

Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abt.: Köln
Masterstudiengang Suchthilfe
(Master of Science in Addiction, Prevention and Treatment)

Masterthesis

**Verbreitung und Versorgung komplexer posttraumatischer
Belastungsstörungen bei KlientInnen im niedrighwelligen, ambulant
betreuten Wohnen für Suchtmittelabhängige**

vorgelegt von

Larissa Mokosch
Matrikelnummer: 509252

Erstprüfer: Dr. Martin Zobel
Zweitprüfer: Prof. Dr. Thorsten Köhler

Hildeheim, November 2016

Abstract/Zusammenfassung

Die vorliegende Masterthesis befasst sich mit der Verbreitung und therapeutischen Versorgung komplexer posttraumatischer Belastungsstörungen (kPTBS) bei niederschwellig betreuten Suchtmittelabhängigen. Um die diesbezügliche Forschungslücke zu schließen, wurden an drei Standorten innerhalb Deutschlands 50 Probanden des ambulant betreuten Wohnens (ABW) für Suchtmittelabhängige mittels eines Fragebogens auf das Vorliegen einer kPTBS gescreent, die Symptombelastung wurde gemessen sowie die aktuelle und vergangene therapeutische Versorgungslage erfragt. Die vorgestellten Ergebnisse zeigen bei Suchtmittelabhängigen im ABW eine stark erhöhte Verbreitung der kPTBS bei zeitgleicher, aktueller therapeutischer Unterversorgung derselben auf.

Zudem weisen sie darauf hin, dass sowohl die aktuelle therapeutische Vorgehensweise wie auch sozialpädagogische ambulante Betreuung bislang hinsichtlich der Komorbidität von Abhängigkeitserkrankungen und kPTBS nicht wirksam sind.

Um die Versorgungslücke zu schließen, wird ein Bedarf an niedrigschwellig einsetzbarer, evidenzbasierter Manuale, integrativer Angebotsformen sowie an einer zunehmende Sensibilität und traumaspezifischer, fachlicher Kompetenz innerhalb der niederschweligen Suchthilfe abgeleitet.

Inhaltsverzeichnis

Abstract/Zusammenfassung.....	I
Inhaltsverzeichnis	II
Abkürzungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VI
Abbildungsverzeichnis	VII
1. Einleitung	8
2. Forschungsstand und Hypothesenformulierung	11
2.1 Posttraumatische Belastungsstörung	11
2.1.1 Geschichte des Störungsbegriffs	11
2.1.2 Definition „Trauma“	12
2.1.3 Symptomkriterien und Symptomatik der PTBS	13
2.1.4 Diagnostik	17
2.1.5 Epidemiologie	17
2.1.6 Verlauf und Prognose	18
2.1.7 Komorbidität	18
2.2 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	19
2.2.1 Geschichte des Störungsbegriffs	19
2.2.2 Epidemiologie	20
2.2.3 Störungsbereiche, Symptomkriterien und Symptomatik	21
2.2.4 Komorbidität	23
2.2.4.1: kPTBS und Borderline-Persönlichkeitsstörung	24
2.2.5 Diagnostik	25
2.2.6 Behandlung	26
2.3 Komorbidität PTBS/k-PTBS und Suchterkrankung	27
2.3.1 Empirische Datenlage	27
2.3.2 Ätiologische Faktoren	27
2.3.2.1 Wirkung von Substanzen auf eine PTBS-Symptomatik	29
2.3.2.2 Ätiologisches Modell	29
2.3.3 Behandlung	31
2.4 Eingliederungshilfen/Ambulant betreutes Wohnen	33
2.5 Zusammenfassung, Fragestellung und Hypothesenbildung	34
2.5.1 Zusammenfassung	34
2.5.2 Fragestellung	35
2.5.3 Hypothesenbildung	36
3. Material und Methoden	38
3.1 Methodologische Positionierung	38

3.2 Datengewinnung und Datenschutz.....	38
3.3 Erhebungsinstrumente.....	39
3.3.1 Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe (KDS)	39
3.3.2 Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS).....	40
3.3.3 Beschwerdeliste kPTBS.....	41
3.4 Statistische Auswertung.....	42
4. Ergebnisse.....	43
4.1 Beschreibung der Stichprobe	43
4.2 Prävalenz komplexe PTBS.....	48
4.2.1 Traumakategorien und Alter	49
4.3 Untersuchungen zur Therapeutische Versorgungslage.....	51
4.3.1 Therapeutische Versorgung in der Vergangenheit	51
4.3.2 Gegenwärtige therapeutische Versorgung	52
4.3.3 Einfluss des ABW auf die aktuelle therapeutische Versorgungslage	52
4.3.4 Kenntnisstand Stabilisierungs- und Distanzierungstechniken	53
4.3.5 Einfluss des ABW auf den Bekanntheitsgrad von Stabilisierungs- und Distanzierungstechniken.....	54
4.3.6 Vordiagnostik posttraumatischer Belastungsstörungen	54
4.3.7 Behandlungswissen und Therapiemotivation	55
4.4 Untersuchungen zu Einflussfaktoren	56
4.4.1 Konsumstatut der positiv auf kPTBS Getesteten	56
4.4.2 Einfluss der Symptomschwere auf das Konsummuster.....	56
4.4.3 Einfluss des ABW auf die Symptomschwere	57
4.4.4 Einfluss therapeutischer Versorgung auf die Symptomschwere	57
4.4.5 Einfluss der Symptomschwere auf konsumierte Suchtstoffe.....	58
4.5 Hypothesenbeurteilung und -testung.....	60
5. Diskussion und Zusammenfassung	71
5.1 Diskussion der Methodik	71
5.2 Diskussion der Ergebnisse	73
5.2.1 Prävalenz komplexer PTBS	73
5.2.2 Traumakategorien und Alter	75
5.2.3 Einflussfaktoren	77
5.2.3.1 Symptomschwere und Konsumstatus	77
5.2.3.2 Symptomschwere und ambulant betreutes Wohnen	78
5.2.3.3 Symptomschwere und erfolgte Therapien	78
5.2.3.4 Symptomschwere und Suchtstoffe.....	79
5.2.4 Therapeutische Versorgungslage.....	80
5.3 Zusammenfassung und Fazit.....	83
6. Literaturverzeichnis	88

7. Anhang	105
7.1 Papierfragebogen.....	105
7.2 Fragebogen „Beschwerdeliste kPTBS“ mit Auswertungsschema	114
7.3 Ergebnisse inklusive subsyndromaler kPTBS	120
7.3.1 Prävalenz, Traumakategorien und Alter	120
7.3.2 Untersuchungen zur therapeutischen Versorgungslage	121
7.3.3 Untersuchungen zu Einflussfaktoren	124
Eidesstattliche Erklärung	127

Abkürzungsverzeichnis

ABW:	Ambulant betreutes WohnenBeschreibung
d:	Effekstärke (hier: nach Cohen)
DSM:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DeGPT:	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie
et al.	et alii, et aliae, et alia
H:	Stichprobenumfang
ICD:	International Classification of Diseases
Hrsg.:	Herausgeber/-in
KPTBS:	Komplexe posttraumatische Belastungsstörung
KS-Test	Kolmogorow-Smirnow-Test
M:	Mittelwert
N:	Gesamtstichprobe
n:	Stichprobenumfang
p:	Wahrscheinlichkeit
PTBS:	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD:	post-traumatic stress disorder
r:	Korrelationskoeffizient nach Pearson
rs:	Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman
SD:	Standardabweichung
SGB:	Sozialgesetzbuch
WHO:	World Health Organisation

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Traumakriterium nach ICD und DSM.....	12
Tabelle 2: Epidemiologische Forschungsergebnisse	17
Tabelle 3: T Typ II/interpersonelle Traumata mod. nach Maercker 2013	20
Tabelle 4: Prävalenzraten der komplexen PTBS mod. nach Sack 2004	21
Tabelle 5: Gegenüberstellung der Symptomkriterien kPTBS-BPS	24
Tabelle 6: Prävalenzen Komorbidität PTBS-Abhängigkeitserkrankung	27
Tabelle 7: Höchster Schulabschluss	44
Tabelle 8: Primärsubstanzen.....	46
Tabelle 9: Aktueller Konsumstatus	47
Tabelle 10: Traumakategorien der Gesamtstichprobe.....	49
Tabelle 11: Kategorien schlimmstes Erlebnis der Gesamtstichprobe	49
Tabelle 12: M und SD Symptomschwere.....	57
Tabelle 13: Konsumstatus bei kPTBS	77
Tabelle 14: Symptombelastung und Therapie	78

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: PTBS Symptomkriterien ICD	14
Abbildung 2:PTBS Symptomkriterien DSM IV	14
Abbildung 3: Diagnosekriterien DSM V	14
Abbildung 4: DESNOS Störungsbereiche der kPTBS	21
Abbildung 5 Teufelskreis bei PTBS und der Entwicklung einer Substanzstörung	30
Abbildung 6: Familienstand	43
Abbildung 7: Höchster Bildungsabschluss.....	44
Abbildung 8: Erwerbssituation.....	45
Abbildung 9: Primärsubstanzen	46
Abbildung 10: Prävalenz kPTBS.....	48
Abbildung 11: Traumaarten in der Subgruppe mit kPTBS	50
Abbildung 12: vergangene therapeutische Versorgung.....	51
Abbildung 13: Gegenwärtige therapeutische Versorgung.....	52
Abbildung 14: Kenntnisstand Stabilisierungs-/Distanzierungstechniken	53
Abbildung 15: Vordiagnostik PTBS	54
Abbildung 16: Behandlungswissen & Therapiemotivation	55
Abbildung 17: Konsumstatus bei kPTBS	56
Abbildung 18: Symptomschwere und therapeutische Versorgung	58
Abbildung 19: Symptombelastung und Konsummuster.....	60
Abbildung 20: Alter schlimmstes Erlebnis.....	76

1.Einleitung

Historisch betrachtet ist die Diagnostik und Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen eine junge Disziplin. Von den ersten wissenschaftlichen Abhandlungen aus dem 19. Jahrhundert, über den Beginn eines grundlegenden Verständnisses von Traumaauswirkungen durch die Kriege in Korea und Vietnam bis hin zur „Wiederentdeckung des Traumas als psychodynamisch wirksames Ereignis“ (Sack, Schellong, Sachsse 2013, S.5) ist sie in einer stetigen Weiterentwicklung hinsichtlich Forschung und Therapie.

Die diagnostischen Systeme DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) und ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ermöglichen seit 1980 die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und schaffen damit einen Behandlungsanspruch der Patienten.

Die hohe Komorbidität von Traumafolgestörungen und Suchterkrankungen ist heute gut belegt. Allerdings sind die Zugänge zu ambulanter und stationärer Therapie meist hochschwellig: so muss bei den meisten Therapieformen mit konfrontativen Elementen eine stabile Suchtmittelabstinenz vorliegen, die über die erste Stabilisierungsphase im stationären Rahmen erreicht werden soll (Lüdecke, Voigt, Teunißen & Schäfer 2013; Schäfer, Schulze & Stubenvoll 2011; Vogelgesang 2006). Für Mehrfach-/Schwerstabhängige mit chronischen Traumafolgestörungen und destabilisierenden Außenbedingungen ist weder ein stationärer Aufenthalt noch Abstinenz ein intrinsisch-motivational besetztes oder realisierbares Ziel (Schäfer, Stubenvoll, Dilling & Najavitz 2009; Hinz 2006).

„Eine besondere Bedeutung kommt...“ laut DeGPT (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie) „...dem frühen Erkennen von Versorgungsbedarf und dem niederschwelligen Zugang zur Versorgung zu“ (DeGPT, 2013: S.58). Sie bescheinigt des Weiteren Entwicklungsbedarf bezüglich „über die Versorgungslogik hinausgehende Modelle“ (DeGPT 2013: S.58). Viele bislang als schwer therapeutisch erreichbar geltende KlientInnen könnten so angebunden und einer Therapie zugeführt werden (Schäfer et al. 2009; Lüdecke, Jacobs, Schmidt & Strack 2010; Schay und Liefke 2009; Kuhn 2004).

Hinsichtlich der dezierten Zusammenhänge zwischen Trauma und Abhängigkeitserkrankungen wurden und werden internationale Studien durchgeführt, mit denen die Konzepte, Diagnostik und die Behandlung der Betroffenen evidenzbasiert entwickelt sowie verbessert werden sollen. Eine diesbezügliche Übersicht zum aktuellen Stand der Forschung wird im ersten Teil dieser Arbeit aufbereitet. Bislang wurden die Stichproben innerhalb des ambulanten und stationären therapeutischen Settings generiert – im Bereich der niederschwellig, sozialpädagogisch ambulant betreuten Suchtmittelabhängigen hingegen besteht eine Forschungslücke (vgl. Kapitel 2.3.1 und 2.5.1).

Einer jener Bereiche, in denen in Deutschland niederschwellige Hilfen für Suchtmittelabhängige angeboten werden, ist das ambulant betreute Wohnen (ABW). Es ist rechtlich im Sozialgesetzbuch (SGB) angesiedelt, zählt zu den Eingliederungshilfen und „dient dem Ziel, die Teilhabe an Arbeit und am Leben in der Gemeinschaft für abhängigkeitskranke Menschen zu erhalten, zu verbessern oder wieder herzustellen“ (Leune 2009). Das ambulant betreute Wohnen existiert in verschiedenen Ausprägungen von nieder- bis hochschwellig: Als Nachsorgeangebot stationärer Rehabilitationsmaßnahmen, mit Zugangsvoraussetzungen wie absolvierte Therapien, Abstinenz, nach Suchtstoff unterteilt, als Einzelwohnen oder in Wohngemeinschaften, aufgeteilt nach Geschlecht. Im niederschweligen Bereich überschneidet sich der Aufgabenschwerpunkt mit den seit 2003 in der Drogen- und Suchtpolitik Deutschland verankerten „Überlebenshilfen und Schadensreduzierung“ (vgl. BMG/Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Drogen und Suchtbericht 2003, S. 95 ff.). Durch sie sollen das Überleben Schwerstabhängiger gesichert und Motivation zur Weiterbehandlung aufgebaut werden.

Die aufsuchende Struktur des ABW in Form von Hausbesuchen (durch meist sozialpädagogisches Fachpersonal) bietet sich an, um die Forschungslücke in einem ersten Schritt zu schließen, da so als „schwer erreichbar“ geltende KlientInnen erfasst werden können.

Unter Bezugnahme auf die Selbstmedikationshypothese (Suchtmittelkonsum zur Reduktion posttraumatischer Symptome, Kapitel 2.5), das Teufelskreismodell nach Moggi und Donati, welches mit einbezieht, dass es durch den Substanzkonsum zu einer Verstärkung der PTBS-Symptomatik kommen kann (ebd.2004) sowie der bei Suchtmittelabhängigen erhöhten Wahrscheinlichkeit, wiederholt traumatische Erfahrungen zu erleben (Cilien und Ziegler 2013, Vogelgesang 2006), wird abgeleitet, dass bei diesem Klientel ein schwerwiegender und chronischer Verlauf einer Traumafolgestörung, der

komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS), postuliert werden kann. Die vorliegende Masterthesis befasst sich vor diesem Hintergrund mit der Prävalenz und der Versorgung komplexer posttraumatischer Belastungsstörungen bei KlientInnen im niederschweligen ambulant betreuten Wohnen für Suchtmittelabhängige.

Nach Darstellung des aktuellen Forschungsstandes zu posttraumatischen Belastungsstörungen, der Komorbidität zu Abhängigkeitserkrankungen sowie des ambulant betreuten Wohnens beschäftigt sich der zweite Teil dieser Arbeit mit der eigenen, quantitativen Studie, ihrer Entwicklung, der Operationalisierung sowie den Ergebnissen und der sich anschließenden Diskussion. Hierzu wurden 50 Probanden des niederschweligen, ABW für Suchtmittelabhängige mittels eines Fragebogens auf das Vorliegen einer kPTBS gescreent, die Symptombelastung wurde gemessen sowie die aktuelle und vergangene therapeutische Versorgungslage erfragt.

Zielsetzung dieser Thesis ist es zum einen, einen Beitrag zum Kenntnisstand zur Verbreitung und Versorgung komplexer posttraumatischer Belastungsstörungen bei Suchtmittelabhängigen innerhalb der hier untersuchten und bislang nicht erfassten Subgruppe des Suchthilfesystems zu leisten.

Darüber hinaus soll das Vorliegen einer möglichen Versorgungslücke be- oder widerlegt sowie Einflüsse auf die Symptombelastung gemessen werden. Im besten Fall können die Befunde Hinweise für die Praxis liefern, ob es für Menschen, die sich in niedrigschwelliger Betreuung befinden, ebensolcher therapeutischer/pädagogischer, evidenzbasierter Maßnahmen und manualisierter Verfahren bedarf. Hierdurch würden die Positionen und Forderungen der DeGPT wie auch aus Forschung und Praxis (exemplarisch Schmidt & Strack 2010, Schay & Liefke 2009, Schäfer et al. 2009) bekräftigt und der Entwicklungsbedarf für den niederschweligen Sektor der Suchthilfe würde als notwendig belegt.

2. Forschungsstand und Hypothesenformulierung

2.1 Posttraumatische Belastungsstörung

2.1.1 Geschichte des Störungsbegriffs

Auch wenn erste schriftliche Zeugnisse über schwerwiegende Ereignisse, die wir heute als „traumatisch“ klassifizieren würden, bis ins klassische Altertum zurück reichen, ist die Diagnostik und Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen historisch betrachtet eine junge Disziplin. Mitte des 19. Jahrhunderts lieferte Erichsen erstmals eine schriftliche Abhandlung über die Auswirkungen des sogenannten „railway-spine“, bei dem die Folgen von Unfällen im Zuge der Industrialisierung beschrieben wurden (Erichsen 1866 nach Seidler 2013). Wurden hier noch die Ursachen überwiegend im somatischen Bereich vermutet, änderte sich dies international grundlegend durch die Heimkehr kriegstraumatisierter Soldaten des Ersten Weltkrieges. Die Behandlungsformen waren jedoch teilweise martialisch: da Traumafolgestörungen als Ausdruck von Willensschwäche und Simulation betrachtet wurden, sollten die Gegenmaßnahmen entsetzlicher sein als die Fronterfahrungen – so dass die Soldaten dazu gebracht werden sollten, wieder in den Kriegseinsatz zu ziehen (Seidler 2013). Erst in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts änderte sich das Verständnis von Traumaauswirkungen grundlegend: Vor allem die Kriege in Korea und Vietnam führten zu der Erkenntnis, dass es durch extreme Gewalterfahrungen zu Störungen kommen kann, auch wenn keine psychische Vorschädigung vorlag. Die amerikanische Psychiaterin Judith Louis Herman hat in ihrem Buch „Narben der Gewalt“ (2003) diesen Prozess eindrucksvoll geschildert. Durch die seitdem kontinuierlich fortgesetzte Forschung wird der Störungsbegriff dezidiert, die Einflussfaktoren werden konturierter, die Komorbiditäten klarer/abgrenzbarer und es lassen sich zunehmend Anforderungen an die Behandlung ableiten.

2.2.2 Definition „Trauma“

Nach ICD und DSM stellt das sogenannte „Traumakriterium“ das erste der fünf Hauptkriterien dar und muss der Entwicklung einer diagnosefähigen PTBS vorangegangen sein.

Tabelle 1: Traumakriterium nach ICD und DSM

ICD-10	DSM V
<p>„Kurz- oder langanhaltende Ereignisse/Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, die nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.“ (WHO 1994, S.124)</p>	<p>A-Kriterium: „Exposure to actual or threatened death, serious injury, or sexual violation in one (or more) of the following ways: -Directly experiencing the traumatic event(s). -Witnessing, in person, the events(s) as it occurred to others. -Learning that the traumatic events(s) occurred to a close family member or close friend. Note: In cases of actual or threatened by death of a family member or friend, the events(s) must have been violent or accidental. -Experiencing repeated or extreme exposure to aversive details of the traumatic event(s) (e.g., first responders collecting human remains; police officers repeatedly exposed to details of child abuse). Note: This does not apply to exposure through electronic media, television, movies, or pictures unless this exposure is work related.“ (American Psychiatric Association 2013Code 308.3)</p>
DSM IV	
<p>A1-Kriterium: „Ereignis/Ereignisse, die eine Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder Gefahr für eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit beinhalten.“</p> <p>A2-Kriterium: „Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.“ (American Psychiatric Association 2000, S. 491)</p>	

Da sowohl die überwiegende Mehrzahl an Diagnoseinstrumenten wie auch Fachliteratur auf DSM IV beruhen, wird aktuell empfohlen, sich vorerst weiter an den diagnostischen Kriterien des DSM IV und ICD-10 zu orientieren (Boos 201,4), bis die DSM V Instrumente ihre Validität und Reliabilität bewiesen haben.

Eine schematische Unterteilung und Unterscheidung von traumatischen Ereignissen wird wie folgt vorgenommen:

- Typ I Traumata (kürzere Dauer oder einmalig, z.B. Unfälle, Schusswaffenwechsel, Naturkatastrophen) und Typ II Traumata (länger-/langandauernde/ wiederholte Ereignisse wie z.B. Kriegsgefangenschaft, Geiselhaft, Kindesmissbrauch/-misshandlung, wiederholte Vergewaltigung) (Terr 1991, S. 10-20)
- Zufällige (akzidentelle)/ oder durch Menschen verursachte/beabsichtigte (man-made/interpersonelle) Traumata (Boos 2014; Maercker und Michael 2009)

Bewusst durch Menschen verursachte wie auch Typ II Traumata führen häufiger zu stärkeren Beeinträchtigungen und chronischen Verlaufsformen der psychischen Folgen als kurz andauernde oder zufällige Traumata. (Glaesmer, Matern, Rief & Braehler 2015, Maercker, 2013; Flatten 2004, Ford et al., 1998).

2.1.3 Symptomkriterien und Symptomatik der PTBS

Die vielfältigen möglichen Einzelsymptome einer PTBS lassen sich in drei Hauptsymptomgruppen aufgliedern:

- **Intrusion/Wiedererleben:** sich aufdrängende Erinnerungen, Bilder; wiederkehrende (Alb-)Träume vom Erlebnis; dissoziative Zustände; starke psychische und physische Reaktionen bei Konfrontation mit Hinweisreizen (Trigger);
- **Vermeidung/Numbing:** Versuch, Gefühle, Gedanken, Gespräche über das traumatische Ereignis sowie damit assoziierte Aktivitäten, Situationen oder Personen zu vermeiden; Unfähigkeit, sich an Teile des Traumas zu erinnern; reduziertes Interesse/Anteilnahme an ehemals positiv besetzten Aktivitäten; Gefühl der Entfremdung und Isolierung; herabgesetzte Fähigkeit, Gefühle zu empfinden; Gefühl der eingeschränkten Zukunftsperspektive.
- **Hyperarousal:** Die durch das Trauma herabgesetzte Erregungsschwelle des zentralen Nervensystems führt zu einer Erregungssteigerung, die sich in Ein-/Durchschlafschwierigkeiten, Überwachsamkeit, extremer Schreckhaftigkeit und erhöhter Reizbarkeit äußern kann.

(Maercker 2013; Lueger-Schuster 2008);

Neben dem bereits dargestellten Trauma-/ Ereigniskriterium müssen folgende Symptomkriterien zur Diagnosevergabe einer PTBS nach ICD und DSM erfüllt sein:

ICD 10:

„B. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flashbacks), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.

C. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Erlebnis.

D. Entweder 1. oder 2.

1) teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern

2) anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung)

mit zwei der folgenden Merkmale

a. Ein- und Durchschlafstörungen

b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche

c. Konzentrationsschwierigkeiten

d. Hypervigilanz

e. erhöhte Schreckhaftigkeit

E. Die Kriterien B, C und D treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf. (In einigen speziellen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden).“ (WHO 1994, S.124)

Abbildung 1: PTBS Symptomkriterien ICD

DSM-IV:

„B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:

- 1) wiederholte und sich aufdrängende Erinnerungen an das Ereignis (auch Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen)
- 2) wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis.
- 3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten).
- 4) intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
- 5) körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:

- 1) bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,
- 2) bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,
- 3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,
- 4) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,
- 5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,
- 6) eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),
- 7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).

D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousals (vor dem Trauma nicht vorhanden).

Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:

- 1) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen,
- 2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
- 3) Konzentrationsschwierigkeiten,
- 4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),
- 5) übertriebene Schreckreaktion.

E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat.

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Akut: Wenn die Symptome weniger als 3 Monate andauern. Chronisch: Wenn die Symptome mehr als 3 Monate andauern.

Mit verzögertem Beginn: Wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor liegt.“ (American Psychiatric Association 2000, S. 491)

Abbildung 2: PTBS Symptomkriterien DSM-IV

DSM-V

„B. Presence of nine (or more) of the following symptoms from any of the five categories of intrusion, negative mood, dissociation, avoidance, and arousal, beginning or worsening after the traumatic event(s) occurred:

Intrusion symptoms:

- Recurrent, involuntary, and intrusive distressing memories of the traumatic event(s). Note: In children, repetitive play may occur in which themes or aspects of the traumatic event(s) are expressed.
- Recurrent distressing dreams in which the content and/or affect of the dream are related to the events(s). Note: In children older than 6, there may be frightening dreams without recognizable content.
- Dissociative reactions (e.g. flashbacks) in which the individual feels or acts as if the traumatic event(s) were recurring. (Such reactions may occur on a continuum, with the most extreme expression being a complete loss of awareness of present surroundings). Note: In children, trauma-specific reenactment may occur in play.
- Intense or prolonged psychological distress or marked physiological reactions in response to internal or external cues that symbolize or resemble an aspect of the traumatic events.

Negative Mood:

- Persistent inability to experience positive emotions (e.g., inability to experience happiness, satisfaction, or loving feelings).

Dissociative Symptoms:

- An altered sense of the reality of one's surroundings or oneself (e.g., seeing oneself from another's perspective, being in a daze, time slowing.)
- Inability to remember an important aspect of the traumatic events(s) (typically due to dissociative amnesia and not to other factors such as head injury, alcohol, or drugs).

Avoidance symptoms:

- Efforts to avoid distressing memories, thoughts, or feelings about or closely associated with the traumatic event(s).
- Efforts to avoid external reminders (people, places, conversations, activities, objects, situations) that arouse distressing memories, thoughts, or feelings about or closely associated with the traumatic event(s).

Arousal symptoms:

- Sleep disturbance (e.g., difficulty falling or staying asleep, restless sleep) Irritable behavior and angry outbursts (with little or no provocation) typically expressed as verbal or physical aggression toward people or objects.
- Hypervigilance
- Problems with concentration Exaggerated startle response

C. The duration of the disturbance (symptoms in Criterion B) is 3 days to 1 month after trauma exposure. Note: Symptoms typically begin immediately after the trauma, but persistence for at least 3 days and up to a month is needed to meet disorder criteria. (American Psychiatric Association 2013Code 308.3)

Abbildung 3: PTBS Diagnosekriterien DSM-V

2.1.4 Diagnostik

Es stehen inzwischen eine hohe Anzahl diagnostischer Instrumente zur Verfügung, die sich grob in strukturierte und standardisierte Interviews sowie Selbstbeurteilungsverfahren einteilen lassen. (vgl. Schützwohl, 2013). Zur zuverlässigen Diagnosestellung einer PTBS ist diese von anderen Störungsbildern differentialdiagnostisch abzugrenzen (Dressing&Foerster 2014;Schützwohl 2013).

2.1.5 Epidemiologie

Die Ergebnisse von Studien hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz von PTBS divergieren stark nach Herkunftsland (Maercker 2013) und Untersuchungsmethode („Übersehen“ von PTSD, wenn nicht mit entsprechenden diagnostischen Instrumentarien gearbeitet wird, vgl. Zimmermann und Mattia 1999), wie folgende Tabelle veranschaulicht:

Tabelle 2: Epidemiologische Forschungsergebnisse

Studie/Autoren	Lebenszeitprävalenz %
Stein et al. (2000)	2-5%
Kessler et al (1995)	7,8 % (♀ 10,4%, ♂ 5,0)
Kessler et al (2005)	6,8 %
ESEMeD (2004)	1,9 % (♀ 2,9%, ♂ 0,9%)
Frans et al (2005)	5,6 % (♀ 7,4, ♂ 3,6)
Essau et al (1999)	1,6 %
Zimmermann und Mattia (1999)	psychiatrischer Screening Fragebogen vs. „Structured Clinical Interview for DSM IV (SCID)“. Prävalenz : 7,2% vs 14,4%

Die Geschlechterverteilung zeigt trotz der unterschiedlichen Prävalenzraten, dass Frauen überproportional wahrscheinlicher im Laufe ihres Lebens eine PTBS entwickeln (werden). Die Auftretenswahrscheinlichkeit einer PTBS unterscheidet sich zudem nach der Art der Traumatisierung und ist bei Vergewaltigung, Misshandlung/sexuellem Missbrauch in der Kindheit und Kriegsteilnahme am höchsten (Maercker 2013, Kessler et al. 1995, Perkonig et al. 2000).

2.1.6 Verlauf und Prognose

Hat sich nach einem traumatischen Ereignis eine PTBS entwickelt, so sind die entsprechenden Symptomatiken bei etwa einem Drittel der Betroffenen bereits nach Wochen oder Monaten wieder rückläufig (vgl. Kessler et al 1995; Foa und Rothbaum 1993; Shalev 2001). Nach Kessler et al. waren nach vier Jahren 50% der ursprünglich von einer PTSD betroffenen symptomfrei – allerdings hatte sich bei etwa 30% auch nach zehn Jahren das Störungsbild chronifiziert (ebd. nach Maercker, 2013). Hinsichtlich einer Chronifizierung gilt als prognostisch ungünstig, wenn die Symptome länger als drei Monate bestehen bleiben und/oder Komorbiditäten vorliegen bzw. als Folge entstehen. (vgl. Frommberger und Maercker 2014, S. 253).

2.1.7 Komorbidität

Durch zahlreiche Studien wurde die hohe Komorbiditätsrate belegt, die je nach Untersuchung zwischen 50-100% beträgt (vgl. Maercker 2013, Cillien&Ziegler 2013; Menne&Ebbinghaus 2013). Als häufigste komorbide Störungen sind hiernach Angststörungen, Depressionen, Suizidalität, Medikamenten-, Alkohol-, Drogenmissbrauch oder – sucht, Somatisierungsstörungen, Borderline- oder antisoziale Persönlichkeitsstörung, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ebd.) zu nennen. Neben Typ II und man-made Traumata erhöhen Komorbiditäten die Chronifizierungsrate posttraumatischer Belastungsstörungen bzw. üben einen wechselseitigen, symptomverstärkenden Einfluss aus, wie im folgenden Kapitel dargestellt wird.

2. 2 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

2.2.1 Geschichte des Störungsbegriffs

Personen, die in ihrer Biografie wiederholten/länger anhaltenden Typ II/man-made Traumata ausgesetzt waren, entwickeln oft ein Störungsbild, welches über die klassischen PTBS-Symptome hinausgeht. Judith Herman schlug 1992 für dieses komplexe Beschwerdebild den Begriff „Complex PTSD“ vor, welcher sich im ICD-11-Entwurf als „komplexe PTBS“ wiederfindet. Pelcovitz entwickelte ein strukturiertes, klinisches Interview („Structured Interview for Disorders of Extreme Stress/SIDES“, Pelcovitz 1997), welches in großen Felduntersuchungen eingesetzt wurde und eine hohe Konstruktvalidität hinsichtlich der Diagnose zeigte. Internationale Studien folgten (Ford 1999; Teegen und Schriefer 2002; Zlotnick und Pearlstein 1997; Zlotnick et al. 1996; Ford und Kidd 1998; Boroske-Leiner et al. 2008; Sack 2005;), die das diagnostische Konstrukt bestätigten. Dennoch wurde die komplexe PTBS nicht als eigenständige Diagnose in das DSM V aufgenommen. In dem 2013 neu aufgestellten Kapitel „Trauma- and Stressor-Related Disorders“ lassen sich jedoch Traumafolgestörungen mit unterschiedlichen Akzentuierungen subsumieren. Die im DSM IV als „Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified“ (DESNOS) geführte Diagnose entfällt bzw. ist als eine Grundlage in das neugefasste Kapitel eingeflossen. Innerhalb des ICD entspricht die „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ (ICD-10 F 62.0) dem Konstrukt komplexe PTBS am ehesten. Für das ICD-11 (voraussichtliche Veröffentlichung 2018) wird aktuell diskutiert, die komplexe PTBS neben der PTBS aufzunehmen. Als Symptomcluster sind Wiedererinnerungen, Vermeidung und Wahrnehmung einer (weiterbestehenden) Bedrohung, deutliche Störung der Affektregulation, negatives Selbstkonzept und deutliche interpersonelle Probleme (Boos 2014) vorgeschlagen.

2.2.2 Epidemiologie

Wie bei der „regulären“ PTBS ist die Datenlage zur Prävalenz der komplexen PTBS uneinheitlich. Da dieser chronifizierten Traumafolgestörung meist langanhaltende und/oder von Menschen verursachte Traumaereignisse zu Grunde liegen (Krammer, Simmen-Javenska und Maercker 2013, Schellong 2013, Roestel und Kersting 2008), lassen sich diesbezügliche epidemiologische Befunde heranziehen.

Tabelle 3: T Typ II/interpersonelle Traumata mod. nach Maercker 2013

Studie	US-amerikanische Studie: 15 – 65- Jährige (Kessler et al. 1995)		Münchener Studie:14-24-jährige (Perkonig et al. 2000)		Deutschland: repräsentative deutsche Stichprobe (♀ & ♂ gemittelt) (Maercker et al. 2008)	
	Traumahäufigkeit	Lebenszeitprävalenz nach Trauma	Traumahäufigkeit	Lebenszeitprävalenz nach Trauma	Traumahäufigkeit	Störungshäufigkeit nach Trauma
Vergewaltigung	5,5%	55,5%	1,3%	50,0%	0,75%	37,5
Sexuelle Belästigung	7,5%	19,3%				
Krieg	3,2%	38,8%	0,2%	25,0%	Kriegshandlungen: 8,2% Kriegsgefangenschaft: 1,6%	7,9% 0%
Waffengewaltandrohung	12,9%	17,2%				
Körperliche Gewalt	9,0%	11,5%	9,6%	1,7%	3,8%	10,5%
Misshandlungen/sexueller Missbrauch i.d. Kindheit	4,0%	4,0%	1,9%	30,6%	<14. Lebensjahr: 1,2%	35,3%
Vernachlässigung i.d. Kindheit	2,7%	2,7%				
Zeuge von Unfällen, Gewalt	25,0%	7,0%	4,2%	2,4%	8,5%	6,9%

Tabelle 4: Prävalenzraten der komplexen PTBS mod. nach Sack 2004

Autoren	Land	Stichprobe	Anteil komplexe PTBS
Ford & Kid (1998)	USA	74 Vietnamveteranen	57%
Jongedijk et al. (1996)	NL	21 Kriegsveteranen	38%
Newman et al. (1995)	USA	10 Vietnamveteranen mit chron. PTBS	100%
Roth et al. (1997)	USA	234 Frauen (sex. Missbrauch oder Misshandlung)	50%
Sack et al. (2002)	D	72 Patienten einer Traumaambulanz (78% w)	22%
Teegen & Vogt (2002)	D	33 Folteropfer (76% m)	66%
Teegen & Schriefer (2002)	D	71 misshandelte Frauen	27%
Weine et al. (1998)	USA	24 traumatisierte Flüchtlinge (50% w)	0%

2.2.3 Störungsbereiche, Symptomkriterien und Symptomatik

Zu den Kernsymptomen einer PTBS entwickeln sich bei einer kPTBS starke Beeinträchtigungen in der Emotions-/Affektregulation, im Selbstkonzept sowie in der Beziehungsfähigkeit, zudem ist die Somatisierungsneigung deutlich erhöht (vgl. Maercker 2013, Cloitre et al. 2014). Im DSM IV wurden die Symptome unter der Diagnose DESNOS (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified), wie auf der folgenden Seite dargestellt, geclustert:

I. Störung der Regulation von Affekten und Impulsen

- a) Starke Stimmungsschwankungen mit Unfähigkeit sich selbst zu beruhigen
- b) Verminderte Steuerungsfähigkeit von aggressiven Impulsen
- c) Autodestruktive Handlungen und Selbstverletzen
- d) Suizidalität
- e) Störungen der Sexualität
- f) Exzessives Risikoverhalten

II. Störung der Wahrnehmung oder des Bewusstseins

- a) Amnesien
- b) Dissoziative Episoden oder Depersonalisation

III. Störung der Selbstwahrnehmung

- a) Unzureichende Selbstfürsorge
- b) Gefühl, dauerhaft zerstört zu sein
- c) Schuldgefühle
- d) Scham
- e) Gefühl, isoliert und abgeschnitten von der Umwelt zu sein
- f) Bagatellisieren von gefährlichen Situationen

IV. Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen

- a) Unfähigkeit zu vertrauen
- b) Wiederholte Viktimisierung
- c) Viktimisierung anderer Menschen

V. Somatisierung

- a) Somatoforme Symptome
- b) Hypochondrische Ängste

VI. Veränderungen von Lebenseinstellungen

- a) Fehlende Zukunftsperspektive
- b) Verlust von persönlichen Grundüberzeugungen und Werten

Abbildung 4: DESNOS Störungsbereiche der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (Sack 2004 S. 455, Mod. nach Pelcovitz et al.)

Wie dargestellt entspricht die „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ (ICD-10 F 62.0) dem Konstrukt komplexe PTBS im ICD X am ehesten.

Für die Vergabe der Diagnose müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- Die Persönlichkeitsänderung besteht mindestens zwei Jahre und ist einer Belastung katastrophalen Ausmaßes gefolgt
- Die Belastung muss so extrem sein, dass die Vulnerabilität der betreffenden Person als Erklärung für die tief greifende Auswirkung auf die Persönlichkeit nicht in Erwägung gezogen werden muss.
- Feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt
- Sozialer Rückzug
- Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit
- Ein chronisches Gefühl der Anspannung wie bei ständigem Bedrohtsein
- Entfremdungsgefühl
- Eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) kann dieser Form der Persönlichkeitsänderung vorausgegangen sein.

2.2.4 Komorbidität

Wie unter 2.1.7 für die PTBS dargestellt, liegen ebenfalls bei der komplexen PTBS gehäuft Komorbiditäten vor:

- Depressionen (Joraschky et al. 2005b)
- Angst- und Zwangsstörungen (Csef 1997; Joraschky et al. 2005a)
- Dissoziative Störungen (Eckhardt-Henn & Hoffmann 2005)
- Somatisierungs- bzw. Konversionsstörungen (Hessel & Geyer 2005; Scheidt & Hoffmann 2005)
- Sexuelle Funktionsstörungen (Strauß et al. 2005)
- Schmerzsyndrome (Egle & Nickel 2005; Egle et al. 2005; Lampe & Söllner 2005)
- Essstörungen (Thiels 2005)
- Persönlichkeitsstörungen und Störungen der Aufmerksamkeit und der Impulskontrolle (Dulz & Jensen 2001; Gast 2005; Johnson et al. 2005; Paris 2001)
- Suizidalität/Suizidversuche (Joraschky et al. 2005b)
- Selbstverletzendes Verhalten (Eckhardt-Henn & Hoffmann 2005; Sachsse 1996)
- Substanzmissbrauch/-abhängigkeit (Menne & Ebbinghaus 2013; Schäfer 2006, Krausz et al. 2005)
- Bindungsstörungen, dysfunktionale Beziehungsgestaltung (Lüdecke, Voigt, Teunißen & Schäfer 2013)

2.2.4.1: kPTBS und Borderline-Persönlichkeitsstörung

Ein besonderes Augenmerk wurde auf die diagnostische Abgrenzung der komplexen PTBS zur Borderline-Persönlichkeitsstörung gelegt, da sich die Symptomatiken streckenweise überschneiden.

Tabelle 5: Gegenüberstellung der Symptomkriterien kPTBS-BPS (nach Sack et al. 2011)

komplexe PTBS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
Störung der Affektregulation mit impulsiven und risikoreichen Verhaltensweisen	Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen
Selbstverletzendes und suizidales Verhalten	Wiederholte suizidale Handlungen, Suiziddrohungen
Störung der Affektregulation, Impulsivität und autodestruktives oder risikoreiches Verhalten	Affektive Instabilität
	Chronisches Gefühl von Leere
Schwierigkeiten, Ärger zu modulieren	Unangemessene heftige Wut
Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, Scham, Gefühl, isoliert von anderen Menschen zu sein	Ausgeprägte Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung
Dissoziative Symptome	Vorübergehende paranoide oder dissoziative Symptome
Extremes Misstrauen, Tendenz erneut zum Opfer zu werden	Muster instabiler aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen (Idealisierung und Entwertung)
Somatoforme Körperbeschwerden	
	Verzweifelt Bemühen Verlassenwerden zu vermeiden
Fehlende Zukunftsperspektive, Verlust von persönlichen Grundüberzeugung	

Je nach Studie finden sich zwischen 46% bis zu 96% Kindheitstraumatisierungen bei PatientInnen mit Borderline Diagnose (vgl. Boos 2014, Sack et al. 2012, Lewis & Greyner 2009, Sansone et al. 2011) und 68% der PTBS-Patientinnen weisen eine komorbide Borderline-Persönlichkeitsstörung auf (vgl. Boos 2014).

Auch wenn wie dargestellt Überschneidungsbereiche existieren, kann die Borderline-Persönlichkeitsstörung durch die Charakteristika „Angst vor dem Verlassenwerden“ sowie des „wechselnden Selbstkonzeptes“ klar abgegrenzt werden: ersteres ist bei der komplexen PTBS keine Bedingung und zweiteres ist überdauernd negativ ausgeprägt (vgl. Maercker 2013).

2.2.5 Diagnostik

Das „Structured Interview for Disorders of Extreme Stress“ (SIDES, Pelcovitz et al. 1997, van der Kolk & Pelcovitz 1999, deutsche Version Teegen et al. 1999) stellt ein valides und reliables (Teegen & Vogt 2002, van der Kolk und Pelcovitz 1999 nach Schützwohl 2013), strukturiertes Interview zur Erfassung der komplexen PTBS-Symptomatiken dar.

Mit dem „Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung“ (IK-PTBS, Sack & Hoffmann 2001) liegt eine modifizierte und gekürzte deutsche Version des SIDES vor.

Es scheint sinnvoll, „im klinischen Setting von einer subsyndromalen komplexen PTBS zu sprechen, falls 5 von 6 diagnoserelevanten Symptomgruppen vorhanden sind (Borosse-Leiner et al. 2008; Huber 2003 nach Schützwohl 2013).

Mit der „Beschwerdeliste kPTBS“ (Teegen et al. 2001) und „Desnos“/“Traumatic Antecedents Questionnaire“ (Hofman et al. 1999, veröffentlicht in Fischer 2000) liegen zudem zwei deutschsprachige Versionen des „SIDES-SR“ (Self-Report-Inventory for Disorders of Extreme Stress, Luxemburg et al. 2001) vor. Das Selbstbeurteilungsinventar erfasst die Symptome wie auch die Symptomschwere in den sechs Symptombereichen der komplexen PTBS und ist hierdurch auch zur Verlaufsbeobachtung geeignet (vgl. Wirtz et al. 2013, Schützwohl 2013).

Aufgrund der erhöhten Auftretenswahrscheinlichkeit weiterer, psychischer Komorbiditäten, müssen auch diese diagnostisch abgeklärt werden, da sie „bei entsprechender Symptomschwere vordringlich zu behandeln sein“ können (Sack & Ebbinghaus 2013, S.35). Häufig treten Betroffene zunächst mit eben jenen Komorbiditäten in Erscheinung, was mitunter zu langandauernder Fehlbehandlung führt (Kuwert, Hornung, Freyberger, Glaesmer und Klauer 2015; Cillien&Ziegler 2013).

2.2.6 Behandlung

Da sich die beschriebenen Symptome einer komplexen PTBS auf nahezu alle Lebensbereiche der Betroffenen erstrecken, hat sich aktuell wie bei der PTBS das Drei-Phasen Modell (Stabilisierung-Traumabarbeitung-Reintegration) durchgesetzt (vgl. Wöller 2010, Roestel & Kersting 2008).

In Phase 1 steht der Aufbau von äußerer und innerer Stabilität, insbesondere der Selbststeuerungs- und Selbstfürsorgekompetenzen im Vordergrund, „ohne dass die Auseinandersetzung mit dem Trauma völlig gemieden werden sollte“ (Herman 2011, S.18, Beutel & Subic-Wrana 2012). Zentrale Bestandteile sind Psychoedukation, Aufbau von Sicherheitsempfinden, Erlangen von Kontrolle über Symptome wie Flashbacks, Hyperarousal, Dissoziationen und Suchtdruck über Stabilisierungs- und Distanzierungstechniken sowie Achtsamkeitsübungen und Skillstrainings. (Maercker 2013, Herman 2011 Courtois, Ford & Cloitre 2009, Roestel & Kersting 2008).

In Phase 2 wird das Trauma und seine Auswirkungen – je nach therapeutischer Ausrichtung und individueller Konstitution der Patienten - mit divergierenden Anteilen der Traumakonfrontation fokussiert. Durch die erhöhte emotionale Beteiligung und Verarbeitung können episodische bis länger anhaltende Symptomverschlimmerungen auftreten, auf die von Therapeutenseite mit einem individuellen Behandlungskonzept reagiert werden sollte (Boos 2014). Die Spannweite der Traumabarbeitung reicht von der gegenwartszentrierten Konzentration auf den Ausbau der Selbstregulation und die Reflexionsfähigkeit hinsichtlich Erinnerungen und Emotionen, über narrative Rekonstruktionen, Desensibilisierung, Eye Movement Desensitization and Reprocessing bis hin zur gezielten Reizüberflutung durch längere Expositionen (Maercker 2013, Herman 2011; Courtois, Ford & Cloitre 2009, Roestel & Kersting 2008).

Die dritte Phase befasst sich mit der psychosozialen Reintegration, insbesondere dem Auf- und Ausbau der Fähigkeit, soziale Beziehungen einzugehen und Netzwerke zu bilden, der posttraumatischen Reifung, dem weiteren Abbau von Dysfunktionalitäten sowie der Integration des Erreichten (Fooker 2013, Maercker 2013, Herman 2011, Roestel & Kersting 2008).

2. 3 Komorbidität PTBS/kPTBS und Suchterkrankung

2.3.1 Empirische Datenlage

Die hohe Komorbidität von PTBS und Abhängigkeitserkrankungen gilt heute als gut belegt. Eine deutsche Studie stellte 2008 eine PTBS - 1-Jahresprävalenz bei der Allgemeinbevölkerung von 2,3% bei den 18-97 Jährigen fest (vgl. Maercker et al. 2013). Nach Kessler et al. liegt die 12-Monats-Prävalenz bei 1-4% (ebd. 2012). Mit der Allgemeinbevölkerung verglichen, weisen abhängigkeitserkrankte Patienten eine deutlich höhere Zahl diagnostizierbarer PTBS auf, wie die folgende Tabelle veranschaulicht.

Tabelle 6: Prävalenzen Komorbidität PTBS-Abhängigkeitserkrankung (Eigendarstellung nach ebd.)

Studie/Autoren	Stichprobe	PTBS	PTBS	Kumuliert %
		♀ %	♂ %	
Schäfer, Najavits 2007	Suchtkranke in Behandlung, internat.			Lebenszeitprävalenz:26-52%, akute PTBS 15-41%
Kutscher et al. 2002	128 Alkoholabhängige im qualifizierten Entzug, Deutschland	22%	9%	
Schäfer, Reinin- ghaus. Langeland et al. 2007	Stationäre, alkoholabhängige Patienten, Deutschland	26%	11%	15%
Driessen, Schulte, Luedecke et al. 2008	469 Patienten aus stationärer und ambulanter Suchttherapie, Deutschland			Alkoholabhängige:15% Drogenabhängige: 30% Mehrfachabhängige: 34%
Schäfer, Schultz, Vertheim, Krausz 2004	TherapeutInnen von 259 ambulante Suchttherapieeinrichtungen, Deutschland			33%
Jacobsen et al. 2001	Patienten mit PTBS, USA			22-43% Substanzmissbrauch/-abhängigkeit
Hellmer 2009	70 SuchtpatientInnen in stat. Langzeittherapie			57% PTBS davon 34% kPTBS

2.3.2 Ätiologische Faktoren

Weitgehende Einigkeit besteht hinsichtlich der Auswirkung von Traumatisierungen auf die Entwicklung einer substanzbezogenen Störung, wobei der frühkindlichen Form und Typ II Traumata als primäre Auslösebedingung einer komplexen PTBS ein besonderer Stellenwert beigemessen wird (vgl. Scherbaum, Specka 2014; Potthast, Catani 2012, Vogelgesang 2006; Schäfer, Schultz, Vertheim; Kuhn 2004; Krausz 2004, S. 119).

Traumatisierte Suchtmittelabhängige weisen im Vergleich mit nicht-traumatisierten häufiger frühkindliche/Typ II Traumata auf, entwickeln schwerere Krankheitsverläufe, beginnen früher mit dem Substanzkonsum, konsumieren häufiger polyvalent und erfahren im Lebensverlauf häufiger wiederholte traumatische Erfahrungen (vgl. Cilien & Ziegler 2013, Schäfer et al. 2009, Harrison et al. 1990).

Als ätiologisches Modell hat sich die „Selbstmedikationshypothese“ durchgesetzt (vgl. ebd.), nach der Betroffene Suchtmittel einsetzen, um sie beeinträchtigende PTBS-Symptomatiken abzuschwächen und/oder abzumildern (weitere Ausführungen hierzu unter Kapitel 2.3.2.1 und 2.3.2.2).

Zudem wird die Selbstregulationsfähigkeit durch die PTBS-Symptomatiken negativ beeinträchtigt, wodurch die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit begünstigt wird (vgl. Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer 2010).

Die „Hochrisiko-Hypothese“ besagt, dass eine bestehende Abhängigkeitserkrankung die Auftretenswahrscheinlichkeit traumatischer Erlebnisse erhöht, wobei insbesondere sexuelle Traumatisierung und Substanzkonsum sich gegenseitig bedingende Risikofaktoren darstellen (Cillien&Ziegler 2013). Ursächlich hierfür wird die unter Substanzkonsum „mangelnde Fähigkeit, sich vor aktuellen Traumatisierungen zu schützen sowie [...] in Situationen die Gefahr nur mangelhaft zu erkennen und keine adäquaten Schutzreaktionen auszubilden“ (Vogelgesang, 2006 S.8) gemacht.

Ein weiterer, hypothetischer Zusammenhang besteht in einer erhöhten Vulnerabilität durch Substanzkonsum für eine PTBS-Entwicklung nach erfolgter Traumaexposition durch ein „erhöhtes Niveau von Angst und Arousal bei chronischem Konsum“ (Stewart et al. 1998, nach Schäfer 2006).

Wie die Studie von Driessen et al. (siehe vorangegangene tabellarische Darstellung Tabelle Nummer 6) veranschaulicht, besteht ein Zusammenhang zwischen dem Existieren einer PTBS und der Substanzkonsumart: Es sind deutlich mehr Drogen- und Polytox-Abhängige von einer PTBS betroffen, als Alkoholabhängige, worauf im folgenden Abschnitt dezidiert eingegangen wird.

2.3.2.1 Wirkung von Substanzen auf eine PTBS-Symptomatik

Die Entstehung und Aufrechterhaltung einer substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankung wird durch neurobiologische Mechanismen, die bei einer PTBS auftreten, beeinflusst und begünstigt.

Eine PTBS geht, ebenso wie unkontrollierbarer Stress, mit einer Dysregulation der noradrenalen Aktivität einher. Betroffene weisen in der Regel eine Hyperfunktion der sogenannten HPA-Achse auf, welche für den deutlich erhöhten Erregungslevel (Arousal/Hyperarousal), verantwortlich ist (Irle, Lange, Sachsse und Weniger 2013; Schmal 2013; Ford 2011).

Dämpfende Substanzen wie Opiate, Benzodiazepine oder Alkohol wirken diesem Effekt auf neuronaler Ebene entgegen (vgl. Kunzke, 2008).

In einer Studie wurden z.B. 61 Kriegsveteranen mit PTBS zu den unterschiedlichen Auswirkungen bestimmter Substanzen befragt. Die dämpfende Wirkung von Alkohol, Heroin, Marihuana und Benzodiazepinen wirkten sich nach Aussagen der Veteranen reduzierend auf die PTBS-Symptomatik aus, wohingegen antriebssteigernde Drogen (wie z.B. Kokain und amphetaminhaltige Substanzen) die Symptomatik hingegen verschlimmerten (Stewart et. al 1998).

Zur Dosissteigerung wie auch zur Aufrechterhaltung einer Abhängigkeitserkrankung trägt zudem bei, dass Symptome der PTBS teilweise einzelnen Entzugserscheinungen ähneln (vgl. Kunzke 2008). So wird versucht, PTBS-Symptome wie intrusives Wiedererleben, Reizbarkeit, Schlafstörungen und Konzentrationsschwächen mit erneutem Konsum zu beseitigen, was sich letztendlich negativ auf den Verlauf beider Störungen auswirkt. Folgen eines chronifizierten Konsumes sind weitere physische und psychische Gesundheitsproblematiken sowie Ausgrenzungsprozesse aus der Gesellschaft.

Die dargestellte Wirkung von Substanzen ist Grundlage des im Folgenden vorgestellten Modells zur Ätiologie zur Entwicklung einer Doppeldiagnose „PTBS und Abhängigkeitserkrankung“.

2.3.2.2 Ätiologisches Modell

Die Selbstmedikationshypothese geht davon aus, dass bestimmte psychotrop wirksame Substanzen konsumiert werden, um Symptome einer psychischen Störung zu lindern. Übertragen auf die Komorbidität PTBS und Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung kann der Substanzkonsum somit als Copingversuch verstanden werden, PTBS-

Symptomatiken wie Übererregtheit, Intrusionen, emotionale Taubheit und Schlafstörungen erträglicher werden zu lassen oder sie ganz zu beseitigen (Lüdecke, Voigt, Teunißen & Schäfer 2013; Schäfer 2006; Khantzian 1985.). „Der Substanzkonsum kann so für die Opfer eine zentrale Funktion in der Sicherung elementarer Grundbedürfnisse einnehmen und als dysfunktionaler Versuch einer pharmakologischen Konflikt- und Lebensbewältigung angesehen werden.“ (Schäfer, 2004).

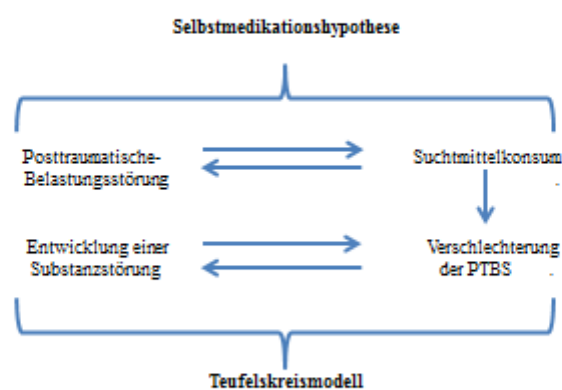


Abbildung 5 Selbstmedikation mit Suchtmitteln bei Posttraumatischer Belastungsstörung und Entstehung eines Teufelskreises bei der Entwicklung einer Substanzstörung (Moggi, Donati 2004, S. 28)

Moggi und Donati ergänzten 2004 die Selbstmedikationshypothese um ein „Teufelskreismodell“. Dieses bezieht mit ein, dass es durch den Substanzkonsum zu einer Verstärkung der PTBS-Symptomatik kommen kann, was wiederum zu gesteigertem Konsum und letztendlich zur Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung führe (vgl. Moggi & Donati 2004).

Diese wechselseitige Wirkung kann nur dann erfolgreich unterbrochen werden, wenn eine Behandlung beide Störungen berücksichtigt. Die Praxis, eine stabile Abstinenz als Voraussetzung für eine Traumabehandlung zu setzen, wird nach Studien, die belegen dass gerade eine Nichtbehandlung eines Traumas bzw. einer PTBS das Rückfallrisiko aufgrund der starken Wechselbeziehung erhöhen, in Frage gestellt (vgl. Potthast, Catani 2012, S. 231, Ouimette, Moos, Finney 2003; Back 2010, Ford et. Al.2007; Jacobsen et.al. 2001).

2.3.3 Behandlung

Entgegen der noch weit verbreiteten Praxis, eine vor die Traumatherapie gelagerte, stabile Suchtmittelabstinenz als Zugangsvoraussetzung zu erreichen, wird aufgrund der inzwischen guten Datenlage eine kombinierte Therapieform von den meisten AutorInnen empfohlen (vgl. Schäfer, Stubenvoll, Dilling, Najavits 2009, Kuhn 2004, Grundmann 2014; Schay, Liefke 2009). Sie bescheinigen den PatientInnen komplexe und langwierige Behandlungsverläufe, die häufig von Ab- und Umbrüchen gekennzeichnet sind, wenn zunächst die Entwöhnung an den Beginn der Behandlungskette gesetzt wird.

Nach der aktuell gültigen S3-Leitlinie sind für ein traumabearbeitendes Vorgehen absolute Kontraindikationen

- anhaltender Täterkontakt,
- psychotisches und psychosenahes Erleben sowie
- akute Suizidalität.

Relative Kontraindikationen sind

- mangelnde Affekttoleranz (auch: Rückfallgefährdung),
- anhaltende Dissoziationsneigung,
- unkontrolliertes autoaggressives Verhalten
- mangelnde Distanzierungsfähigkeit
- instabile psychosoziale und körperliche Situation

(Frommberger, Angenendt und Berger 2014; Flatten, Gast, Hofmann, Knaevelsrud und Lampe 2011)

Die Aufnahme von komplex-traumatisierten, langjährig abhängigen Menschen, in desolater physischer und psychischer Verfassung, die aus nahezu allen gesellschaftlichen Bereichen exkludiert und beruflich wie sozial desintegriert sind, ist durch die Kontraindikationen deutlich erschwert.

Die integrative Therapie kombiniert sucht- wie traumaspezifische Inhalte und Verfahren. So steht neben der trauma- auch die suchtspezifische Stabilisierung im Fokus (Lüdecke, Voigt, Teunißen&Schäfer 2011, Schäfer, Schulze&Stubenvoll 2011).

Die zumeist mehrdimensionale und komplexe Gemengelage an Problemstellungen und daraus resultierendem Unterstützungsbedarf seitens der Betroffenen übersteigt den Rahmen dessen, was eine einzelne Therapie zu leisten vermag.

Vor diesem Hintergrund wurden aktuell in der CANSAS-Studie zwei Manuale hinsichtlich ihrer Wirksamkeit evaluiert: „Sicherheit finden („Seeking Safety“: Najavits & Schäfer)“ zur Stabilisierung auch nicht-abstinenter KlientInnen (ambulant und stationär) und „Learning how to ask“ als Training für psychosoziale Berufsgruppen.

Auf Grundlage des Kenntnisstandes, dass sich sowohl die kPTBS wie auch der Suchtverlauf überwiegend negativ auf jeden Lebensbereich auswirken, wird eine „Weiterbehandlung“ über Netzwerke, die beispielsweise stabile psychosoziale Begleitung, ambulant betreutes Wohnen, weiterführende Therapie, Indikationsgruppen beinhalten können, empfohlen (Gahleitner und Tödtte 2015, DeGPT 2013, Schay & Liefke 2009).

2.4 Eingliederungshilfen/Ambulant betreutes Wohnen

Das ambulant betreute Wohnen für Abhängigkeitserkrankte (entsprechend ICD 10 F.10-19) ist als Eingliederungshilfe (§§ 39, 40 BSHG, § 55 SGB IX, § 53 SGB XII) rechtlich im SGB angesiedelt und „dient dem Ziel, die Teilhabe an Arbeit und am Leben in der Gemeinschaft für abhängigkeitskranke Menschen zu erhalten, zu verbessern oder wieder herzustellen“ (Leune, 2009: S.173). Diese Leistungen zur Teilhabe sind geregelt im § 4 SGB IX: Sie umfassen alle notwendigen Sozialleistungen, eine Behinderung abzuwenden und zu mindern, die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern, die persönliche Entwicklung zu fördern und Teilhabe am Leben der Gemeinschaft sowie eine selbstständige Lebensführung zu ermöglichen. Als die in §55 geregelten „Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ werden jene Hilfen bezeichnet, die ein selbstbestimmtes Leben (z.B. durch betreutes Wohnen) sowie die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben fördern bzw. ermöglichen. Des Weiteren greifen bei „besonderen sozialen Schwierigkeiten“ §§53/54 und § 67 SGB XII, was insbesondere für betreutes Wohnen und tagesstrukturierende Leistungen als Grundlage von Bedeutung ist. Bei Bedarf sind über das ABW weitere Fachstellen (z.B. Suchtberatung, Schuldnerberatung, Fachärzte, Kliniken) einzuschalten und eine diesbezügliche Motivation bei den KlientInnen auf- und auszubauen. Die Bezeichnung „ambulant betreutes Wohnen“ ist nicht einheitlich definiert und wird in verschiedenen Kontexten verwendet. Bislang fehlen generalisierbare, evidenzbasierte Wirksamkeitsstudien zum ABW. Nach Walther existieren jedoch erste, empirische Anhaltspunkte zur Wirksamkeit des ABW für die Funktionsbereiche Psychopathologie/Krankheitsverlauf, Selbständigkeit/Selbstbestimmung, Lebensqualität, soziales Funktionsniveau und soziale Kontakte (ebd. 2014).

Das ABW für abhängigkeitserkrankte Menschen besteht in divergierenden Ausprägungen: Abstinenz- und akzeptanzorientiert, als Nachsorgeangebot einer stationären Rehabilitation, mit Aufgabenschwerpunkt/hohen Überschneidungen mit den seit 2003 in der Drogen- und Suchtpolitik Deutschland verankerten „Überlebenshilfen und Schadensreduzierung“ (vgl. BMG/Drogenbeauftragte der Bundesregierung: Drogen und Suchtbericht 2003, S. 95 ff.). Es ist differenziert nach Suchtstoff, Geschlecht, Alter, in betreuten Wohngemeinschaften, als Einzelwohnen, hochschwellig (z.B. absolvierte Sucht-Rehabilitation als Aufnahmevoraussetzung) und niederschwellig. Gerade in den niederschwelligen Angeboten soll so das Überleben Schwerstabhängiger gesichert und Motivation zur Weiterbehandlung aufgebaut werden (Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012). Gemeinsame Grundvoraussetzungen zur Aufnahme ist das Vorliegen einer

Abhängigkeitserkrankung nach ICD 10, im Rahmen der fachlichen Hilfeplanung festgestellter Bedarf sowie die Bereitschaft, die Unterstützungsleistungen zur Zielerreichung anzunehmen (vgl. Schay & Liefke 2009). Als Kostenträger fungiert der örtliche oder überörtliche Sozialhilfeträger.

2.5 Zusammenfassung, Fragestellung und Hypothesenbildung

2.5.1 Zusammenfassung

Der aktuelle Stand der Forschung beruht auf Erhebungen bei „Patienten“ – der stationären wie ambulanten Suchtrehabilitation, der Traumatherapie oder anderen, klinischen Settings. Die Stichproben bestanden, wie dargestellt, aus Patienten, die nicht überwiegend aus den gesellschaftlichen Teilhabesystemen exkludiert und zumindest im Gesundheitssystem angebunden sind.

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass eine PTBS die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung begünstigt, es im weiteren Verlauf zu einer symptomverstärkenden Wechselwirkung kommen kann, die Folgen wie weitere physische und psychische Gesundheitsproblematiken und gesellschaftliche Ausgrenzungsprozesse nach sich zieht. Die Kontraindikationen einer traumabearbeitenden Therapie sowie die Abstinenzorientierung einer kombinierten Entwöhnungsbehandlung scheinen komplex-traumatisierte, chronisch abhängige Menschen von der Behandlung auszuschließen. Eine Suchtmittelabstinenz wie auch eine diesbezügliche Motivation kann nur aufgebaut und aufrechterhalten werden, wenn die KlientInnen ein gewisses Maß an Selbststeuerung, Selbstwirksamkeit, Motivation und Alternativen aufgebaut haben. Dieses jedoch ist mit einer unversorgten kPTBS nur sehr schwer möglich, wie unter 2.3.2, 2.3.2.1 und 2.3.2.2 dargestellt wurde.

In Anbetracht dessen, dass sich die Sucht- wie Symptomverläufe von komplex-Traumatisierten häufig schwerwiegender gestalten, dass die Anzahl der von PTBS betroffenen Drogen- wie polytoxikoman konsumierenden wesentlich höher ist, als die der z.B. Alkoholabhängigen und dass bereits von AutorInnen „niedrigschwelligere Therapieangebote“ (vgl. Lüdecke, Jacobs, Schmidt, Strack 2010; Schäfer, Stubenvoll, Dilling, Najavits 2009, S. 17; S.200; Schay, Liefke 2009 S. 48-49; Kuhn, S. 2004, S. 115) gefordert wurden, scheint es verwunderlich, dass es noch keinerlei Befunde aus eben jenem niedrigschwelligen Bereich über die Verbreitung (komplexer) PTBS gibt. Nied-

rig-/niederschwellige Hilfen stellen einen Teilbereich der Suchthilfe dar, in dem praktische (Über-)Lebenshilfen, Teilhabe und psychosoziale Begleitung im Vordergrund stehen und bei dem die Klienten keine (oder geringe) Hürden zur Inanspruchnahme nehmen müssen (z.B. Streetwork, Konsumläden, ambulant betreutes Wohnen). KlientInnen dieses Sektors der Suchthilfe wurden bislang nicht erfasst – zumindest nicht während der niederschweligen Betreuung, sondern hypothetisch erst nach dem Übergang zu höherschweligen Hilfsangeboten.

2.5.2 Fragestellung

Aus der zuvor beschriebenen Sachlage ergeben sich folgende Fragestellungen: Zum einen ergibt sich ein Klärungsbedarf im Hinblick auf den Anteil der KlientInnen mit einer kPTBS in der genannten Gruppe ambulant Betreuter. Es gilt zu erfassen, wie groß dieser Anteil ist und wie viele der Betroffenen Zugang zu therapeutischer Hilfe erhalten oder erhalten haben. Zum anderen sollen im Vorfeld erfolgte Diagnosevergaben ebenso überprüft werden wie mögliche Einflussfaktoren, die Wirkung bisheriger Therapien und des ABW auf die aktuelle Symptombelastung, die Therapiemotivation und der Einfluss letzterer auf den Konsumstatus.

Es wird vor dem aktuellen Stand der Forschung davon ausgegangen, dass der Anteil der unbehandelten Traumafolgestörungen in dieser KlientInnengruppe überproportional hoch ist. Sollte sich diese Hypothese bestätigen, weist sie auf eine mögliche Versorgungslücke hin.

Im Folgenden werden die im Rahmen der quantitativen Erhebung zu überprüfenden Hypothesen aufgestellt.

2.5.3 Hypothesenbildung

Vor diesem Hintergrund wurden für die vorliegende Arbeit folgende Untersuchungshypothesen mit den Schwerpunkten 1. „Verbreitung“, 2. „Versorgung“ und 3. „Einflussfaktoren“ formuliert:

Hypothese 1:

Die komplexe PTBS tritt bei niederschwellig im ambulanten betreuten Wohnen angebotenen Suchtmittelabhängigen häufiger auf als in den bisher erfassten Patientengruppen.

Hypothese 1.1

Man-made-disaster treten bei der befragten Klientengruppe häufiger auf als akzidentelle Traumata.

Hypothese 2

In der Gruppe der positiv auf komplexe PTBS Getesteten ist die Anzahl derer, die keine therapeutische Unterstützung erhalten haben höher als die, die therapeutische Unterstützung erhalten haben.

Hypothese 2.1

In der Gruppe der positiv auf komplexe PTBS Getesteten ist die Anzahl derer, die aktuell therapeutisch versorgt werden, geringer als jene, die nicht therapeutisch angebunden sind.

Hypothese 2.2

Je länger die niederschwellige ambulante Betreuung andauert, umso höher ist die Anzahl derer, deren komplexe PTBS therapeutisch versorgt wird.

Hypothese 2.3:

In der Subgruppe derer, die therapeutische Unterstützung erhalten/erhielten, ist die Anzahl jener höher, bei denen Stabilisierungs- und Distanzierungstechniken bekannt sind als jene, denen sie nicht bekannt sind.

Hypothese 2.4:

Je länger die niederschwellige ambulante Betreuung andauert, umso häufiger sind bei den positiv auf komplexe PTBS getesteten Probanden Stabilisierungs- und Distanzierungstechniken bekannt.

Hypothese 2.5

In der Gruppe der positiv auf komplexe PTBS Getesteten ist die Anzahl der nicht diagnostizierten PTBS höher als die der diagnostizierten.

Hypothese 2.6:

In der Gruppe der positiv auf komplexe PTBS getesteten ist die Anzahl derer, die überzeugt sind, ihnen könne niemand helfen/unwissend sind, wie ihnen jemand helfen kann, höher als jene, die keine Hilfe in Anspruch nehmen wollen.

Hypothese 3:

In der Gruppe der positiv auf komplexe PTBS getesteten ist die Anzahl derer, die nicht abstinent/überwiegend nicht abstinent sind höher als jene, die abstinent/überwiegend abstinent sind.

Hypothese 3.1

Die Symptomschwere der komplexen PTBS steigt mit steigendem Konsummuster.

Hypothese 3.2: Die Symptomschwere nimmt ab, je länger das niederschwellige ambulant betreute Wohnen andauert.

Hypothese 3.3: Die Symptomschwere ist geringer, wenn eine traumatherapeutische Versorgung stattfindet/stattfind.

Hypothese 3.4

Die Symptomschwere variiert nach Suchtstoff.

3. Material und Methoden

3.1 Methodologische Positionierung

Die Fragestellung der Arbeit bezieht sich auf die Verbreitung und Versorgung komplexer posttraumatischer Belastungsstörungen bei KlientInnen des ambulant betreuten Wohnens für Suchtmittelabhängige. Da es sich bei dem Untersuchungsgegenstand um eine Forschungslücke handelt, bietet sich zur Be- oder auch Widerlegung der Hypothesen zunächst eine quantitative Studie an. Durch sie kann ökonomisch eine nachvollziehbare Aussage hergestellt werden, welche zu einem späteren Zeitpunkt durch eine größere Erhebung, die durch qualitative Elemente zu den Ursachen (bei Behandlern wie Betroffenen) erhärtet wie erweitert werden kann.

3.2 Datengewinnung und Datenschutz

Zur Datengewinnung wurden deutschlandweit 40 Einrichtungen und Träger kontaktiert. Zugangsvoraussetzung zur Erhebung war das Angebot ambulant betreuten Wohnens für Suchtmittelabhängige in niederschwelliger Form, was Einrichtungen ausschloss, die eine Abstinenz oder absolvierte Entwöhnungstherapie als Bedingung zur Betreuung vorsahen. Das Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung ist das zentrale Aufnahmekriterium zur Eingliederungshilfe für Suchtmittelabhängige, eine weitere Vorselektierung fand nicht statt. Von 14 Einrichtungen, die ihre Zusammenarbeit zusagten, übersendeten drei insgesamt 51 Datensätze, wobei ein Datensatz wegen zu vieler fehlender Werte entfernt wurde.

Teilnehmende Einrichtungen waren die „Evangelische Abhängigenhilfe Brandenburg a.d.Havel“, die „Düsseldorfer Drogenhilfe e.V.“, und das „Ambulant betreute Wohnen Aachen Stadt/Städteregion Aachen“ (Caritas). Gründe für eine Nichtteilnahme anderer, angefragter Einrichtungen waren extreme Arbeitsbelastung/Personalmangel (acht Angaben) und die Befürchtung, die KlientInnen könnten mit der Thematik überfordert sein und mit Symptomen reagieren (sieben Angaben).

Die Datenerhebung erfolgte im Beisein der BeWo-BetreuerInnen in Form eines Selbstbeurteilungsfragebogens. Diese wurden von den KlientInnen selbstständig ausgefüllt, Verständnisfragen konnten gestellt werden. Hintergrund dieser Vorgehensweise war zudem die Sicherstellung, dass eventuell auftretende Symptommatiken/Krisen fachlich aufgefangen werden.

Die Zustimmung zur Durchführung der einzelnen TeilnehmerInnen wurde durch den vorstehenden Einleitungstext nebst Datenschutzerklärung eingeholt. Die Daten wurden nach Eingang anonymisiert digital verarbeitet und für Dritte unzugänglich verwahrt.

3.3 Erhebungsinstrumente

3.3.1 Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe (KDS)

Die Items zu den soziodemographischen Merkmalen, zu Substanzen, Konsumstatus und vergangener wie aktueller therapeutischer Versorgung wurden dem Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe (KDS) entnommen und streckenweise modifiziert, insbesondere hinsichtlich eines einfach verständlichen Sprachgebrauches.

Komplettiert wurde der Fragebogen durch Eigenitems zu ABW-Behandlungsdauer, den Gründen für die vergangene und aktuelle Nichtbehandlung, Kenntnisstand zu Stabilisierungs- und Distanzierungstechniken und Items zur expliziten Versorgung des Traumas.

Wie bereits unter 2.2.2.2 dargestellt, empfiehlt es sich aktuell aufgrund der Umstellung von DSMIV auf DSMV zugunsten der Validität und Reliabilität der Messinstrumente auf jene zurück zu greifen, die bereits den Gütekriterien entsprechen. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden daher die im folgenden beschriebenen Instrumente im Fragebogen verwendet.

3.3.2 Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)

Die PDS stellt ein von Foa entwickeltes (ebd. 1995) und von Ehlers et al. ins deutsche übertragenes (ebd.1996) Selbstbeurteilungsverfahren dar, welches sich eng am DSM-IV orientiert und eine entsprechende PTBS Diagnostik ermöglicht. Neben dem Feststellen einer vorhandenen Traumatisierung, der Traumakategorien, der Stressorkriterien und des als schlimmstes erlebten Traumas misst die PDS ebenfalls die Symptomauswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche. Hierdurch kann neben dem Screenen auf eine PTBS nach DSM-IV auch der Schweregrad der PTBS bestimmt werden. Die Validität und Reliabilität wurde für die Originalversion wie auch für die deutsche Fassung als „außergewöhnlich hoch“ bestätigt (Foa et al. 1997, Keane et al. 2000, Adkins et al.2008, Powers et al 2012, Griesel et al. 2006 nach Schützwohl 2013; Sheeran und Zimmerman 2002).

Zur Erfassung der Traumakategorien sowie zur Überprüfung der A1 und A2 Kriterien nach DSM-IV wurden für die vorliegende Erhebung die ersten beiden Teile der insgesamt vierteiligen PDS verwendet.

Die Traumakategorien (schwerer Unfall, Feuer oder Explosion - Naturkatastrophe - gewalttätiger Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis - gewalttätiger Angriff durch fremde Person - sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien-oder Bekanntenkreis - sexueller Angriff durch fremde Person - Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt im Kriegsgebiet - sexueller Kontakt im Alter von unter 18 Jahren mit einer Person, die mindestens fünf Jahre älter war - Gefangenschaft - Folter - lebensbedrohliche Krankheit - Freifeld für nicht Aufgeführtes, Zeugenschaft der o.a. Ereignisse) können mit „Ja/Nein“ angegeben werden. Bei Mehrfachnennung wird das „schlimmste“ Ereignis und in jedem Fall das dazugehörige Alter erfragt. Hieran schließen sich sechs Fragen zu den Stressorkriterien A1 und A2 nach DSM- IV an (Wurden Sie/jemand anderes körperlich verletzt? Dachten Sie, dass Ihr Leben/das Leben einer anderen Person in Gefahr war? Fühlten Sie sich hilflos? Hatten Sie starke Angst oder waren voller Entsetzen?)

3.3.3 Beschwerdeliste kPTBS

Die „Beschwerdeliste kPTBS“ (Teegen, Schriefers, Vogt, 2001) stellt eine deutschsprachige Version des „SIDES-SR“ (Self-Report-Inventory for Disorders of Extreme Stress, Luxemburg et al. 2001) dar. Die Antwortvorgaben zu den 72 Items sind von 1 (gar nicht) bis 5 (sehr stark) skaliert und erfragen die individuelle Symptombelastung des vergangenen Monats in den folgenden Bereichen:

- I* *Veränderungen der Affekt- und Impulsregulation:*
Affektregulation, Ärgermodulation, Selbstgefährdung, Suizidalität, Schwierigkeiten bei der Modulation sexueller Erfahrungen, extreme Risikobereitschaft
- II* *Veränderung von Aufmerksamkeit und Bewusstsein:*
Amnesie, dissoziative Episoden, Depersonalisation
- III* *Veränderung der Selbstwahrnehmung:*
Ineffektivität, dauerhafte Beschädigung, Schuld und Verantwortlichkeit, Scham, Entfremdung, Minimalisierung
- (IV) Wahrnehmung des Täters: findet nach Revisionen keine Anwendung zur Diagnostik mehr)
- V* *Veränderung in Beziehungen mit anderen:*
Unfähigkeit zu vertrauen, Reviktimisierung, Viktimisierung anderer
- VI* *Somatisierung:*
gastrointestinal, chronische Schmerzen, kardiopulmonal, Konversion, sexuell
- VII* *Veränderungen des Wertsystems:*
Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, Verlust vorheriger Glaubensannahmen

Das Selbstbeurteilungsinventar erfasst die Symptome wie auch die Symptomschwere in den sechs Symptombereichen der komplexen PTBS und ist hierdurch auch zur Verlaufsbeobachtung geeignet (vgl. Wirtz et al. 2013, Schützwohl 2013).

Als Voraussetzung zur Diagnosevergabe wurde in der vorliegenden Erhebung das Erfüllen aller sechs Subskalen angelegt, die Subsyndromale-kPTBS wurde interessehalber zu allen Hypothesen ebenfalls ausgewertet und kann im Anhang eingesehen werden.

3.4 Statistische Auswertung

Die durch den Fragebogen erhobenen, anonymisierten Daten wurden mit Hilfe der Software IBM SPSS Statistics 22 ausgewertet. Verwendete Literatur war Bamberg, G., Baur, F. und Krapp, M. (2008): Statistik; Field, A. (2013). Everything you never wanted to know about statistics; Brosius, F. (2014): SPSS 22 für Dummies. Weinheim.

Generell wurde als Signifikanzniveau sowohl bei ein- als auch zweiseitigen Testungen ein Wert von $p \leq .05$ festgelegt.

Der Großteil der Hypothesen (Hypothese 2 bis 4 und 7 bis 9) basierte auf dem Test von Häufigkeitsunterschieden auf Überzufälligkeit. Häufigkeitsvergleiche der Abstufungen der beteiligten kategorialen Variablen wurden mittels Chi-Quadrat-Test durchgeführt.

Weiterhin erforderten einige Hypothesen die Untersuchung von Zusammenhängen, weshalb dem Datenniveau der jeweils beteiligten Variablen angemessene Korrelationskoeffizienten berechnet wurden: punktbiseriale Korrelation bei dichotomen und intervallskalierten Variablen (Hypothese 5 und 6), Spearmans Rho bei ordinal- und intervallskalierten Variablen (Hypothese 10) und Pearsons r bei doppelter Intervallskalierung (Hypothese 11 und 13). Bei den parametrischen Korrelationsverfahren wurden die beteiligten Variablen jeweils vorab auf Normalverteilung mittels Kolmogoroff-Smirnov-Test (KS-Test), Schiefe- und Kurtosis-Werten geprüft. Bei Substichproben mit mehr als 30 Probanden wurde sich jedoch ohne explizite Prüfung auf Normalverteilung auf das zentrale Grenzwerttheorem berufen.

Außerdem wurde ein Gruppenvergleich mittels t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt (Hypothese 12). Vorab wurden die Normalverteilung der abhängigen Variable mittels KS-Test, sowie die Varianzgleichheit der beiden Gruppen mittels Levene-Test sichergestellt. Bei Hypothese 12 wurde zur Messung der Effektstärke Cohens d angewendet.

4. Ergebnisse

4.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe bestand aus 50 Probanden. Hierbei waren 0 trans- oder intersexuell, 15 weiblichen und 35 männlichen Geschlechtes, was einem prozentualen Geschlechtsverhältnis von 30:70 entspricht.

Das durchschnittliche Alter betrug 39,86 Jahre (Frauen 37,20, Männer 41,00, Range 22-58).

Familienstand

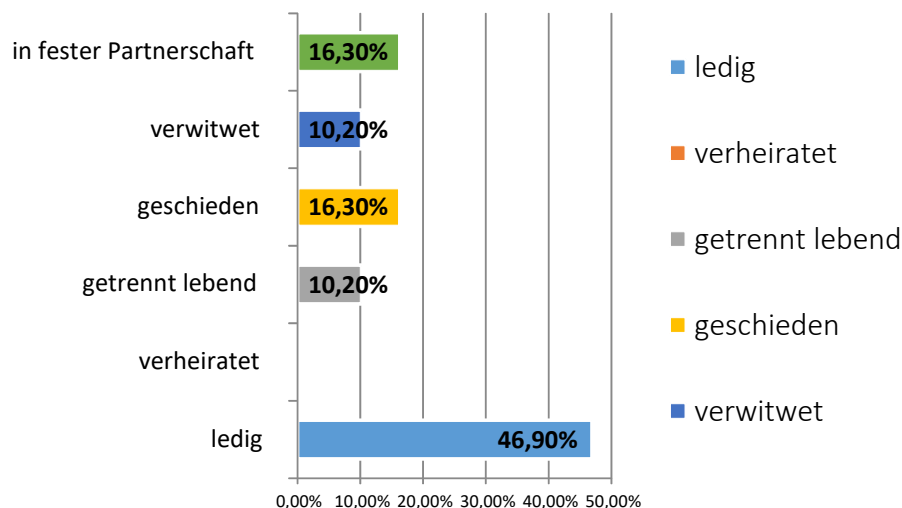


Abbildung 6: Familienstand

Der Großteil der Probanden mit 46.9 %, war ledig. Jeweils 16.3 % der TeilnehmerInnen waren geschieden oder gaben an, in einer festen Partnerschaft zu leben. 10.2 % der Probanden lebten getrennt und weitere 10.2 % waren verwitwet. 0% der TeilnehmerInnen gab an, verheiratet zu sein.

Tabelle 7: Höchster Schulabschluss

Schulabschluss	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
derzeit in Schulausbildung	2	4.0 %
ohne Schulabschluss	8	16.0 %
Sonderschulabschluss	4	8.0 %
Haupt-/ Volksschulabschluss	22	44.0 %
Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	11	22.0 %
(Fach-)Hochschulreife/ Abitur	3	6.0 %

Höchster Bildungsabschluss

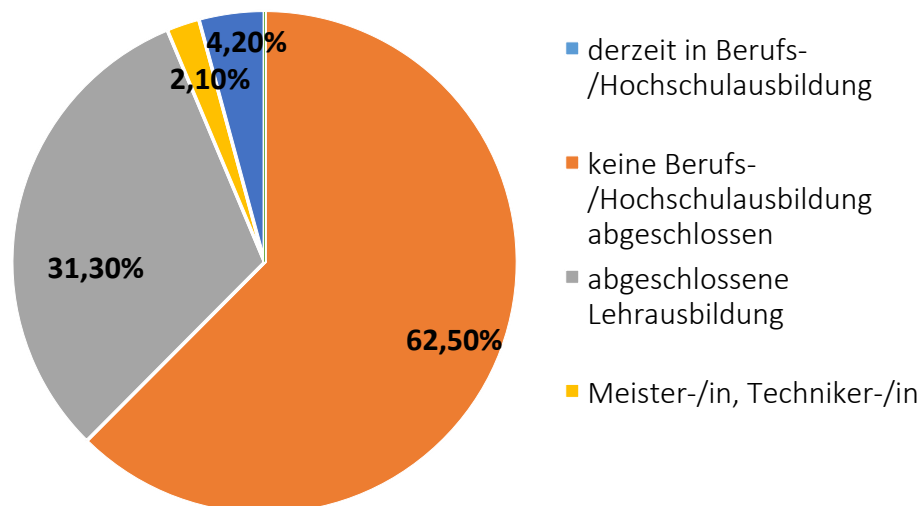


Abbildung 7: Höchster Bildungsabschluss

Eine Mehrzahl von 62.5 % der Probanden gab an, keine abgeschlossene Berufs- oder Hochschulausbildung zu besitzen, gefolgt von 31.3 % mit abgeschlossener Lehrausbildung. Nur eine Person verfügte über einen Meister- bzw. Technikerabschluss und zwei weitere Personen über einen Hochschulabschluss. 0% der Probanden befand sich zum Zeitpunkt der Erhebung in einer Berufs- oder Hochschulausbildung.

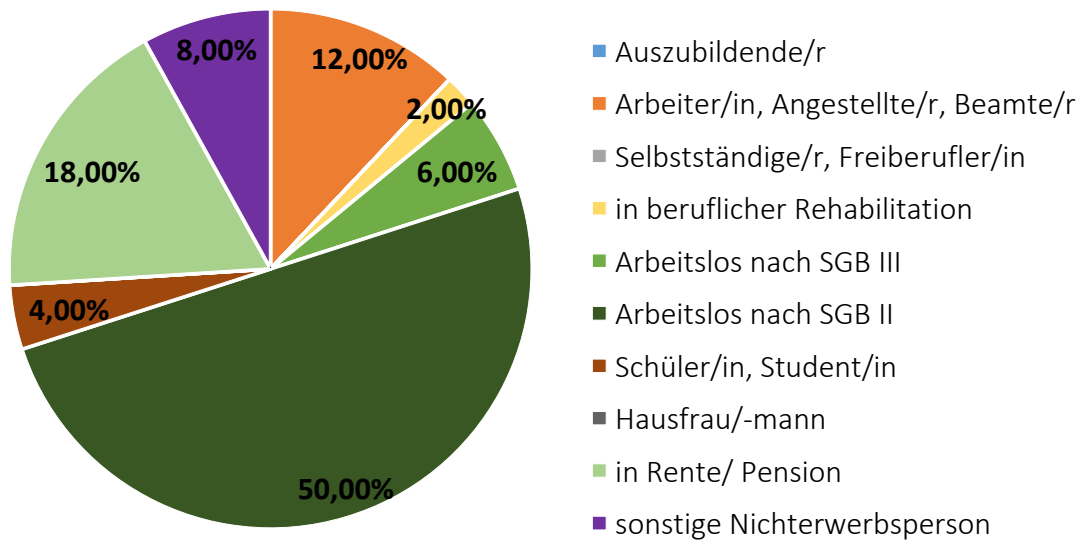


Abbildung 8: Erwerbssituation

50% der Befragten berichteten, arbeitslos nach SGB II zu sein. 18.0 % der Probanden waren in Ruhe. Mit 12.0 % stellten Probanden, die ArbeiterInnen, Angestellte oder Beamte sind, die drittgrößte Erwerbsgruppe dar. Als Randgruppen waren 8.0 % der TeilnehmerInnen sonstige Nichterwerbspersonen und 6.0% arbeitslos nach SGB III. Zwei Probanden waren Schüler/Studenten und eine Person befand sich in beruflicher Rehabilitation.

Zum Erhebungszeitpunkt befanden sich die Probanden im Durchschnitt 30 Monate (Range 2-108) in der Begleitung durch das ambulant betreute Wohnen für Suchtmittelabhängige.

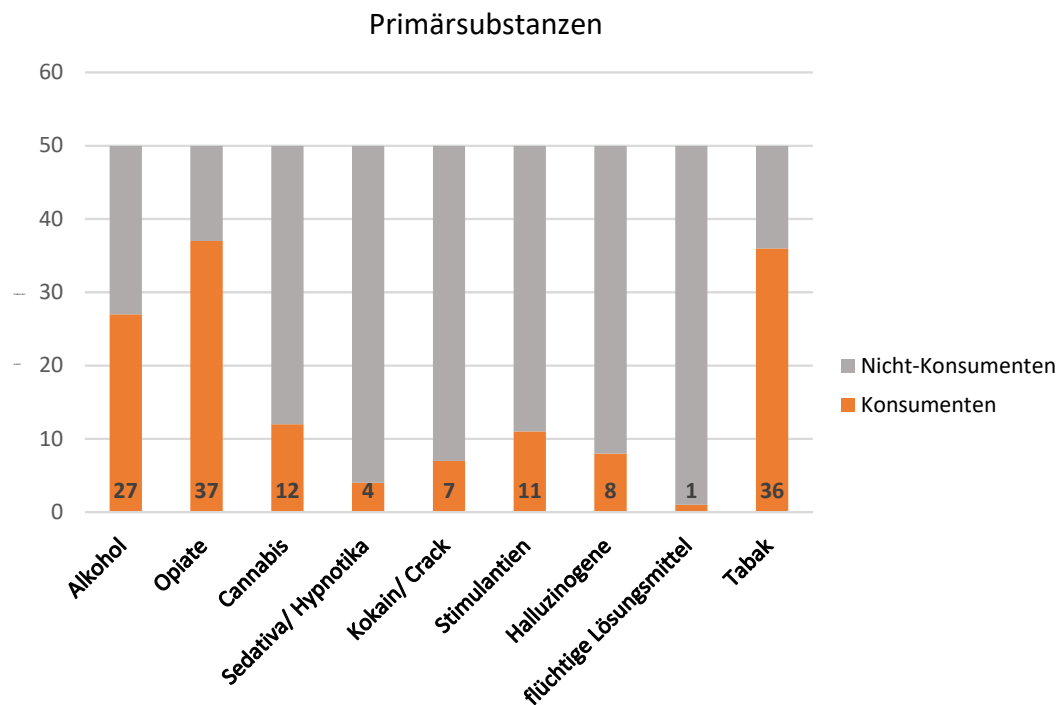


Abbildung 9: Primärsubstanzen

Hinsichtlich der primär konsumierten Substanzen wurden Opiate (74.0 %), Tabak (72.0 %) und Alkohol (54.0 %) als Hauptdrogen angegeben. Einen Überblick über die Konsummuster dieser wie auch weiterer Substanzen gibt die folgende Tabelle.

Tabelle 8: Primärsubstanzen

Hauptdroge	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Alkohol	27	54.0 %
Opiate	37	74.0 %
Cannabis	12	24.0 %
Sedativa/ Hypnotika	4	8.0 %
Kokain/ Crack	7	14.0 %
Stimulantien	11	22.0 %
Halluzinogene	8	16.0 %
Flüchtige Lösungsmittel	1	2.0 %
Tabak	36	72.0 %

Lediglich 9 Probanden gaben konkret an, polytoxikoman zu konsumieren, was einem Anteil von 18 % an der Gesamtstichprobe entspricht.

Die Probanden konnten jedoch in Frage 9 mehr als eine Droge als ihre Hauptdrogen angeben. Berücksichtigt man also, dass eine Mehrfachnennung an Hauptdrogen in Frage 9 möglich war, so gaben 37 Teilnehmer (74 %) an, zwei oder mehr Drogen zu konsumieren.

Den aktuellen Konsumstatus gaben die TeilnehmerInnen wie in unten stehender Tabelle an:

Tabelle 9: Aktueller Konsumstatus

Konsumstatus	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
abstinent	14	28.0 %
überwiegend abstinent	16	32.0 %
reduziert konsumierend	18	36.0 %
überwiegend nicht abstinent	1	2.0 %
konsumierend	1	2.0 %

Der Großteil der Probanden, 36.0 %, konsumiert reduziert, ist überwiegend abstinent (32.0 %) oder abstinent (28.0 %).

4.2 Prävalenz komplexe PTBS

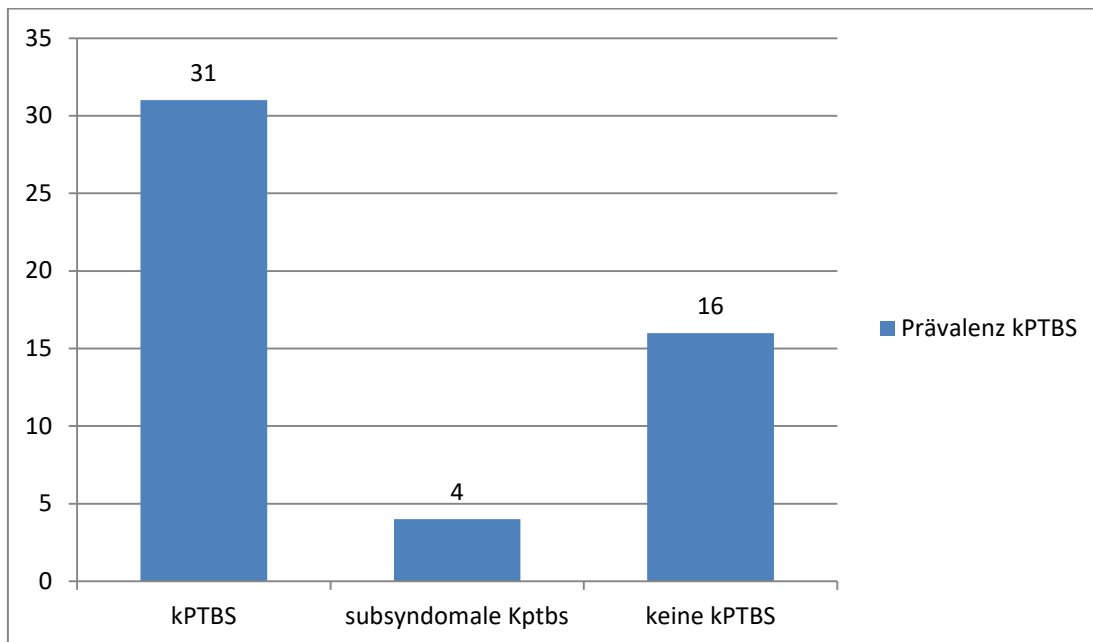


Abbildung 10: Prävalenz kPTBS

31 der insgesamt 51 Befragten erfüllten die Kriterien der kPTBS-Diagnose und weitere 4 der subsyndromalen kPTBS, was einem prozentualen Anteil von 62.0 % bzw. 70% entspricht.

Aufgeteilt nach Geschlecht:

- Frauen:
 - 12 Frauen mit subsyndromaler oder komplexer PTBS, d.h. 80% aller befragten Frauen
 - 11 Frauen mit komplexer PTBS, d.h. 73% aller befragten Frauen
- Männer:
 - 23 Männer mit subsyndromaler oder komplexer PTBS, d.h. 65% aller befragten Männer
 - 20 Männer mit komplexer PTBS, d.h. 57% aller befragten Männer

4.2.1 Traumakategorien und Alter

Bei der Befragung der Probanden (N = 50) nach traumatischen Lebensereignissen ergab sich folgendes Muster:

- 23 Probanden gaben an, ausschließlich man-made traumatische Erfahrungen gemacht zu haben
- 6 Probanden antworteten, bisher gar nichts traumatisches erlebt zu haben
- 21 Probanden gaben an, sowohl akzidentelle, als auch man-made traumatische Ereignisse erlebt zu haben

Tabelle 10: Traumakategorien der Gesamtstichprobe

		Art_Trauma			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Pro- zente
Gültig	man-made disaster	23	46,0	46,0	46,0
	kein Trauma	6	12,0	12,0	58,0
	man-made und akzidentell	21	42,0	42,0	100,0
	Gesamtsumme	50	100,0	100,0	

Tabelle 11: Kategorien schlimmstes Erlebnis der Gesamtstichprobe

		Kategorie_schlimmstes Erlebnis			
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozent	Kumulative Pro- zente
Gültig	akzidentelles Trauma	3	6,0	6,0	6,0
	man-made disaster	29	58,0	58,0	64,0
	fehlend	18	36,0	36,0	100,0
	Gesamtsumme	50	100,0	100,0	

Keiner gab an, ausschließlich akzidentelle traumatische Dinge erlebt zu haben

Da 21 Probanden Mehrfachnennungen in Bezug auf traumatische Ereignisse machten und so nicht die Anzahl man-made vs. akzidenteller Traumata isoliert betrachten werden konnte, wurde die Variable „belastendstes traumatisches Erlebnis“ bei der Auswertung zur Subgruppe der Befragten mit kPTBS einbezogen.

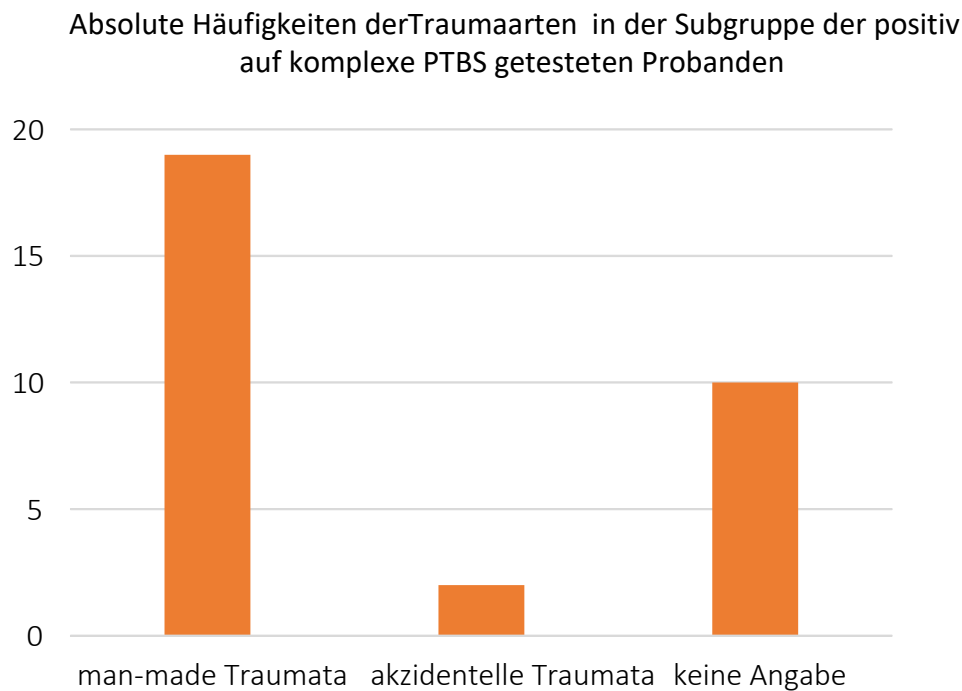


Abbildung 11: Traumaarten in der Subgruppe mit kPTBS

So ergab sich folgendes Muster in der befragten Subgruppe:

- 19 Probanden berichteten man-made- traumatische Erfahrungen als belastendstes Erlebnis
- 2 Probanden berichteten akzidentelle traumatische Erfahrungen als belastendstes Erlebnis. In beiden Fällen handelte es sich um eine eigene, lebensbedrohliche Krankheit.
- 10 Personen machten keine Angabe, welches ihrer traumatischen Erlebnisse am belastendsten war

Das Alter zur Zeit des am schlimmsten empfundenen Erlebnisses wurde ebenfalls erfasst und lag im Durchschnitt bei 22,37 Jahren (n=31, 7 fehlende Angaben n=24). 13 Probanden machten Altersangaben in der Spanne von 21 - 48 Jahren, 11 gaben ein Alter unter 21 an – sechs davon von unter zehn Jahren.

4.3 Untersuchungen zur Therapeutische Versorgungslage

4.3.1 Therapeutische Versorgung in der Vergangenheit

In der Teilstichprobe der Personen mit komplexer PTBS (bei einer Person keine Angaben zur vergangenen therapeutischen Unterstützung → n = 30) erhielten 14 Probanden in der Vergangenheit keine (trauma-)therapeutische Unterstützung, 16 hingegen schon.

Anzahl der Probanden mit vs. ohne therapeutische Unterstützung der Subgruppe der Personen mit kPTBS

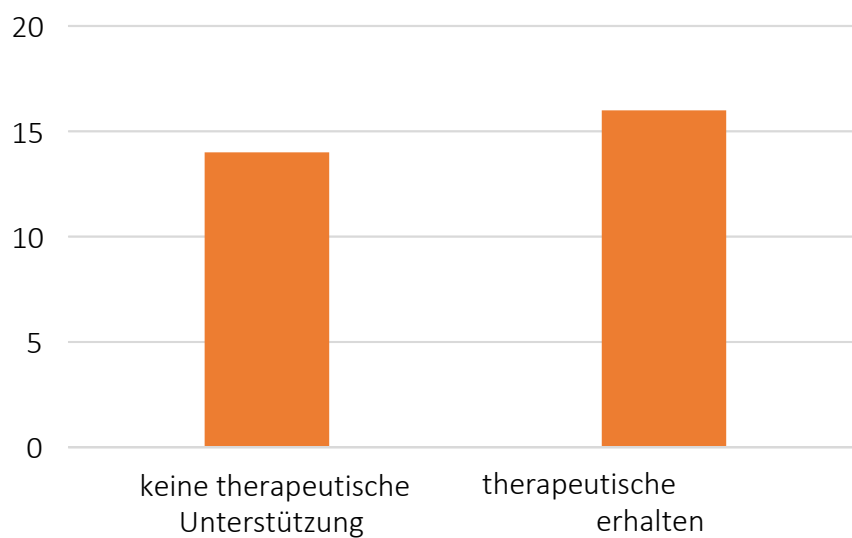


Abbildung 12: vergangene therapeutische Versorgung

4.3.2 Gegenwärtige therapeutische Versorgung

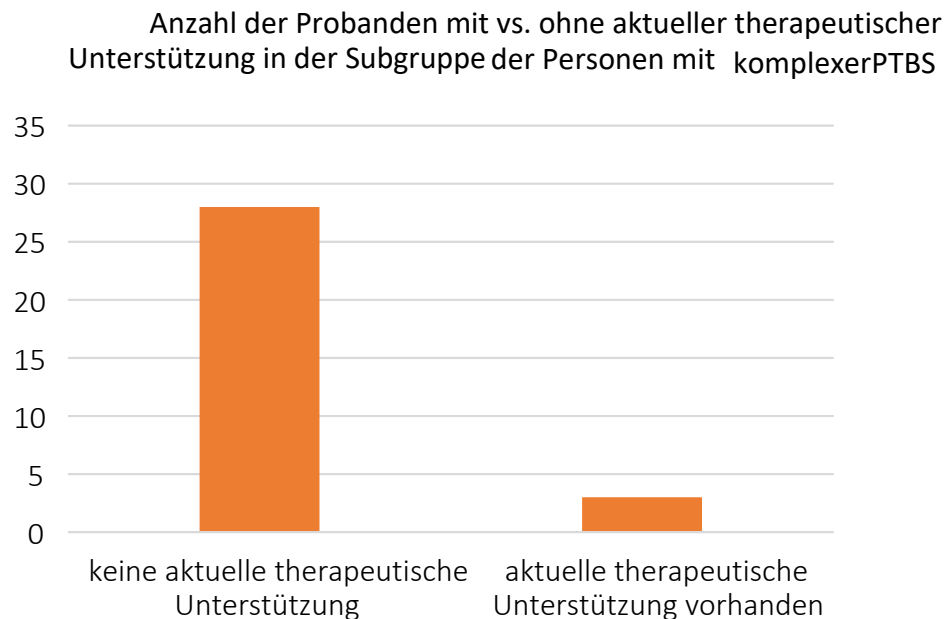


Abbildung 13: Gegenwärtige therapeutische Versorgung

In der Teilstichprobe der Personen mit komplexer PTBS ($n = 31$) sind aktuell 28 Probanden nicht therapeutisch angebunden, wohingegen 3 Personen derzeit therapeutische Unterstützung erhalten.

4.3.3 Einfluss des ABW auf die aktuelle therapeutische Versorgungslage

Zum Zeitpunkt der Erhebung befanden sich die TeilnehmerInnen (drei Personen ohne ABW-Dauer Angabe: $n=28$), die positiv auf eine kPTBS getestet wurden, durchschnittlich 26,79 Monate im ABW ($M=26,79$, $SD=17,89$) wovon 15 Probanden mit und 13 ohne therapeutische Unterstützung waren.

Die punktbiseriale Korrelationsberechnung ergab $r_{pb} = -0.06$, $p = .378$.

4.3.4 Kenntnisstand Stabilisierungs- und Distanzierungstechniken

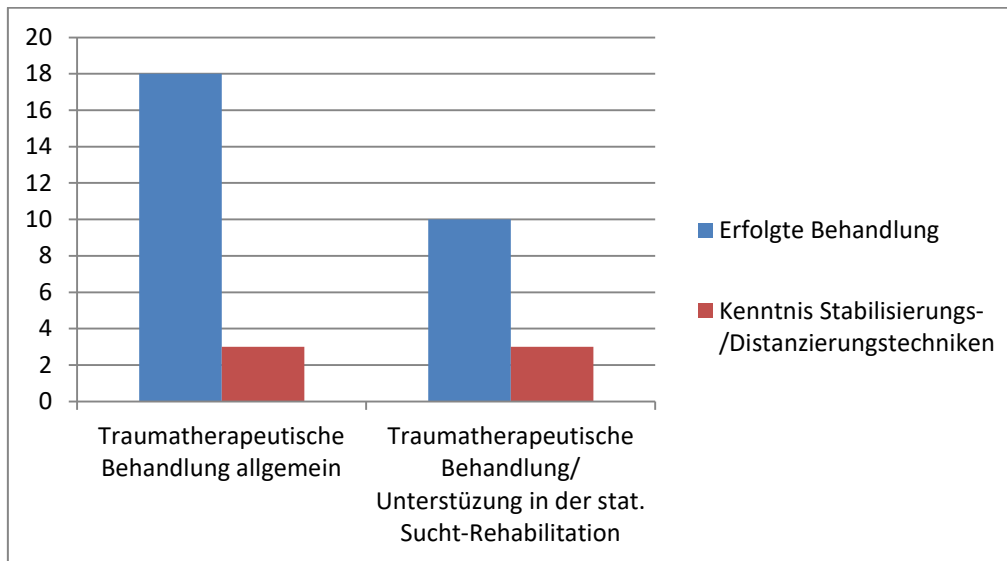


Abbildung 14: Kenntnisstand Stabilisierungs-/Distanzierungstechniken

Wurde bei Frage 16 angegeben, dass eine traumatherapeutische Behandlung erfolgte, könnte folglich davon ausgegangen werden, dass die entsprechende Probandengruppe die unter 2.2.6 angeführten Stabilisierungs- und Distanzierungstechniken, die Frage 19 anspricht, kennen müsste.

In der Gruppe der Personen mit komplexer PTBS ($n = 31$) gaben 18 Personen an, aufgrund ihres traumatischen Erlebnisses Hilfe erhalten zu haben. Von diesen 18 gaben 15 an, nichts von diesen Techniken gehört zu haben. 2 Probanden kannten die Techniken, aber sie hatten sie schon fast vergessen, da die Therapie sehr lange zurücklag. Nur eine Person gab an, diese Techniken tatsächlich anzuwenden.

In der Subgruppe derer, die angaben, es sei Teil der stationären Suchtrehabilitation gewesen, gaben 7 von 10 an, nichts von diesen Techniken gehört zu haben. Bei zwei Probanden waren sie bekannt, jedoch nahezu in Vergessenheit geraten und eine Person gab an, die Techniken anzuwenden.

4.3.5 Einfluss des ABW auf den Bekanntheitsgrad von Stabilisierungs- und Distanzierungstechniken

Zum Zeitpunkt der Erhebung befanden sich die TeilnehmerInnen (drei Personen ohne ABW-Dauer Angabe: n=28), die positiv auf eine kPTBS getestet wurden, durchschnittlich 26,79 Monate im ABW ($M=26,79$, $SD=17,89$), wovon 4 Probanden die Techniken kannten und 24 nicht.

Die punktbiseriale Korrelationsberechnung ergab $r_{pb} = .26$, $p = .090$.

4.3.6 Vordiagnostik posttraumatischer Belastungsstörungen

Anzahl der ärztlich diagnostizierten und nicht diagnostizierten PTBS in der Subgruppe der Personen mit kPTBS

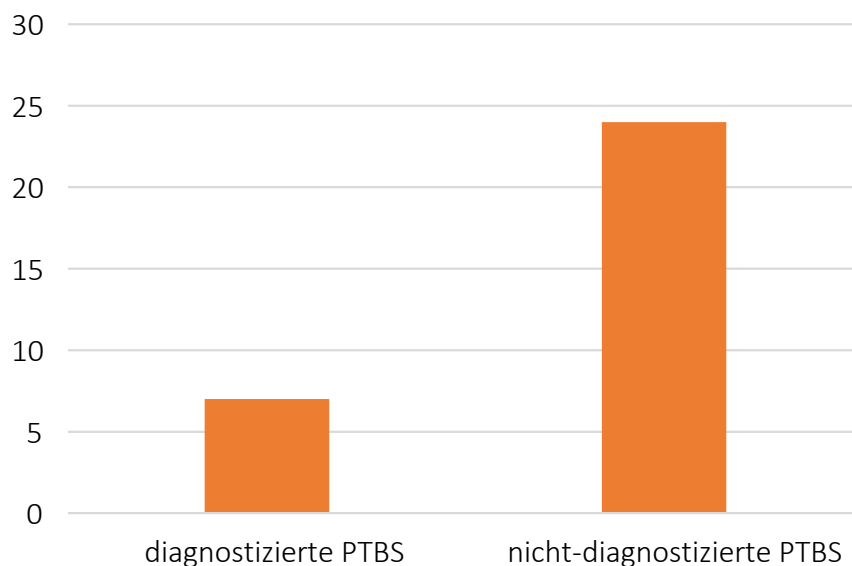


Abbildung 15: Vordiagnostik PTBS

In der Teilstichprobe der Personen mit komplexer PTBS ($n = 31$) wurde bei 7 Probanden eine PTBS ärztlich diagnostiziert, wohingegen 24 Probanden angaben, keine ärztliche PTBS Diagnose aufzuweisen.

4.3.7 Behandlungswissen und Therapiemotivation

Gründe für die Nichtinanspruchnahme von Therapien bei der Subgruppeder Personen mitkPTBS

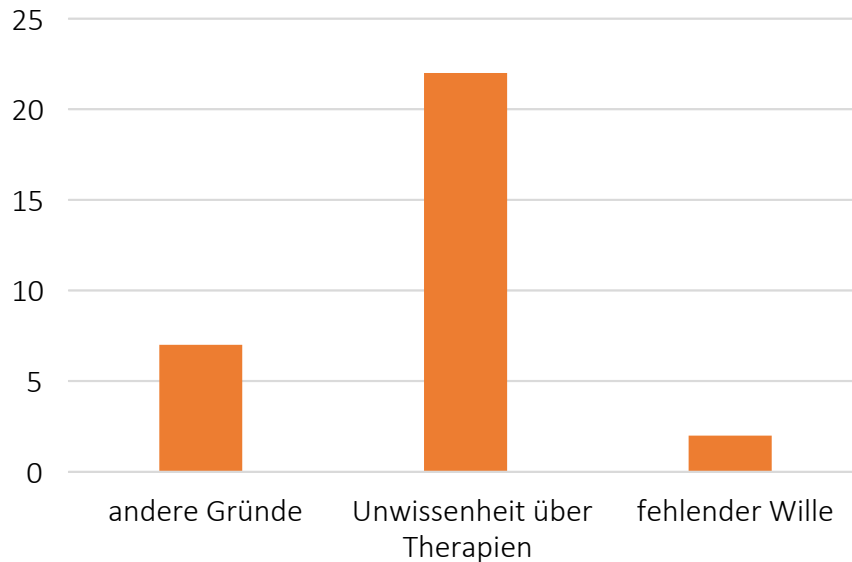


Abbildung 16: Behandlungswissen & Therapiemotivation

In der Teilstichprobe der Personen mit komplexer PTBS ($n = 31$) geben 7 Personen an, wegen anderer Gründe keine Therapie in Anspruch zu nehmen. 22 Personen stufen sich selbst bezüglich möglicher Therapien als unwissend oder überzeugt ein, ihnen könne nicht geholfen werden, wohingegen zwei Probanden keine Hilfe in Anspruch nehmen wollen.

$$\chi^2(1) = 16.67, p < .001$$

$$\text{Odds Ratio} = \frac{\text{Anzahl der Unwissenden}}{\text{Anzahl der Personen, die nicht wollen}} = 11.0$$

4.4 Untersuchungen zu Einflussfaktoren

4.4.1 Konsumstatus der positiv auf kPTBS Getesteten

Anzahl der abstinenten vs. nicht abstinenten Probanden in der Subgruppe der Personen mit kPTBS

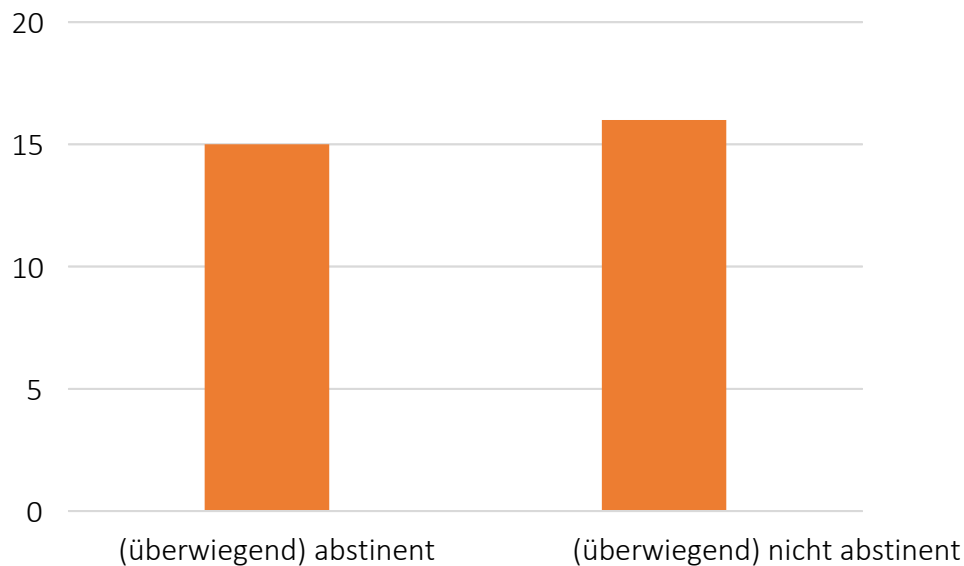


Abbildung 17: Konsumstatus bei kPTBS

In der Teilstichprobe der Personen mit komplexer PTBS ($n = 31$) geben 15 Probanden an, abstinent oder zumindest überwiegend abstinent und 16 Probanden überwiegend nicht oder nicht abstinent zu sein. Somit sind in der Gruppe der positiv auf komplexe PTBS Getesteten in etwa gleich viele Personen abstinent und nicht abstinent, $X^2(1) = 0.03$, $p = .429$, einseitige Testung, $OR = 1.07$.

4.4.2 Einfluss der Symptomschwere auf das Konsummuster

Die mittlere kPTBS-Symptomschwere lag bei $M=166.71$ bei einer Standardabweichung von 33.53 und einem Range von 125.50-267.00. Die maximal mögliche Symptomschwere lag bei 355.

Größe der untersuchten Teilstichprobe: $n = 31$ (2 fehlende Werte = $n=29$)

Der Median des Konsummusters lag bei $Md=3.00$

4.4.3 Einfluss des ABW auf die Symptomschwere

Die mittlere kPTBS-Symptomschwere lag bei $M=166.71$ bei einer Standardabweichung von 33.53 und einem Range von 125.50-267.00. Die maximal mögliche Symptomschwere lag bei 355.

Größe der untersuchten Teilstichprobe: $n = 31$ (5 fehlende Werte $\rightarrow n = 26$)

Der Mittelwert zur Dauer des ABW entspricht 26.79 bei einer Standardabweichung von 17.89.

4.4.4 Einfluss therapeutischer Versorgung auf die Symptomschwere

In der Teilstichprobe der komplex traumatisierten Probanden ($n = 31$ bei 2 fehlende Werte $\rightarrow n = 29$) wurde der Einfluss erhaltener, auf das Trauma bezogener, therapeutischer Unterstützung auf die Symptomschwere untersucht.

Tabelle 12: M und SD Symptomschwere

	Traumatherapeutisch nicht versorgt	Traumatherapeutisch ver- sorgt
Gruppengröße n	13	16
Mittelwert der Symptomschwe- re	152.19	178.50
SD der Symptomschwere	22.98	36.67

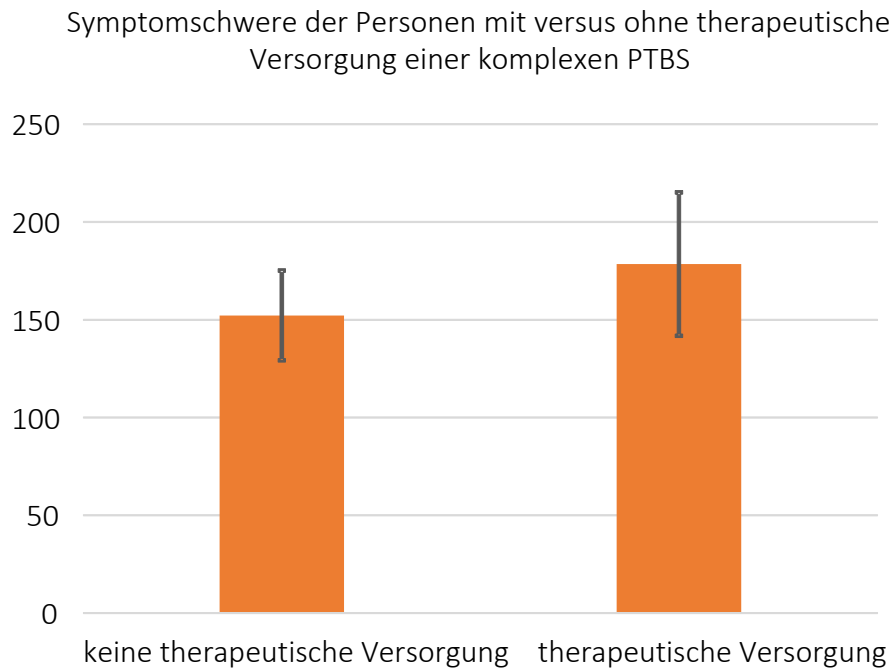


Abbildung 18: Symptomschwere und therapeutische Versorgung

$M = 152.19$, $SD = 22.98$), $t(27) = -2.25$, $p = .017$. Nach Berechnung von Cohens d mit $d=0,88$ liegt ein großer Effekt vor.

4.4.5 Einfluss der Symptomschwere auf konsumierte Suchtstoffe

Die ursprüngliche Hypothese „Die Symptomschwere variiert nach Suchtstoff“ war in dieser Form aufgrund zu kleiner Subgruppen trotz Einbezug derjenigen mit subsyndromaler kPTBS nicht auswertbar:

- Nur 9 Probanden, was einem Anteil von 18 % an der Gesamtstichprobe entspricht, gaben konkret in Frage 9 an polytox zu konsumieren.
- Die Probanden konnten jedoch in Frage 9 mehr als eine Droge als ihre Hauptdroge angeben. Berücksichtigt man also, dass eine Mehrfachnennung an Hauptdrogen in Frage 9 möglich war, so gaben 37 Teilnehmer (74 %) an, zwei oder mehr Drogen zu konsumieren

- Betrachtet man ausschließlich illegale Drogen (d.h. Ausschluss von Alkohol und Tabak), so ergibt sich in der Gruppe der positiv auf subsyndromale oder komplexe PTBS Getesteten folgendes Muster:
 - 18 Personen geben als Hauptdroge Opiate an
 - 1 Person Cannabis
 - 1 Person Stimulanzien
 - 0 Personen Kokain, Sedativa oder Halluzinogene
 - →statistisch ergab sich hierdurch kein Nutzen, die 18 Opiate vs. 1 Cannabis vs. 1 Stimulanzien nach Symptomschwere zu vergleichen

Als Resultat wurde ersatzweise folgende Hypothese getestet:

“Je stärker die Symptomschwere, umso mehr Suchtstoffe/polyvalent werden/wird konsumiert.”

Die Größe der untersuchten Teilstichprobe jener Probanden mit kPTBS betrug: **n = 31** (2 fehlende Werte → n = 29). Die mittlere kPTBS-Symptomschwere lag bei **M=166.71** bei einer Standardabweichung von 33.53 und einem Range von 125.50-267.00. Die maximal mögliche Symptomschwere lag bei 355.

- Anzahl der Drogen:
 - 7 Probanden geben an nur ein Suchtmittel zu konsumieren
 - 7 Probanden konsumieren 2 Suchtmittel
 - 6 Probanden konsumieren 3 Suchtmittel und
 - 9 Probanden konsumieren 4 oder mehr (bis zu 8) Suchtmittel

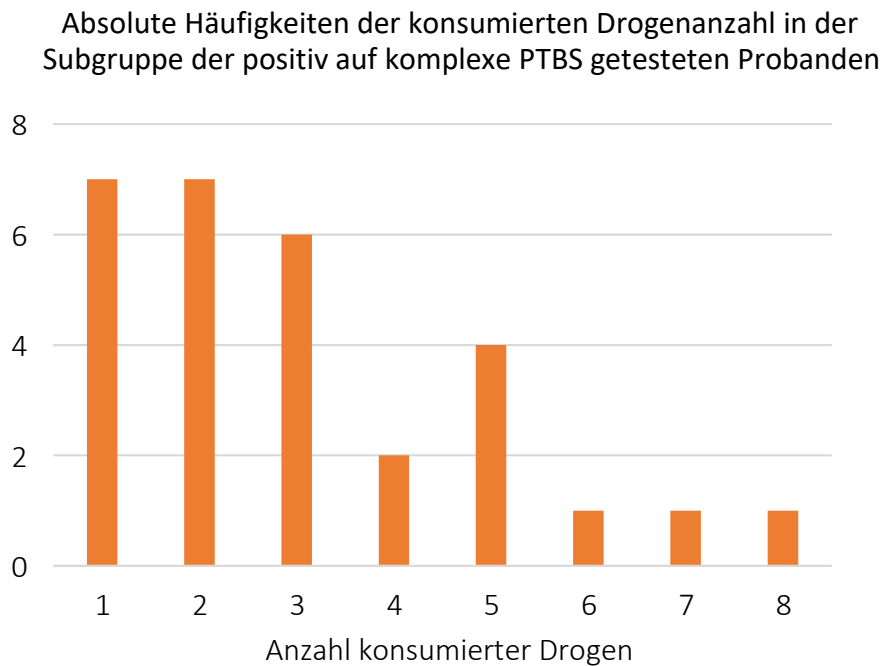


Abbildung 19: Symptombelastung und Konsummuster

4.5 Hypothesenbeurteilung und -testung

Untersuchungshypothese 1

Untersuchungshypothese 1 ging davon aus, dass die kPTBS bei niederschwellig im ambulant betreuten Wohnen für Suchtmittelabhängige häufiger auftritt, als in den bisher erfassten suchtmittelabhängigen Patientengruppen.

Verglichen mit der unter 2.3.1 dargestellten Prävalenzraten zur Komorbidität von posttraumatischen Belastungsstörungen bei Abhängigkeitserkrankten (höchste Lebenszeitprävalenz 52%, vgl. Schäfer, Najavits 2007) mit dem vorliegenden Ergebnis von 62% gilt die Hypothese als bestätigt.

Untersuchungshypothese 1.1

Untersuchungshypothese 1.1 sagte voraus, dass in der befragten Klientengruppe man-made Traumata häufiger auftreten als akzidentelle Traumata und kann unter Bezug auf die folgende Darstellung mit dem um den Faktor 9,5 erhöhten Wert als voll belegt gelten.

- 61,25% der Probanden mit kPTBS berichteten man-made- traumatische Erfahrungen als belastendstes Erlebnis
- 6,45% Probanden mit kPTBS berichteten akzidentelle traumatische Erfahrungen als belastendstes Erlebnis. In beiden Fällen handelte es sich um eine eigene, lebensbedrohliche Krankheit.
- 32,25% machten keine Angabe, welches ihrer traumatischen Erlebnisse am belastendsten war
- Odds Ratio = $\frac{\text{Anzahl man-made Traumata } 19}{\text{Anzahl akzidentelle Traumata } 2} = 9,5$

Untersuchungshypothese 2

In der Gruppe der positiv auf komplexe PTBS Getesteten haben in etwa gleich viele Probanden therapeutische Unterstützung erhalten bzw. nicht erhalten, $X^2(1) = 0.13$, $p = .358$, einseitige Testung, OR = 0.88.

Untersuchungshypothese 2, die besagte, dass in der Gruppe der positiv auf kPTBS getesteten die Anzahl derer höher sei, die in der Vergangenheit keine auf das Trauma bezogene therapeutische Unterstützung erhalten haben, muss somit verworfen werden .

Vorgehen bei der Hypothesentestung

- Filter setzen:
 - (1) Personen mit subsyndromaler und komplexer PTBS (kPTBS ≥ 5)
 - (2) Personen mit komplexer PTBS (kPTBS = 6)
- Variablenbildung „therapeutische Unterstützung“ siehe Syntax
- Statistischer Test auf Überzufälligkeit der gefundenen Unterschiede bei kategorialer Variable: χ^2 -Test; einseitige Testung, da eine gerichtete Hypothese vorliegt

Größe der untersuchten Teilstichprobe: **n = 31** (bei einer Person keine Angaben zur therapeutischen Unterstützung → n = 30)

Gruppe	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Keine therapeutische Unterstützung	14	46.7 %
Therapeutische Unterstützung vorhanden	16	53.3 %

$$\chi^2(1) = 0.13, p = .358$$

$$\text{Odds Ratio} = \frac{\text{Anzahl der Personen ohne therapeutische Unterstützung}}{\text{Anzahl der Personen mit therapeutischer Unterstützung}} = 0.88$$

Untersuchungshypothese 2.1

Untersuchungshypothese 2.1 ging davon aus, dass in der Gruppe der positiv auf kPTBS getesteten die Anzahl derer geringer ist, die aktuell traumatherapeutische Versorgung erfahren als jene, die traumatherapeutisch nicht angebunden sind.

28 Befragte gaben an, aktuell keine auf das Trauma bezogene Unterstützung zu erhalten, drei hingegen schon. Damit ist in der Gruppe der positiv auf komplexe PTBS Getesteten die Anzahl der Probanden, die aktuell therapeutisch versorgt werden, geringer als jene, die derzeit nicht therapeutisch versorgt werden, $\chi^2(1) = 20.16, p < .001$, einseitige Testung, OR = 9.33.

Es werden im Verhältnis in etwa neunmal so viele Personen nicht versorgt wie versorgt. Untersuchungshypothese 2.1 kann somit als voll bestätigt gelten.

Vorgehen bei der Hypothesentestung

- Filter setzen:
 - (1) Personen mit subsyndromaler und komplexer PTBS (kPTBS ≥ 5)
 - (2) Personen mit komplexer PTBS (kPTBS = 6)
- Variablenbildung „aktuelle therapeutische Unterstützung“ siehe Syntax
- Statistischer Test auf Überzufälligkeit der gefundenen Unterschiede bei kategorialer Variable: χ^2 -Test; einseitige Testung, da eine gerichtete Hypothese vorliegt

Größe der untersuchten Teilstichprobe: **n = 31**

Gruppe	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Keine aktuelle therapeutische Unterstützung	28	90.30 %
Aktuelle therapeutische Unterstützung vorhanden	3	9.70 %

$$\chi^2(1) = 20.16, p < .001$$

$$\text{Odds Ratio} = \frac{\text{Anzahl der Personen ohne aktuelle therapeutische Unterstützung}}{\text{Anzahl der Personen mit aktueller therapeutischer Unterstützung}} = 9.33$$

Untersuchungshypothese 2.2

Hypothese 2.2 formulierte, dass je länger die niederschwellige, ambulante Betreuung andauert, umso höher sei die Anzahl derer, die traumatherapeutisch angebunden sind. Mit einem Signifikanzwert von $p=.449$ besteht kein Zusammenhang von Signifikanz zwischen der Dauer der niederschweligen, ambulanten Betreuung und dem Umstand, ob die komplexe PTBS der Probanden therapeutisch versorgt wird oder nicht, $r_{pb} = 0.03$, $p = .449$, einseitige Testung. Anhand der Datenlage kann nicht geschlussfolgert werden, dass mit steigender Dauer der niederschweligen, ambulanten Betreuung die Anzahl der therapeutisch PTBS-Versorgten zunimmt, so dass Hypothese 2.2 verworfen wird.

Vorgehen bei der Hypothesentestung

- Filter setzen:
 - (1) Personen mit subsyndromaler und komplexer PTBS ($kPTBS \geq 5$)
 - (2) Personen mit komplexer PTBS ($kPTBS = 6$)
- Punktbiseriale Korrelation, da
 - Dauer ambulante Betreuung = intervallskaliert
 - Therapeutische Versorgung = diskret/dichotom
 - → in SPSS: Pearson-Korrelation mit Dummy-Kodierung (0 = keine Therapie, 1 = Therapie)
 - Normalverteilung kann durch Stichprobengröße $n > 30$ angenommen werden → zentrales Grenzwerttheorem
 - Einseitige Hypothesentestung, da gerichtete Hypothese vorliegt

Untersuchungshypothese 2.3

Untersuchungshypothese 2.3 prognostizierte, dass bei jenen Befragten, die therapeutische Hilfe erhielten, die Anzahl derer überwiegt, denen Stabilisierungs- und Distanzierungstechniken bekannt sind.

83,33% derjenigen mit traumatherapeutischer Unterstützung gaben an, keinerlei Kenntnis von diesen Techniken zu haben. In der untersuchten Subgruppe derjenigen, die angaben, das Trauma sei Bestandteil der stationären Suchtrehabilitation gewesen, waren die Techniken bei 70% gänzlich unbekannt. Somit ist die Untersuchungshypothese 2.3 klar abzulehnen.

Untersuchungshypothese 2.4

Untersuchungshypothese 2.4 ging davon aus, dass der Bekanntheitsgrad von Stabilisierungs- und Distanzierungstechniken mit der Dauer des ABW steige.

Mit einem Signifikanzwert von $p = .090$ zeigte sich ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Dauer der niederschweligen ambulanten Betreuung und der Bekanntheit von Stabilisierungs- und Distanztechniken. In der Gruppe der positiv auf komplexe PTBS getesteten Probanden ging eine längere, niederschwellige, ambulante Betreuung nicht mit einem größeren Bekanntheitsgrad von Stabilisierungs- und Distanztechniken einher, so dass die Hypothese als abgelehnt gilt.

Vorgehen bei der Hypothesentestung

- Filter setzen:
 - (1) Personen mit subsyndromaler und komplexer PTBS ($kPTBS \geq 5$)
 - (2) Personen mit komplexer PTBS ($kPTBS = 6$)
- Punktbiseriale Korrelation, da
 - Dauer ambulante Betreuung = intervallskaliert
 - Bekanntheit Techniken = diskret/dichotom
 - → in SPSS: Pearson-Korrelation mit Dummy-Kodierung (0 = nicht bekannt, 1 = bekannt)
 - Normalverteilung kann durch Stichprobengröße $n > 30$ angenommen werden → zentrales Grenzwerttheorem
 - Einseitige Hypothesentestung, da gerichtete Hypothese vorliegt
- Dauer der ambulanten Betreuung: $M = 26.79$, $SD = 17.89$
- 4 Personen kennen die Techniken, 24 Probanden nicht

$r_{pb} = .26$, $p = .090$, einseitige Testung

Untersuchungshypothese 2.5

Untersuchungshypothese 2.5 prognostizierte in der Gruppe der positiv auf kPTBS getesteten eine höhere Anzahl nicht diagnostizierter posttraumatischer Belastungsstörungen als diagnostizierte.

In der Gruppe der positiv auf komplexe PTBS Getesteten ist die Anzahl der nicht diagnostizierten PTBS höher als die der diagnostizierten PTBS, $X^2(1) = 9.32$, $p < .001$, einseitige Testung. Im Verhältnis ist die Anzahl der nicht diagnostizierten PTBS ca. drei-

einhalbmal höher als die der diagnostizierten PTBS. Untersuchungshypothese 2.5 gilt somit als bestätigt.

Vorgehen bei der Hypothesentestung

- Filter setzen:
 - (1) Personen mit subsyndromaler und komplexer PTBS ($kPTBS \geq 5$)
 - (2) Personen mit komplexer PTBS ($kPTBS = 6$)
- Statistischer Test auf Überzufälligkeit der gefundenen Unterschiede bei kategorialer Variable: χ^2 -Test; einseitige Testung, da eine gerichtete Hypothese vorliegt

Gruppe	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
diagnostizierte PTBS	7	22.6 %
keine diagnostizierte PTBS	24	77.4 %

$$\chi^2(2) = 9.32, p < .001$$

$$\text{Odds Ratio} = \frac{\text{Anzahl der Personen mit PTBS – Diagnose}}{\text{Anzahl der Personen ohne PTBS – Diagnose}} = 3.43$$

Untersuchungshypothese 2.6

Untersuchungshypothese 2.6 ging davon aus, dass in der Gruppe der positiv auf kPTBS getesteten die Anzahl derer, die überzeugt sind, ihnen könne niemand helfen/unwissend sind, wie ihnen jemand helfen kann höher ist als jene, die keine Hilfe in Anspruch nehmen wollen.

In der Gruppe der positiv auf komplexe PTBS getesteten befinden sich ca. 11 Mal (Odds Ratio = 11.0) mehr Personen die denken, ihnen könne niemand helfen, als Personen, die keine Hilfe annehmen wollen, $\chi^2(1) = 16.67, p < .001$, einseitige Testung. Die Nullhypothese wird somit zu Gunsten der Alternativhypothese abgelehnt.

Vorgehen bei der Hypothesentestung

- Filter setzen:
 - (1) Personen mit subsyndromaler und komplexer PTBS (kPTBS ≥ 5)
 - (2) Personen mit komplexer PTBS (kPTBS = 6)
- Neue Variable ANB_alle händisch erstellt; Umkodiert in „Grund_NichtTherapie“: 0 = andere Gründe (z.B. Therapie, keine kPTBS), 1 = unwissend, 2 = will keine Hilfe
- Statistischer Test auf Überzufälligkeit der gefundenen Unterschiede (**zwischen Ausprägung 1 und 2**) bei kategorialer Variable: χ^2 -Test; einseitige Testung, da eine gerichtete Hypothese vorliegt

Größe der untersuchten Teilstichprobe: **n = 31**

Gruppe	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Andere Gründe für Nichtbehandlung	7	22.60 %
Unwissenheit	22	71.00 %
Fehlender Wille	2	6.50 %

Untersuchungshypothese 3

Untersuchungshypothese 3 sagte voraus, dass die Anzahl der (überwiegend) nicht abstinenten Probanden, die positiv auf kPTBS getestet wurden, größer sei, als die der abstinenten.

Da mit 15 vs. 16 Probanden (OR = 1.07) etwa gleich viele Personen (überwiegend) abstinent wie (überwiegend) nicht abstinent sind, muss die Hypothese verworfen werden.

Vorgehen bei der Hypothesentestung

- Filter setzen:
 - (1) Personen mit subsyndromaler und komplexer PTBS (kPTBS ≥ 5)
 - (2) Personen mit komplexer PTBS (kPTBS = 6)
- Umkodierung des Items 10 in neue Variable „Abstinenz“, sodass zwei Gruppen vorhanden: (überwiegend) abstinent versus nicht abstinent
- Statistischer Test auf Überzufälligkeit der gefundenen Unterschiede bei kategorialer Variable: χ^2 -Test; einseitige Testung, da eine gerichtete Hypothese vorliegt

Größe der untersuchten Teilstichprobe: **n = 31**

Gruppe	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
(überwiegend) abstinent	15	48.40 %
Nicht abstinent	16	51.60 %

$$\chi^2(1) = 0.03, p = .429$$

$$\text{Odds Ratio} = \frac{\text{Anzahl der nicht abstinenten Personen}}{\text{Anzahl der (überwiegend)abstinenten Personen}} = 1.07$$

Untersuchungshypothese 3.1

Untersuchungshypothese 3.1 prognostizierte, dass die Symptomschwere der komplexen PTBS bei höherem Konsummuster zunehme.

Da kein Zusammenhang von Signifikanz zwischen der Symptomschwere und dem Konsummuster festgestellt werden konnte, rechtfertigt die Datenlage nicht die Annahme, dass in der Gruppe der positiv auf komplexe PTBS getesteten Probanden eine höhere traumasymptomatische Belastung mit einem höheren Konsummuster einhergeht. Die Alternativhypothese wird somit verworfen und die Nullhypothese beibehalten.

Vorgehen bei der Hypothesentestung

- Bildung der Variablen Symptomschwere aus einzelnen Items der Teegen-Liste; vorherige Imputation fehlender Werte durch Median
- Filter setzen:
 - (1) Personen mit subsyndromaler und komplexer PTBS ($kPTBS \geq 5$)
 - (2) Personen mit komplexer PTBS ($kPTBS = 6$)
- Berechnung von Spearmans Rho, weil
 - Symptomschwere = intervallskaliert
 - Konsummuster = ordinalskaliert
 - NV für Variable Symptomschwere kann angenommen werden, weil bei (1) zentrales Grenzwerttheorem greift, d.h. $n > 30$, bei (2) Kolmogoroff-Smirnov-Test die Annahme der rechtfertigt
 - Einseitige Hypothesentestung, da gerichtete Hypothese vorliegt

Größe der untersuchten Teilstichprobe: $n = 29$ (2 fehlende Werte $\rightarrow n = 31$)

Deskriptive Statistiken:

- Mittlere Symptomschwere: $M = 166.71$, $SD = 33.53$, $RANGE = 125.50 - 267.00$

(zur Einordnung: maximal mögliche Symptomschwere: 355)

- Konsummuster: $Md = 3.00$
 - 5 Personen geben an abstinent, 10 überwiegend abstinent, 15 reduziert konsumierend und 1 überwiegend nicht abstinent sein

Die Berechnung von Spearmans Rho ergab 0.30, $p = .060$ bei einseitiger Testung, so dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen Symptomschwere und Konsummuster festgestellt werden konnte.

$r_s = 0.30$, $p = .060$, einseitige Testung

Untersuchungshypothese 3.2

Untersuchungshypothese 3.2 – die Symptomschwere nehme ab, je länger die ABW-Betreuung andauere – muss vor dem Hintergrund, der Datenlage verworfen werden, da keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Symptombelastung nachweisbar waren.

Vorgehen bei der Hypothesentestung

- Bildung der Variablen Symptomschwere aus einzelnen Items der Teegen-Liste; vorherige Imputation fehlender Werte durch Median
- Filter setzen:
 - (1) Personen mit subsyndromaler und komplexer PTBS ($kPTBS \geq 5$)
 - (2) Personen mit komplexer PTBS ($kPTBS = 6$)
- Berechnung von Pearsons r , weil
 - Symptomschwere = intervallskaliert
 - Wohndauer = intervallskaliert
 - NV für Variable Symptomschwere kann angenommen werden, weil bei (1) zentrales Grenzwerttheorem greift, d.h. $n > 30$, bei (2) Kolmogoroff-Smirnov-Test (KS-Test) die Annahme der rechtfertigt
 - NV für Variable Wohndauer kann angenommen werden, weil bei (1) zentrales Grenzwerttheorem greift, d.h. $n > 30$; (2) NV liegt laut KS-Test nicht vor, trotzdem wird r zur Berechnung herangezogen, da robustes Verfahren
 - Einseitige Hypothesentestung, da gerichtete Hypothese vorliegt

Größe der untersuchten Teilstichprobe: $n = 31$ (5 fehlende Werte $\rightarrow n = 26$)

Deskriptive Statistiken:

- $M = 166.71$, $SD = 33.53$, $RANGE = 125.50 - 267.00$

(zur Einordnung: maximal mögliche Symptomschwere: 355)

- Dauer der ambulanten Betreuung: $M = 26.79$, $SD = 17.89$

Die weitere Hypothesentestung ergab unter Berechnung der Pearsons-Korrelation $r = 0.28$, $p = .081$ bei einseitige Testung.

Untersuchungshypothese 3.3

Untersuchungshypothese 3.3 postulierte, dass sich die Symptomschwere geringer darstellt, wenn eine traumatherapeutische Versorgung stattfand/stattfindet. Entgegen der getroffenen Annahme, wiesen in der Gruppe der positiv auf komplexe PTBS getesteten Probanden, die bereits therapeutisch versorgt wurden/werden ($M = 178.50$, $SD = 36.67$) eine höhere Symptombelastung auf als Personen, die nicht therapeutisch versorgt wurden/werden ($M = 152.19$, $SD = 22.98$), $t(27) = -2.25$, $p = .017$. Nach Berechnung von Cohens d mit $d=0,88$ stellte dieser Unterschied einen großen Effekt dar.

Vor dem Hintergrund, dass sich in dieser Erhebung deutlich eine höhere Symptombelastung bei/nach therapeutischer Versorgung zeigt, muss Hypothese 3.3 klar verworfen werden.

Vorgehen bei der Hypothesentestung

- Bildung der Variablen Symptomschwere aus einzelnen Items der Teegen-Liste; vorherige Imputation fehlender Werte durch Median
- Verwendung der Variable TPU (siehe H5): therapeutische Versorgung? 0 = nein, 1 = ja
- Filter setzen:
 - (1) Personen mit subsyndromaler und komplexer PTBS ($kPTBS \geq 5$)
 - (2) Personen mit komplexer PTBS ($kPTBS = 6$)
- t-Test für unabhängige Stichproben
 - therapeutische Versorgung als Gruppierungsvariable (0: keine Versorgung, 1: Versorgung vorhanden)
 - abhängige Variable: Symptomschwere
 - NV für Variable Symptomschwere kann angenommen werden, weil bei (1) zentrales Grenzwerttheorem greift, d.h. $n > 30$, bei (2) Kolmogoroff-Smirnov-Test (KS-Test) die Annahme der rechtfertigt
 - Varianzgleichheit laut Levene-Test gegeben
 - Gruppengrößen ungefähr gleich groß
 - Einseitige Hypothesentestung, da gerichtete Hypothese vorliegt
 - Berechnung von Cohens d als Effektstärke
(<http://www.psychometrica.de/effektstaerke.html>)

Größe der untersuchten Teilstichprobe: $n = 31$ (2 fehlende Werte $\rightarrow n = 29$)

Deskriptive Statistiken:

	Traumatherapeutisch nicht versorgt	Traumatherapeutisch versorgt
Gruppengröße n	13	16
Mittelwert der Symptomschwere	152.19	178.50
SD der Symptomschwere	22.98	36.67

$t(27) = -2.25$, $p = .017$, $d = 0.84$
 $d = 0.84$

Untersuchungshypothese 3.4

In der Gruppe der positiv auf komplexe PTBS getesteten bestand kein Zusammenhang zwischen der Stärke der Symptome und des Ausmaßes des polyvalenten Konsums, $r = .17$, $p = .188$ bei einseitiger Testung.

Da kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Symptomschwere und der Anzahl konsumierter Suchtmittel festgestellt werden konnte, rechtfertigt die Datenlage nicht die Annahme, dass in der Gruppe der positiv auf komplexe PTBS getesteten Probanden eine höhere traumasymptomatische Belastung mit einer steigenden Anzahl konsumierter Stoffe einhergeht. Die Alternativhypothese wird somit verworfen und die Nullhypothese beibehalten.

Vorgehen bei der Hypothesentestung

- Bildung der Variablen Symptomschwere aus einzelnen Items der Teegen-Liste; vorherige Imputation fehlender Werte durch Median
- Filter setzen:
 - (1) Personen mit subsyndromaler und komplexer PTBS ($kPTBS \geq 5$)
 - (2) Personen mit komplexer PTBS ($kPTBS = 6$)
- Berechnung von Pearsons r , weil
 - Symptomschwere = intervallskaliert
 - Anzahl Suchtstoffe = intervallskaliert (illegale + legale Substanzen)
 - NV für Variable Symptomschwere kann angenommen werden, weil bei (1) zentrales Grenzwerttheorem greift, d.h. $n > 30$, bei (2) Schiefe/Kurtosis-Werte NV bestätigen
 - NV für Variable Anzahl der Suchtstoffe kann angenommen werden, weil bei (1) zentrales Grenzwerttheorem greift, d.h. $n > 30$, bei (2) Schiefe/Kurtosis-Werte NV bestätigen
 - Einseitige Hypothesentestung, da gerichtete Hypothese vorliegt

Die Größe der untersuchten Teilstichprobe jener Probanden mit $kPTBS$ betrug: $n = 31$ (2 fehlende Werte $\rightarrow n = 29$). Die mittlere $kPTBS$ -Symptomschwere lag bei $M=166.71$ bei einer Standardabweichung von 33.53 und einem Range von 125.50-267.00. Die maximal mögliche Symptomschwere lag bei 355.

- Anzahl der Drogen:
 - 7 Probanden geben an nur ein Suchtmittel zu konsumieren
 - 7 Probanden konsumieren 2 Suchtmittel
 - 6 Probanden konsumieren 3 Suchtmittel und
 - 9 Probanden konsumieren 4 oder mehr (bis zu 8) Suchtmittel

$r = .17$, $p = .188$, einseitige Testung

5. Diskussion und Zusammenfassung

Diese quantitative Studie untersuchte die Verbreitung und Versorgung komplexer post-traumatischer Belastungsstörungen bei KlientInnen im ambulant betreuten Wohnen für Suchtmittelabhängige.

Im Folgenden sollen die Ergebnisse unter Berücksichtigung vorhandener und/oder hypothetischer Limitierungen bewertet und in den aktuellen Forschungszusammenhang gestellt werden.

5.1 Diskussion der Methodik

Grundlegende Limitierungen, die sich aus der aus der gewählten Methodik ergeben, betreffen sämtliche Ergebnisse.

Die Generierung von teilnehmenden Einrichtungen via Internetkontaktaufnahme erwies sich als wenig erfolgreich. Von 40 Anfragen wurden 17 positiv beantwortet, wovon sich wiederum 14 zur Teilnahme bereit erklärten. Drei Einrichtungen übersendeten ausgefüllte Fragebogensätze zurück.

Die häufigsten Gründe für die Nichtteilnahme waren Zeitmangel/personelle Unterbesetzung (8x), die Befürchtung, die Erhebung könne die KlientInnen belasten und zu Symptomen führen (7x), die Fachleistungsstunden würden für die aktuellen Problemlagen der KlientInnen benötigt (4x)

Eine Rückmeldung hinsichtlich ausgelöster Symptomschübe wurde von keiner Einrichtung gegeben, wurde jedoch auch nicht explizit erfragt.

Der von der angestrebte Rücklauf von mindestens 100 ausgefüllten Fragebögen wurde mit 51 Datensätzen deutlich verfehlt. Die Aussagekraft der Ergebnisse dieser Studie ist aufgrund der geringen Stichprobengröße herabgesetzt. Durch die Kriterien der Zielpersonenauswahl weist sie beabsichtigter Weise keinerlei externe Validität auf, so dass die Ergebnisse nicht auf die Allgemeinbevölkerung übertragbar sind. Es wurden ausschließlich StudienteilnehmerInnen generiert, die Beratung, Unterstützung und Begleitung im niederschweligen ambulant betreuten Wohnen für Suchtmittelabhängige in Anspruch nehmen. Zu berücksichtigen ist eine hieraus resultierende, eingeschränkte Übertragbarkeit der Ergebnisse (insbesondere der Prävalenz- und Versorgungsdaten) zu anderen Bereichen innerhalb des Suchthilfesystems. Diese Abweichung festzustellen/zu wider-

legen und abzubilden, war eine der Zielsetzungen dieser Studie, sodass die Begrenztheit der Übertragungsmöglichkeiten zu anderen Institutionsformen einen gewollten Effekt darstellt.

Eine weitere Problematik liegt im Design der Studie: durch die Wahl eines Self-Rating-Instrumentes zur Erhebung sind durch Interviewer hervorgerufene, personengebundene Verzerrungen zwar minimiert, können jedoch nicht ausgeschlossen werden. Da sich die einzelnen Mitarbeitenden mit der Anfrage zur Teilnahme an ihre jeweiligen KlientInnen wandten, ist auch ein möglicher, vorselektiver Prozess nicht auszuschließen.

Bei der Stichprobenpopulation handelt es sich um sogenanntes „schwer erreichbares Klientel“, das häufig zunächst nur Kontakte zur eigenen Subkultur sowie zu unmittelbar und niederschwellig Unterstützenden (aus ambulant betreutem Wohnen, Streetwork, Kontaktläden, Anlauf- und Beratungsstellen etc.) aufrecht erhält.

Das ambulant betreute Wohnen stellt im niederschweligen Sektor der Suchthilfe ein höherschwelliges Angebot dar. Für die Stichprobengenerierung wurden jene Anbieter kontaktiert, deren Zugangsvoraussetzungen weder eine Abstinenz noch eine absolvierte, stationäre Therapie enthielten.

Um auf der einen Seite vor diesem Hintergrund einen möglichst hohen Rücklauf zu erzielen, auf der anderen jedoch weitgehend sicher zu stellen, dass die möglicher Weise durch die Befragung ausgelösten Symptome durch sozialpädagogisches Fachpersonal bemerkt werden, wurde auf ein Selbstbeurteilungsinstrument zurück gegriffen, das während eines Kontaktes ausgefüllt wurde. Durch die Kontinuität der Hausbesuche gab es zudem die Möglichkeit, aufkommende Instabilität im weiteren Verlauf festzustellen.

Wie unter 2.3.2.1 und 2.3.2.2 dargestellt, hat Substanzkonsum die beschriebenen Auswirkungen auf PTBS-Symptomatiken. Es bestand also der begründete Verdacht, dass sich dieser Umstand auf die Messbarkeit des Screening-Instrumentes auswirkt, da sich ein Großteil der niedrigschwellig ambulant betreuten KlientInnen im unterschiedlich ausgeprägten Substanzgebrauch befindet. Wie aber ebenso dargestellt, verschlimmern sich die PTBS-Symptomatiken durch missbräuchliche oder abhängige Konsummuster, so dass sich dieser Umstand in der Gesamtstichprobe wiederum regulativ auswirkt.

Zur Erfassung der Verbreitung von kPTBS wurde die deutsche Version des SIDES-SR, die „Beschwerdeliste kPTBS“ (Teegen, Schriefers, Vogt 2001) verwendet. Zu den 72 Items wurden zudem Teile des Deutschen Kerndatensatz zur Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe und der Posttraumatic Diagnostic Scale (Ehlers 1996) verwendet.

Retrospektiv ist der Fragebogen mit neun Seiten, 24 Fragen und 91 Einzelitems (Mehrfachnennungen nicht berücksichtigt) als zu umfangreich zu bewerten. Es ist zu vermuten, dass dieser Umstand ein Aspekt war, der zur Nichtteilnahme von Trägern geführt hat – auch wenn dieses nicht kommuniziert wurde. Die Bearbeitungsdauer lag zwischen 11 und 40 Minuten. Um die 6 Subskalen via Screening zu erfassen, existiert aktuell (im Gegensatz zur PTBS) keine Short-Screening-Scale für die kPTBS, so dass der stark erhöhte Fragebogenumfang nicht zu vermeiden war.

5.2 Diskussion der Ergebnisse

5.2.1 Prävalenz komplexer PTBS

Das Traumakriterium nach DSM V erfüllten 84 % der Probanden. Damit liegt der hier erfasste Anteil im erwartbaren Bereich: Untersuchungen in Deutschland wie auch international ermittelten eine Traumarate bei Suchtmittelabhängigen zwischen 83% und 95% (vgl. Hellmer 2009, S.7).

Die Ursachen können zum einen im Suchtmittelkonsum an sich liegen: gerade die Konsumsituationen von Abhängigen illegaler Substanzen, Prostitution, Kontakt zu gewaltbereiten Szenemitgliedern sowie das mögliche Unvermögen, aufgrund der Intoxikation Gefährdungslagen richtig einzuschätzen und sich selbst zu schützen, erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer traumatischen Erfahrung (vgl. Schäfer 2006, S.23 ff.). Zum anderen kann das vorgestellte Modell der Selbstmedikationshypothese – das Entwickeln einer Substanzstörung infolge einer Traumatisierung – eine Erklärung liefern: wenn die Auftretenswahrscheinlichkeit einer Abhängigkeitsrerkrankung nach erfolgter Traumatisierung signifikant erhöht ist, ist erwartbar, dass die traumatisierte Population in der Gruppe der Abhängigen deutlich erhöht ist.

62% der Befragten erfüllten die Kriterien einer kPTBS-Diagnose, womit der Anteil der Betroffenen ähnlich hoch liegt wie bei Folteropfern oder Vietnamveteranen (vgl. Tee-
gen & Vogt 2002; Ford & Kid 1998 in Tabelle 4).

Wie bereits dargestellt, besteht Einigkeit hinsichtlich der Auswirkungen (insbes. frühkindlicher) Traumata auf die Entwicklung einer substanzbezogenen Störung, einen schwereren Verlauf und darauf, wiederholt traumatische Erfahrungen zu machen. Eine

substanzbezogene Störung wiederum begünstigt eine Verschlimmerung der Traumafolgesymptomatiken (vgl. 2.3.2.2). Betrachtet man die bereits vorgestellten deutschen Studien zu Abhängigkeit und PTBS, zeigt sich eine Zunahme der PTBS-Betroffenen in Abhängigkeit vom therapeutischen Setting: von 15% der stationären Patienten über 33% in ambulanter Suchttherapie bis hin zu 62% im ambulant betreuten Wohnen (vgl. Tabelle 6). Eine mögliche Erklärung liegt in eben jener Hierarchie der Zugangsschwellen: bei multifaktoriellen, komplexen Problemhintergründen von chronisch Abhängigkeitserkrankten und entsprechendem Unterstützungsbedarf sind in der Regel zunächst niederschwellige Hilfsangebote induziert. Hierdurch werden Sicherung/Schaffung von Wohnraum, Anbindung ans Gesundheitssystem, gesundheitsfürsorglicher Umgang, finanzielle Absicherung und die Anbindung an weitere, notwendige Unterstützungssysteme eingeleitet und so der vollständigen Desintegration entgegengewirkt. Wie die Gesamtstichprobe gezeigt hat, sind 82% nicht erwerbstätig, 62,5% ohne Berufshochschulausbildung und 72,5% alleinstehend. Wenn sich das Problemgemenge derart über alle Lebensbereiche erschließt, kann einer Traumafolgestörung wie auch dem Suchtmittelkonsum seitens der Betroffenen kaum etwas entgegengesetzt werden, da stark eingeschränkte Ressourcen vorhanden sind. Zudem fehlen (ohne Hilfestellung) die Zugänge zum therapeutischen Unterstützungssystem. Es kann vermutet werden, dass ein Teil der niederschwellig betreuten KlientInnen zu einem späteren Zeitpunkt und nach erfolgreicher Wiedereingliederung statistisch gesehen Bestandteil der Prävalenzraten aus dem stationär-therapeutischen Bereich werden.

Allerdings zeigt die vorliegende Erhebung deutlich, dass auch bei längeren Betreuungszeiten bei 77,41% der Befragten keine Diagnose einer PTBS und bei 70,96% kein entsprechendes Wissen über therapeutische Möglichkeiten seitens der Klienten vorliegt. Vor dem Hintergrund, dass eine fachärztliche Stellungnahme zur Substanzabhängigkeit im ABW- Beantragungsverfahren dem Kostenträger gegenüber zwingend vorgesehen ist, kann von einer entsprechenden Facharzt-Anbindung ausgegangen werden. Über die Gründe der Nicht-Diagnostik und daraus resultierender, mangelhafter therapeutischer Versorgungslage können an dieser Stelle nur hypothetische Annahmen aufgestellt werden, sie bedürften weiterer Untersuchungen. Es scheint naheliegend, dass es für komplex traumatisierte Menschen mit ausgeprägtem Symptombild eine hohe Hürde sein mag, sich in der kurzen Zeit eines meist einmal pro Quartal stattfindenden Facharzttermines zu öffnen und über das Traumageschehen wie auch die Auswirkungen zu spre-

chen. Ursächlich wären hier die kPTBS-Symptome Schuldgefühle, Scham, Verdrängung, das Gefühl isoliert zu sein, die Unfähigkeit zu vertrauen und die fehlende Zukunftsperspektive anzuführen. Es kommen jedoch auch systemimmanente Faktoren in Frage, die unter 5.2.4 dezidiert diskutiert werden.

5.2.2 Traumakategorien und Alter

Die Bestätigung der Hypothese, dass man-made-Traumata häufiger in der Gruppe der komplex traumatisierten vorkommen als akzidentelle, war erwartbar, da ausreichend entsprechende Studien zur PTBS vorliegen (vgl. Maercker, 2013, S.15).

In dieser Erhebung ist die Wahrscheinlichkeit, dass komplex Traumatisierte ein man-made-Trauma erlebten, im Vergleich zu akzidentellen Traumatisierungen um den Faktor 9,5 erhöht. In der Subgruppe der Probanden mit kPTBSB wurden als akzidentelle Traumata ausnahmslos eine eigene, lebensbedrohliche Krankheit angegeben. Dieses ist durch das erhöhte Auftreten von Krankheiten wie HIV, Hepatitis oder COPD bei langjährig konsumierenden und aus dem Gesundheitssystem exkludierten SuchtmittelkonsumentInnen nachvollziehbar. Besonderes Augenmerk sollte jedoch auf die zweitgrößte (10 von 31) Gruppe innerhalb der Population mit kPTBS gelegt werden: jene, die keine Angabe machte, welches Erlebnis das gravierendste gewesen sei. Hierin könnte ein Indiz dafür liegen, dass eine gedankliche Annäherung an das emotionale Geschehen der Traumatisierung (durch die Frage, welches Erlebnis am meisten belastet) nicht zugelassen werden kann. Hervorzuheben ist, dass alle, die die Frage nach dem belastendsten Erlebnis nicht beantworteten, den Fragebogen weiter ausgefüllt haben. Selbstbeurteilungsfragebögen haben die bereits in der Diskussion der Methodik aufgegriffenen Schwachstellen – ein vor dem zuvor geschilderten Hintergrund sichtbarer Vorteil stellt jedoch die vollständige Kontrolle der Befragten über das Medium dar. Ob, was und in welchem Tempo liegt alleinig in der Hand der Befragten und muss nicht in der direkten Interaktion einem Rater gegenüber erklärt werden.

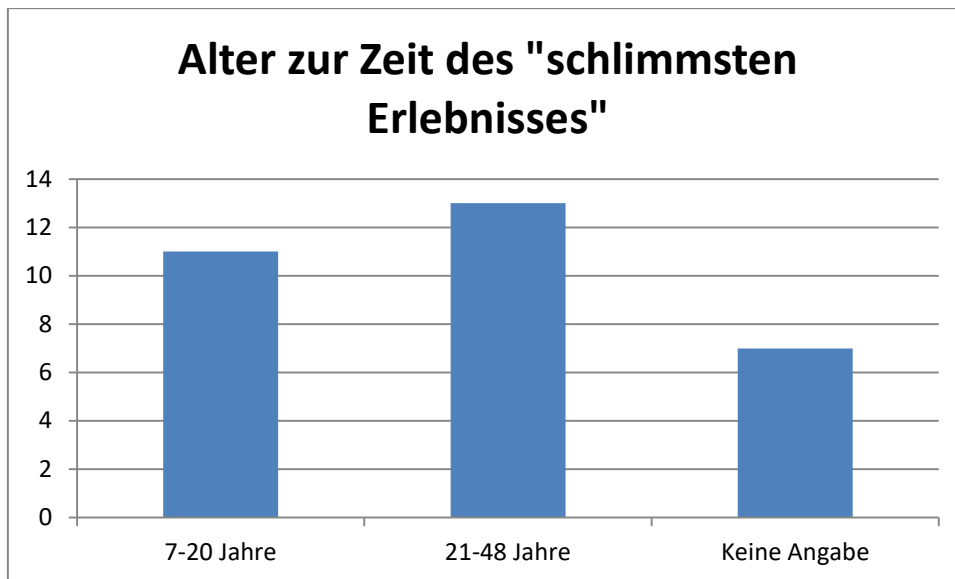


Abbildung 20: Alter schlimmstes Erlebnis

Entgegen der empirischen Datenlage, dass vor allem frühkindliche Traumatisierungen schwere Verläufe begünstigen, stellten sich in dieser Erhebung die Gruppen der über und unter 21 Jährigen innerhalb der kPTBS-Subgruppe nahezu homogen dar. Ausgangspunkt der Altersangabe sollte das Erlebnis sein, welches am meisten belastet. Das Durchschnittsalter bei den Frühtraumatisierten lag bei 10,72, das der >21jährigen bei 32,23 Jahren.

41,93% der Befragten mit kPTBS nehmen eine in gehobenerer Altersklasse erlebte Traumatisierung als die belastendste wahr. Die vorab beschriebenen, wiederholten Traumatisierungen/Retraumatisierungsprozesse (Cillien & Ziegler 2013; Schäfer 2006, Vogelgesang 2006) können hier erklärend herangezogen werden. Beide würden sowohl begünstigend auf die Entwicklung einer kPTBS wirken als aber auch eine symptomatische Komponente ebendieser sein können. Vor allem diese beiden möglichen Einflussfaktoren, von denen eine erhebliche Gefährdungslage für die Betroffenen ausgeht, unterstreichen die Relevanz, Traumatisierungen sowie Traumafolgestörungen frühzeitig zur erkennen, um die Betroffenen fachkundig und sensibel einer adäquaten Behandlung zuzuführen.

Ebenfalls denkbar wären Einflüsse der Symptome der Verdrängung, biografischer Amnesien oder dass die jüngste Erinnerung häufig die präsenteste ist auf die Ergebnisse.

Konsumstatus

Tabelle 13: Konsumstatus bei kPTBS

Gruppe	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
(überwiegend) abstinent	15	48.40 %
Nicht abstinent	16	51.60 %

Entgegen der aufgestellten Hypothese, dass ein größerer Anteil der positiv auf kPTBS getesteten nicht abstinent ist, zeigen sich auch hier beide Gruppen nahezu homogen. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden keine Daten zum Verlauf des Suchtmittelkonsumes erhoben. Hierdurch können keine Rückschlüsse gezogen werden, wie es zu diesem Ergebnis kam – eine Korrelationsberechnung zur ABW-Betreuungsdauer wäre an dieser Stelle sicherlich aufschlussreich gewesen. Neben einer positiven Wirkung erfolgreicher Entwöhnungsbehandlungen kann auch davon ausgegangen werden, dass sich das ABW positiv auf das Konsumverhalten auswirkt, da erste, empirische Anhaltspunkte zur Wirksamkeit des ABW für die Funktionsbereiche Psychopathologie/Krankheitsverlauf, Selbständigkeit/Selbstbestimmung, Lebensqualität, soziales Funktionsniveau und soziale Kontakte existieren (vgl. Walther 2014).

5.2.3 Einflussfaktoren

5.2.3.1 Symptomschwere und Konsumstatus

Es zeigten sich im Rahmen der Hypothesentestungen keine Zusammenhänge zwischen der gemessenen Symptomschwere und dem Konsummuster. Eine höhere traumasympptomatische Belastung ging nicht mit einem höheren Konsummuster einher. Es ist davon auszugehen, dass an diesem Ergebnis zwei Faktoren maßgeblich beteiligt sind: zum einen die geringe Stichprobengröße und zum anderen, dass die Gruppen der abstinenten und nicht-abstinenten Befragten mit kPTBS in etwa gleich groß sind. Bei einer größeren Anzahl an Datensätzen hätte eine zusätzliche Subgruppenbildung und Überprüfung vom „Einfluss der Symptomschwere auf das Konsummuster der nicht-abstinenten Befragten mit kPTBS“ überprüft werden können.

5.2.3.2 Symptomschwere und ambulant betreutes Wohnen

Die Hypothese, dass mit zunehmender ABW-Dauer die Symptomschwere der kPTBS abnimmt, musste verworfen werden. Vor dem Hintergrund, dass sich ebenfalls keine Einflüsse der ABW-Dauer auf eine fachärztliche, traumabezogene Diagnostik wie auch auf die therapeutische Versorgungslage nachweisbar waren, ist dieses Ergebnis schlüssig. Eine Symptomreduktion kann nur erfolgen, wenn eine adäquate Unterstützung zur Behandlung/Begleitung der Behandlung der Traumafolgestörung eingeleitet wurde.

5.2.3.3 Symptomschwere und erfolgte Therapien

Größe der untersuchten Teilstichprobe: **n = 31** (2 fehlende Werte → n = 29)

Tabelle 14: Symptombelastung und Therapie

	Traumatherapeutisch nicht versorgt	Traumatherapeutisch versorgt
Gruppengröße n	13	16
Mittelwert der Symptomschwere	152.19	178.50
SD der Symptomschwere	22.98	36.67

Das genau gegenteilige Ergebnis der Hypothesentestung „Die Symptomschwere ist geringer, wenn eine traumatherapeutische Versorgung stattfand/stattfindet“ war in dieser Form nicht erwartbar. Aus statistischer Sicht ließe sich als mögliche Ursache anführen, dass die verglichenen Subgruppen relativ klein waren. Ebenfalls könnte die größere Standardabweichung bei der Gruppe der therapeutisch Versorgten ein Hinweis darauf sein, dass diese Gruppe inhomogener ist, dass sich in ihr Personen befinden, die eine besonders schwere Symptomatik aufweisen und deren aktuelle Therapie noch nicht hinsichtlich der Symptomreduktion greift. Da in dieser Erhebung allerdings lediglich drei Personen aktuell therapeutisch angebunden sind, ist hierdurch der hohe Effekt (Cohens $d=0,88$) noch nicht schlüssig erklärt.

Er erklärt sich ebenfalls nicht durch die Symptomverschlechterung durch Substanzkonsum – in diesem Falle wären die Werte zur Symptomschwere in der Subgruppe der traumatherapeutisch nicht Versorgten mindestens annähernd ähnlich hoch.

Eine stringente Erklärung hingegen liefert eine Verbindung des bereits herangezogenen Modell der Selbstmedikation (vgl. 2.3.2), dem Effekt der Entwicklung einer PTBS

(Stewart et al. 1998, nach Schäfer 2006) / der episodischen Symptomverschlimmerung (Boos 2014) nach Traumaexposition sowie den Ergebnissen zur therapeutischen Versorgungslage.

Traumatisierte Menschen, die im Sinne der Selbstmedikationshypothese eine Substanzabhängigkeit entwickelt haben, tauchen vorgeschichtlich, wie diese Erhebung gezeigt hat, im therapeutischen Bereich auf. Es ist vor dem fachlich induzierten Hintergrund, dass eine Traumaexposition erst nach einer hinlänglichen Stabilisierung durch die behandelnden Therapeuten durchgeführt werden sollte, eher davon auszugehen, dass die Betroffenen eine Stabilisierungsphase durchlaufen haben oder dass eine „Mitbehandlung“ im Rahmen der Entwöhnungstherapie erfolgte. Wie unter 2.2.6 dargestellt, sind das Trauma und seine Auswirkungen auch hier Bestandteil. Eine Weiterbehandlung scheint nicht erfolgt zu sein, was durch die Ergebnisse zu fehlenden Diagnosen und zur aktuellen therapeutischen Anbindung belegt wird. Durch Einbindung der PTBS-Symptomverstärkung/-entwicklung bei vorhandener Substanzstörung durch eine traumatherapeutische Intervention kommt es zu einer erhöhten Symptombelastung. Diese kann aufgrund der fehlenden Weiterbehandlung nicht reduziert werden, wodurch sich das hier diskutierte Ergebnis erklären lässt. Zeitgleich unterstreichen die Ergebnisse Stewarts Hypothese, dass Substanzgebrauch zu einer erhöhten Vulnerabilität zur Entwicklung einer PTBS nach Traumaexposition darstellen kann – und erweitert sie um das symptomverstärkende Element.

Um das vorangegangene Erklärungsmodell zu bestätigen oder zu verwerfen bedarf es weiterer Erhebungen mit größeren Stichproben.

5.2.3.4 Symptomschwere und Suchtstoffe

Die Auswertung zeigte keinen messbaren Zusammenhang hinsichtlich der Symptomschwere und dem Konsummuster „(überwiegend) abstinent vs. (überwiegend) nicht abstinent“. Die Hypothese, dass eine höhere traumasymptomatische Belastung mit einer (überwiegenden) nicht-Abstinentz einhergeht, wurde nicht bestätigt. Das Ergebnis wird statistisch betrachtet sowohl von der geringen Anzahl Datensätze wie aber auch durch die nahezu homogene Subgruppengröße der Abstinenten (48%) und nicht-Abstinenten(51%) geprägt. Die Anhaltspunkte zur Wirksamkeit des ABW für die Funktionsbereiche Psychopathologie/Krankheitsverlauf, Selbständigkeit/Selbstbestimmung, Lebensqualität, soziales Funktionsniveau und soziale Kontakte (Walther 2014) können

auch hier als positive Einwirkung des ABW auf das Konsumverhalten begründend herangezogen werden. Wenn es den Betreuten gelingt, durch die ambulante Begleitung alltagsbezogene Handlungsalternativen zum Suchtmittelkonsum zu entwickeln, wird sich diese Kompetenz zumindest anteilig auch auf innerpsychische Prozesse erstrecken. Hilfreich wäre an dieser Stelle eine dezidiertere, empirische Datenlage zu Wirksamkeit der ABW.

Es ließe sich jedoch auch schlussfolgern, dass sich die kPTBS-Symptomatiken dann im Vollbild zeigen, wenn die Selbstmedikation zur Symptomreduktion unterbleibt. Diese Hypothese wäre in einer weiterführenden Untersuchung zu überprüfen.

Ebenfalls konnte kein Einfluss der Symptomschwere auf die Anzahl konsumierter Stoffe nachgewiesen werden. Als statistische Einflüsse sind sowohl die kleine Stichprobengröße aber auch die offenbar missverständlich formulierte Frage nach „der Hauptdroge“ anzuführen. Auch wenn letztere den Pretest ohne Schwierigkeiten passierte, zeigte sich bei der Auswertung, dass eine Vielzahl ProbandInnen zunächst mehrere Stoffe und teilweise zusätzlich „Ich konsumiere polytox“ angaben. Das Item müsste an dieser Stelle revidiert werden, so dass „ich konsumiere drei oder mehr Stoffe regelmäßig“ die erste Antwortmöglichkeit darstellt. In der hier verwendeten Form ist keine statistische Auswertung mit sinnvoller Aussagekraft möglich.

5.2.4 Therapeutische Versorgungslage

In der Vergangenheit erhielten 53,33 % der Betroffenen auf das Trauma bezogene, therapeutische Unterstützung. Da in eine fachgerechte, erste Stabilisierungsphase sowohl Stabilisierungs- wie auch Distanzierungstechniken (Pieper, Bengel 2014; Reichel 2013; Barnow, Lotz 2013; Vogelgesang 2006) eingebunden sind, die den Patienten ein erstes Maß an Steuerungsfähigkeit und Symptomreduktion ermöglichen sollen, wurde in die Erhebung eine entsprechende Kontrollfrage implementiert.

83,33% derjenigen mit traumatherapeutischer Unterstützung gaben an, keinerlei Kenntnis von diesen Techniken zu haben. In der daraufhin untersuchten Subgruppe jener Probanden, die angaben, das Trauma sei Bestandteil der stationären Suchtrehabilitation gewesen, waren die Techniken bei 70% gänzlich unbekannt. Es ist nicht auszuschließen, dass einem Anteil der Befragten aufgrund des Konsumes, eingeschränkter oder verminderter kognitiver Merkfähigkeit, psychischer wie physischer Instabilität oder dem Umstand, dass die Therapie vor langer Zeit erfolgte, die Stabilisierungs- und Distanzie-

nungstechniken gänzlich entfallen sind. Zudem ist es denkbar, dass einzelne Kliniken und TherapeutInnen nicht mit diesen Techniken arbeiten. Dennoch ist selbst unter Einbezug dieser beiden Aspekte die Anzahl derer, denen die Grundpfeiler einer fachgerechten, traumatherapeutischen Versorgung nicht vermittelt wurden, sehr hoch.

Ursächlich könnte das veraltete Dogma sein, dass zunächst eine stabile Suchtmittelabstinienz vorliegen sollte, bis in die traumatherapeutische Arbeit eingestiegen werden kann. Unter Einbezug der Erhebungsergebnisse der deutlich höheren Symptombelastung nach erfolgter Therapie, kann aufgrund der bisherigen Befunde dieser Erhebung festgestellt werden, dass die bisherige Form der therapeutischen Unterstützung für die hier Befragten als nachteilig bis schädlich zu bewerten ist.

In Ermangelung einer Kontrollgruppe, die positiv auf PTBS gescreent wurde, kann an dieser Stelle keine Aussage darüber getroffen werden, ob sich aus einer ungenügend versorgten PTBS eine kPTBS entwickelt hat und/oder ob sich mit der aktuellen therapeutischen Praxis im Suchthilfesystem singuläre PTBS auch längerfristig positiv mitbehandeln lassen.

Einen Anteil an der als negativ und symptomverstärkend zu bewertenden vergangenen Versorgung für die hier Befragten kann der Umstand darstellen, dass keine adäquate Weiterbehandlung erfolgt.

Die aktuelle Versorgungslage hinsichtlich einer Behandlung der Traumafolgestörung zeigt sich in dieser Erhebung als ausgesprochen ungenügend: lediglich drei von 31 TeilnehmerInnen erhielten zum Erhebungszeitpunkt therapeutische Unterstützung. Hintergründe können sowohl die ebenfalls erfasste Unwissenheit der Betroffenen über das eigene Störungsbild wie auch den sich daraus ableitbaren, therapeutischen Interventionen sein. Es konnte kein Zusammenhang von Signifikanz zwischen der Dauer des ABW und der aktuellen therapeutischen Versorgung festgestellt werden.

Die Hypothese, dass durch die zum Teil mehrjährige, kontinuierliche Begleitung durch sozialpädagogisches Fachpersonal in der Lebenswelt der KlientInnen eine Traumafolgestörung erkannt, die Lebenssituation (insbes. Gesundheit, Wohnraum, Finanzen) stabilisiert und die Betroffenen einer adäquaten Weiterbehandlung zugeführt werden, wurde nicht bestätigt.

Auch an dieser Stelle wäre eine weiterführende Untersuchung der Umstände, aus welchen Gründen das ABW dieser Aufgabe nicht nachkommt, induziert. Ursächlich könn-

ten fehlende Fort- bzw. Weiterbildung, nicht vorhandene Kenntnisse über von SozialarbeiterInnen durchführbare symptomlindernde, stabilisierende und distanzierende Techniken/Maßnahmen und Unsicherheiten im Umgang mit Symptomen wie z.B. Dissociationen und Angetriggertsein sein – unwissend, dass diese auch ohne Ansprechen der Thematiken kontinuierlicher Bestandteil des Klientenlebens sind.

Hypothetisch könnte es aus der Befürchtung heraus, KlientInnen zu destabilisieren, wenn diese über ihr Trauma und die Folgen sprechen möchten, zu entsprechender Untätigkeit kommen. Ein Indiz für diese Hypothese stellen die Rückmeldungen von sieben angefragten Trägern/Einrichtungen dar, die eine Teilnahme an der Erhebung mit der Begründung ablehnten, dass eine Befragung zum Thema Trauma zu einer Destabilisierung der Betreuten führen könne.

Eine weitere, zu überprüfende Hypothese wäre der mögliche, hemmende Einfluss der Sorge um eine sekundäre Traumatisierung seitens der Mitarbeitenden. Eine sekundäre oder stellvertretende Traumatisierung stellt ein „Resultat wiederholter Belastungen durch traumatische Berichte der Patienten“ dar (Maercker 2013). Das Symptomspektrum beinhaltet sowohl klassische PTBS-Symptome wie auch aus dem Bereich des Burn-Outs (vgl. Maercker 2013, Pearlman & Caringi 2011). Besonders gefährdete Berufsgruppen sind Kriminalbeamte, SozialarbeiterInnen, Krankenpflegepersonal, Feuerwehrleute, Notärzte, Soldaten, RichterInnen, Lokomotivführer, Psychotherapeuten, Seelsorgerinnen und Geistliche.

Einen weiteren Einfluss auf die Versorgungslage können die oft nicht als stabil zu bewertenden Lebensumstände der niederschwellig im ABW betreuten Personen haben: Intervalltherapien oder eine ambulante Psychotherapie können so nur schwer eingeleitet werden, da die benötigte Stabilität nur kleinschrittig aufgebaut oder aufrechterhalten werden kann. Für die ABW-Begleitung stehen in der Regel zunächst eine Sicherung bzw. ein Aufbau der möglichst gesicherten Lebensumstände sowie die Gesundheitsfürsorge (oft Überlebenshilfe) im Vordergrund.

Erschwerend auf die aktuelle therapeutische Versorgungslage wird sich ebenfalls der Mangel an ambulanten Therapieplätzen sowie die Psychotherapie-Richtlinie, die maximal zehn Stunden zum Erlangen von Suchtmittelfreiheit vorsieht/vorschreibt, auswirken.

Die absoluten und relativen Kontraindikationen zur Traumabearbeitung (anhaltender Täterkontakt, psychotisches und psychosenahes Erleben, akute Suizidalität, mangelnde

Affekttoleranz, anhaltende Dissoziationsneigung, unkontrolliertes autoaggressives Verhalten, mangelnde Distanzierungsfähigkeit, instabile psychosoziale und körperliche Situation (Frommberger, Angenendt und Berger 2014; Flatten, Gast, Hofmann, Knaevelsrud und Lampe 2011)) schränken den Behandlungszugang massiv ein. Das an dieser Stelle auftretende Paradoxon – dass die negativ verstärkende Wechselwirkung zwischen kPTBS und Abhängigkeitserkrankung nur dann aufgehoben bzw. reduziert werden kann, wenn beide Störungen behandelt werden, jedoch gerade die hohe Symptombelastung und ihre Auswirkungen von der Behandlung ausschließen – macht die Versorgungslücke deutlich.

In der Suchthilfelandchaft Deutschlands existieren kaum niederschwellige, akzeptanzorientierte Angebote für nichtabstinente, traumatisierte Suchtmittelabhängige. Eine Ausnahme stellt „Sicherheit finden/Seeking safety“ von Najavits/Schäfer dar. Das integrative Therapiemanual fokussiert den Aufbau von Bewältigungsstrategien und Stabilisierung bei komplexer Traumatisierung plus Abhängigkeitserkrankung und wurde in ersten Studien belegt (Lüdecke, Voigt, Teunißen, Schäfer 2013, Dyer 2013; Ford, Fallot, Harris 2009).

Es bedarf weiterer niedrigschwellig einsetzbarer, evidenzbasierter Manuale, um die Versorgungslücke zu schließen.

5.3 Zusammenfassung und Fazit

Die hohe Komorbiditätsrate von Traumafolgestörungen und Abhängigkeitserkrankungen ist heute gut belegt. Hinsichtlich der dezidierten Zusammenhänge wurden und werden internationale Studien durchgeführt, mit denen die Konzepte, Diagnostik und die Behandlung der Betroffenen evidenzbasiert entwickelt sowie verbessert werden sollen. Bislang wurden die Stichproben innerhalb des ambulanten und stationären therapeutischen Settings generiert – im Bereich der niederschwellig, sozialpädagogisch ambulant betreuten Suchtmittelabhängigen hingegen besteht eine Forschungslücke. Die vorliegende Masterthesis befasst sich vor diesem Hintergrund mit der Prävalenz und der Versorgung komplexer posttraumatischer Belastungsstörungen in diesem Bereich.

Im ersten Teil der Arbeit wird der aktuelle Forschungsstand zu posttraumatischen Belastungsstörungen, der Komorbidität zu Abhängigkeitserkrankungen sowie des ambulant betreuten Wohnens dargestellt. Unter Bezugnahme auf die Selbstmedikationshypothese (Suchtmittelkonsum zur Reduktion posttraumatischer Symptome), das Teufels-

kreismodell, welches mit einbezieht, dass es durch den Substanzkonsum zu einer Verstärkung der PTBS-Symptomatik kommen kann sowie der bei Suchtmittelabhängigen erhöhten Wahrscheinlichkeit, wiederholt traumatische Erfahrungen zu machen, wird abgeleitet, dass bei diesem Klientel ein schwerwiegender und chronischer Verlauf einer Traumafolgestörung, der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS), postuliert werden kann.

Der zweite Teil der Arbeit beschäftigt sich mit der eigenen, quantitativen Studie, ihrer Entwicklung, ihrer Operationalisierung, den Ergebnissen und der sich anschließenden Diskussion im Spiegel des zuvor dargestellten aktuellen Forschungsstandes. Die Studie wie auch sämtliche Ergebnisse werden durch die geringe Stichprobengröße limitiert. Durch die Kriterien der Zielpersonenauswahl weist sie beabsichtigter Weise keinerlei externe Validität auf. Zu berücksichtigen ist zudem eine hieraus resultierende, eingeschränkte Übertragbarkeit der Ergebnisse (insbesondere der Prävalenz- und Versorgungsdaten) zu anderen Bereichen innerhalb des Suchthilfesystems. Diese Abweichung festzustellen/zu widerlegen und abzubilden, war eine der Zielsetzungen dieser Studie, sodass die Begrenztheit der Übertragungsmöglichkeiten zu anderen Institutionsformen einen gewollten Effekt darstellt.

Im Rahmen der Erhebung wurden an drei Standorten innerhalb Deutschlands 50 Probanden des ambulant betreuten Wohnens (ABW) für Suchtmittelabhängige mittels eines Fragebogens auf das Vorliegen einer kPTBS gescreent, die Symptombelastung wurde gemessen sowie die aktuelle und vergangene therapeutische Versorgungslage erfragt. Zugangsvoraussetzung war das Vorliegen einer diagnostizierten Abhängigkeitserkrankung seitens der Befragten sowie ein niederschwelliger Zugang zum ABW (keine Voraussetzungen wie Suchtmittelabstinenz, erfolgte Therapien, Anbindung an Selbsthilfegruppen).

Bestandteile des Fragebogens sind:

- Teile des „Deutscher Kerndatensatz zur Dokumentation in der Suchtkrankenhilfe“
- „Posttraumatic Diagnostic Scale“ (PDS)(Ehlers et al. 1996): Traumakriterien nach DSM IV sowie Traumakategorien,
- die „Beschwerdeliste kPTBS“ (Teegen et al. 2001), (deutschsprachige Version des „SIDES-SR“ (Self-Report-Inventory for Disorders of Extreme Stress, Luxembourg et al. 2001)
- sowie eigene Items zur therapeutischen Versorgung.

Von den untersuchten Probanden erfüllen 62% die Kriterien einer kPTBS-Diagnose, womit der Anteil der Betroffenen ähnlich hoch liegt wie bei Folteropfern (vgl. Teegen & Vogt 2002) oder Vietnamveteranen (vgl. Ford & Kid 1998).

Damit liegt die Prävalenzrate dieser Studie deutlich über den bisher festgestellten:

Die bislang höchste Rate stellte Hellmer 2009 bei 70 SuchtpatientInnen in stationärer Langzeittherapie fest, wovon 34% eine kPTBS aufwiesen.

Bei 77,41% der Befragten lag zum Zeitpunkt der Erhebung keine Diagnose einer PTBS und bei 70,96% kein entsprechendes Wissen über therapeutische Möglichkeiten vor.

In der Vergangenheit hingegen erhielten 53,33 % der Betroffenen auf das Trauma bezogene, therapeutische Unterstützung.

Da in eine fachgerechte Stabilisierungsphase sowohl Stabilisierungs- wie auch Distanzierungstechniken eingebunden sind, die den Patienten ein erstes Maß an Steuerungsfähigkeit und Symptomreduktion ermöglichen sollen, wurde in die Erhebung eine entsprechende Kontrollfrage implementiert.

83,33% derjenigen mit traumatherapeutischer Unterstützung gaben an, keinerlei Kenntnis von diesen Techniken zu haben. In der daraufhin untersuchten Subgruppe jener Probanden, die angaben, das Trauma sei Bestandteil der stationären Suchtrehabilitation gewesen, sind die Techniken bei 70% gänzlich unbekannt.

9,6% der positiv auf kPTBS Gescreenten gaben an, aktuell auf das Trauma bezogene, therapeutische Unterstützung zu erhalten.

Entgegen der hypothetisch getroffenen Annahme, dass sich erfolgte Therapie positiv auf die Symptombelastung auswirke, wiesen in der Gruppe der positiv auf komplexe PTBS getesteten Probanden, die bereits therapeutisch versorgt wurden/werden ($M = 178.50$, $SD = 36.67$) eine höhere Symptombelastung auf als Personen, die nicht therapeutisch versorgt wurden/werden ($M = 152.19$, $SD = 22.98$), $t(27) = -2.25$, $p = .017$. Nach Berechnung von Cohens d mit $d=0,88$ stellte dieser Unterschied einen großen Effekt dar.

Eine diesbezügliche Erklärung liefert eine Verbindung der Selbstmedikationshypothese, dem Effekt der Entwicklung einer PTBS / der episodischen Symptomverschlimmerung nach Traumaexposition bei Abhängigkeitskranken sowie den Ergebnissen, dass keine Weiterbehandlung erfolgt.

Traumatisierte Menschen, die im Sinne der Selbstmedikationshypothese eine Substanzabhängigkeit entwickelt haben, erhalten therapeutische Behandlung, innerhalb de-

rer die Traumatisierung erkannt und entsprechende therapeutische Interventionen eingeleitet werden. Im Anschluss erhöht sich die Symptombelastung durch den Effekt der Entwicklung/der Verstärkung einer PTBS nach Traumaexposition. Da keine adäquate Weiterbehandlung erfolgt, kann die Symptombelastung nicht reduziert werden. Die Symptomschwere ist hierdurch im Vergleich zu Probanden ohne therapeutische Unterstützung erhöht.

Es zeigten sich entgegen der aufgestellten Hypothesen keine Zusammenhänge zwischen der Dauer des ABW und einer therapeutischen Anbindung, der fachärztlichen Diagnosevergabe einer Traumafolgestörung oder der kPTBS-Symptomschwere.

Zielsetzung dieser Thesis ist zum einen, einen Beitrag zum Kenntnisstand zur Verbreitung und Versorgung komplexer posttraumatischer Belastungsstörungen bei niederschwellig betreuten Suchtmittelabhängigen innerhalb der hier untersuchten und bislang nicht erfassten Subgruppe des Suchthilfesystems zu leisten.

Zum anderen sollen die Befunde Hinweise für die Praxis geben, die eine Versorgungslücke bei niederschwellig betreuten Suchtmittelabhängigen mit komplexer PTBS belegen.

Die vorgestellten Ergebnisse zeigen bei Suchtmittelabhängigen im ABW eine stark erhöhte Verbreitung der kPTBS bei zeitgleicher, aktueller therapeutischer Unterversorgung derselben auf.

Zudem weisen sie darauf hin, dass sowohl die aktuelle therapeutische Vorgehensweise wie auch sozialpädagogische ambulante Betreuung bislang hinsichtlich der Komorbidität von Abhängigkeitserkrankungen und kPTBS nicht wirksam sind. Ein vernetztes Arbeiten aus Lebensumfeld stabilisierender, ambulanter, optimaler Weise traumaspezifisch fortgebildeter Betreuung und niedrigschwelliger therapeutisch/pädagogischer Interventionen wäre eine denkbare, zu evaluierende integrierte Versorgung. Die bei zunehmender Stabilität und Symptomreduktion in eine traumatherapeutische Intervall-Therapie münden könnte.

Diesbezüglich bleiben die für 2016/2017 erwarteten Ergebnisse der CANSAS-Studie abzuwarten, in denen neben der Fortbildung „How to ask“ auch das niedrigschwellig einsetzbare Manual „Sicherheit finden“ hinsichtlich ihrer Wirksamkeit evaluiert werden. Beide scheinen, sollten sie sich auch hier als evidenzbasiert wirksam erweisen, geeignete Instrumente für die Versorgung der in dieser Arbeit fokussierten KlientInnenpopulation.

Um die Versorgungslücke zu schließen, bedarf es jedoch weiterer niedrigschwellig einsetzbarer, evidenzbasierter Manuale, integrative Angebotsformen sowie eine zunehmende Sensibilität und traumaspezifische, fachliche Kompetenz innerhalb der niedrigschwelligen Suchthilfe.

6. Literaturverzeichnis

- ALDAO, A.; NOLEN-HOEKSEMA, S.; SCHWEIZER, S. (2010): Emotionregulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. In: *Clinical Psychology Review*, 30, S.217-237
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- BACK, S.E. (2010): Toward an improved model of treating co-occurring PTSD And substance use disorders. In: *American Journal of Psychiatry*, 167, S. 11-13
- BAMBERG, G., BAUR, F.; KRAPP, M. (2008): *Statistik*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag
- BARNOW, S.; LOTZ, J. (2013): Stabilisierung und Affektregulation. IN: Maercker et. Al (2013): *Posttraumatische Belastungsstörungen*, 4. Auflage, Heidelberg: Springer Verlag. S. 206-237
- BEUTEL, M.E.; SUBIC-WRANA, C. (2012): Stabilisierung bei komplexer post-traumatischer Belastungsstörung. Vorbereitung oder Vermeidung der Traumakonfrontation? IN: *Psychotherapeut* 57, S. 55-57
- BOOS, A. (2014): *Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung*. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe
- BOROSKE-LEINER, K.; HOFMANN, A.; SACK, M. (2008): Ergebnisse zur internen und externen Validität des Interviews zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS). *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 58 (2008) 192-199
- BROSIUS, F. (2014): *SPSS 22 für Dummies*. Weinheim: WILEY-VCH Verlag

- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT/DIE DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG (2003): Drogen- und Suchtbericht April 2003. <http://www.drugscouts.de/sites/default/files/file/suchtbericht-deutschland-2003.pdf>
Stand: 15.11.2016
- CILLIEN, M.; ZIEGLER, F. (2013): Differenzialdiagnostik und Komorbidität komplexer Traumafolgestörungen. IN: Sack, Sachsse, Schellong: Komplexe Traumafolgestörungen. Stuttgart: Schattauer S.91-124
- CSEF, H. (1997): Krankheitsbilder in der Folge von sexuellem Mißbrauch, Mißhandlung und Vernachlässigung: Zwang. IN: Egle, U.T.; Hoffmann, S. O.; Joraschky, P. (Hrsg): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung; Vernachlässigung. 1. Auflage. Stuttgart: Schattauer. S. 172-183
- CLOITRE, M.; COHEN, L.; KOENEN, K. (2014): Sexueller Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit. Göttingen:Hogrefe
- DeGPT: "Positionspapier. Psychotraumatologische Versorgung und Forschung in Deutschland, Österreich und der Schweiz". Version 1/2013
- DROGENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG (2012): Nationale Strategie zu Drogen und Suchtpolitik. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit
- DRESSING, H.; FOERSTER, K. (2014): Forensisch-psychiatrische Beurteilung posttraumatischer Belastungsstörungen. IN: Der Nervenarzt 85 (3) S.279-289
- DRIESSEN, M.; SCHULTE, S.; LUEDECKE, C. et al. (2008): Trauma and PTSD in Patients with Alcohol, Drugs or Double Dependence: A Multi-Center Study. In: Alkolosim: Clinical and Experimental Research, 32, S.707-715

- DULZ, B.; JENSEN, M. (2011): Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten. IN: Dulz, B.; Herpertz, S.C.; Kernberg, O.F., Sachsse, U. (Hrsg) (2011): Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer. S. 203-224
- DYER, A. (2013): Evidenzbasierte Standards der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen Traumafolgestörungen. IN: Sack, Sachsse, Schellong: Komplexe Traumafolgestörungen. Stuttgart: Schattauer S.311-330
- ECKHARDT-HENN, A.; HOFFMANN, S.O. (2005) : Krankheitsbilder in der Folge von sexuellem Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung: Offene und heimliche Selbstschädigung. IN: Egle, U.T.; Hoffmann, S. O.; Joraschky, P. (Hrsg): Sexueller Missbrauch, Misshandlung; Vernachlässigung. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer. S. 393-408
- EGLE, U.T.; NICKEL, R. (2005): Krankheitsbilder in der Folge von sexuellem Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung: Anhaltende Somatoforme Schmerzstörungen. IN: Egle, U.T.; Hoffmann, S. O.; Joraschky, P. (Hrsg): Sexueller Missbrauch, Misshandlung; Vernachlässigung. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer. S. 326-343
- EHLERS, A., STEIL, R., WINTER, H., FOA, E. (1996) Deutsche Übersetzung der Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS). Oxford: Department of Psychiatry, Warford Hospital, University Oxford
- ESEMeD/MHEDEA (2000) : Prevalence of mental disorders in Europe: results From the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatrica Scandinavica 2004; 109; (Suppl. 420); 21-27

- ESSAU, C., CONRADT, J., PETERMANN, F. (1999): Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie; 27; 1; 37-45
- FIELD, A. (2013). Everything you never wanted to know about statistics. IN: A. Field (Ed.), Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics, 4th ed (S. 40-88). London: SAGE.
- FISCHER, G. (2000): KÖDOPS- Kölner Dokumentationssystem für Psychotherapie und Traumabehandlung. Köln: Verlag Deutsches Institut für Psychotraumatologie
- FLATTEN, G. (2004): Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinie und Quellentext. Stuttgart: Schattauer
- FLATTEN, G.; GAST, U.; HOFFMANN, A.; KNAEVELSRUD, C.; LAMPE, A. (2011): S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma & Gewalt 3: S.202-210.
- FOA, E., ROTHBAUM, B. (1993): Subtypes of Posttraumatic Stress Disorder and Duration of Symptoms. In: "Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond", Davidson, J. R. T., Foa, E. B. (Hrsg.)", American Psychiatric Press, Washington, D. C., 1993, 23–35
- FOA, E. (1995): Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) manual. Minneapolis: NCS Reason
- FORD, J. (1999): Disorders of extreme stress following war-zone military trauma: associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes? Journal of Consulting and Clinical Psychology 67 (1999) S. 3–12
- FORD, J. (2011): Neurobiologische und entwicklungspsychologische Forschung und ihre klinischen Implikationen. IN: Courtois, S.;Ford, J.D: Komplexe posttraumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung. Paderborn: Junfermann. S. 32-50

- FORD, J.;FALLOT, R.; HARRIS; M. (2009): Gruppentherapie. IN: Courtois, S.;Ford, J.D: Komplexe posttraumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung. Paderborn: Junfermann. S. 455-483
- FORD, J.; KIDD,P.(1998): Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. IN: Journal of Traumatic Stress 11, S. 743-761.
- FORD, J., RUSSO, E.M., MALLON, S.D. (2007): Integrating treatment of post-traumatic stress disorder and substance use disorder. IN: Journal of Counseling and Development 85, S. 475-489.
- FRANS, Ö.; RIMMÖ, P-A; ABERG, L.; FREDERIKSON, M: (2005): Trauma exposure and Posttraumatic stress disorder in the general population. Acta Psychiatrica Scandinavica 111; S. 291-299
- FROMMBERGER, U.; ANGENENDT, A.; BERGER, M.:(2014): Posttraumatische Belastungsstörung eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. IN: Deutsches Ärzteblatt 111(5) S. 59-65.
- FROMMBERGER, U.; MAERCKER, A. (2013): Posttraumatische Belastungsstörung, PTBS (ICD-10 F4) IN: Ulrich Voderholzer and Fritz Hohagen (Hrsg.): Therapie Psychischer Erkrankungen, München: Urban&Fischer/Elsevier, S. 251-260
- GAST, U. (2005): Krankheitsbilder in der Folge von sexuellem Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung: Borderline Persönlichkeitsstörung. IN: Egle, U.T.; Hoffmann, S. O.; Joraschky, P. (Hrsg): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer. S. 409-430
- GLAESEMER, B.; RIEF, W.; KUWERT, P.; BRAEHLER, E. (2015): Traumatisierung und posttraumatische Belastungsstörung. Auswirkungen von Art und Anzahl traumatischer Erfahrungen. IN: Der Nervenarzt 86 (7) S. 800-806

- GRUNDMANN, J.; SCHÄFER, I. (2014): Posttraumatische Belastungsstörung und komorbide Suchterkrankungen. IN: Gouzoulis-Mayfrank, M. W. E. : Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Stuttgart: Kohlhammer
- HAASE, A.; SCHÜTZWOHL, M. (2013): Diagnostik und Differentialdiagnostik. IN: Maercker, A. et. al: Posttraumatische Belastungsstörungen, 4. Auflage, Heidelberg: Springer Verlag S. 95-116
- HARRISON, P.; EDWALL, G.; HOFFMAN, N.; WORTHEN, M. (1990): Correlates of sexual abuse among boys in treatment for chemical dependency IN: Journal of Adolescent Chemical Dependency 1(1) S. 53-67
- HELLMER, I. (2009): Trauma, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und Substanzabhängigkeit. IN: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 32 (2), S. 5-12.
- HERMAN, J. (2008): Die Narben der Gewalt. Paderborn: Junfermann
- HERMAN, J. (2011): Komplexe posttraumatische Belastungsstörungen. Vorwort. IN: Courtois, S.;Ford, J.D: Komplexe posttraumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung. Paderborn: Junfermann. S. 15-20
- HESSEL, A.; GEYER, M. (2005): Krankheitsbilder in der Folge von sexuellem Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung: Somatisierung und Somatisierungsstörung. IN: Egle, U.T.; Hoffmann, S. O.; Joraschky, P. (Hrsg): Sexueller Missbrauch, Misshandlung; Vernachlässigung. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer. S. 367-380
- HEYNEN, W. (2005): Wäre ich frontal damit konfrontiert gewesen, hätte ich das nicht ausgehalten! – Vergewaltigung und Sucht. IN: Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin, 3, S. 43-56

- HINZ, H. (2006): Stationäre Entwöhnungsbehandlung suchtkranker Patienten mit komplexen Traumatisierungen auf Basis eines tiefenpsychologisch fundierten Therapiekonzeptes. IN: Schäfer, I.; Krausz, M. (Hrsg.): Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta. S. 177-196
- HOFMAN, A.; FISCHER, G.; KOEHN, F. (1999) Traumatic Anecdets Questionnaire (TAQ). Köln: Verlag Deutsches Institut für Psychotraumatologie
- HUBER, M. (2003): Trauma und die Folgen - Trauma und Traumabehandlung. Teil 1 Paderborn: Junfermann
- IRLE, E.; LANGE, C.; SACHSSE, U.; WENIGER, G. (2013): Neurobiologie komplexer Traumafolgestörungen. IN: Sack, Sachsse, Schellong: Komplexe Traumafolgestörungen. Stuttgart: Schattauer. S. 8-30
- JACOBSEN, L. K., SOUTHWICK, S. M., KOSTEN, T. R. (2001): Substance use disorders in patients with postraumatic stress disorder: a review of the literature. In: American Journal of Psychiatry 158.8, S. 1184-1190
- JAROSCKY, P.; ARNOLD, S.; PETROWSKI, K. (2005a): Krankheitsbilder in der Folge von sexuellem Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung: Depressive Störungen und Suizidalität. IN: Egle, U.T.; Hoffmann, S. O.; Joraschky, P. (Hrsg): Sexueller Missbrauch, Misshandlung; Vernachlässigung. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer. S. 282-296
- JAROSCKY, P.; EGLER, U.; PÖHLMANN, K. (2005b): Krankheitsbilder in der Folge von sexuellem Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung: Angst-erkrankungen. IN: Egle, U.T.; Hoffmann, S. O.; Joraschky, P. (Hrsg): Sexueller Missbrauch, Misshandlung; Vernachlässigung. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer. S. 267-281

- JOHNSON, J.G.; MCGEOCH, P.G.; CASKEY, V.; ABHARY SOTOODEH, G. (2005):
Krankheitsbilder in der Folge von sexuellem Missbrauch, Misshandlung
und Vernachlässigung: Persönlichkeit und frühe Stresserfahrung. IN: Eg-
le, U.T.; Hoffmann, S. O.; Joraschky, P. (Hrsg): Sexueller Missbrauch, Miss-
handlung, Vernachlässigung. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer. S. 445-469
- JONGEDIJK, R.A.; CARLIER, I.V., SCHREUDER, B.J.; GERSONS, B.P. (1996):
Complex posttraumatic stress disorder: an exploratory investigation of
PTSD and DES NOS among Dutch war veterans. IN: Journal of Traumatic
Stress 9, S. 577-586
- KESSLER, R; SONNEGA, A; BROMET, E; HUGHES, M; NELSON, C. (1995):
Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey.
IN: Archives of General Psychiatry 52; 1048 – 1060
- KESSLER, R; BERGLUND, P; DEMLER, O; JIN, R; MERIKANGAS, K; WALTERS, E.
(2005): Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV
Disorders in the National Comorbidity Survey Replication.
Archives of General Psychiatry 62, 593-602
- KESSLER, R, PETUKOVA, M; SAMPSON, N.A.; ZASLAVSKI, A.M.; WITTCHEN,
H. (2012): Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid
risk of anxiety and mood disorders in the United States. IN: International
Journal of Methods in Psychiatric Research 21, S. 169-184
- KHANTZIAN, E. (1985): „The self-medication hypothesis of addictive
disorders: focus on heroine cocaine dependence.“ In: American Journal of
Psychiatry 1985; 142: S.1259-1264
- KHANTZIAN, E. (1997): The self-medication hypothesis of substance use
disorders: a reconsideration and recent applications. IN: Harvard review
of psychiatry 4.5, S. 231-244
- KOLK, B. VAN DER; PELCOVITZ, D. (1999): Clinical applications of the
structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES). IN: Natio-
nal Center for PTSD Clinical Quarterly, 8, S. 23-26

- KRAMMER, S.; SIMMEN-JAVENSKA, K.; MAERCKER, A. (2013). In Richtung „komplexe PTBS“: die deutsche Version des Trauma Symptom Inventory (TSI) zur Erfassung komplexer Traumafolgen. IN: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 63 (S.301-350) S.318-326
- KRAUSZ, M.; FREYBERGER, H. (2005): Krankheitsbilder in der Folge von sexuellem Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung: Suchterkrankungen. IN: Egle, U.T.; Hoffmann, S. O.; Joraschky, P. (Hrsg): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer. S. 483-489
- KUHN, S. (2004): Trauma, Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzabhängigkeit: Eine Übersicht. IN: Suchttherapie 2004; 5; S.110-117
- KUNZKE, D (2008): Sucht und Trauma. Gießen: Psychosozial-Verlag
- KUTSCHER, S.; HAYATGHEBI, S.; BIRKHAN, H. et al. (2002): traumatische Lebensereignisse und posttraumatische Belastungsstörungen bei alkoholabhängigen Patienten. IN: Der Nervenarzt 2002, 1, S. 200-2001
- KUWERT, P.; HORNING, S.; FREYBERGER, H.; GLEASMER, H.; KLAUER, T. (2015): Trauma und posttraumatische Blastungssymptome bei Patienten in deutschen Hausarztpraxen. IN: Der Nervenarzt 86 (7) S. 807-817
- LAMPE, A.; SÖLLNER, W. (2005): Krankheitsbilder in der Folge von sexuellem Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung: Pelipathie. IN: Egle, U.T.; Hoffmann, S. O.; Joraschky, P. (Hrsg): Sexueller Missbrauch, Misshandlung; Vernachlässigung. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer. S. 344-355
- LEUNE, J. (2009): Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. IN: DHS (Hrsg.) Jahrbuch Sucht 09. Geesthacht: Neuland S.173-187

- LÜDECKE, C.; JACOBS, S.; SCHMIDT, S.; STRACK, M. (2010): Konfrontative Traumatherapie mit der EMDR-Methode in der Behandlung substituierter Opiatabhängiger mit comorbider posttraumatischer Belastungsstörung. IN: Suchtmedizin in Forschung und Praxis 2014, 4, S. 200
- LÜDECKE, C.; VOIGT, W.; TEUNISSEN, S.; SCHÄFER, I. (2013): Behandlung von Patienten mit Suchtproblemen. IN: Sack, Sachsse, Schellong: Komplexe Traumafolgestörungen. Stuttgart: Schattauer. S. 447-464
- LUEGER-SCHUSTER (2008): Diagnostik posttraumatischer Belastungsstörungen. IN: Psychiatria Danubia 20 (4) S. 521-531
- LUXENBERG, T.; SPINALOZZA, J.; VAN DER KOLK, B.A. (2001): Complex Trauma and disorder of extreme stress (DESNOS) diagnosis, Part 1: Assessment. IN: Directions in Psychiatry 21, S. 373-415
- MAERCKER, A. (2013): Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. IN: Maercker et. Al (2013): Posttraumatische Belastungsstörungen, 4. Auflage, Heidelberg: Springer Verlag. S. 14-34
- MAERCKER, A. (2013): Besonderheiten bei der Behandlung und Selbstfürsorge für Traumatherapeuten. IN: Maercker et. Al (2013): Posttraumatische Belastungsstörungen, 4. Auflage, Heidelberg: Springer Verlag. S.159-174
- MAERCKER, A.; MICHAEL, T. (2009): Posttraumatische Belastungsstörungen. IN: Margraf, J., Schneider, S. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Heidelberg: Springer 3. Aufl., S. 105-124
- MOGGI, E.; DONATI, R. (2004): Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen. Göttingen: Hogrefe
- NAJAVITS, L.M. (2009): Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch. Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“. Göttingen: Hogrefe

- NEWMAN, E; ORSILLO, S.; HERMAN, D.; NILES, B.; LITZ, B. (1995):
Clinical presentation of disorders of extreme stress in combat
veterans. IN: Journal of Nervous and Mental Disease 183, S. 628-632
- OUIMETTE, P., MOOS, R., FINNEY, J. (2003) PTSD treatment and 5-year
remission among patients with substance use and posttraumatic stress
disorders. IN: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71, S. 410-
414
- PARIS, J. (2011): Aversive Kindheitserlebnisse und Borderline-
Persönlichkeitsstörung. IN: Dulz, B.; Herpertz, S.C.; Kernberg, O.F.,
Sachsse, U. (Hrsg) (2011): Handbuch der Borderline-Störungen. 2.
Auflage. Stuttgart: Schattauer. S. 192-196
- PEARLMAN, A.; CARINGI, J. (2011): Selbstreflexives Leben und Arbeiten als
Mittel zur Überwindung vikariierender Traumatisierungen. IN: Courtois,
C.A.; Ford, J.D. (HRSG.): Komplexe traumatische Belastungsstörungen
und ihre Behandlung. Paderborn: Junfermann. S. 237-262
- PELCOVITZ, D.; VAN DER KOLK, B.; ROTH, S.; MANDELL, F.; KAPLAN, S.;
RESICK, P. (1997): Development of a criteria set and a structured in-
terview for disorders of extreme stress (SIDES). IN: Journal of Traumatic
Stress. 10 (1) (1997) S. 3-16
- PERKONNIG, A.; KESSLER, R.; STORZ, S.; WITTCHEN, H. (2000):
Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community:
Prevalence, risk factors, and comorbidity. IN: Acta Psychiatrica Scan-
dinavica, 101, S.45- 59
- PIEPER, G.; BENGEL, J. (2008): Traumatherapie in sieben Stufen“:
Ein kognitiv-behaviorales Behandlungsmanual. Bern:
Verlag Hans Huber
- POTTHAST, N.; CATANI, C. (2012): Trauma und Sucht: Implikationen für
die Psychotherapie. IN: SUCHT-Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis/
Journal of Addiction research and Practice 58.4, S. 227-235

- REICHEL, A. (2013): Psychosomatische und psychiatrische Pflege bei Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen. IN: Sack, Sachsse, Schellong: Komplexe Traumafolgestörungen. Stuttgart: Schattauer S. 505-530
- ROTH, S.; NEWMAN, E.; PELCOVITZ, D., VAN DER KOLK, B., MANDEL, F. (1997): Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. IN: Journal of Traumatic Stress 10, 539-555.
- ROESTEL, C.; KERSTING, A. (2008): Einfache und komplexe posttraumatische Belastungsstörungen. Diagnostik und Therapieansätze. IN: Der Nervenarzt, 79. S. 845-854
- SACHSSE, U. (1996): Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik- Psychotherapie. Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- SABEL, A.; ROSCHINSKI, A. (2010): Sekundäre Traumatisierung – Berufsrisiko der Helfer. IN: Wagner, R. (Hrsg.): Sekundäre Traumatisierung als Berufsrisiko? Konfrontation mit schweren Schicksalen anderer Menschen. Magdeburg: Verlag Friedrich Ebert Stiftung. S. 35-46
- SACK, M. (2004): Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. IN: Der Nervenarzt. 75 (5) (2004) S. 451-459
- SACK, M. (2005): Folgen schwerer Traumatisierungen – klinische Bedeutung und Validität der Diagnose komplexe posttraumatische Belastungsstörung. Unveröffentlichtes Manuskript.
http://www.martinsack.de/_downloads/Sack_Komplexe_PTBS_2005.pdf
Stand: 15.11.2016
- SACK, M.; EBBINGHAUS, R. (2013): Grundlagen der Diagnostik. IN: Sack, Sachsse, Schellong: Komplexe Traumafolgestörungen. Stuttgart: Schattauer. S.33-41

- SACK, M; HOFMANN, A. (2001): Interview zu komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS).
Hannover: Medizinische Hochschule Hannover
- SACK, M.; LEMPA, W., LAMPRECHT, F.(2002): Diagnostik der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung – empirische Befunde mit einem standardisierten Interview und konzeptuelle Überlegungen. Vortrag auf der 4. Jahrestagung der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie Köln 6.4.2002. IN: Psychotraumatologie 3, S. 35
- SACK, M., SCHELLONG, J., SACHSSE, U. (2013): Einleitung. IN: Sack, Sachsse, Schellong: Komplexe Traumafolgestörungen.
Stuttgart: Schattauer. S. 1-7
- SACK, M.; SACHSSE, U.; DULZ, B. (2011): Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Traumafolgestörung? IN: Dulz, B., Herpertz, S., Kernberg, O., Sachsse, U. (Hrsg.) (2011): "Handbuch der Borderline-Störungen", Stuttgart: Schattauer 2. Aufl., S. 197–203
- SCHÄFER, I.; NAJAVITS, L.M. (2007): Clinical challenges in the treatment of patients with PTSD and substance abuse. IN: Current Opinion in Psychiatry, 20, S.614-618
- SCHÄFER, I.; REININGHAUS, U.; LANGELAND, W. et al. (2007): Dissociative symptoms in alcohol dependent patients: Associations with childhood trauma and substance abuse characteristics. IN: Comprehensive Psychiatry, 48, S. 359-545
- SCHÄFER, I. ; SCHULTZ, M.; VERTHEIM, U.; KRAUSZ, M. (2004): Traumatisierung bei Suchtpatienten- Relevanz und spezifische Behandlung in der Suchttherapie. IN: Suchttherapie 2004; 5, S. 118-123
- SCHÄFER, I.; SCHULZE, C.; STUBENVOLL, M.(2011) Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen und posttraumatischer Belastungsstörung. IN: Sucht 57 (5) S.353-361

- SCHÄFER, I.; STUBENVOLL, M.; DILLING, A.; NAJAVITS, L.M. (2009): Traumatisierungen bei Suchtkranken – eine Herausforderung für das deutsche Hilfesystem. IN: Najavits, L.: Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch. Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“. S. 15-18
- SCHÄFER, I.; SCHULZE, C.; STUBENVOLL, M. (2011): Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen und Posttraumatischer Belastungsstörung. IN: Sucht 57 (5) S. 353-361
- SCHAY, P.; LIEFKE, I. (2009): Sucht und Trauma. Integrative Traumatherapie in der Drogenhilfe. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- SHEERAN, T., ZIMMERMAN, M. (2002): Screening for posttraumatic stress disorder in a general psychiatric outpatient setting. IN: Journal of Consulting and Clinical Psychology 70, 961-966
- SCHERBAUM, N.; SPECKA, M. (2014): Komorbide psychische Störungen bei Opiatabhängigen. IN: Suchtherapie 2014; 15, S. 22-28
- SCHMAL, C. (2013): Neurobiologie.. IN: Maercker (Hrsg.): Posttraumatische Belastungsstörungen, 4. Auflage, Heidelberg: Springer Verlag S. 55-70
- SCHÜTZWOHL, M. (2013): Diagnostik und Differenzialdiagnostik. IN: Maercker (Hrsg.): Posttraumatische Belastungsstörungen, 4. Auflage, Heidelberg: Springer Verlag S. 95-120
- SHALEV, A. Y. (2001): What is posttraumatic stress disorder? IN: Journal of Clinical Psychiatry. 62 (17) S. 4–10
- SEIDLER, G. (2013): Einleitung: Geschichte der Psychotraumatologie. IN: Maercker (Hrsg.): Posttraumatische Belastungsstörungen, 4. Auflage, Heidelberg: Springer Verlag S. 3-12

- STEIN, M.; MCQUAID, J.; PEDRELLI, P; LENOX, R; MCCA HILL, M. (2000):
Posttraumatic stress disorder in the primary care setting. IN: General
Hospital Psychiatry 22; 4; 261-9
- STEWART, S. et al (1998): Functional associations among trauma, PTSD an
substance related disorders. IN: Addictive Behaviors 23.6, S. 797-812
- STRAUSS, B.; HEIM, D.; METTE-ZILLESSEN, M. (2005): Krankheitsbilder in der
Folge von sexuellem Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung:
Sexuelle Störungen und Verhaltensauffälligkeiten. IN: Egle, U.T.; Hoff-
mann, S. O.; Joraschky, P. (Hrsg): Sexueller Missbrauch, Misshandlung;
Vernachlässigung. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer. S. 381-392
- TEEGEN, F.; SCHRIEFER, J. (2002): Komplexe Posttraumatische
Belastungsstörung: Eine Untersuchung des diagnostischen Konstruktes
am Beispiel misshandelter Frauen. IN: Zeitschrift für klinische Psycholo-
gie, Psychiatrie und Psychotherapie 50 (2002) 219–233
- TEEGEN, F.; SCHRIEFER, J.; VOGT, S. (2001): Beschwerdeliste kPTBS –
Selbstbeurteilungsskala zu Symptomen der komplexen PTBS. Hamburg:
Universität
- TEEGEN, F.; SPIEKER- HAGELSIEPER, C.; GROTWINKEL, M (1998): Structured
Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES).
Hamburg: Universität
- TEEGEN, F.; VOGT, S. (2002): Überlebende von Folter. Eine Studie zur
komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung. IN: Verhaltensthera-
pie & Verhaltensmodifikation, 23, S.91-106
- TERR, L. C. (1991): Childhood traumas: an outline and overview. IN: American
Journal of Psychiatry 148, S. 10–20

- THIELS, C. (2005): Krankheitsbilder in der Folge von sexuellem Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung: Essstörungen. IN: Egle, U.T.; Hoffmann, S. O.; Joraschky, P. (Hrsg): Sexueller Missbrauch, Misshandlung; Vernachlässigung. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer. S. 470-481
- VOGELGESANG, M. (2006): Posttraumatische Belastungsstörung und Suchterkrankungen. IN: REHA aktuell. Informationsdienst für Neurologen und Psychiater. 2006, 4, S. 8-9
- VOGELGESANG, M. (2006): Verhaltenstherapeutische Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörungen bei SuchtpatientInnen. IN: Schäfer, I.; Krausz, M. (Hrsg.): Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta. S.153-176
- WALTHER,C. (2014): Ambulant Betreutes Wohnen psychisch kranker Menschen. Wirksamkeitsstudien in Deutschland. IN: Soziale Arbeit, 2, S. 54-62
- WEINE, S.; BECKER, D.; VOJVODA, D.; HODZIC, E., SAWYER, M., HYMAN, L.; LAUB, D.; MCGLASHAN, T. (1998): Individual change after genocide in Bosnian survivors of "ethnic cleansing": assessing personality dysfunction. IN: Journal of Traumatic Stress 11, S. 147-153
- WELTGESUNDHEITSORGANISATION (1994): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V. Bern: Huber
- WIRTZ, G.; OVERKAMP, B.; SCHELLONG, J. (2013): Instrumente zur strukturierten Diagnostik. IN: Sack, Sachsse, Schellong: Komplexe Traumafolgestörungen. Stuttgart: Schattauer
- WÖLLER, W. (2010): Gruppenpsychotherapie bei traumatisierten Patientinnen. Konzepte und Stand der Forschung. IN: Gruppenpsychotherapie. Gruppendynamik, 46. S. 4-21

ZIMMERMANN, M; MATTIA J. (1999): Is posttraumatic stress disorder underdiagnosed in routine clinical settings? *Journal of Nervous and Mental Disease* 187; 7; S. 420-8

ZLOTNICK, C.; PEARLSTEIN, T. (1997): Validation of the structured interview for disorders of extreme stress. IN: *Comprehensive Psychiatry* 38 (1997) S.243-247

ZLOTNICK, C., ZAKRISKI, A.; SHEA, M.; COSTELLO, E.; BEGIN, A.; PEARLSTEIN, T.; SIMPSON, E. (1996): The long-term sequelae of sexual abuse: support for a complex posttraumatic stress disorder. IN: *Journal of Traumatic Stress* 9 (1996) S.195-205

7. Anhang

7.1 Papierfragebogen

1. Von der Erheberin auszufüllen:	
Nr.	<input type="text"/>

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

die folgende Befragung richtet sich an Menschen im ambulant Betreuten Wohnen für Suchtmittelabhängige und ist Bestandteil meiner Master-Thesis. Ziel ist, mehr über die Verbreitung und Versorgung psychischer Erkrankungen zu erlangen, die zusätzlich zur Abhängigkeit bestehen. Die gewonnenen Informationen sollen uns ermöglichen, Ihnen bessere medizinische und therapeutische Hilfe bereitzustellen. Ich danke Ihnen im Voraus dafür, dass Sie bereit sind, an der Befragung teilzunehmen.

Der Fragebogen besteht aus zwei Teilen mit insgesamt 25 Fragen, bei denen jeweils angekreuzt wird. Die Dauer beträgt zwischen 11-30 Minuten. Im ersten Teil der Befragung werden die üblichen Fragen zu Ihrer Person gestellt. Sie werden beim Ausfüllen feststellen, dass hierdurch lediglich Gruppen wie „männlich-weiblich“ oder nach Alter gebildet werden können – Sie als Person aber anonym bleiben. Der zweite Teil fragt nach Symptomen, Erlebnissen, erfolgten Unterstützungsleistungen, Therapien etc. Überlegen Sie nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es auf Sie persönlich zutrifft. Am Ende finden Sie ein Feld für eine persönliche Rückmeldung. Bitte prüfen Sie abschließend, ob Sie alle Seiten des Fragebogens bearbeitet haben.

Die Befragung ist freiwillig, anonym und lässt keine Rückschlüsse auf Ihre Person zu. Die im Fragebogen gewonnenen Daten werden elektronisch abgespeichert und nach Ablauf der gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes wieder gelöscht. Die Daten dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Larissa Mocosch (Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin B.A.)

2. Wie alt sind Sie?	
(in Jahren)	<input type="text"/>
3. Welches Geschlecht haben Sie?	
<input type="checkbox"/> ₁ weiblich	<input type="checkbox"/> ₂ männlich <input type="checkbox"/> ₃ trans-/intersexuell
4. Familienstand	
<input type="checkbox"/> ₁ ledig	<input type="checkbox"/> ₄ geschieden
<input type="checkbox"/> ₂ verheiratet/ eing. Lebenspartnerschaft, zusammenlebend	<input type="checkbox"/> ₅ verwitwet
<input type="checkbox"/> ₃ verheiratet/ eing. Lebenspartnerschaft, getrennt lebend	<input type="checkbox"/> ₆ in fester Partnerschaft
5. Höchster bisher erreichter Schulabschluss	
<input type="checkbox"/> ₁ derzeit in Schulausbildung	<input type="checkbox"/> ₄ Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> ₇ anderer Schulabschluss
<input type="checkbox"/> ₂ ohne Schulabschluss	<input type="checkbox"/> ₅ Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule
<input type="checkbox"/> ₃ Sonderschulabschluss	<input type="checkbox"/> ₆ (Fach-)Hochschulreife/ Abitur
6. Höchster Ausbildungsabschluss	
<input type="checkbox"/> ₁ derzeit in Berufs-/Hochschulausbildung	<input type="checkbox"/> ₄ Meister/in, Techniker/in
<input type="checkbox"/> ₂ keine Berufs-/Hochschulausbildung abgeschlossen	<input type="checkbox"/> ₅ Hochschulabschluss
<input type="checkbox"/> ₃ abgeschlossene Lehrausbildung	<input type="checkbox"/> ₆ anderer Berufsabschluss
7. Erwerbssituation	
<input type="checkbox"/> ₁ Auszubildende/r	<input type="checkbox"/> ₇ Arbeitslos nach SGB II (Bezug von ALG II)
<input type="checkbox"/> ₂ Arbeiter/in, Angestellte/r, Beamte/r	<input type="checkbox"/> ₈ Schüler/in, Student/in
<input type="checkbox"/> ₃ Selbstständige/r, Freiberufler/in	<input type="checkbox"/> ₉ Hausfrau/-mann
<input type="checkbox"/> ₄ sonstige Erwerbperson (z.B. Elternzeit, mithelfende/r Familienangehörige/r)	<input type="checkbox"/> ₁₀ in Rente/Pension
<input type="checkbox"/> ₅ in beruflicher Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben)	<input type="checkbox"/> ₁₁ sonstige Nichterwerbperson (z.B. nach SGB XII)
<input type="checkbox"/> ₆ Arbeitslos nach SGB III (Bezug von ALG I)	
8. Wie lange in Monaten/Jahren werden Sie durch das ambulant betreute Wohnen begleitet? Gemeint ist hier die Gesamtzeit – Unterbrechungen bitte ggf. abziehen.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Monate	Jahre
9. Welche der folgenden Substanzen würden Sie als Ihre „Hauptdroge(n)“ bezeichnen?	
<input type="checkbox"/> ₁ Alkohol	<input type="checkbox"/> ₆ Stimulantien (Amphetamine, Ecstasy)
<input type="checkbox"/> ₂ Opiate (Heroin/andere opiathaltige Mittel)	<input type="checkbox"/> ₇ Halluzigene (z.B. LSD, Mescaline)
<input type="checkbox"/> ₃ Cannabis	<input type="checkbox"/> ₈ Flüchtige Lösungsmittel
<input type="checkbox"/> ₄ Sedativa/Hypnotika (Benzos, Barbiturate etc.)	<input type="checkbox"/> ₉ Tabak
<input type="checkbox"/> ₅ Kokain/Crack	<input type="checkbox"/> ₁₀ Ich konsumiere polytox

10. Ich bin zur Zeit...	
<input type="checkbox"/> ₁ abstinert	<input type="checkbox"/> ₄ überwiegend nicht abstinert
<input type="checkbox"/> ₂ überwiegend abstinert	<input type="checkbox"/> ₅ konsumierend
<input type="checkbox"/> ₃ reduziert konsumierend	

11. Wir möchten Ihnen nun einige Fragen stellen zu Ihrer Geschichte und zu Ihren gegenwärtigen Symptomen. Diese Information soll uns ermöglichen, Ihnen bessere medizinische und therapeutische Hilfe bereitzustellen.

Viele Menschen haben irgendwann einmal in ihrem Leben ein sehr belastendes oder traumatisches Erlebnis oder werden Zeugen eines solchen Ereignisses. Bitte geben Sie für jedes der folgenden Ereignisse an, ob Sie es erlebt haben, entweder persönlich oder als Zeuge. Bitte kreuzen Sie JA an, wenn dies der Fall war, und NEIN, wenn dies nicht der Fall war.

	Ja	Nein
1) Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Arbeitsunfall, Unfall in der Landwirtschaft, Autounfall, Flugzeug- oder Schiffsunglück)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Naturkatastrophe (z.B. Wirbelsturm, Orkan, Flutkatastrophe, schweres Erdbeben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Gewalttätiger Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schußwaffe bedroht werden, Stichverletzungen zugefügt bekommen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Gewalttätiger Angriff durch fremde Personen (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, angeschossen oder mit einer Schußwaffe bedroht werden, Stichverletzungen zugefügt bekommen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Sexueller Angriff durch fremde Personen (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt in Kriegsgebiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Sexueller Kontakt im Alter von unter 18 Jahren mit einer Person, die mindestens 5 Jahre älter war (z.B. Kontakt mit Genitalien oder Brüsten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Gefangenschaft (z.B. Strafgefangener, Kriegsgefangener, Geißel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Folter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Lebensbedrohliche Krankheit (z.B. Herzinfarkt, HIV/AIDS, Krebs, Schizophrenie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Sie waren Zeuge, wie eines der oben genannten Ereignisse einer anderen Person passierte. Wenn Ja: welches? Nr.: ____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Anderes traumatisches Ereignis (bitte stichwortartig beschreiben) _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie mehrmals JA angekreuzt haben, geben Sie bitte hier die Nummer desjenigen Erlebnisses an, das Sie am meisten belastet.	Nr.:	

12. Bitte beantworten Sie die Fragen auf den folgenden Seiten FÜR DIESES SCHLIMMSTE ERLEBNIS (wenn Sie nur für eines der Ereignisse JA angekreuzt haben, ist mit „schlimmstes Erlebnis“ dieses Ereignis gemeint). Wenn Sie keines der Erlebnisse hatten, springen Sie bitte vor zu Frage 20. Wie alt waren Sie bei diesem schlimmsten Erlebnis?

Jahre

13. Bitte kreuzen Sie für die folgenden Fragen JA oder NEIN an:

Während des schlimmsten Erlebnisses...

	Ja	Nein
a. ... wurden Sie körperlich verletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ... wurde jemand anders körperlich verletzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... dachten Sie, daß Ihr Leben in Gefahr war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ... dachten Sie, daß das Leben einer anderen Person in Gefahr war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ... fühlten Sie sich hilflos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ... hatten Sie starke Angst oder waren Sie voller Entsetzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Die folgenden Aussagen sprechen Veränderungen, Probleme und Beschwerden an. Die nach hochbelastenden Erfahrungen auftreten können. Bitte lesen Sie jede Frage durch und kreuzen Sie dann an, in welchem Ausmaß Sie sich im letzten Monat dadurch gestört fühlten.

	gar nicht	etwas	ziemlich	stark	sehr stark
1. Schon kleine Probleme haben mich aus der Fassung gebracht oder regten mich mehr auf als früher. Ich wurde schon bei geringen Anlässen wütend, musste leicht weinen und war extrem aufgewühlt.	1	2	3	4	5
2. Es fiel mir nach einer Aufregung schwer, mich wieder zu beruhigen und zur Tagesordnung zurückzukehren.	1	2	3	4	5
3. Wenn ich aufgebracht war, musste ich alles andere unterbrechen und meine ganze Energie darauf konzentrieren, mich wieder zu beruhigen.	1	2	3	4	5
4. Um mich zu beruhigen, musste ich zu extremen Maßnahmen ergreifen, wie mich betrinken, Tabletten oder Drogen nehmen.	1	2	3	4	5
5. Ich war meistens wütend und meine Wut beeinflusste vieles, was ich tat.	1	2	3	4	5
6. Ich hatte Gedanken und Vorstellungen davon, jemanden zu verletzen.	1	2	3	4	5
7. Ich hatte Schwierigkeiten, meine Wut zu kontrollieren, so dass ich geschrien, mit Gegenständen geworfen und andere körperlich angegriffen haben.	1	2	3	4	5
8. Mit fiel es schwer, meinen Ärger zu zeigen, wenn ich wütend war.	1	2	3	4	5
9. Ich hatte einen Unfall, der Verletzungen und Schmerzen verursachte und eine medizinische Behandlung nötig machte.	Gar nicht (01)		Einmal (02)		Mehrmals (03)
10. Ich verhielt mich sorglos und achtete nicht auf meine Sicherheit. Ich ging z.B. unnötige Risiken ein bezüglich der Menschen, mit denen ich zusammen war, oder an Orte, an denen ich mich aufhielt, und ergriff keine Maßnahmen, um mich in gefährlichen Situationen zu schützen	1	2	3	4	5
11. Ich habe bewusst versucht, mich zu verletzen (z.B. gegen Dinge schlagen oder treten, sich brennen oder schneiden).	1	2	3	4	5
12. Ich habe darüber nachgedacht, mich umzubringen oder traf erste Vorbereitungen.	1	2	3	4	5
13. Ich habe einen Selbstmordversuch unternommen.	gar nicht		einmal		mehrmals
14. Ich habe mich sehr bemüht, Gedanken an Sex zu unterdrücken.	1	2	3	4	5
	gar nicht	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

15. Es hat mich gestört, körperlich oder sexuell berührt zu werden.	1	2	3	4	5
16. Ich habe sexuelle Erfahrungen aktiv vermieden.	1	2	3	4	5
17. Ich dachte mehr an Sex, als ich wollte und das lenkte mich von dem ab, was ich eigentlich tun wollte.	1	2	3	4	5
18. Ich fühlte mich zu sexuellen Handlungen getrieben oder hatte zwanghaft Sex.	1	2	3	4	5
19. Ich war in einer Weise sexuell aktiv, von der ich wusste, dass sie mich gefährden könnte.	1	2	3	4	5
20. Ich habe mich Situationen ausgesetzt, die gefährlich sein könnten (z.B. bin ich an unsichere Orte gegangen oder bin zu schnell gefahren).	1	2	3	4	5
21. Ich hatte deutliche Erinnerungslücken oder keine Erinnerung an einige Abläufe, Stunden, Tage.	1	2	3	4	5
22. Ich hatte Schwierigkeiten, den Überblick über Anforderungen und Termine zu behalten, war z.B. zur falschen Zeit am falschen Ort.	1	2	3	4	5
23. Ich war innerlich abwesend oder zog mich in meine eigene Welt zurück, wenn ich Angst hatte oder unter Stress stand.	1	2	3	4	5
24. Ich fühlte mich manchmal so unwirklich, als würde ich in einem Traum oder hinter einer Glasscheibe leben.	1	2	3	4	5
25. Ich hatte manchmal das Gefühl, als würden zwei verschiedene Personen in mir leben, die zu verschiedenen Zeiten versuchten, die Kontrolle über mein Verhalten zu übernehmen.	1	2	3	4	5
26. Ich hatte den Eindruck, dass ich im Grunde keinen Einfluss darauf habe, was in meinem Leben geschieht, oder dass der Einsatz sich nicht lohnt.	1	2	3	4	5
27. Ich habe mich selbst oder meine persönliche Bedürfnisse vernachlässigt (z.B. nicht mehr gegessen, mich um meine Hygiene nicht gekümmert oder Verabredungen nicht eingehalten)	1	2	3	4	5
28. Ich hatte das Gefühl, dass seit der belastenden Erfahrung etwas in mir beschädigt ist und ich dies niemals heilen oder überwinden kann.	1	2	3	4	5
29. Ich habe mich für Dinge schuldig gefühlt oder sogar bestraft, für die ich nicht verantwortlich war.	1	2	3	4	5
30. Aus Scham liess ich niemanden näher an mich heran oder zog mich zurück, um sicher zu stellen, dass niemand herausfindet, wer ich wirklich bin.	1	2	3	4	5
31. Ich fühlte mich von anderen Menschen getrennt, entfremdet oder nicht zugehörig	1	2	3	4	5
32. Ich hatte den Eindruck, andere machen zu viel Aufhebens darum, dass ich mit den belastenden Erfahrungen konfrontiert war.	1	2	3	4	5
33. Ich habe gedacht, dass er/sie Recht hatte(n), mich zu verletzen oder nichts dafür konnte(n) und ich verdiene, was mir angetan wurde.	1	2	3	4	5
34. Ich hatte den Eindruck, dass er/sie etwas ganz Besonderes ist/sind.	1	2	3	4	5
35. Ich war gedanklich damit beschäftigt, mich an der Person/den Personen, die mir das angetan haben, zu rächen.	1	2	3	4	5
36. Ich hatte Schwierigkeiten, anderen Menschen zu vertrauen.	1	2	3	4	5
37. Ich habe Kontakte mit anderen Menschen vermieden.	1	2	3	4	5
38. Ich hatte Schwierigkeiten, Konflikte mit anderen auszutragen oder habe Konfliktsituationen vermieden.	1	2	3	4	5
39. Ich wurde von anderen Menschen verletzt, denen ich mein Vertrauen geschenkt hatte.	1	2	3	4	5
	gar nicht	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

40. Ich habe andere auf ähnliche Weise verletzt, wie ich selbst verletzt wurde.	1	2	3	4	5
41. Ich war hoffnungslos und pessimistisch in Bezug auf die Zukunft.	1	2	3	4	5
42. Ich hatte das Gefühl, niemals wieder jemanden lieben oder in einer Liebesbeziehung glücklich zu werden.	1	2	3	4	5
43. In meiner Arbeit fand ich keine Befriedigung; ich hatte Mühe mich einzusetzen, fühlte mich durch die Arbeit belastet oder sie war mir gleichgültig.	1	2	3	4	5
44. Ich hatte das Gefühl, das Leben hat für mich seinen Sinn verloren.	1	2	3	4	5
45. Meine Lebensanschauung hat sich verändert, ich habe meinen religiösen Glauben oder wichtige Überzeugungen und Anschauungen, mit denen ich aufgewachsen bin.	1	2	3	4	5
Haben Sie im letzten Monat unter den folgenden körperlichen Beschwerden gelitten, ohne dass bei ärztlichen Untersuchungen eine <u>eindeutige Ursache</u> gefunden wurde?					
46. Erbrechen	1	2	3	4	5
47. Bauchschmerzen	1	2	3	4	5
48. Übelkeit	1	2	3	4	5
49. Durchfall	1	2	3	4	5
50. Unverträglichkeit bestimmter Speisen	1	2	3	4	5
51. Schmerzen in Armen/Beinen	1	2	3	4	5
52. Rückenschmerzen	1	2	3	4	5
53. Gelenkschmerzen	1	2	3	4	5
54. Schmerzen beim Wasserlassen	1	2	3	4	5
55. Kopfschmerzen	1	2	3	4	5
56. Unterleibsschmerzen	1	2	3	4	5
57. Kurzatmigkeit	1	2	3	4	5
58. Herzrasen oder -klopfen	1	2	3	4	5
59. Herz- und Brustschmerzen	1	2	3	4	5
60. Schwindel	1	2	3	4	5
61. Gedächtnisprobleme	1	2	3	4	5
62. Schluckbeschwerden	1	2	3	4	5
63. Verlust der Stimme	1	2	3	4	5
64. Verschwommenes Sehen	1	2	3	4	5
65. Zeitweilige Blindheit	1	2	3	4	5
66. Ohnmächtig werden/ das Bewusstsein verlieren	1	2	3	4	5
67. Anfälle oder Krämpfe	1	2	3	4	5
68. Lähmung, Muskelschwäche oder Missempfindungen/Taubheit in verschiedenen Körperbereichen	1	2	3	4	5
69. Einnässen	1	2	3	4	5
70. Brennen in den Geschlechtsorganen/im After (nicht während des Geschlechtsverkehrs)	1	2	3	4	5
71. Männer: Impotenz (Errektions- /Ejakulationsstörungen)	1	2	3	4	5
72. Frauen: Extremes Spannungsgefühl vor der Menstruation	1	2	3	4	5
Oder	1	2	3	4	5
Sehr schwere menstruelle Blutungen	1	2	3	4	5
Oder	1	2	3	4	5
Sehr unregelmäßige Periode	1	2	3	4	5

15. Wenn ich konsumiere...	
<input type="checkbox"/> ₁ habe ich gar keine der oben genannten Probleme	<input type="checkbox"/> ₃ beeinflusst das die oben genannten Probleme teils/teils
<input type="checkbox"/> ₂ habe ich weniger der oben genannten Probleme	<input type="checkbox"/> ₄ beeinflusst das die oben genannten Probleme gar nicht
16. Haben Sie therapeutische Unterstützung aufgrund Ihres Erlebnisses erhalten? Wenn "Ja", welche? (Mehrfachnennung möglich)	
<input type="checkbox"/> ₀ Ich habe keine therapeutische Unterstützung erhalten	
Ich habe therapeutische Unterstützung erhalten, und zwar:	
<input type="checkbox"/> ₁ Ambulante Therapie allgemein	
<input type="checkbox"/> ₂ Es war Teil der ambulanten Sucht-Reha	
<input type="checkbox"/> ₃ Ambulante Traumatherapie	
<input type="checkbox"/> ₄ Anbindung an eine Trauma-Ambulanz	
<input type="checkbox"/> ₅ Stationäre Therapie allgemein	
<input type="checkbox"/> ₆ Es war Teil der stationären Sucht-Reha	
<input type="checkbox"/> ₇ Stationäre Traumatherapie	
<input type="checkbox"/> ₈ Etwas anderes, nämlich: _____	
17. Haben Sie traumatherapeutische Unterstützung beantragt, die jedoch abgelehnt (von Therapeuten/Krankenkasse etc.) wurde?	
<input type="checkbox"/> ₀ Nein	
<input type="checkbox"/> ₁ Ja, sie wurde aufgrund mangelnder Stabilität abgelehnt.	
<input type="checkbox"/> ₂ Ja, sie wurde aufgrund des Suchtmittelkonsums abgelehnt.	
<input type="checkbox"/> ₃ Ja, aber ich sollte zuerst eine stationäre Entwöhnungsbehandlung durchführen.	
<input type="checkbox"/> ₄ Ja, aber sie wurde aufgrund anhaltenden "Täterkontaktes" abgelehnt.	
<input type="checkbox"/> ₅ Ja. Warum sie abgelehnt wurde weiss ich nicht.	
<input type="checkbox"/> ₆ Ja, aber sie wurde aus folgendem Grund abgelehnt: _____	
18. Haben Sie traumatherapeutische Unterstützung erhalten, die von Ihnen selbst vorzeitig beendet oder nicht angetreten wurde?	
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja. Der Grund war: _____	

19. Hat Ihnen jemand sogenannte Stabilisierungs- oder Distanzierungstechniken (z.B. den "sicheren Ort", „5-4-3-2-1-Technik“ oder die "Tresorübung") vorgestellt?	
<input type="checkbox"/> ₁ Nein, das sagt mir nichts	<input type="checkbox"/> ₃ Ja, aber ich wende sie nicht an
<input type="checkbox"/> ₂ Ja, aber das ist ewig her, so dass ich sie fast vergessen habe	<input type="checkbox"/> ₄ Ja, ich wende sie an
20. Neben der Abhängigkeitserkrankung habe ich noch folgende Diagnosen vom Facharzt (Psychiater, Therapeut) bekommen: (Mehrfachnennung möglich)	
<input type="checkbox"/> ₁ Depression	<input type="checkbox"/> ₆ Posttraumatische Belastungsstörung
<input type="checkbox"/> ₂ Angststörung	<input type="checkbox"/> ₇ Antisoziale Persönlichkeitsstörung
<input type="checkbox"/> ₃ Borderline Persönlichkeitsstörung	<input type="checkbox"/> ₈ eine andere, nämlich: _____
<input type="checkbox"/> ₄ emotional instabile Persönlichkeitsstörung/ Impulsiver Typ	<input type="checkbox"/> ₉ gar keine
<input type="checkbox"/> ₅ Schizophrenie (auch "Drogenpsychose")	<input type="checkbox"/> ₁₀ weiss ich nicht

21. Ich BIN wegen einer der mir gestellten Diagnosen in Behandlung, und zwar: (Mehrfachnennung möglich)	
<input type="checkbox"/> ¹ Medizinische Notfallhilfe	<input type="checkbox"/> ¹¹ Adaptionsbehandlung
<input type="checkbox"/> ² Substitutionsbehandlung	<input type="checkbox"/> ¹² Ambulante sozialtherapeutische Maßnahme
<input type="checkbox"/> ³ Psychosoziale Begleitbetreuung Substitution	<input type="checkbox"/> ¹³ Stationäre sozialtherapeutische Maßnahme
<input type="checkbox"/> ⁴ Sonstige medizinische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ¹⁴ Psychiatrische Behandlung
<input type="checkbox"/> ⁵ Entzug/Entgiftung	<input type="checkbox"/> ¹⁵ Ambulante psychotherapeutische Behandlung
<input type="checkbox"/> ⁶ Ambulante Beratung	<input type="checkbox"/> ¹⁶ Teilstationäre Psychotherapie
<input type="checkbox"/> ⁷ Ambulante Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	<input type="checkbox"/> ¹⁷ Stationäre Psychotherapie
<input type="checkbox"/> ⁸ Teilstationäre Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	<input type="checkbox"/> ¹⁸ Selbsthilfegruppe
<input type="checkbox"/> ⁹ Stationäre Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	<input type="checkbox"/> ¹⁹ Das BeWo hilft mir, mit meinen Symptomen besser klar zu kommen
<input type="checkbox"/> ¹⁰ Kombinationstherapie (Rehabilitation) z.B. Depression-Sucht, Trauma-Sucht	<input type="checkbox"/> ²⁰ sonstiges und zwar

22. Ich BIN <u>nicht</u> wegen einer der mir gestellten Diagnosen in Behandlung, weil... (Mehrfachnennung möglich)	
<input type="checkbox"/> ¹ Ich dafür abstinert sein muss	<input type="checkbox"/> ⁴ Ich gar nicht weiss, was für eine Therapie überhaupt Sinn macht
<input type="checkbox"/> ² Ich keinen ambulanten Therapieplatz bekomme	<input type="checkbox"/> ⁵ Mir bei meinen Problemen sowieso keiner helfen kann
<input type="checkbox"/> ³ Ich keinen stationären Therapieplatz bekomme	<input type="checkbox"/> ⁶ Ich nicht möchte

23. Ich WAR wegen einer der mir gestellten Diagnosen in Behandlung, und zwar... (Mehrfachnennung möglich)	
<input type="checkbox"/> ¹ Medizinische Notfallhilfe	<input type="checkbox"/> ¹¹ Adaptionsbehandlung
<input type="checkbox"/> ² Substitutionsbehandlung	<input type="checkbox"/> ¹² Ambulante sozialtherapeutische Maßnahme
<input type="checkbox"/> ³ Psychosoziale Begleitbetreuung Substitution	<input type="checkbox"/> ¹³ Stationäre sozialtherapeutische Maßnahme
<input type="checkbox"/> ⁴ Sonstige medizinische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> ¹⁴ Psychiatrische Behandlung
<input type="checkbox"/> ⁵ Entzug/Entgiftung	<input type="checkbox"/> ¹⁵ Ambulante psychotherapeutische Behandlung
<input type="checkbox"/> ⁶ Ambulante Beratung	<input type="checkbox"/> ¹⁶ Teilstationäre Psychotherapie
<input type="checkbox"/> ⁷ Ambulante Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	<input type="checkbox"/> ¹⁷ Stationäre Psychotherapie
<input type="checkbox"/> ⁸ Teilstationäre Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	<input type="checkbox"/> ¹⁸ Selbsthilfegruppe
<input type="checkbox"/> ⁹ Stationäre Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation)	<input type="checkbox"/> ¹⁹ Das BeWo hat mir geholfen, mit meinen Symptomen besser klar zu kommen
<input type="checkbox"/> ¹⁰ Kombinationstherapie (Rehabilitation) z.B. Depression-Sucht, Trauma-Sucht	<input type="checkbox"/> ²⁰ sonstiges und zwar

24. Ich WAR <u>nicht</u> wegen einer der mir gestellten Diagnosen in Behandlung, weil... (Mehrfachnennung möglich)	
<input type="checkbox"/> ¹ Ich dafür abstinent sein musste	<input type="checkbox"/> ⁴ Ich gar nicht wusste, was für eine Therapie überhaupt Sinn macht
<input type="checkbox"/> ² Ich keinen ambulanten Therapieplatz bekommen habe	<input type="checkbox"/> ⁵ Ich überzeugt war, dass mir bei meinen Problemen sowieso keiner helfen konnte
<input type="checkbox"/> ³ Ich keinen stationären Therapieplatz bekommen habe	<input type="checkbox"/> ⁶ Ich nicht wollte
Was mir sonst noch wichtig ist (Platz für persönliche Rückmeldung):	

Ich danke Ihnen ganz herzlich für die Beantwortung des Fragebogens!

© Larissa Mocosch

© Frage 14: Teegen, Vogt, Schriefer

7.2 Fragebogen „Beschwerdeliste kPTBS“ mit Auswertungsschema

Code:

Beschwerdeliste kPTBS

© F. Teegen, J. Schriefer & S. Vogt (2001)
Universität Hamburg, Psychologisches Institut III, Klein. Psych./Psychotherapie

Die folgenden Aussagen sprechen Veränderungen, Probleme und Beschwerden an, die nach hochbelastenden Erfahrungen auftreten können. Bitte lesen Sie jede Frage durch und kreuzen Sie dann an, in welchem Ausmaß Sie sich **im letzten Monat** dadurch gestört fühlten.

	(01) gar nicht	(02) etwas	(03) ziemlich	(04) stark	(05) sehr stark
1. Schon kleine Probleme haben mich aus der Fassung gebracht oder regten mich mehr auf als früher. Ich wurde schon bei geringen Anlässen wütend, musste leicht weinen und war extrem aufgewühlt.	1	2	3	4	5
2. Es fiel mir nach einer Aufregung schwer, mich wieder zu beruhigen und zur Tagesordnung zurückzukehren.	1	2	3	4	5
3. Wenn ich aufgebracht war, musste ich alles andere unterbrechen und meine ganze Energie darauf konzentrieren, mich wieder zu beruhigen.	1	2	3	4	5
4. Um mich zu beruhigen, musste ich zu extremen Maßnahmen greifen, wie mich betrinken, Tabletten oder Drogen nehmen.	1	2	3	4	5
5. Ich war meistens wütend und meine Wut beeinflusste vieles, was ich tat.	1	2	3	4	5
6. Ich hatte Gedanken und Vorstellungen davon, jemanden zu verletzen.	1	2	3	4	5
7. Ich hatte Schwierigkeiten, meine Wut zu kontrollieren, so dass ich geschrien, mit Gegenständen geworfen oder andere körperlich angegriffen habe.	1	2	3	4	5
8. Mir fiel es schwer, meinen Ärger zu zeigen, wenn ich wütend war.	1	2	3	4	5
9. Ich hatte einen Unfall, der Verletzungen und Schmerzen verursachte und eine medizinische Behandlung nötig machte.	gar nicht ⁽⁰¹⁾ <input type="checkbox"/>		einmal ⁽⁰²⁾ <input type="checkbox"/>		mehrmals ⁽⁰³⁾ <input type="checkbox"/>
10. Ich verhielt mich sorglos und achtete nicht auf meine Sicherheit. Ich ging z.B. unnötige Risiken ein bezüglich der Menschen, mit denen ich zusammen war, oder der Orte, an denen ich mich aufhielt, und ergriff keine Maßnahmen, um mich in gefährlichen Situationen zu schützen.	1	2	3	4	5
11. Ich habe bewusst versucht, mich zu verletzen (z.B. gegen Dinge schlagen oder treten, sich brennen oder schneiden).	1	2	3	4	5
12. Ich habe darüber nachgedacht, mich umzubringen oder traf erste Vorbereitungen.	1	2	3	4	5
13. Ich habe einen Selbstmordversuch unternommen.	gar nicht ⁽⁰¹⁾ <input type="checkbox"/>		einmal ⁽⁰²⁾ <input type="checkbox"/>		mehrmals ⁽⁰³⁾ <input type="checkbox"/>
14. Ich habe mich sehr bemüht, Gedanken an Sex zu unterdrücken.	1	2	3	4	5
15. Es hat mich gestört, körperlich oder sexuell berührt zu werden.	1	2	3	4	5

	(01) gar nicht	(02) etwas	(03) ziemlich	(04) stark	(05) sehr stark
16. Ich habe sexuelle Erfahrungen aktiv vermieden.	1	2	3	4	5
17. Ich dachte mehr an Sex, als ich wollte und das lenkte mich von dem ab, was ich eigentlich tun wollte.	1	2	3	4	5
18. Ich fühlte mich zu sexuellen Handlungen getrieben oder hatte zwanghaft Sex.	1	2	3	4	5
19. Ich war in einer Weise sexuell aktiv, von der ich wusste, dass sie mich gefährden könnte.	1	2	3	4	5
20. Ich habe mich Situationen ausgesetzt, die gefährlich sein können (z.B. bin ich an unsichere Orte gegangen oder bin zu schnell gefahren).	1	2	3	4	5
21. Ich hatte deutliche Erinnerungslücken oder keine Erinnerung an einige Abläufe, Stunden oder Tage.	1	2	3	4	5
22. Ich hatte Schwierigkeiten, den Überblick über Anforderungen und Termine zu behalten, war z.B. zur falschen Zeit am falschen Ort.	1	2	3	4	5
23. Ich war innerlich abwesend oder zog mich in meine eigene Welt zurück, wenn ich Angst hatte oder unter Stress stand.	1	2	3	4	5
24. Ich fühlte mich manchmal so unwirklich, als würde ich in einem Traum oder hinter einer Glasscheibe leben.	1	2	3	4	5
25. Ich hatte manchmal das Gefühl, als würden zwei verschiedene Personen in mir leben, die zu verschiedenen Zeiten versuchten, die Kontrolle über mein Verhalten zu übernehmen.	1	2	3	4	5
26. Ich hatte den Eindruck, dass ich im Grunde keinen Einfluss darauf habe, was in meinem Leben geschieht, oder dass sich der Einsatz nicht lohnt.	1	2	3	4	5
27. Ich habe mich selbst oder meine persönlichen Bedürfnisse vernachlässigt (z.B. nicht mehr gegessen, mich um meine Hygiene nicht gekümmert oder Verabredungen nicht eingehalten).	1	2	3	4	5
28. Ich hatte das Gefühl, dass seit der belastenden Erfahrung etwas in mir beschädigt ist und ich dies niemals heilen oder überwinden kann.	1	2	3	4	5
29. Ich habe mich für Dinge schuldig gefühlt oder sogar bestraft, für die ich nicht verantwortlich war.	1	2	3	4	5
30. Aus Scham liess ich niemanden näher an mich heran oder zog mich zurück, um sicher zu stellen, dass niemand herausfindet, wer ich wirklich bin.	1	2	3	4	5
31. Ich fühlte mich von anderen Menschen getrennt, entfremdet oder nicht zugehörig.	1	2	3	4	5
32. Ich hatte den Eindruck, andere machen zu viel Aufhebens darum, dass ich mit den belastenden Erfahrungen konfrontiert war.	1	2	3	4	5
33. Ich habe gedacht, dass er/sie das Recht hatte(n), mich zu verletzen oder nichts dafür konnte(n) und ich verdiene, was mir angetan wurde.	1	2	3	4	5
34. Ich hatte den Eindruck, dass er/sie etwas ganz Besonderes ist/sind.	1	2	3	4	5
35. Ich war gedanklich damit beschäftigt, mich an der Person / den Personen, die mir das angetan hat / haben, zu rächen.	1	2	3	4	5
36. Ich hatte Schwierigkeiten, anderen Menschen zu vertrauen.	1	2	3	4	5
37. Ich habe Kontakte mit anderen Menschen vermieden.	1	2	3	4	5
38. Ich hatte Schwierigkeiten, Konflikte mit anderen auszutragen oder habe Konfliktsituationen vermieden.	1	2	3	4	5
39. Ich wurde von anderen Menschen verletzt, denen ich mein Vertrauen geschenkt hatte.	1	2	3	4	5

	(01) gar nicht	(02) etwas	(03) ziemlich	(04) stark	(05) sehr stark
40. Ich habe andere auf ähnliche Weise verletzt, wie ich selbst verletzt wurde.	1	2	3	4	5
41. Ich war hoffnungslos und pessimistisch in Bezug auf die Zukunft.	1	2	3	4	5
42. Ich hatte das Gefühl, niemals wieder jemanden lieben zu können oder in einer Liebesbeziehung glücklich zu werden.	1	2	3	4	5
43. In meiner Arbeit fand ich keine Befriedigung; ich hatte Mühe mich einzusetzen, fühlte mich durch die Arbeit belastet oder sie war mir gleichgültig.	1	2	3	4	5
44. Ich hatte das Gefühl, das Leben hat für mich seinen Sinn verloren.	1	2	3	4	5
45. Meine Lebensanschauung hat sich verändert, ich habe meinen religiösen Glauben verloren oder wichtige Überzeugungen und Anschauungen, mit denen ich aufgewachsen bin.	1	2	3	4	5

Haben Sie **im letzten Monat** unter den folgenden körperlichen Beschwerden gelitten, ohne dass bei ärztlichen Untersuchungen eine eindeutige Ursache gefunden wurde?

	(01) gar nicht	(02) etwas	(03) ziemlich	(04) stark	(05) sehr stark
46. Erbrechen	1	2	3	4	5
47. Bauchschmerzen	1	2	3	4	5
48. Übelkeit	1	2	3	4	5
49. Durchfall	1	2	3	4	5
50. Unverträglichkeit bestimmter Speisen	1	2	3	4	5
51. Schmerzen in Armen/Beinen	1	2	3	4	5
52. Rückenschmerzen	1	2	3	4	5
53. Gelenkschmerzen	1	2	3	4	5
54. Schmerzen beim Wasserlassens	1	2	3	4	5
55. Kopfschmerzen	1	2	3	4	5
56. Unterleibsschmerzen	1	2	3	4	5
57. Kurzatmigkeit	1	2	3	4	5
58. Herzrasen oder -klopfen	1	2	3	4	5
59. Herz- und Brustschmerzen	1	2	3	4	5
60. Schwindel	1	2	3	4	5
61. Gedächtnisprobleme	1	2	3	4	5
62. Schluckbeschwerden	1	2	3	4	5
63. Verlust der Stimme	1	2	3	4	5
64. Verschwommenes Sehen	1	2	3	4	5
65. Zeitweilige Blindheit	1	2	3	4	5
66. Ohnmächtig werden/das Bewusstsein verlieren	1	2	3	4	5

67. Anfälle oder Krämpfe	1	2	3	4	5
68. Lähmung, Muskelschwäche oder Missempfindungen/Taubheit in verschiedenen Körperbereichen	1	2	3	4	5
69. Einnässen	1	2	3	4	5
70. Brennen in den Geschlechtsorganen/im After (nicht während des Geschlechtsverkehrs)	1	2	3	4	5
71. <u>Männer</u> : Impotenz (Errektions- / Ejakulationsstörungen)	1	2	3	4	5
72. <u>Frauen</u> : Extremes Spannungsgefühl vor der Menstruation.	1	2	3	4	5
Oder Sehr schwere menstruelle Blutungen.	1	2	3	4	5
Oder Sehr unregelmäßige Periode	1	2	3	4	5

© Selbstbeurteilungsskala zu Symptomen der komplexen PTBS. In Anlehnung an das „Structured Interview for Disorders of Extreme Stress, SIDES (1995). Van der Kolk, Pelcovitz, Herman, Roth, Kaplan, Waldinger, Guastella & Spitzer. Harvard Medical School, Department of Psychiatry, Boston, USA.

Auswertungsbogen der Beschwerdeliste kPTBS

Code:

.....

Diagnoserelevant:**Belastungsintensität** ziemlich (3) stark (4) sehr stark (5)**Item 9 und 13** einmal (2) mehrmals (3)**I Veränderungen der Affekt- und Impulsregulation**

A und (1) der B-F Symptome erforderlich

- A Affektregulation: 2 von 4 Items erforderlich (Item-Nr. 1, 2, 3, 4)
- B Ärgermodulation: 2 von 4 Items erforderlich (Item-Nr. 5, 6, 7, 8)
- C Selbstgefährdung: 1 von 3 Items erforderlich (Item-Nr. 9, 10, 11)
- D Suizidalität: 1 von 2 Items erforderlich (Item-Nr. 12, 13)
- E Schwierigkeiten bei der Modulation sexueller Erfahrungen: 1 von 6 Items erforderlich (Item-Nr. 14, 15, 16, 17, 18, 19)
- F Extreme Risikobereitschaft (Item-Nr. 20)

II Veränderung von Aufmerksamkeit und Bewusstsein

A oder B erforderlich

- A Amnesie (Item-Nr. 21)
- B Dissoziative Episoden, Depersonalisation: 1 von 4 Items erforderlich (Item-Nr. 22, 23, 24, 25)

III Veränderung der Selbstwahrnehmung

2 der A-F Kriterien erforderlich

- A Ineffektivität: 1 von 2 Items erforderlich (Item-Nr. 26, 27)
- B Dauerhafte Beschädigung (Item-Nr. 28)
- C Schuld und Verantwortlichkeit (Item-Nr. 29)
- D Scham (Item-Nr. 30)
- E Entfremdung (Item-Nr. 31)
- F Minimalisierung (Item-Nr. 32)

IV Wahrnehmung des Täters*nicht diagnoserelevant*

- A Übernahme verzerrter Ansichten (Item-Nr. 33)
- B Idealisierung (Item-Nr. 34)
- C Rachephantasien (Item-Nr. 35)

V Veränderung in Beziehungen mit anderen

1 der A-C Kriterien erforderlich

- A Unfähigkeit zu vertrauen: 1 von 3 Items erforderlich (Item-Nr. 36, 37, 38)
- B Reviktimisierung (Item-Nr. 39)
- C Viktimisierung anderer (Item-Nr. 40)

VI Somatisierung

2 der A-E Kriterien erforderlich

- A gastrointestinal: 1 von 5 Items erforderlich (Item-Nr. 46, 47, 48, 49, 50)
- B chronische Schmerzen: 1 von 6 Items erforderlich (Item-Nr. 51, 52, 53, 54, 55, 56)
- C kardiopulmonal: 1 von 4 Items erforderlich (Item-Nr. 57, 58, 59, 60)
- D Konversion: 1 von 9 Items erforderlich (Item-Nr. 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69)
- E sexuell: 1 von 3 Items erforderlich (Item-Nr. 70, 71, 72)

VII Veränderungen des Wertsystems

A oder B erforderlich

- A Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit: 1 von 3 Items erforderlich (Item-Nr. 41, 42, 43)
B Verlust vorheriger Glaubensannahmen: 1 von 2 Items erforderlich (Item-Nr. 44, 45)

Skalen I: _____ II: _____ III: _____ V: _____ VI: _____ VII: _____ kPTBS: _____

7.3 Ergebnisse inklusive subsyndromaler kPTBS

7.3.1 Prävalenz, Traumakategorien und Alter

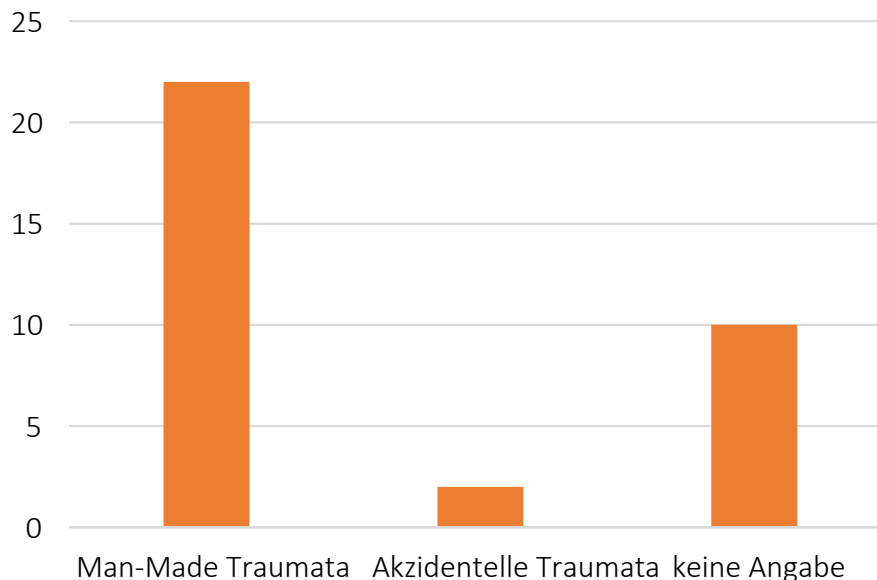
Anzahl der Personen mit subsyndromaler (kPTBS = 5) und komplexer PTBS (kPTBS = 6) in vorliegender Stichprobe: 35. Dies entspricht bei der vorliegenden Stichprobe 70.0%.

Anzahl der Personen mit komplexer PTBS (kPTBS = 6): 31 bzw. 62.0%.

Aufgeteilt nach Geschlecht:

- Frauen:
 - 12 Frauen mit subsyndromaler oder komplexer PTBS, d.h. 80% aller befragten Frauen
 - 11 Frauen mit komplexer PTBS, d.h. 73% aller befragten Frauen
- Männer:
 - 23 Männer mit subsyndromaler oder komplexer PTBS, d.h. 65% aller befragten Männer
 - 20 Männer mit komplexer PTBS, d.h. 57% aller befragten Männer

Absolute Häufigkeiten der Traumataarten bei positiv auf komplexe PTBS getesteten Probanden



Das Alter zur Zeit des am schlimmsten empfundenen Erlebnisses lag im Durchschnitt bei 22,33 Jahren (n=35, 7 fehlende Angaben n=27). 15 Probanden machten Altersangaben in der Spanne von 21-48 Jahren, 13 gaben ein Alter unter 21 an – 7 davon von unter zehn Jahren.

7.3.2 Untersuchungen zur therapeutischen Versorgungslage

Therapeutische Versorgung in der Vergangenheit bei Personen mit subsyndromaler und komplexer PTBS

Größe der untersuchten Teilstichprobe: **n = 35** (bei einer Person keine Angaben zur therapeutischen Unterstützung → n = 34)

Gruppe	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Keine therapeutische Unterstützung	16	47.1 %
Therapeutische Unterstützung vorhanden	18	52.9 %

Gegenwärtige therapeutische Versorgung

Größe der untersuchten Teilstichprobe: **n = 35**

Gruppe	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Keine aktuelle therapeutische Unterstützung	31	88.60 %
Aktuelle therapeutische Unterstützung vorhanden	4	11.40 %

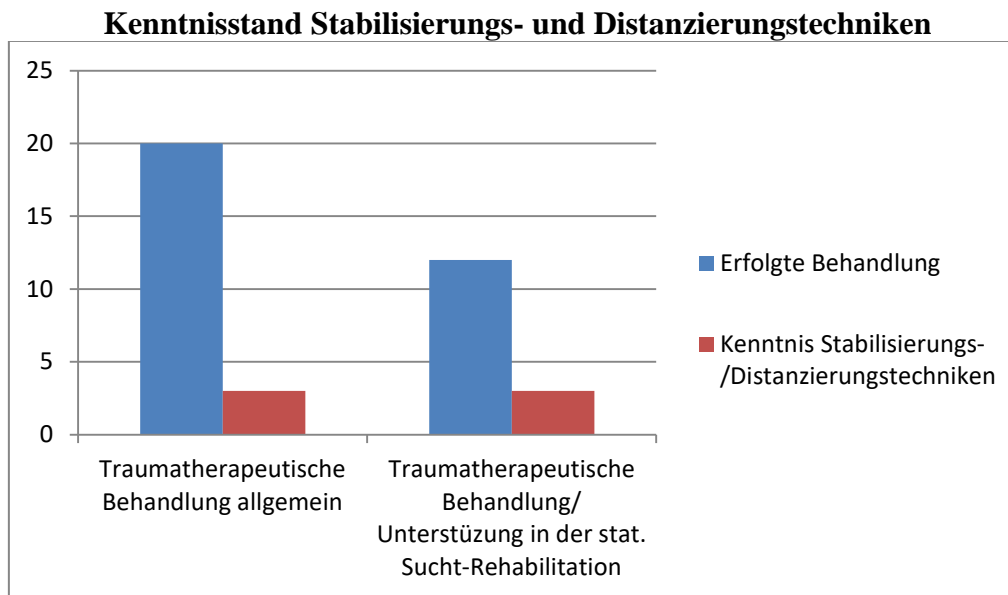
Einfluss des ABW auf die therapeutische Versorgungslage

Größe der untersuchten Teilstichprobe: **n = 35** (3 Personen ohne ABW-Angabe → n = 32)

Deskriptive Statistik:

- Dauer der ambulanten Betreuung: M = 25.75, SD = 17.51
- 17 Personen mit, 15 Personen ohne therapeutische Unterstützung

$r_{pb} = -0.06$, $p = .378$, einseitige Testung → d.h. ebenfalls Beibehaltung der Nullhypothese



In der Gruppe der Personen mit subsyndromaler oder komplexer PTBS ($n = 35$) gaben 20 Personen an aufgrund ihres traumatischen Erlebnisses Hilfe erhalten zu haben. Von diesen 20 gaben 17 an nichts von diesen Techniken gehört zu haben. 2 Probanden kannten die Techniken, aber sie hatten sie schon fast vergessen, da die Therapie sehr lange zurücklag. Nur eine Person gab an, diese Techniken tatsächlich anzuwenden.

In der Gruppe der Personen mit subsyndromaler oder komplexer PTBS ($n = 35$) gaben 12 Personen an aufgrund ihres traumatischen Erlebnisses Hilfe erhalten zu haben und zwar als Teil der stationären Sucht-Reha. Von diesen 12 gaben jedoch 9 an nichts von diesen Techniken gehört zu haben. 2 Probanden kannten die Techniken, aber sie hatten sie schon fast vergessen, da die Therapie sehr lange zurücklag. Nur eine Person gab an, diese Techniken tatsächlich anzuwenden.

Einfluss des ABW auf den Kenntnisstand von Stabilisierungs-/ Distanzierungstechniken

Größe der untersuchten Teilstichprobe: $n = 35$ (fehlende Werte bei Angaben zur BeWo-Dauer $\rightarrow n = 32$)

Deskriptive Statistik:

- Dauer der ambulanten Betreuung: $M = 25.75$, $SD = 17.51$
- 4 Personen kennen die Techniken, 28 Probanden nicht

$r_{pb} = .27$, $p = .069$, einseitige Testung

\rightarrow d.h. die Nullhypothese wird beibehalten

Es gab keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Dauer der niederschweligen ambulanten Betreuung und der Bekanntheit von Stabilisierungs- und Dis-

tanztechniken, $r_{pb} = .27$, $p = .069$, einseitige Testung. D.h. in der Gruppe der positiv auf subsyndromale oder komplexe PTBS getesteten Probanden ging eine längere niederschwellige, ambulante Betreuung nicht mit einem größeren Bekanntheitsgrad von Stabilisierungs- und Distanztechniken einher.

Vordiagnostik bei Personen mit subsyndromaler und komplexer PTBS

Größe der untersuchten Teilstichprobe: **n = 35**

Gruppe	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
diagnostizierte PTBS	7	20.0 %
keine diagnostizierte PTBS	28	80.0 %

$$\chi^2(1) = 12.60, p < .001$$

$$\text{Odds Ratio} = \frac{\text{Anzahl der Personen mit PTBS – Diagnose}}{\text{Anzahl der Personen ohne PTBS – Diagnose}} = 4.00$$

→ d.h. Ablehnung der Nullhypothese zu Gunsten der Alternativhypothese

Behandlungswissen und Therapiemotivation

Größe der untersuchten Teilstichprobe: **n = 35**

Gruppe	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Andere Gründe für Nichtbehandlung	8	22.90 %
Unwissenheit	25	71.40 %
Fehlender Wille	2	5.70 %

$$\chi^2 = 19.59, p < .001$$

$$\text{Odds Ratio} = \frac{\text{Anzahl der Unwissenden}}{\text{Anzahl der Personen, die nicht wollen}} = 12.5$$

→ d.h. Nullhypothese wird zu Gunsten der Alternativhypothese abgelehnt

In der Teilstichprobe der Personen mit subsyndromaler und komplexer PTBS (n = 35) geben 8 Personen an wegen anderer Gründe keine Therapie in Anspruch zu nehmen. 25 Personen stufen sich selbst bezüglich möglicher Therapien als unwissend ein, wohingegen 2 Probanden keine Hilfe in Anspruch nehmen wollen. Somit befinden sich in der Gruppe der positiv auf subsyndromale und komplexe PTBS Getesteten ca. 13mal mehr Personen die denken, ihnen könne niemand helfen, als Personen, die keine Hilfe annehmen wollen, $\chi^2(1) = 19.59$, $p < .001$, einseitige Testung.

7.3.3 Untersuchungen zu Einflussfaktoren

Konsumstatus

Größe der untersuchten Teilstichprobe: **n = 35**

Gruppe	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
(überwiegend) abstinent	15	42.90 %
Nicht abstinent	20	57.10 %

$$\chi^2 = 0.71, p = .199$$

$$\text{Odds Ratio} = \frac{\text{Anzahl der nicht abstinenten Personen}}{\text{Anzahl der (überwiegend)abstinenten Personen}} = 1.33$$

→ d.h. Nullhypothese wird beibehalten

In der Teilstichprobe der Personen mit subsyndromaler oder komplexer PTBS (n = 35) geben 15 Probanden an abstinent oder zumindest überwiegend abstinent zu sein. 20 Probanden sind nicht abstinent. Somit sind in der Gruppe der positiv auf subsyndromale oder komplexe PTBS Getesteten in etwa gleich viele Personen abstinent und nicht abstinent, $\chi^2(1) = 0.71, p = .199$, einseitige Testung, $OR = 1.33$.

Einfluss der Symptomschwere auf den Konsumstatus

Größe der untersuchten Teilstichprobe: **n = 35** (2 fehlende Werte → n = 33)

Deskriptive Statistiken:

- Mittlere Symptomschwere: $M = 163.47, SD = 33.81, RANGE = 121.00 - 267.00$

(zur Einordnung: maximal mögliche Symptomschwere: 353)

- Konsummuster: $Md = 3.00$
 - 5 Personen geben an abstinent, 10 überwiegend abstinent, 18 reduziert konsumierend, 1 überwiegend nicht abstinent und 1 konsumierend zu sein

$$r_s = 0.12, p = .261, \text{ einseitige Testung}$$

→ d.h. die Nullhypothese wird beibehalten

Es gab keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Symptomschwere und dem Konsummuster, $r_s = 0.12, p = .261$, einseitige Testung. D.h. die Datenlage rechtfertigt nicht die Annahme, dass in der Gruppe der positiv auf subsyndromale

oder komplexe PTBS getesteten Probanden eine höhere traumasymptomatische Belastung mit einem höheren Konsummuster einhergeht.

Einfluss des ABW auf die Symptomschwere

Größe der untersuchten Teilstichprobe: $n = 35$ (5 fehlende Werte $\rightarrow n = 30$)

Deskriptive Statistiken:

- Mittlere Symptomschwere: $M = 163.47$, $SD = 33.81$, RANGE = 121.00 - 267.00

(zur Einordnung: maximal mögliche Symptomschwere: 353)

- Mittlere Wohndauer: $M = 25.75$, $SD = 17.51$

$r = 0.27$, $p = .075$, einseitige Testung

\rightarrow d.h. die Nullhypothese wird beibehalten

Es gab keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Symptomschwere und der Dauer des ambulanten, niederschweligen Wohnens, $r = 0.27$, $p = .075$, einseitige Testung. D.h. die Datenlage rechtfertigt nicht die Annahme, dass die Symptomschwere in der Gruppe der positiv auf subsyndromale oder komplexe PTBS getesteten Probanden abnimmt, je länger sich die Probanden im ABW befinden.

Einfluss erfolgter Therapie auf die Symptomschwere

Größe der untersuchten Teilstichprobe: $n = 35$ (2 fehlende Werte $\rightarrow n = 33$)

Deskriptive Statistiken:

	Traumatherapeutisch nicht versorgt	Traumatherapeutisch ver- sorgt
Gruppengröße n	15	18
Mittelwert der Symptomschwere	148.50	175.94
SD der Symptomschwere	23.44	36.57

$t(31) = -2.51$, $p = .009$, $d = 0.88$

\rightarrow d.h. Beibehaltung der Nullhypothese!

Entgegen der in Hypothese 12 getroffenen Annahme, wiesen in der Gruppe der positiv auf subsyndromale oder komplexe PTBS Getesteten Probanden, die bereits therapeutisch versorgt wurden/werden ($M = 175.94$, $SD = 36.57$) eine höhere Symptombelastung auf als Personen, die nicht therapeutisch versorgt wurden/werden ($M = 148.50$, $SD = 23.44$), $t(31) = -2.51$, $p = .009$. Dieser Unterschied stellte einen großen Effekt dar, $d = 0.88$.

Einfluss der Symptomschwere auf konsumierte Suchtstoffe

Größe der untersuchten Teilstichprobe: $n = 35$ (2 fehlende Werte $\rightarrow n = 33$)

Deskriptive Statistiken:

- Mittlere Symptomschwere in untersuchter Teilstichprobe siehe Hypothese 10 und 11
- Anzahl der Drogen:
 - 8 Probanden geben an nur eine Droge zu konsumieren
 - 8 Probanden konsumieren 2 Drogen
 - 8 Probanden konsumieren 3 Drogen und
 - 9 Probanden konsumieren 4 oder mehr (bis zu 8) Drogen

$r = .16$, $p = .192$, einseitige Testung

In der Gruppe der positiv auf subsyndromale oder komplexe PTBS Getesteten bestand kein Zusammenhang zwischen der Stärke der Symptome und des Ausmaßes des polyvalenten Konsums, $r = .16$, $p = .192$, einseitige Testung. D.h. anhand der Daten dieser Studie kann man nicht schlussfolgern, dass eine höhere Symptomstärke mit dem Gebrauch einer steigenden Anzahl an Suchtstoffen einhergeht.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst habe. Alle den benutzten Quellen wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen sind als solche einzeln kenntlich gemacht.

Diese Arbeit ist bislang keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht worden.

Ort, Datum, Unterschrift