBS richtig zugeordnet. Die Autoren errechneten daraufhin einen Differenzwert, indem sie die Reaktion der Herzfrequenz auf Kopfrechnen von der stärksten Reaktion auf Gefechtsgeräusche subtrahierten. Bei einem Cut-off von Null wurden mit diesem Index 73 Prozent der Personen mit PTBS und 88 Prozent der Personen ohne PTBS richtig klassifiziert.

In einer weiteren Studie wurden Herzfrequenz und Hautwiderstandsreaktionen bei zehn Vietnamveteranen mit PTBS, zehn in stationärer Behandlung befindlichen Psychiatriepatienten und zehn Vietnamveteranen ohne psychische Störungen miteinander verglichen (Malloy, Fairbank & Keane, 1983). Den Versuchspersonen wurden audiovisuelle Reize dargeboten, die aus neun neutralen Szenen und neun Gefechtsszenen bestanden. Bei einer Diskriminanzanalyse von vier physiologischen Maßen (mittlere Herzfrequenz, mittleres Hautwiderstandsniveau, mittlere Anzahl der Hautwiderstandsreaktionen und mittlere Amplitude der Hautwiderstandsreaktionen) wurden 80 Prozent der Gesamtstichprobe richtig zugeordnet.

Wurden Selbstbeurteilungen (Streßthermometer) und ein Verhaltensmaß (die Zeit, die die Personen den Blick auf den Bildschirm gerichtet hatten) einbezogen, erhöhte sich die Anzahl der korrekt zugeordneten Versuchspersonen auf 100 Prozent.

In einer ausgezeichneten Studie von Pitman, Orr, Forgul und de Jong (1987), in der die Gefechtsstimuli individuell an die Erlebnisse der Versuchspersonen angepaßt wurden, hörten 15 Vietnamveteranen mit PTBS und 18 Vietnamveteranen ohne PTBS Reihen von 30sekündigen Schilderungen, die auf Tonband gesprochen worden waren. Diese Schilderungen bestanden aus individuellen Beschreibungen der zwei belastendsten Gefechtserfahrungen, an die sich die jeweilige Person erinnerte. Es wurden Herzfrequenz und Hautwiderstand gemessen sowie EMG-Ableitungen vom linken Corrugator, Frontalis lateralis sowie von Jochbein- und Gesichtsmuskeln vorgenommen. Richtige Zuordnungen von Versuchspersonen auf der Grundlage ihrer psychophysiologischen Reaktionen auf die Schilderungen ergaben sich wie folgt: Herzfrequenz: 64 Prozent, Hautwiderstand: 73 Prozent und EMG: 67 Prozent. Kombinierte man alle Maße miteinander, wurden 100 Prozent der Personen mit PTBS richtig zugeordnet, jedoch nur 61 Prozent der Personen ohne PTBS.

Die Studie von Pitman et al. (1987) zeigte, daß sich durch eine Darbietung von Stimuli auf der Vorstellungsebene mit Hilfe von Darstellungen, die Beschreibungen idiographischer Traumaelemente enthalten, bei PTBS-Patienten zuverlässig psychophysiologische Reaktionen hervorrufen lassen. Die Ergebnisse legen nah, daß ein Kliniker in der Praxis nicht unbedingt über speziell validierte und allgemeingültige Traumastimuli verfügen muß, die er dem Patienten darbieten kann, um eine psychophysiologische Untersuchung durchzuführen. Kliniker können Zeit und Ressourcen sparen, indem sie einfach auf der Basis der traumatischen Erfahrung(en) der Person individuelle Szenenbeschreibungen erstellen. Da zudem die Ergebnisse von Blanchard et al. (1986) darauf hindeuten, daß die Reaktivität der Herzfrequenz der beste einzelne PTBS-Prädiktor ist, können sich praktizierende Kliniker, die an der Erfassung der psychophysiologischen Reagibilität interessiert sind, auf die Verwendung eines Meßgeräts für diese eine Variable beschränken.

Schließlich sollte noch darauf eingegangen werden, daß die direkte Messung der psychophysiologischen Reaktivität auch zur Überprüfung eines Simulationsverdachts verwendet werden kann. Ist es möglich, psychophysiologische PTBS-Reaktionen vorzutäuschen? Um dieser Frage nachzugehen, untersuchten Gerardi, Blanchard und Kolb (1989) die Fähigkeit von Veteranen, willentlich Einfluß auf ihre Reaktionen bei einer psychophysiologischen Messung zu nehmen. Die Versuchspersonen mit PTBS wurden gebeten, ihre körperlichen Reaktionen zu kontrollieren oder abzuschwächen, und diejenigen ohne PTBS sollten ihre physiologischen Reaktionen auf die Gefechtsgeräusche verstärken. Die Ergebnisse zeigten, daß die Veteranen mit PTBS ihre psychophysiologischen Reaktionen nicht signifikant zu beeinflussen vermochten. Der Gruppe ohne PTBS gelang es jedoch relativ gut, ihre physiologischen Reaktionen beim Hören der Gefechtsgeräusche zu steigern. Auf der Grundlage des Herzfrequenzanstiegs wurden bei einem Cut-off-Wert von sieben Schlägen pro Minute, wie von Blanchard et al. (1986) empfohlen, nur zwei der neun Veteranen ohne PTBS korrekt zugeordnet. Wurden jedoch zusätzlich zu den Veränderungswerten auch die Ausgangswerte berücksichtigt, ergab sich eine richtige Zuordnung von sechs der neun (66,7 Prozent) simulierenden Veteranen und 83 Prozent der gesamten Stichprobe.

Die Ergebnisse der verschiedenen beschriebenen Untersuchungen unterstreichen den Wert psychophysiologischer Messungen als diagnostisches Instrument von hoher Genauigkeit. Daß konsistent situationsspezifische Furchtreaktionen auf traumabezogene Stimuli beobachtet wurden, bestätigt auch die kognitiv-behaviorale Konzeptualisierung der PTBS als gelerntes, traumabezogenes Reaktionsmuster (Keane, Zimering & Caddell, 1985). Ergibt eine diagnostische Untersuchung, daß eine erhöhte psychophysiologische Reaktivität auf traumabezogene Reize vorliegt, können verhaltenstherapeutisch orientierte Kliniker dies als Anzeichen dafür nutzen, daß eine Form von Expositionsbehandlung indiziert ist, um die konditionierte emotionale Reaktion abzuschwächen. Auf die Faktoren, die bei der Entscheidungsfindung im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Diagnostik zu berücksichtigen sind, wird im folgenden eingegangen.

Klinische Entscheidungen

Die PTBS-Diagnostik ist nicht nur durch die verschiedenartigen Informationen gekennzeichnet, die durch Interview, Test und psychophysiologische Untersuchung gewonnen werden, sondern auch durch die Entscheidungsfindungsstrategien des Therapeuten (vgl. Evans & Litz, 1987; Evans & Wilson, 1983; Kanfer, 1985). Die Aufgabe des verhaltenstherapeutischen Diagnostikers besteht darin, auf der Grundlage eines theoretischen PTBS-Modells, welches auf empirisch gesicherten kognitiv-behavioralen Prinzipien beruht, zu einer klinischen Beurteilung eines gegebenen Patienten zu kommen (Fairbank & Nicholson, 1987; Foa et al., 1989; Keane et

al., 1985; Levis, 1980; Litz & Keane, 1989). In dieser Hinsicht sind diagnostische, psychometrische und psychophysiologische Daten insofern nützlich, als sie eine Hilfe darstellen für die Formulierung von Hypothesen über die Funktionalität und die entscheidenden Merkmale der besonderen Schwierigkeiten eines bestimmten PTBS-Patienten; gleichzeitig sind sie bei der Auswahl von Ansatzpunkten und Strategien für die Behandlung und für die Verlaufsdiagnostik hilfreich (vgl. Nelson & Barlow, 1981). Es folgt eine Diskussion dieser für Entscheidungsfindung und Behandlungsplanung bedeutsamen Faktoren.

Auswahl vorrangiger Ziele

Eine klinische PTBS-Diagnose auf der Grundlage der Kriterien des DSM-III-R kann die Aufmerksamkeit des Therapeuten auf bestimmte nomothetische Bereiche lenken, die in der Behandlung anzusprechen sind. Eine umfassende psychologische Behandlung der PTBS erfordert in der Regel die Anwendung mehrerer Techniken und Strategien, die jeweils auf die Beeinflussung spezifischer Symptomcluster abzielen (Keane et al., 1985). Die Symptome des Wiedererlebens können durch direkte therapeutische Konfrontation mit traumatisch konditionierten Stimuli auf der Vorstellungsebene (in sensu) behandelt werden; Vermeidungssymptome werden vorwiegend dadurch behandelt, daß die Person ermutigt wird, unter Anwendung gelernter Copingfertigkeiten nach und nach ihre sozialen Kontakte und ihren Handlungsspielraum auszuweiten. Hyperaktivierungssymptome werden in erster Linie durch ein Streßmanagementtraining angegangen. Bei vielen Patienten mit PTBS überwiegen jedoch entweder *positive Symptome* (Wiedererleben in Verbindung mit psychophysiologischen Hyperreaktivitätssymptomen) oder *negative Symptome* (Vermeidungsverhalten, Abstumpfung, Rückzug), woraus sich Anhaltspunkte für die Wahl der ersten Behandlungsstrategien ergeben können (vgl. Keane, 1989).

Bei PTBS-Patienten mit ausgepägten positiven Symptomen ist eine Form von Expositionsbehandlung bzw. eine Verarbeitung traumabezogener Informationen auf der Vorstellungsebene indiziert. Daher kommt einer systematischen Erfassung von Art und Schweregrad des Traumas, an deren Ergebnissen man man sich im Verlauf einer solchen Behandlung orientieren kann, große Bedeutung zu (Fairbank, & Brown, 1987; Keane et al., 1985, Keane, Fairbank, Caddell & Zimering, 1989). Ein sinnvolles Vorgehen bei der Untersuchung traumatischer Erinnerungen wird von Foa und Kozak (1986) in Zusammenhang mit ihrer Erweiterung des Langschen (1977a, 1985) Furchtnetzwerkmodells beschrieben. Ihrer Auffassung nach besteht ein Furchtnetzwerk aus Informationen über Hinweisreize, die furchtauslösend sind (z. B. optische, olfaktorische und akustische Stimuli, die mit dem Trauma assoziiert sind), Informationen über kognitive, motorische und psychophysiologische Reaktionen, die in der traumatischen Streßsituation auftraten (z. B. begleitende Gedanken, Handlungen und Affekte), sowie Informationen, die sich auf die Bedeutung der Hinweisreize und der Reaktionen für die Person beziehen (z. B.: «Das ganze Leben ist ungerecht und unvorhersehbar; ich drehe durch und verliere die Beherrschung, wenn ich anfange, daran zu denken, was mir passiert ist»). Für den Therapeuten ist es daher wichtig, daß er in den Besitz von Informationen über diese drei Kategorien konditionierter Stimuli kommt, da sich an ihnen die direkte therapeutische Konfrontation mit traumatischen Gedächtnisinhalten orientieren wird.

In den Fällen, bei denen die Diagnostik ein Symptombild zum Vorschein gebracht hat, das durch das Vorherrschen negativer Symptome (soziale Isolation, Anhedonie) gekennzeichnet ist, könnte ein Kliniker zu Beginn der Behandlung seine Bemühungen auf eine Steigerung der Bereitschaft des Klienten fokussieren, interpersonelle Risiken einzugehen, und ihm durch In-vivo-Übungen gekoppelt mit einem Fertigkeitstraining Erfolgserlebnisse ermöglichen. Eine Steigerung sozialer Kontakte und der verstärkte Ausdruck von Gefühlen kann bei einem Patienten die Erinnerung an weitere Details des Traumas wecken, die dann als Ansatzpunkte für eine Expositionsbehandlung dienen.

Zur Indikation von Expositionsbehandlungen

Wie bereits erwähnt, ist die Hypothese aufgestellt worden, daß eine gezielte therapeutische Verarbeitung traumatischer Erfahrungen unter Einsatz systematischer Desensibilisierung, In-sensu-Flooding oder implosiver Therapie eine brauchbare Behandlungsmöglichkeit für bestimmte PTBS-Fälle darstellt (Keane et al., 1985; Keane et al., 1989). Bis vor kurzer Zeit bestand die Forschungsliteratur, die diese These unterstützte, vorwiegend aus Einzelfallstudien (Fairbank & Keane, 1982; Keane & Kaloupek, 1982,; Rychtarik, Silverman, Van Landingham & Prue, 1984; Saigh, 1986). Mittlerweile liegen jedoch Ergebnisse eines randomisierten klinischen Versuchs vor, die darauf schließen lassen, daß Expositionsbehandlungen bei vielen PTBS-Patienten zu beträchtlichen Verbesserungen führen können (Keane et al., 1989). Auch die Ergebnisse einer kürzlich

durchgeführten Replikation sprechen für die Wirksamkeit dieses Ansatzes (Cooper und Clum, 1989). Expositionsbehandlungen können jedoch sehr belastend sein und erfordern ein gutes Maß an Ressourcen auf seiten des Patienten und des Therapeuten. Es ist somit eine entscheidende Aufgabe der PTBS-Diagnostik, herauszufinden, ob bei einer gegebenen Patient-Therapeut-Konstellation eine Expositionsbehandlung indiziert ist.

Verschiedene Bedingungen müssen gegeben sein, damit der Therapeut eine Expositionsbehandlung in Betracht ziehen kann. Erstens ist erforderlich, daß der Patient bestimmte Grundvoraussetzungen erfüllt (z. B. über imaginative Fähigkeiten verfügt [Boudewyns & Shipley, 1983; Levis, 1980]). Zweitens muß der Patient ein mit der Exposition einhergehendes hohes Erregungsniveau ertragen können sowie eine mögliche kurzfristige Verschlimmerung seiner Symptome in Kauf nehmen. Was den ersten Faktor betrifft, so sollte ein PTBS-Patient von Symptomen des Wiedererlebens berichten und mit einem gewissen Ausmaß an ängstlicher Erregung auf Dinge reagieren, die ihn an das traumatische Erlebnis erinnern. PTBS-Patienten, bei denen Expositionsbehandlungen in Frage kommen, sollten den Instruktionen des Therapeuten folgen und sich darüber hinaus verschiedene Stimuli lebhaft vorstellen können.

Bei der Entscheidung, ob ein PTBS-Patient mit dem hohen Erregungsniveau, das bei einer Expositionsbehandlung ausgelöst wird, umgehen kann, sollte der Therapeut die Gefahr eines Behandlungsabbruchs nicht aus dem Auge verlieren. Unserer Erfahrung nach ist es wichtig, daß sich der Patient körperlich in einer relativ guten Verfassung befindet (insbesondere an keiner kardiovaskulären Erkrankung leidet), über ein stabiles Lebensumfeld verfügt (oder über einige konsistente und ausreichende Quellen für soziale Unterstützung außerhalb der Therapiestunden) und keinen Substanzmißbrauch betreibt.

Bislang liegen keine empirischen Daten vor, die die Notwendigkeit der genannten Bedingungen für den Einsatz direkter therapeutischer Exposition bestätigen, vielmehr beruhen diese Entscheidungsregeln auf klinischen Erfahrungswerten. Eine erste Studie versuchte jedoch nachzuzeichnen, auf welchen Wegen versierte Verhaltenstherapeuten, die auf dem Gebiet der PTBS-Behandlung arbeiten, zu Entscheidungen über die Angemessenheit von Expositionsbehandlungen bei Patienten mit bestimmten Charakteristika kommen (Litz, Blake, Gerardi & Keane, 1990). Es stellte sich heraus, daß bei 42 Prozent aller PTBS-Fälle, die von den befragten Klinikern im Laufe der zurückliegenden Jahre behandelt worden waren, keine Expositionstherapie erfolgt war. Die Entscheidung, daß eine Expositionsbehandlung kontraindiziert ist, wurde von diesen Verhaltenstherapeuten anhand der folgenden Kriterien getroffen: Einundneunzig Prozent urteilten, daß ein hohes Ausmaß an psychischer Beeinträchtigung und Komorbidität, wie z. B. kognitive Defizite oder schwere Depressionen, eine Expositionsbehandlung ausschlossen. Eine gleichzeitig bestehende Persönlichkeitsstörung oder ein Substanzmißbrauch (27 Prozent Zustimmung), mangelnde Therapiemotivation (27 Prozent), ungelöste Lebenskrisen (18 Prozent) sowie eine schlechte gesundheitliche Verfassung (18 Prozent) wurden als weitere Ausschlußfaktoren genannt.

Zusammenfassung und Ausblick

In diesem Kapitel wurden der aktuelle Stand der Diagnostik der psychischen Verfassung von Personen beschrieben, die extremen Formen von Streß ausgesetzt waren. Dabei haben wir uns für den Einsatz mehrerer diagnostischer Quellen (Interview, psychometrischer Test und psychophysiologische Untersuchung) ausgesprochen, was zum einen der Erhöhung der diagnostischen Validität dient und zum anderen einer genaueren Kenntnis von Persönlichkeit und Bewältigungsversuchen des Patienten zugute kommt. Darüber hinaus wurden klinische Richtlinien und Heuristiken für den Entscheidungsprozeß dargestellt, die dem Kliniker bei der Gewinnung diagnostischer Daten und bei der Behandlungsplanung behilflich sein können.

Es sind auf dem Gebiet der Diagnostik noch eine Reihe theoretischer, empirischer und praktischer Fragen ungeklärt, mit denen sich die PTBS-Forschung zu beschäftigen hat. Einige von ihnen sind in den vorangegangen Abschnitten zur Sprache gekommen (z. B. die Notwendigkeit, spezifische diagnostische Instrumente für die Erfassung von zivilen Traumata zu entwickeln; oder die einer verstärkten Berücksichtigung der Besonderheiten der PTBS-Diagnostik bei Patienten, die einer Minderheit angehören). Abschließend sollen einige Erfordernisse zukünftiger Forschungsbemühungen auf dem Gebiet der PTBS-Diagnostik diskutiert werden.

Ganz besonders mangelt es der PTBS-Diagnostik an Maßen, die den Schweregrad der Symptome und ihrer Auswirkungen auf das soziale Funktionsniveau der Person erfassen. Die vorliegenden diagnostischen Instrumente bedienen sich mehrheitlich eines Gesamtscores, der die PTBS-Symptomatik global und kategorisch zum Ausdruck bringt (z. B. das SCID oder die Mississippi-Skala). Benötigt werden jedoch – qualitative und quantitative – Maße in Form von strukturierten Interviews oder *Paper-and-pencil*-Tests, die die subjektive Intensität spezifischer PTBS-

Symptome messen, sowie Instrumente für die Abschätzung der Beeinträchtigung des Funktionsniveau der betroffenen Person (z. B. CAPS; Blake, Weather, Nagy, Kaloupek, Klauminzer, Charney & Keane, 1990). Solche Maße sind für die Ansammlung von Daten förderlich, die Eingang in präzisere Definitionen (z. B. im DSM-IV) finden werden. Gleichzeitig bringen sie uns in unserem Verständnis der Prozesse weiter, die dieser Störung zugrunde liegen.

So könnte beispielsweise die Untersuchung von Zusammenhängen zwischen der Art der traumatischen Erfahrung und dem Schweregrad der Symptome sowie dem zeitlichen Verlauf zu einer Identifikation bestimmter Subtypen führen (so haben z. B. positive Symptomcluster wahrscheinlich andere Auswirkungen auf den Fortgang der Störung als negative) oder zu einer Entwicklung klinischer Modelle, die spezifische PTBS-Syndrome bei unterschiedlichen Formen oder Schweregraden traumatischer Erfahrungen (Traumatisierung durch kriminelle Delikte vs. Naturkatastrophe usw.) beschreiben, oder zu einer Analyse der Variabilität bestimmter PTBS-Symptome und dem stabilen Verlauf anderer. Wenn Kliniker den Schweregrad und die Auswirkungen einer PTBS empirisch erfassen können, werden sie eher in der Lage sein, Behandlungen zu planen, die besser auf die jeweils vorliegende individuelle Manifestation der Störung sowie auf die möglichen negativen Auswirkungen der Symptome auf das Umfeld des Patienten (z. B. familiäre Konflikte infolge von Vermeidungssymptomen eines Patienten) abgestimmt sind.

Eine weitere wichtige Frage, die noch genauer untersucht werden muß, betrifft die Brauchbarkeit des revidierten und neu standardisierten MMPI für die PTBS-Diagnostik (MMPI-2; Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegan & Kaemmer, 1989). Diese Frage bedarf ganz besonders der empirischen Klärung, da der alte MMPI und seine PTBS-Skala ihre Brauchbarkeit für diagnostische Zwecke unter Beweis gestellt hatten. Zwar legen erste Ergebnisse nahe, daß der MMPI-2 mit dem Original-MMPI vergleichbar ist, was die Diagnostik der kriegsbedingten PTBS betrifft (Litz, Penk, Walsh, Hyer, Blake, Marx, Keane und Bitman, 1991), eine Reihe von Fragen sind jedoch noch offen. Ist beispielsweise die PTBS-Skala des MMPI-2 genauso geeignet für die PTBS-Diagnosestellung wie die des Original-MMPI (bei kriegsbedingten wie bei zivilen Fällen)? Leistet der MMPI-2 aufgrund der hinzugefügten neuen Skalen, die das Testverhalten nach Konsistenz, Sorgfalt, Unter- und Übertreibung beschreiben, einen größeren Beitrag zur Bewertung der Validität der Selbsteinschätzungen (und damit der Brauchbarkeit der Angaben eines Patienten für die Erstellung einer PTBS-Diagnose)?

Schließlich benötigen wir diagnostische Strategien, die die Sammlung von Daten über den Verlauf der PTBS und ihrer psychosozialen Folgen in Abhängigkeit von der Entwicklungsphase, in der sie auftritt, erleichtern. Die Entwicklung von speziellen PTBS-Diagnoseinstrumenten und Methoden, die dem Kliniker dabei Hilfestellung leisten, zwischen den Auswirkungen eines extrem belastenden einzelnen Ereignisses und denen eines Lebens unter chronischen Stressoren zu unterscheiden, ist eine Herausforderung und eine große Aufgabe für zukünftige Forschung. Erfolge in diesen Punkten sind die beste Voraussetzung für theoretische und klinische Fortschritte auf dem gesamten Gebiet.