

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
am Klinikum rechts der Isar
(Leitung: Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen)

Überschneidung des Symptomenspektrums und differentialdiagnostische Abgrenzung der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung von der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Melanie E. Sauer

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

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. E. J. Rummeny

Prüfer der Dissertation:

1. apl. Prof. Dr. M. Sack
2. Univ.-Prof. Dr. P. Henningsen

Die Dissertation wurde am 27.06.2013 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 04.06.2014 angenommen.

Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychiatric Association
BDI	Beck-Depressions-Inventar
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
CRH	Corticotropin-releasing Hormon
DDNOS	Dissociative Disorder Not Otherwise Specified Dissoziative Störung, nicht näher bezeichnet
DESNOS	Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified
DIS	Dissoziative Identitätsstörung
DSM	Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders
FDS	Fragebogen zur Dissoziativen Symptomatik
(f)MRT	(funktionelle) Magnetresonanztomographie
GAF	Global Assessment Functioning
HHN-Achse/-System	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse/-System
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. Auflage
IES-R	Impact of Event Scale – Revised
I-kPTBS	Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung
IPDE	International Personality Disorder Examination
kPTBS	komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
SIDES	Structured Interview for Disorders of Extreme Stress
SOMS	Screening zu somatoformen Symptomen
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
TAQ	Traumatic Antecedents Questionnaire
WHO	World Health Organization
zit. nach	zitiert nach

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
1.1	Borderline-Persönlichkeitsstörung	8
1.1.1	Geschichte des Störungsbegriffs	8
1.1.2	Symptomkriterien.....	10
1.1.3	Klinisches Bild	11
1.1.4	Diagnostik.....	14
1.1.5	Epidemiologie	14
1.1.6	Verlauf und Prognose	15
1.1.7	Komorbidität	16
1.1.8	Ätiopathogenese.....	17
1.1.8.1	Genetische Faktoren.....	17
1.1.8.2	Neurobiologie	17
1.1.8.3	Traumatisierung.....	19
1.2	Posttraumatische Belastungsstörung	22
1.2.1	Geschichte des Störungsbegriffs	22
1.2.2	Symptomkriterien.....	25
1.2.3	Traumadefinition.....	27
1.2.4	Symptomatik.....	28
1.2.5	Diagnostik.....	29
1.2.6	Epidemiologie	29
1.2.7	Verlauf und Prognose	30
1.2.8	Komorbidität	30
1.2.9	Ätiopathogenese.....	31
1.2.9.1	Risikofaktoren	31
1.2.9.2	Genetik.....	32
1.2.9.3	Neurobiologie	32
1.3	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung	36
1.3.1	Entwicklung des Störungsbegriffs	36
1.3.2	Störungsbereiche	38
1.3.3	Klinisches Bild	39
1.3.4	Überschneidung mit der PTBS	41

1.4	Überschneidung von komplexer PTBS und BPS	42
1.4.1	Vergleich der Symptomkriterien	42
1.4.2	Empirische Datenlage zur Überschneidung	45
2	Material und Methoden.....	46
2.1	Fragestellung und Untersuchungshypothesen	46
2.2	Datenerhebung und Datenschutz.....	47
2.3	Erhebungsinstrumente	48
2.3.1	Strukturiertes Klinisches Interview zu DSM-IV, Modul PTSD (SKID-PTSD)	48
2.3.2	International Personality Disorder Examination (IPDE) – Borderline-Modul	48
2.3.3	Interview zur Diagnostik der komplexen PTBS (I-kPTBS)	49
2.3.4	Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS).....	49
2.3.5	Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ)	49
2.3.6	Screening zu somatoformen Symptomen (SOMS)	50
2.3.7	Fragebogen zur Dissoziativen Symptomatik (FDS).....	50
2.3.8	Impact of Event Scale – Revised (IES-R)	50
2.3.9	State-Trait Anxiety Inventory (STAI)	51
2.3.10	Beck-Depressions-Inventar (BDI)	51
2.3.11	Weitere Diagnostikinstrumente	51
2.4	Stichprobenbeschreibung.....	52
2.5	Statistische Auswertung	54
3	Ergebnisse.....	55
3.1	Prävalenz und Überschneidungsraten von BPS und kPTBS	55
3.1.1	Prävalenz der Einschlussdiagnosen	55
3.1.2	Diagnoseüberschneidungen	57
3.1.3	Beurteilung bezüglich Untersuchungshypothese 1	59
3.2	Vergleich der Patienten hinsichtlich der einzelnen Symptomkriterien	60
3.2.1	Gruppenvergleich hinsichtlich der Symptomkriterien der BPS	61
3.2.1.1	Vergleich von Patienten mit kPTBS oder BPS	61
3.2.1.2	Vergleich von Patienten mit BPS mit und ohne kPTBS	62
3.2.1.3	Vergleich von Patienten mit kPTBS mit und ohne BPS	63
3.2.2	Gruppenvergleich hinsichtlich der Störungsbereiche der kPTBS	64
3.2.2.1	Vergleich von Patienten mit kPTBS oder BPS	64

3.2.2.2	Vergleich von Patienten mit BPS mit und ohne kPTBS	65
3.2.2.3	Vergleich von Patienten mit kPTBS mit und ohne BPS	66
3.2.3	Zusammenfassung und Beurteilung bezüglich Untersuchungshypothese 2.....	67
3.3	Vergleich der Patienten hinsichtlich der Anzahl der erfüllten Symptomkriterien, Kindheitstraumatisierungen und komorbider Symptomatik	68
3.3.1	Gruppenvergleich hinsichtlich der Anzahl der erfüllten Symptomkriterien	68
3.3.1.1	Vergleich hinsichtlich der Anzahl positiver Symptomkriterien der BPS.....	68
3.3.1.2	Vergleich hinsichtlich der Anzahl positiver Items des I-kPTBS	69
3.3.1.3	Beurteilung bezüglich Untersuchungshypothese 3a.....	69
3.3.2	Gesamtprävalenz traumatischer Erfahrungen sowie Gruppenvergleich hinsichtlich Kindheitstraumatisierungen	70
3.3.2.1	Vergleich von Patienten mit kPTBS oder BPS	71
3.3.2.2	Vergleich von Patienten mit BPS mit und ohne kPTBS	73
3.3.2.3	Vergleich von Patienten mit kPTBS mit und ohne BPS	75
3.3.2.4	Vergleich an Hand der Gesamtvariable	76
3.3.2.5	Beurteilung bezüglich Untersuchungshypothese 3b.....	80
3.3.3	Gruppenvergleich hinsichtlich komorbider Erkrankungen	81
3.3.3.1	Vergleich von Patienten mit kPTBS oder BPS	82
3.3.3.2	Vergleich von Patienten mit BPS mit und ohne kPTBS	84
3.3.3.3	Vergleich von Patienten mit kPTBS mit und ohne BPS	85
3.3.3.4	Beurteilung bezüglich Untersuchungshypothese 3c.....	86
3.3.4	Gruppenvergleich hinsichtlich der komorbiden Symptombelastung	87
3.3.4.1	Vergleich hinsichtlich spezifischer posttraumatischer Symptome.....	87
3.3.4.2	Vergleich hinsichtlich somatoformer Beschwerden	88
3.3.4.3	Vergleich hinsichtlich Ängstlichkeit.....	89
3.3.4.4	Vergleich hinsichtlich depressiver Symptome	90
3.3.4.5	Vergleich hinsichtlich dissoziativer Symptome	91
3.3.4.6	Beurteilung bezüglich Untersuchungshypothese 3d.....	92
4	Diskussion.....	93
4.1	Diskussion der Methodik	93
4.2	Diskussion der Ergebnisse	94
4.2.1	Prävalenz und Überschneidungsraten der BPS und der komplexen PTBS.....	94

4.2.2	Vergleich der Patienten hinsichtlich der einzelnen Symptomkriterien.....	97
4.2.3	Vergleich der Patienten hinsichtlich der Anzahl der Symptomkriterien, Kindheitstraumatisierungen, komorbider Erkrankungen und Symptome	102
4.2.3.1	Anzahl der Symptomkriterien	102
4.2.3.2	Kindheitstraumatisierungen.....	104
4.2.3.3	Komorbide Erkrankungen	108
4.2.3.4	Komorbide Symptombelastung	111
4.3	Schlussfolgerung und Ausblick.....	112
5	Zusammenfassung.....	118
6	Literaturverzeichnis	120
7	Anhang	142
8	Danksagung.....	148

1 Einleitung

Seit die Arbeitsgruppe um die amerikanische Traumaforscherin Judith Herman (1992) Anfang der 90er Jahre den Begriff „komplexe Posttraumatische Belastungsstörung“ für die typischen Folgen chronischer Traumatisierung zur Aufnahme in die vierte Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) der American Psychiatric Association (APA) vorschlug, wird dieses diagnostische Konstrukt kontrovers diskutiert. Auch kurz vor Veröffentlichung des DSM-5 ist diese Diskussion noch nicht abgeschlossen (Lindauer 2012; Resick et al. 2012). Häufig kritisiert wird die starke Überschneidung des Konstrukts mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Lewis und Grenyer 2009). Daneben wurde angesichts der gefundenen hohen Prävalenz von Kindheitstraumatisierungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung die Frage aufgeworfen, ob es sich bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung nicht eigentlich um eine chronifizierte Posttraumatische Belastungsstörung handeln würde (Reddemann und Sachsse 2000). Gleichzeitig besteht eine hohe Komorbidität mit der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) des DSM-IV (Pagura et al. 2010; Yen et al. 2002; Zanarini et al. 1998a). So sind nicht nur die Folgen schwerer Beziehungstraumatisierungen „komplex“, sondern auch die Beziehung der einzelnen Krankheitsbilder untereinander.

Vor dem Hintergrund einer unzureichenden Datenlage war das Ziel der dieser Arbeit zu Grunde liegenden Multicenterstudie an 274 Patienten, die Überschneidung des Symptomenspektrums der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung sowie die differentialdiagnostische Abgrenzung der beiden Störungsbilder erstmals genauer zu untersuchen.

Zunächst soll jedoch in die theoretischen Hintergründe der untersuchten Störungsbilder eingeführt werden. Es erfolgt zuerst eine Darstellung der Borderline-Persönlichkeitsstörung und nach den Erläuterungen zur einfachen Posttraumatischen Belastungsstörung wird das diagnostische Konstrukt der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung vorgestellt. Anschließend erfolgt eine Gegenüberstellung der beiden Krankheitsbilder, bevor zur Fragestellung und Methodik der Studie übergeleitet werden soll.

1.1 Borderline-Persönlichkeitsstörung

1.1.1 Geschichte des Störungsbegriffs

Erst in den letzten beiden Jahrzehnten haben die gründliche Erforschung des Krankheitsbildes und die Entwicklung störungsspezifischer Therapieformen für die Borderline-Persönlichkeitsstörung deutlich zugenommen, der Ursprung des Begriffs reicht jedoch weit in die Psychiatriegeschichte zurück: Der englische Psychiater C. H. Hughes erwähnte 1884 zum ersten Mal die Bezeichnung „borderland“, die somit älter ist als der Begriff der „Schizophrenie“, der erst 1907 von Bleuler eingeführt wurde (Dulz und Schneider 2000). In den Schriften von Freud (1895), Kraepelin (1915) und Bleuler (1916) finden sich zahlreiche exakte Beschreibungen von Patienten, die heute eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert bekommen hätten, deren psychischer Symptomenkomplex zur damaligen Zeit jedoch – je nach Strömung – der „Psychopathie“ oder der „Hysterie“ zugeordnet wurde. 1938 beschrieb der Psychoanalytiker Adolph Stern zum ersten Mal ausführlich die Symptomatik, Psychodynamik und Therapie der Borderline-Störung, die er im Grenzbereich zwischen Neurose und Psychose im damals üblichen Klassifikationssystem vermutete (Dulz und Schneider 2000).

Es folgte eine Kontroverse darüber, ob die betroffenen Patienten nun der Disziplin der traditionellen Psychiatrie oder der Psychoanalyse zuzuordnen seien, also ob es sich bei diesem Krankheitsbild um eine „pseudoneurotische Form der Schizophrenie“ (Hoch und Polatin 1949) oder um eine „pseudoschizophrene Neurose“ (Alexander und Moore 1958; Hoch und Cattell 1959) handeln würde (Kind 2000).

1967 veröffentlichte Kernberg seinen wegweisenden Beitrag, in dem er das Konzept der „Borderlinepersönlichkeitsorganisation“ auf der Basis eines entwicklungspsychologischen Modells vorstellte. Dabei nannte er Identitätsstörungen und primitive Abwehrmechanismen wie Spaltung, Projektion und Verleugnung sowie passageren Verlust der Realitätsprüfung als zentrale Merkmale. Doch auch in der Folge setzte sich die oben genannte Diskussion fort: Während Kernberg und die Arbeitsgruppe um Gunderson (Gunderson und Singer 1975; Kolb und Gunderson 1980) von der Borderline-Störung als schwerer Persönlichkeitsstörung ausgingen, ordneten Kety et al. (1971) die Borderline-Störung als „Borderline-Schizophrenie“ den schizophrenen Störungen zu. Die Überlegungen von Kety und Rosenthal fanden letztendlich als „schizotypische Persönlichkeitsstörung“ Niederschlag im DSM-III (APA 1980), welche dort eine eindeutige Abgrenzung zur Borderline-Persönlichkeitsstörung erfuhr (Leichsenring 2000).

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung wurde 1980 zum ersten Mal im Rahmen des DSM-III (APA 1980) in das DSM aufgenommen. Grundlage für die Aufnahme war die Übersichtsarbeit von Gunderson und Singer (1975), welche die Phänomenologie des Störungsbildes beschrieben und in fünf Dimensionen unterteilten: Dysphorische Affekte, impulsive Handlungen, Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen, psychoseähnliche Kognitionen und Anpassungsstörungen im sozialen Bereich. Um zuverlässig die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung stellen zu können und gegenüber anderen Krankheitsbildern abzugrenzen, ermittelten Gunderson und Kolb (1978) durch Faktorenanalyse sieben diagnostische Kriterien, die 1979 von Spitzer et al. um Kernbergs Kriterium der „instabilen Identität“ ergänzt wurden. Von diesen acht Merkmalen mussten nach DSM-III fünf Merkmale erfüllt sein (Bohus 2002).

Im DSM-IV (APA 1994) wurde der Kriterienkatalog nur leicht umgruppiert und noch um ein neuntes Kriterium „vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome“ ergänzt. Im ICD-10 (Dilling et al. 2011) wird die Borderline-Persönlichkeitsstörung zusammen mit dem „impulsiven Typus“ der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung untergeordnet. Die Diagnose erfolgt ebenfalls an Hand deskriptiver Merkmale ähnlich dem DSM.

Von psychodynamischer Seite wird die Diagnosestellung auf Grund rein deskriptiver Merkmalsbeschreibungen mangels Berücksichtigung diagnostischer Kriterien wie typischer Abwehrmechanismen und Beziehungsmuster als „unbefriedigend“ und „unpräzise“ kritisiert (Dulz und Schneider 2000).

1.1.2 Symptomkriterien

Nachfolgend sind die Symptomkriterien des DSM-IV und des ICD-10 aufgelistet:

DSM-IV: 301.83 (Saß et al. 2003)

Ein tief greifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität. Der Beginn liegt im frühen Erwachsenenalter und manifestiert sich in den in den verschiedenen Lebensbereichen. Mindestens fünf der folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Verzweifertes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. **Beachte:** Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (z. B. Geldausgeben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, „Fressanfälle“). **Beachte:** Hier werden keine suizidalen oder selbstverletzenden Handlungen berücksichtigt, die in Kriterium 5 enthalten sind.
5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
7. Chronische Gefühle von Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut oder Ärger zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.

Im ICD-10 wird die „Emotional instabile Persönlichkeitsstörung“ in einen „impulsiven Typ“ (F 60.30) und einen „Borderline Typ“ (F 60.31) unterteilt. Der „Borderline Typ“ ist weiter gefasst und schließt den „impulsiven Typ“ mit ein, d. h. für den Borderline-Typus müssen zusätzliche Kriterien erfüllt sein (Dilling et al. 2011).

ICD 10: F 60.31 – emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typ

Mindestens drei der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen:

1. deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln
2. deutliche Tendenz zu Streitereien und Konflikte mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden oder getadelt werden
3. Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens
4. Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden
5. unbeständige und unberechenbare Stimmung

Zusätzlich müssen mindestens zwei der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen vorliegen:

1. Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschließlich sexueller)
2. Neigung sich auf intensive, aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen
3. übertriebene Bemühungen, das Verlassenwerden zu vermeiden
4. wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung
5. anhaltende Gefühle von Leere

1.1.3 Klinisches Bild

Bohus (2002) unterteilt die vielgestaltige klinische Symptomatik der Borderline-Patienten in die Problembereiche Affektregulation, Selbstbild, psychosoziale Integration, kognitive Funktionsfähigkeit und Verhaltensebene.

Die **Störung der Affektregulation** wird in der gegenwärtigen Forschung als das zentrale Merkmal der Borderline-Persönlichkeitsstörung angesehen (Bohus et al. 2004; Rosenthal et al. 2008). So lösen bereits kleine innere und äußere Auslöser bei den betroffenen Patienten heftige negative Gefühle wie Wut, Angst, Scham und Schuldgefühle aus. Neben der niedrigeren Reizschwelle und dem erhöhten Erregungsniveau besteht eine verzögerte Rückbildung auf das Ausgangsniveau (Linehan 1993). Gleichzeitig können unter diesem starken Stress die Emotionen nicht mehr richtig differenziert werden. Ihre Wahrnehmung erfolgt als „Gefühlschaos“ oder diffuser Spannungszustand, in dem logisches Denken und Handeln beeinträchtigt sind (Herpertz et al. 2011). Diese Anspannungszustände erleben die Patienten oft mehrfach täglich (Bohus 2002).

Ungefähr 60 % der Patienten entwickeln aus einem solchen Spannungszustand heraus dissoziative Zustände, in denen die Selbst- und Realitätswahrnehmung sowie die sensorische Reizverarbeitung gestört ist, was die Patienten als Fremdheitsgefühl und Verlust der Kontrolle über die Realität erleben (Bohus 2002; Bohus und Lieb 2012). Stiglmayr et al. (2001) fanden zwischen dieser dissoziativen Symptomatik und den „aversiven Anspannungsphänomenen“ einen hochsignifikanten Zusammenhang. Häufig erfahren die Patientin in diesem Rahmen auch frühere Gefühlszustände durch szenisches Wiedererleben in Form von Flashbacks, die teilweise über Stunden und Tage anhalten können (Bohus und Lieb 2012).

Neben den emotional intensiven Episoden beschreiben die Patienten plötzlich einsetzende Zustände der emotionalen „Taubheit“ mit dem Gefühl „gar nichts mehr zu spüren“ oder „innerlich wie tot zu sein“, was in den Diagnosekriterien als „Chronische Gefühle von Leere“ seinen Niederschlag findet und von den Betroffenen meist ebenso als quälend und unangenehm erlebt wird (Bohus 2002; Herpertz et al. 2011).

Auch das **Selbstbild** der Patienten ist stark beeinträchtigt: Oft sind sich die Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sehr unsicher bezüglich ihrer eigenen Identität und geben an, nicht zu wissen „wer sie wirklich seien“ (Bohus 2002). Sie leiden unter einem geringen Selbstwertgefühl, das sich häufig auch in verachtenden Aussagen wie „ich bin der letzte Dreck“, „ich bin blöd“, „ich bin nichts wert“, zeigt (Bohus 2009). Die Patienten haben auch in der überwiegenden Anzahl Schwierigkeiten, ihren Körper anzunehmen und empfinden stattdessen häufig Ekel und Schamgefühle. Diese Störung der Körperakzeptanz und der Körperwahrnehmung konnte in einer Untersuchung von Haaf et al. (2001) wissenschaftlich untermauert werden. Interessanterweise fand sich keine positive Korrelation zwischen negativem Körperkonzept und sexuellem Missbrauch.

Mit dem gestörten Selbstbild in engem Zusammenhang steht der Problembereich der **sozialen Integration** und der interpersonellen Beziehungen. Viele Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung beschreiben ein, seit Kindheit bestehendes, grundlegendes Gefühl des „Andersseins“ und, sich auf der Welt und unter den Mitmenschen „isoliert“, „einsam“ und „abgeschnitten“ zu fühlen (Bohus 2002). So haben die Patienten auch große Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung, insbesondere bei der Regulation von Nähe und Distanz. Sie haben auf der einen Seite ein starkes Bedürfnis nach Nähe und Geborgenheit und den Wunsch Bezugspersonen dauerhaft an sich zu binden. Dabei neigen sie zu anklammerndem Verhalten, insbesondere, wenn ein Verlassenwerden durch diese Person

droht (Bohus 2002). Die Psychoanalyse beschreibt diese Angst vor dem Verlassenwerden aufbauend auf der Objektbeziehungstheorie als fehlenden Aufbau eines „sicher verfügbaren inneren Objekts“ (Rohde-Dachser 2010). Gleichzeitig fürchten die Betroffene, dass Menschen ihnen zu nahe kommen könnten, da dies Gefühle von Angst, Schuld und Scham auslösen vermag, was sicher auch vor dem Hintergrund der hohen Prävalenz von Beziehungstraumatisierungen (sexueller Missbrauch, Vernachlässigung etc.) im Kindes- und Jugendalter im näheren familiären Umfeld zu verstehen ist. In der Folge entsteht ein Muster schwieriger zwischenmenschlicher Beziehungen, die von Beziehungsabbrüchen und Wiederannäherung geprägt sind. Impulsivität sowie rascher Wechsel zwischen Idealisierung und Entwertung erschweren zusätzlich den stabilen Aufbau von Beziehungen (Herpertz et al. 2011).

Im **kognitiven Bereich** leiden die Patienten oft an typischen Verzerrungen, wie z. B. dem dichotomen Denken, das die Grundlage für das typische „Schwarz-Weiß-Denken“ ist. Dinge, Personen oder Situationen werden nicht auf einem Kontinuum eingeordnet, sondern in sich ausschließende Kategorien wie „gut“ oder „böse“ eingeteilt (Herpertz et al. 2011). Im psychoanalytischen Denkmodell beschreibt der Abwehrmechanismus der Spaltung eine ähnliche Phänomenologie (Dulz und Schneider 2000).

Die Datenlage hinsichtlich neuropsychologischer Befunde wird als sehr heterogen beschrieben. Es konnten allenfalls „geringgradige und unspezifische Einschränkungen“ der kognitiven Leistungsfähigkeit beobachtet werden (Beblo und Mensebach 2010). In Hinblick auf psychotherapeutische Interventionen ist jedoch eine Untersuchung von Ebner-Priemer (2008) von Interesse, die zeigen konnte, dass Borderline-Patienten unter starker Anspannung bzw. Dissoziation kaum neue Lernvorgänge vollziehen können.

Auch dem kognitiven Problembereich zuzuordnen sind die psychotischen Symptome. Diese treten bei den Patienten meist als „Pseudohalluzinationen“ auf, d. h. als ichdyston erlebte Sinnestäuschungen: die Betroffenen hören z. B. die Stimme von nahen Bezugspersonen, wissen jedoch, dass sie halluzinieren (Bohus 2002). In einer Untersuchung von Zanarini et al. gaben jedoch 14 % der untersuchten Borderline-Patienten an, bereits unter einer länger bestehenden ichsyntonen produktiven halluzinatorischen Symptomatik, also „echten Halluzinationen“ gelitten zu haben (Zanarini et al. 1990).

Die Selbstverletzungen und anderen selbstschädigenden **Verhaltensweisen** stehen im engen Zusammenhang mit der Störung der Affektregulation und können als

Bewältigungsversuch derselben gesehen werden (Bohus 2002; Herpertz et al. 2011). Dieses Verhalten tritt bei 80 % der Patienten auf (Bohus und Lieb 2012). Nachdem die Patienten sich z. B. durch Schneiden, Brennen, Kopf-gegen-die-Wand-Schlagen selbst verletzt haben, kommt es zu einem Nachlassen des starken Spannungszustandes – die Patienten „spüren sich wieder“ und fühlen sich kurzzeitig entspannt (Herpertz et al. 2011). Im Sinne der Lerntheorie wird durch das Nachlassen des Spannungszustandes dieses Verhalten verstärkt und somit aufrechterhalten (Bohus und Lieb 2012; Kleindienst et al. 2008). Während der Selbstverletzung empfinden ca. 80 % der Patienten keinen Schmerz. Bei ca. 20 % der Patienten kommt es durch die Selbstbeschädigung zu einer euphorisierenden Wirkung, die dadurch Suchtcharakter annehmen kann (Bohus 2002). Auch andere impulsive Verhaltensweisen wie bulimisches Essverhalten, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Risiko-Verhalten, sexuelle Promiskuität und aggressive Durchbrüche tragen zur kurzfristigen Stabilisierung des Affektes bei, ohne dass die Betroffenen die Folgen des Verhaltens berücksichtigen können.

1.1.4 Diagnostik

Als Mittel der Wahl in der Diagnostik der Borderline-Persönlichkeitsstörung gilt derzeit das „International Personality Disorder Examination“ (IPDE; Loranger 1994), welches die Kriterien des DSM-IV und des ICD-10 integriert und auch in vorliegender Untersuchung verwendet wurde. Alternativ kann das „SKID II Structured Interview for DSM-IV Personality“ (SIDP; Pfohl et al. 1997) oder das „Diagnostic Interview for DSM-IV Personality“ (DIPD; Zanarini et al. 1987; Zanarini et al. 2002a) herangezogen werden. Mittlerweile existieren auch Instrumente zur Einschätzung des Schweregrads der Symptomatik, wie z. B. eine von Zanarini (2003b) entwickelte Fremdrating-Skala (ZAN-BPD), der „Borderline Personality Disorder Severity Index“ (BPDSI) von Arntz (2003) sowie die „Borderline-Symptom-Liste“ (BSL) von Bohus (2001; 2007) ein Selbstrating-Instrument bestehend aus 90 Items, für das seit 2008 auch eine Kurzfassung vorliegt (Bohus et al. 2009).

1.1.5 Epidemiologie

Im internationalen Querschnitt sind ca. 1 - 2 % der Bevölkerung von einer Borderline-Persönlichkeitsstörung betroffen (Lieb et al. 2004b). Männer und Frauen sind ungefähr gleich häufig erkrankt, wobei Frauen öfter therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen, was vermutlich Grundlage für den klinischen Eindruck ist, dass Frauen sehr viel häufiger an der Störung leiden würden (Bohus und Kröger 2011; Bohus und Lieb 2012). Insgesamt ist das Inanspruchnahmeverhalten von psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen hoch, was diese vor konzeptuelle und finanzielle Herausforderungen stellt. Nach einer

Arbeit von Bohus (2007) über die Versorgungssituation von Borderline-Patienten in Deutschland würden ca. 4 Milliarden Euro, was ca. 20 % der Gesamtkosten für die stationäre Behandlung von psychisch Kranken entspräche, für die Behandlung von Borderline-Patienten ausgegeben. Bohus begründet diese hohen Kosten durch insuffiziente, da nicht störungsspezifische stationäre Behandlungen. Gleichzeitig schlägt sich das Leiden der Patienten auch abseits der medizinischen Einrichtungen nieder, wie z. B. durch im Vergleich zur Normalbevölkerung häufiger auftretende Erfahrungen von aktueller körperlicher und sexueller Gewalt, finanzielle Schwierigkeiten, Konflikt- und Gewaltsituationen am Arbeitsplatz, Obdachlosigkeit und Kontakte zum Jugendamt (Bohus und Lieb 2012).

1.1.6 Verlauf und Prognose

Jerschke et al. (1998) beschreiben eine zweigipflige Verteilung der Erstmanifestation der Erkrankung: Oft zeigen sich die ersten Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung bereits in der Adoleszenz und es kommt zu krisenhaften Phasen mit starken Einbrüchen des Selbstwertgefühls, Selbstverletzungen, Suizidversuchen, Essstörungen und Wutausbrüchen, die eine stationäre Behandlung zur Folge haben. Laut einer retrospektiven Studie der Arbeitsgruppe um Bohus geben 30 % der Patientinnen, bei denen im späteren Lebensalter eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden ist, an, sich bereits im Jugendalter selbst verletzt zu haben (Bohus und Kröger 2011). Bei einer zweiten großen Gruppe beträgt das durchschnittliche Alter bei Erstdiagnose bzw. bei der ersten stationären Einweisung 24 Jahre (Bohus 2009; Jerschke et al. 1998).

Meist erreicht das dysfunktionale Verhalten einen Höhepunkt Mitte der dritten Lebensdekade und nimmt mit fortschreitendem Alter langsam wieder ab (Bohus und Kröger 2011; Winograd et al. 2008). So beschrieben mehrere Studien hohe Remissionsraten: In ihrer Langzeitverlaufsstudie zeigten Zanarini et al., dass zwei Jahre nach Diagnosestellung nur noch 65 % der untersuchten Patienten die DSM-IV-Kriterien erfüllten. Nach vier Jahren lag der Anteil bei 32 %, nach sechs Jahren bei 25 % und nach zehn Jahren bei 12 % (Zanarini 2003a; Zanarini et al. 2006; Zanarini et al. 2010). Auch in einer aktuelleren Studie von Gunderson et al. (2011) erfüllten nach 10 Jahren 85 % der Patienten nicht mehr die DSM-IV-Symptomkriterien, die Rückfallrate betrug 12 %. Die Verbesserung bezieht sich vor allem auf die dysfunktionalen Verhaltensmuster wie Selbstverletzungen und Suizidversuche. Der Symptomenkomplex der affektiven Instabilität scheint als stabilstes Merkmal weitgehend bestehen zu bleiben (Zanarini 2003a). Auch bezüglich des sozialen und beruflichen Funktionsniveaus beurteilt an Hand des GAF-Scores (Global Assessment Functioning Score) ergibt sich trotz Remission im Hinblick auf die Symptomkriterien bei vielen Patienten nur

wenig Veränderung (Gunderson et al. 2011; Zanarini et al. 2010). Zudem ist bei der Begeisterung für die hohen Remissionsraten nicht außer Acht zu lassen, dass immerhin 5 - 10 % der Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung durch Suizid sterben (Lieb et al. 2004b).

Von einer Chronifizierung sind insbesondere Patienten mit komorbiden Suchterkrankungen, insbesondere Alkohol- und Drogenmissbrauch, betroffen. Aber auch Patienten mit komorbider PTBS, depressiven Störungen oder Essstörungen haben ein erhöhtes Risiko für eine Chronifizierung (Bohus 2009).

1.1.7 Komorbidität

Oft ist die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erschwert, da die Patienten meist ein vielgestaltiges Bild von Symptomen aufweisen und häufig wegen scheinbar anderen Krankheitsbildern therapeutische Hilfe suchen. Zanarini untersuchte 1998 eine Stichprobe von 504 Borderline-Patienten im Hinblick auf Komorbiditäten der Achse I und II des DSM-III-R retrospektiv im Langzeitverlauf (Zanarini et al. 1998a, 1998b): Von diesen Patienten litten im Verlauf 96 % an einer depressiven Störung, 88,5 % an einer Angststörung (inklusive PTBS mit 56 %) und 53 % an einer Essstörung. 64 % der Patienten gaben einen Substanzmissbrauch an. Psychotische Erkrankungen wurden mit 1 % selten diagnostiziert. Die meisten Patienten erfüllten auch Diagnosekriterien anderer Persönlichkeitsstörungen. Am häufigsten wurden die „dependente Persönlichkeitsstörung“ (50 %), die „ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung“ (40 %) und die „paranoide Persönlichkeitsstörung“ (40 %) diagnostiziert. Bezüglich der komorbiden Erkrankungen ließ sich auch ein Geschlechterunterschied feststellen – so litten Frauen häufiger an Essstörungen, während Männer eher zum Substanzmissbrauch neigten. Auch bei den komorbiden Persönlichkeitsstörungen gab es abweichende Verteilungsmuster, z. B. hatten Männer signifikant häufiger eine komorbide paranoide Persönlichkeitsstörung. Ebenfalls relevant sind komorbide Störungen der Aufmerksamkeit und Hyperaktivität (ADHS), die in einer Untersuchung von Philipsen et al. (2008) rückblickend bei ca. der Hälfte der Patienten im Kindes- und Jugendalter zu finden waren und bei 30 % bis ins Erwachsenenalter fortbestanden.

Auf die Relevanz von Traumafolgestörungen als komorbide Erkrankung bzw. ätiologischer Faktor der Borderline-Persönlichkeitsstörung soll an anderer Stelle in dieser Arbeit eingegangen werden (S.17).

1.1.8 Ätiopathogenese

1.1.8.1 Genetische Faktoren

Bei der Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung wird eine starke genetische Beteiligung vermutet. Eine Zwillingsstudie von Torgersen et al. (2000) zeigte Konkordanzraten bei eineiigen Zwillingen von 55 % im Gegensatz zu 15 % bei zweieiigen Zwillingen und eine Analyse von Distel et al. (2009) schreibt genetischen Faktoren ca. 46 % der Varianz zu. Insbesondere bei der dissoziativen Symptomatik wird genetischen Faktoren eine große Rolle beigemessen (Bohus 2009).

Die impulsive Aggressivität, aber auch andere psychopathologische Veränderungen bei Borderline-Patienten werden mit Abweichungen im Serotoninsystem in Verbindung gebracht. Diskutiert wird auf genetischer Ebene insbesondere die Rolle eines Polymorphismus von 5-HTTLPR, einem Serotonin-Transportergen (Leichsenring et al. 2011). In Anbetracht der bestehenden komplexen Gen-Gen- sowie Gen-Umwelt-Interaktionen ließ sich bisher jedoch noch kein spezifischer Mechanismus klar als ursächlich für die Borderline-Persönlichkeitsstörung identifizieren (Leichsenring et al. 2011).

1.1.8.2 Neurobiologie

Das Verständnis der neurobiologischen Grundlagen der Borderline-Persönlichkeitsstörung hat im letzten Jahrzehnt deutlich zugenommen. Bisher standen vor allem die Störung der Affektregulation und der Impulskontrolle im Mittelpunkt der Forschung. Da jedoch in der überwiegenden Anzahl der Studien Borderline-Patienten mit gesunden Kontrollgruppen verglichen wurden, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Aussage darüber getroffen werden, wie spezifisch die Befunde für die Borderline-Persönlichkeitsstörung sind. Auch bezüglich der kausalen Verknüpfung von funktionellen, strukturellen und morphologischen Befunden gibt es noch keine klare Evidenz. (Herpertz 2011a).

In verschiedenen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Beeinträchtigung der zentralen Stressregulation auf hormoneller Ebene vorliegt. Im Mittelpunkt steht hier eine Überaktivität des Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Systems (HHN-Systems), das bei den Patienten zu einer erhöhten Glukokortikoidfreisetzung führt (Lieb et al. 2004a; Rinne et al. 2002). Daneben gilt eine Volumenminderung des Hippocampus und der Amygdala bei Borderline-Patienten als gesichert. So konnten z. B. Driessen et al. (2000) in strukturellen MRT-Untersuchungen eine Volumenreduktion des Hippocampus um 16 % gegenüber gesunden Personen nachweisen.

Die Volumenreduktion der Amygdala betrug 8 %. Nunes et al. (2009) beschrieben eine stärkere Volumenverminderung dieser Strukturen bei den Patienten, die in der Kindheit schwere Traumatisierungen erlitten hatten, unabhängig davon, ob komorbid eine diagnostizierte PTBS vorlag.

Aber auch auf funktioneller Ebene konnten Veränderungen nachgewiesen werden. So bestehen z. B. Hinweise auf eine Hypersensitivität der Amygdala von Borderline-Patienten gegenüber negativen Auslösereizen (Donegan et al. 2003; Herpertz et al. 2001). Auch im Bereich der vorderen Insel zeigte sich bei Betroffenen eine erhöhte Aktivität bei Konfrontation mit ungelösten aversiven Lebensereignissen (Driessen et al. 2009). Gleichzeitig scheint die Aktivierung des präfrontalen Cortex, insbesondere des orbitofrontalen Cortex, und des anterioren Cingulums herabgesetzt (Driessen et al. 2009). Dieser spielt jedoch eine wichtige Rolle bei der Kontrolle der emotionalen Antwort und deren Modulation in Abhängigkeit von der Situation (Herpertz 2011a). Eine von van Elst (2001) nachgewiesene Verminderung von N-Acetyl-Acetat im dorsolateralen präfrontalen Cortex, welches einen wichtigen Indikator für Störungen der zellulären Integrität darstellt, ist vereinbar mit dessen Schädigung.

Auf Transmitterebene gibt es Hinweise, dass sich die mangelnde limbische Modulation in einer Störung des glutamaterg-cholinergen Systems zeigt, was den Hintergrund für einen positiven Effekt einer medikamentösen Therapie mit Valproat, Topiramaten und Lamotrigin darstellen könnte, die in eben jenes System eingreifen. Eine Störung des Serotonin-Stoffwechsels im präfrontalen Cortex wird im Zusammenhang mit der Störung von Impulsivität und Aggressivität postuliert (Herpertz 2011a).

Neurobiologische Untersuchungen von Schmahl et al. (2006) konnten Hintergründe der während der Selbstverletzung auftretenden Hypalgesie aufdecken. Hier scheint die Deaktivierung von Amygdala und perigenuealem anteriorem Cingulum bei gleichzeitiger verstärkter Aktivierung des dorsolateralen präfrontalen Cortex, d. h. eine „reduzierte affektive Schmerzverarbeitung bei gleichzeitig erhöhter kognitiver Kontrolle“ eine entscheidende Rolle zu spielen (Herpertz 2011a). Interessant ist in diesem Zusammenhang eine weitere Untersuchung, die zeigen konnte, dass Patienten, bei denen gleichzeitig eine posttraumatische Belastungsstörung bestand, eine signifikant stärkere Deaktivierung der Amygdala aufwiesen als Borderline-Patienten ohne entsprechende Komorbidität (Kraus et al. 2009).

Zusammenfassend bilden also die Koinzidenz von erhöhter limbischer Aktivität und mangelnder Regulation durch den präfrontalen Cortex die Grundlage für das aktuelle Verständnis

der Störung der Affektregulation (Herpertz 2011a). Zwischen frühen Traumata, der Volumenreduktion limbischer Strukturen und der Affektregulationsstörung wird ein Zusammenhang vermutet, dessen Kausalität jedoch nicht klar benannt werden kann (Nunes et al. 2009). Diskutiert wird, dass eine, durch die frühe Erfahrung von unkontrollierbarem Stress (durch frühe Gewalterfahrung, Missbrauch, Vernachlässigung etc.) ausgelöste Störung des HHN-Systems über die damit verbundene, zu früh einsetzende oder chronisch erhöhte Kortisolproduktion zu der im MRT nachgewiesenen Volumenreduktion des Hippocampus führen könnte (Bohus 2009). Unterstützt wird diese These auch von einer aktuellen Untersuchung von Kuhlmann et al. (2013). Diese konnten bei Borderline-Patientinnen – neben der bekannten Volumenminderung des Hippocampus – erstmalig eine Vermehrung der grauen Substanz im Hypothalamus, welcher als zentrale Struktur des Stress-Regulations-Systems das zentrale Nervensystem mit dem endokrinen System verbindet, nachweisen. Das Hypothalamusvolumen korrelierte außerdem positiv mit traumatischen Ereignissen in der Lebensgeschichte (Kuhlmann et al. 2013).

1.1.8.3 Traumatisierung

Stern führte 1938 in seiner Arbeit über die Borderline-Gruppe der Neurosen zwar an, dass ein Großteil der Patienten „echte Grausamkeit, Vernachlässigung und Brutalität von ihren Eltern“ erfahren hatten (zit. nach van der Kolk 1999), doch wurde dem Vorkommen von Realtraumatisierungen bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in der wissenschaftlichen Gemeinschaft lange Zeit keine bedeutende Rolle zugeschrieben. Vielmehr lag die Aufmerksamkeit auf der gestörten innerfamiliären Kommunikation, Verlusten sowie inneren Konflikten. Kernberg stellte noch 1975 das Ausmaß von realen traumatischen Erfahrungen bei seinen Borderline-Patienten in Frage und vermutete in deren Berichten vielmehr den Ausdruck der gestörten inneren Objektbeziehungen (van der Kolk 1999). Auch Gunderson ließ in seinem Standardwerk über Borderline-Persönlichkeitsstörung im Jahr 1984 traumatische Kindheitserlebnisse als möglichen ätiologischen Faktor noch unerwähnt (van der Kolk 1999).

Die erste systematische Untersuchung auf Realtraumata bei Borderline-Patienten erfolgte 1989 durch Judith Herman, in der sie einen starken Zusammenhang zwischen traumatischen Kindheitsereignissen und der Borderline-Persönlichkeitsstörung demonstrieren konnte. Es folgte eine Vielzahl von Studien, die das häufige Vorkommen von multiplen, teilweise wiederholten und über einen langen Zeitraum anhaltende Traumatisierungen in Form von sexuellem Missbrauch, körperlicher Misshandlung und/oder emotionaler Vernachlässigung in der Kindheit von Borderline-Patienten bestätigten (Ogata et al. 1990; Paris et al. 1994a, 1994b;

Sachsse et al. 1997; Shearer et al. 1990; Zanarini et al. 1989; Zanarini et al. 1997; Zweig-Frank und Paris 1991). So fand sich bei bis zu 90 % der Betroffenen irgendeine Form von Traumatisierung oder Missbrauch in der Kindheit: Ca. 90 % berichteten über Vernachlässigung, ca. 75 % über emotionalen oder verbalen Missbrauch, ca. 60 % über sexuellen Missbrauch und ca. 60 % über körperliche Misshandlung (Zanarini et al. 1997).

In einer weiteren Untersuchung 2002 konnten Zanarini et al. außerdem zeigen, dass die Schwere des sexuellen Missbrauchs und der emotionalen Vernachlässigung mit der Schwere der Borderline-Psychopathologie und der psychosozialen Beeinträchtigung korrelierte und bestätigten damit die Beobachtung von Judith Herman und Bessel van der Kolk (1987). Auch Silk et al. (1995) identifizierten wiederholten sexuellen Missbrauch als Prädiktor für die Schwere der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Daneben konnte gezeigt werden, dass sexueller Missbrauch und andere Traumatisierungen in der Kindheit prädiktive Faktoren für einen insgesamt schlechten Verlauf der Erkrankung darstellen (Gunderson et al. 2006; Zanarini et al. 2006).

Im Vergleich mit anderen Persönlichkeitsstörungen berichten Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen häufiger über sexuellen Missbrauch (Yen et al. 2002; Zanarini et al. 1997) und weisen ein jüngeres Alter zum Zeitpunkt des ersten traumatischen Ereignisses auf (Yen et al. 2002). Nach Zanarini et al. (1997) spielen – neben dem eigentlichen Trauma des sexuellen Missbrauchs – auch andere Faktoren, insbesondere die emotionale Vernachlässigung durch Bezugspersonen beider Geschlechter, eine wichtige Rolle bei der Entwicklung der Borderline-Persönlichkeitsstörung. So sei der Missbrauch, der häufig nicht durch eine primäre Bezugsperson, sondern durch eine Person aus dem näheren familiären Umfeld der Betroffenen verübt wird, zumeist eingebettet in eine „familiäre Atmosphäre von Chaos und Vernachlässigung“ (Zanarini et al. 1997). Auch Gunderson und Sabo (1993) sehen die Auswirkung der traumatisierenden Erfahrungen vor dem Hintergrund einer emotional vernachlässigenden und konfliktreichen Umgebung, der die Betroffenen vor und nach den traumatischen Ereignissen ausgesetzt waren. Dulz und Jensen (2000) unterstreichen in diesem Zusammenhang auch die bedeutsame Rolle des Nicht-traumatisierenden Elternteils, der neben der konkreten Handlung des „Täter-Elternteils“, seiner haltenden und schützenden Aufgabe vor und nach dem Trauma häufig nicht nachkommt und somit erheblich zur Entwicklung einer Störung in Folge des Traumas beiträgt. Empirische Daten weisen darauf hin, dass 50 - 80 % der „Nicht-Täter“ von der Misshandlung wissen und ca. ein Fünftel aktiv daran beteiligt waren (z. B. durch Festhalten) (Dulz und Jensen 2000).

Während Judith Herman und Bessel van der Kolk (1987) das hohe Vorkommen von Missbrauchserfahrungen, insbesondere des sexuellen Missbrauchs, in der frühen Kindheit dahingehend interpretierten, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung auch als Form der chronifizierten posttraumatischen Belastungsstörung verstanden werden könnte, betonen andere Autoren, dass diese „Annahme [...] sowohl klinisch als auch wissenschaftlich zu kurz gegriffen“ sei (Bohus 2009) und dass der Kindesmissbrauch in der Pathogenese der Borderline-Persönlichkeitsstörung zwar einen wichtigen, jedoch weder hinreichenden noch notwendigen Faktor darstellen würde (Gunderson und Sabo 1993; Zanarini et al. 1997). Auf das Konzept der komplexen PTBS soll an anderer Stelle eingegangen werden.

1.2 Posttraumatische Belastungsstörung

1.2.1 Geschichte des Störungsbegriffs

Berichte über die psychischen und körperlichen Reaktionen nach traumatischen Ereignissen gehen bis ins Altertum zurück, eine wissenschaftliche Diskussion nahm jedoch erst im 19. Jahrhundert ihren Anfang. 1871 stellte Da Costa als Erster psychovegetative Veränderungen bei Soldaten des amerikanischen Bürgerkrieges dar, die mit dem Begriff „irritable heart“ beschrieben wurden und deren Ursache er in der Überanstrengung durch die belastenden Bedingungen, denen die Soldaten ausgesetzt waren, sah (Flatten 2004). Mit dem zunehmenden Eisenbahnverkehr und einer großen Anzahl von Unfällen rückte die Erforschung der Folgen derselben auf das Nervensystem in den Mittelpunkt des Interesses. Hinter der so genannten „Railway Spine“ – nach dem Forscher Erichsen auch Erichsen’s Disease genannt – vermuteten viele Wissenschaftler eine durch eine „Erschütterung der Nerven“ ausgelöste Verletzung der Wirbelsäule, die auch die psychischen Symptome erklären sollte (Venzlaff et al. 2004). Daneben existierte die Überzeugung, bei den Folgen der Zugunglücke handle es sich um rein „nervöse“ Symptome ohne Organveränderung, eine „traumatische Hysterie“ (Page 1883 zit. nach Venzlaff et al. 2004). Als Vertreter der organogenetischen Sichtweise seelischer Erkrankungen prägte der Neurologe Hermann Oppenheim 1889 den Begriff der „traumatischen Neurose“, deren organische Ursache er ebenfalls in einer Erschütterung des zentralen Nervensystems sah, gleichzeitig jedoch auch auf die Bedeutung der „psychischen Erschütterung“ hinwies (Venzlaff et al. 2004). Auch Griesinger, der bereits vor Oppenheim die „Veränderung im Gehirn“ als Ursache jeder „Geisteskrankheit“ sah, betonte die Folgen von „Schicksalsschlägen“ und „harter Erziehung“ als möglichen Grund für jene Krankheiten (Griesinger 1876 zit. nach Venzlaff et al. 2004). Ein anderer Personenkreis, z. B. Seeligmüller (1890) und Schultze (1889) verdächtigten einen Großteil der Unfallopfer, die Symptome einer traumatischen Neurose zeigten, der Simulation und damit des versuchten Versicherungsbetrugs der 1884 in Deutschland in Kraft getretenen Unfallversicherung (Venzlaff et al. 2004).

Mit der Veröffentlichung seiner Untersuchungen über Vergewaltigungen und Kindesmissbrauch 1857 („Étude médico-légale sur les attentats au mœurs“) und einer weiteren über Kindesmisshandlung legte der Pariser Professor für Gerichtsmedizin Tardieu den Grundstein für die Diskussion über sexualisierte Gewalt und Kindesmisshandlung, die von der damaligen Öffentlichkeit jedoch zunächst nicht geschätzt wurde (Venzlaff et al. 2004). In Folge weiterer Untersuchungen, die die epidemiologische Häufigkeit dieser Realtraumata betonten, entwickelte sich eine Gegenbewegung, die hinter der Angabe von sexuellen Übergriffen

kindliche Lügengeschichten oder die Neigung zu simulieren vermuteten und dies mit der Hysterie in Zusammenhang brachten, was in Titeln wie „Vortäuschung geschlechtlicher Angriffe durch kleine Kinder“ („Simulation d'attentats vénériens sur des jeunes enfants“; Fournier 1880), „Die verlogenen Kinder“ („Les enfants menteurs“; Bourdin 1883) oder „Die hysterischen Anklägerinnen“ („Les hystériques accusatrices“; Garnier 1903) zum Ausdruck kam (Venzlaff et al. 2004).

Freud hatte in seinem Aufsatz über die Ätiologie der Hysterie 1896 den sexuellen Kindesmissbrauch als Ursache der Hysterie benannt, diese so genannte „Verführungstheorie“ jedoch ein Jahr später unbegründet widerrufen und den Schwerpunkt seiner Theorie auf die kindliche Sexualentwicklung und den Ödipuskomplex gelegt. Für diesen Widerruf, der nicht unerhebliche Folgen für die Betroffenen nach sich zog, werden unterschiedliche Gründe diskutiert. Auch in späteren Schriften kehrte Freud immer wieder auf das Thema des sexuellen Missbrauchs zurück, wobei seine Aussagen widersprüchlich und mehrdeutig blieben (Venzlaff et al. 2004). Neben Freud hatten schon die Franzosen Charcot (1887) und sein Schüler Janet (1889), der sich insbesondere der Erforschung des Phänomens der Dissoziation widmete, auf eine Traumaätiologie bei ihren hysterischen Patientinnen hingewiesen (Flatten 2004).

In seinem Psychiatrielehrbuch von 1899 erwähnt Kraepelin den Begriff der „Schreckneurose“, mit dem er die Symptome einer PTBS als Folge von plötzlichem Schreck und Angst bei belastenden Ereignissen beschrieb (Bronisch 2010). Als er 1909 den Krieg als „reich an psychischen Ursachen des Irreseins“ (Kraepelin 1909 zit. nach Venzlaff et al. 2004) bezeichnete, wusste er jedoch noch nicht, was auf die Menschheit zukommen würde. Nach dem Ersten Weltkrieg litten viele der überlebenden Soldaten an der „Schützengrabenneurose“ (Myers 1940), die, ähnlich wie die „Railway-Spine“, zunächst auf „Erschütterungen“, diesmal durch Minenexplosion („shell shock“) zurückgeführt wurde. Der amerikanische Psychiater Kardiner (1941) jedoch veröffentlichte zu Beginn des Zweiten Weltkrieges die berühmte Schrift „The traumatic neurosis of war“, worin er den Begriff der „Physioneurose“ für die Posttraumatische Belastungsstörung formte, der recht nah an unser heutiges Verständnis heranreicht (Venzlaff et al. 2004).

Bereits im Rahmen der beiden Weltkriege und der großen Anzahl an traumatisierten Soldaten wurden verschiedene Behandlungsstrategien, teilweise auf Grundlage der psychoanalytischen „talking cure“ entwickelt. Aber auch Hypnose und kathartische Verfahren unter Narkose kamen zum Einsatz. Vermutlich auf dem Boden der Überzeugung, dass es sich bei

Kriegsneurotikern um „Drückeberger“ handle, existierten während des Ersten Weltkriegs jedoch auch sog. „Aversionsverfahren“, die eher einer Folter als einer Therapie glichen: Stark schmerzhaft elektrische Stromstöße wurden in die gelähmten oder zitternden Körperteile geleitet und führten dazu, dass die Patienten zu ihrer Truppe zurückkehrten (Venzlaff et al. 2004).

Da nach Ende des Ersten Weltkriegs Deutschland auf Grund der Rentenansprüche der „Kriegszitterer“ auch vor hohe volkswirtschaftliche Belastungen gestellt war, entbrannte eine Diskussion um prädisponierende Faktoren, die zur Entwicklung einer Kriegsneurose führen würden. Im allgemeinen Konsens wurde die Kriegsneurose als „abnorme Reaktion minderwertiger bzw. vorbelasteter Personen“ (Seelert 1915 zit. nach Venzlaff et al. 2004), mit dem Ziel einen materiellen Gewinn zu erreichen definiert – die Rentenzahlungen an die Betroffenen wurden 1923 eingestellt. Gleiches galt für Unfallneurotiker, deren Symptomatik als „Wunschreaktion ohne Krankheitswert“ (Bonhoeffer und His 1926 zit. nach Venzlaff et al. 2004) beurteilt wurde. Die Ansicht, dass es keinen kausalen Zusammenhang zwischen belastenden Ereignissen und psychischer Reaktion gebe und dass ein „konstitutionell gesunder und normaler Mensch“ jede psychische Belastung durchstehen könne, ohne dadurch Schaden zu nehmen, wurde auch noch Jahre nach dem Zweiten Weltkrieg und dem Holocaust vertreten und war Ausgangspunkt vieler Gutachter im Rahmen des Opferentschädigungsgesetzes (Venzlaff et al. 2004). Eine umfassende wissenschaftliche und gutachterliche Tätigkeit von in verschiedenen Ländern unabhängig forschenden Psychiatern (z. B. Niederland 1980, Krystal 1968) war nötig, bis diese These entkräftet werden konnte und Venzlaffs Konzept vom „erlebnisbedingten Persönlichkeitswandel“ (1958) akzeptiert wurde. Auch die Psychoanalyse rückte von der Idee, psychische Störungen seien ausschließlich durch frühkindliche Erfahrungen oder durch Anlage bedingt, ab.

Nicht zuletzt die Auswirkungen des Vietnamkriegs und ein dadurch entstandenes gesellschaftliches Bewusstsein für psychische Traumatisierungen beschleunigten die weitere Erforschung von posttraumatischen Störungen und deren Therapie auch nach Naturkatastrophen, Vergewaltigungen, Misshandlung etc. und führten 1980 zur erstmaligen Aufnahme der Posttraumatischen Belastungsstörung ins DSM-III (APA 1980) bzw. 1991 ins ICD-10 (Dilling et al. 1991). Die Revisionen im DSM-III-R (APA 1987) und DSM-IV (APA 1994) beinhalteten nur kleine Veränderungen der diagnostischen Kriterien.

1.2.2 Symptomkriterien

Nachfolgend sind die Symptomkriterien des DSM-IV und des ICD-10 aufgelistet.

DSM-IV: 309.81 (Saß et al. 2003)

- A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:
1. Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten (Erlebnisse: kriegerische Auseinandersetzungen, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Folterung, Kriegsgefangenschaft, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, schwere Autounfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit).
 2. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
- B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:
1. Wiederkehrende und eindringliche, belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmung umfassen können.
 2. Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis.
 3. Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wieder zu erleben, 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, Kinder, Ehe 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 einen 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
Verzögert: Wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor liegt

ICD 10: F 41.3 (Dilling et al. 2011)

- A. Die betroffene Person war einem kurz- oder lang anhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das bei fast jedem eine tief greifende Verzweiflung auslösen würde.
- B. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallereinerungen, lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr im 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 Ereignis.
- D. Entweder 1. oder 2.
 - 1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, sich an einige wichtige Aspekte des belastenden Erlebnisses zu erinnern.
 - 2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei oder mehr der folgenden Merkmale:
 - a. Ein- und Durchschlafstörungen
 - b. Reizbarkeit und 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 der Behandlungsperiode auf. (Aus bestimmten Gründen, z. B. wissenschaftlichen Untersuchungen, kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden).

Im DSM-IV sind die „Akute Belastungsstörung“ und die „Posttraumatische Belastungsstörung“ den Angststörungen zugeordnet (APA 1994), wohingegen es im ICD-10 die Kategorie F 43 „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ gibt, welche die Diagnosen „Akute Belastungsreaktion“, „Posttraumatische Belastungsstörung“ und „Anpassungsstörung“ umfasst und damit als einzige Kategorie eine kausale Ursache als Diagnosekriterium fordert (Dilling et al. 2011). Wichtiger Unterschied der beiden Klassifikationssysteme ist auch das Vorhandensein eines Zeitkriteriums im DSM-IV.

1.2.3 Traumadefinition

Laut der ICD-10-Klassifikation muss der Entwicklung einer PTBS ein „belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tief greifende Verzweiflung hervorrufen würde“ vorangegangen sein (Dilling et al. 2011). Das DSM-IV definiert ein Trauma als die Konfrontation mit „einem oder mehreren Ereignissen [...], die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung

oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Person beinhalteten (APA 1994; Saß et al. 2003). Als mögliche Erlebnisse werden „kriegerische Auseinandersetzungen, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Folterung, Kriegsgefangenschaft, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen“ genannt.

Terr (1991) unterteilte die traumatischen Ereignisse in zwei Typen: Während es sich bei Typ-I-Traumata meist um kürzer andauernde, einmalige Ereignisse handelt, wie z. B. Naturkatastrophen, technische Katastrophen, Unfälle oder kriminelle Gewalttaten (Überfälle, Schusswechsel), sind Typ-II-Traumata durch länger andauernde, wiederholte Ereignisse wie z. B. mehrfache Folter, Kriegsgefangenschaft, Geiselnahme, KZ-Haft sowie wiederholte körperliche oder sexuelle Gewalt (Kindesmissbrauch, Kindesmisshandlung, wiederholte Vergewaltigung) gekennzeichnet (Maercker 2003). Eine weitere Möglichkeit der Einteilung ist die, nach Art der Verursachung, also ob eine Traumatisierung zufällig (akzidentiell) oder durch Menschen beabsichtigt („men made“, interpersonelles Trauma) entstand (Maercker und Michael 2009). Wie eine Vielzahl epidemiologischer Untersuchungen zeigen konnte, lösen durch Menschen zugefügte Traumatisierungen sowie wiederholte Traumatisierungen (Typ II) häufiger den Symptomkomplex einer PTBS aus (Flatten 2004; Maercker 2003).

Eine weitere, im DSM-IV auch diagnostisch geforderte, Eigenschaft für das der PTBS zu Grunde liegende Trauma ist das Erleben von „intensiver Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen“ in Reaktion auf das traumatische Ereignis (APA 1994; Saß et al. 2003).

1.2.4 Symptomatik

Neben dem oben beschriebenen Traumakriterium umfasst die PTBS drei Hauptsymptomgruppen (Maercker 2003; Maercker und Michael 2009):

- **Wiedererleben:**

Die Betroffenen leiden an sich plötzlich aufdrängenden belastenden Erinnerungen oder Erinnerungsbruchstücken an das traumatische Ereignis, die mit dem Gefühl einher gehen, das Geschehen noch einmal zu erleben und teilweise nicht klar der Vergangenheit zugeordnet werden können. Meist fühlen sich die Patienten von den auftauchenden Bildern und Emotionen überwältigt. Häufig tauchen die ungewollten Erinnerungen auch in wiederkehrenden belastenden Träumen und Alpträumen auf. Aber auch Situationen, die an das Trauma erinnern, können intensive körperliche und psychische Reaktionen hervorrufen.

- **Vermeidung und Betäubung:**

Die Patienten versuchen meist mit aller Kraft die Gedanken und die Gefühle, die mit dem Geschehenen in Verbindung stehen, zu verdrängen, was jedoch in der Regel nicht gelingt. Die Vermeidung zeigt sich auch in dem Bestreben, alle Situationen oder Aktivitäten, die an das Trauma erinnern könnten, zu umgehen. Gleichzeitig schildern die Betroffenen ein Gefühl von emotionaler Taubheit und zeigen eine eingeschränkte Bandbreite ihres Affekts. Das Interesse an vorher gerne ausgeführten Aktivitäten ist deutlich vermindert und die Betroffenen ziehen sich sozial zurück, da sie sich nicht mehr zugehörig fühlen.

- **Hyperarousal (Übererregung):**

Auf der körperlichen Ebene zeigen PTBS-Patienten verstärkte Erregbarkeit und Schreckhaftigkeit. Die Patienten sind übermäßig wachsam (hypervigilant) und schon kleinste Geräusche oder körperliche Berührungen können zu starken Schreckreaktionen führen. Auch verstärkte Reizbarkeit und die Tendenz zu Wutausbrüchen finden sich häufig. Daneben bestehen nicht selten Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten. Durch die Übererregbarkeit des autonomen Nervensystems ist auch der Schlaf beeinträchtigt, was sich sowohl in Ein- als auch Durchschlafstörungen bei sehr vielen betroffenen Patienten äußert.

1.2.5 Diagnostik

Es steht eine Reihe von diagnostischen Instrumenten zur Verfügung. Als Selbstbeurteilungsinstrument wird meist die „Impact of Event Scale“ (IES; Horowitz et al. 1979; Weiss und Marmar C.R. 1996; dt. Version Maercker und Schützwohl 1998) oder die „Posttraumatic Stress Disorder Scale“ (PDS; Foa et al. 1997, dt. Version Griesel et al. 2006) eingesetzt. Zur verlässlichen Diagnosestellung stehen strukturierte klinische Interviews zur Verfügung wie z. B. die „Clinical Administered PTSD Scale“ (CAPS; Blake et al. 1995, dt. Version Schnyder und Moergeli 2002). Daneben existieren Screeninginstrumente, wie z. B. das „Freiburger Screeninginstrument“ (Stieglitz et al. 2002), um Hochrisikopatienten für die Entwicklung einer PTBS nach Verkehrsunfällen zu identifizieren.

1.2.6 Epidemiologie

Die Lebenszeitprävalenz der PTBS in der Allgemeinbevölkerung liegt zwischen 2 und 7 %, wobei subsyndromale Störungsbilder deutlich häufiger vorliegen. Gleichzeitig besteht eine starke Tendenz zur Chronifizierung. Die Häufigkeit des Auftretens einer Traumafolgestörung

ist abhängig vom jeweiligen auslösenden Ereignis: Nach Vergewaltigungen entwickeln ca. 50 % der Betroffenen eine PTBS, nach anderen Gewaltverbrechen ca. 25 %, nach Teilnahme an einem Krieg ca. 20 %, nach einem Verkehrsunfall ca. 15 % und bei schweren Organerkrankungen (Herzinfarkt, Malignome) ca. 15 % (Flatten 2004). Aus der ungleichen traumatogenen Wirkung dieser Erlebnisse und der divergierenden Häufigkeit ihres Auftretens lässt sich teilweise verstehen, weshalb Männer, die häufiger einem traumatischen Ereignis im Allgemeinen, aber deutlich seltener sexualisierter Gewalt ausgesetzt sind, absolut gesehen nur etwa halb so oft eine PTBS entwickeln wie Frauen (Voderholzer und Hohagen 2012).

1.2.7 Verlauf und Prognose

Auch wenn sich bei einem Großteil der Betroffenen die Symptomatik binnen weniger Wochen rückläufig zeigt (Foa und Rothbaum 1993; Shalev 2001), besteht insgesamt eine starke Tendenz zu Chronifizierung (Flatten 2004). Dies konnte auch eine Studie von Kessler et al. (1995) zeigen, in der bei einem Drittel der Patienten die PTBS-Symptomatik über 6 Jahre fort dauerte. Im Hinblick auf eine Chronifizierung wird das Bestehen der Symptomatik für mehr als drei Monate als prognostisch ungünstig angesehen (Voderholzer und Hohagen 2012). Personen mit einer unbehandelten PTBS haben gegenüber nicht traumatisierten Menschen ein 15fach erhöhtes Suizidrisiko (Davidson et al. 1991).

1.2.8 Komorbidität

In zahlreichen Studien zeigten sich hohe Komorbiditätsraten der PTBS mit anderen psychiatrischen Krankheitsbildern. So wiesen z. B. in einer Untersuchung von Helzer (1987) ca. 80 % der Patienten mit einer PTBS gleichzeitig andere psychiatrische Diagnosen auf im Vergleich zu Komorbiditätsraten von ca. einem Drittel bei anderen psychiatrischen Erkrankungen.

In der großen epidemiologischen Studie von Kessler et al. (1995) wurde als häufigste komorbide Störungen bei Männern Alkoholmissbrauch- oder abhängigkeit (51,9 %), Major Depression (47,9%), Verhaltensstörungen (43,3 %), Drogenmissbrauch- oder abhängigkeit (34,5 %) und bei Frauen Major Depression (48,5 %), spezifische Phobien (29,0 %), soziale Phobien (28,4 %) sowie Alkoholmissbrauch- oder abhängigkeit (27,9 %) gefunden. Pagura et al. (2010) fanden bei 24 % der Patienten, bei denen im Laufe des Lebens eine PTBS diagnostiziert worden war, komorbid eine Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Ein Grund für dieses gehäufte Vorkommen von Komorbiditäten könnte u. a. die große Überschneidung der Symptomkriterien der PTBS mit Kriterien von anderen Diagnoseentitäten sein. So zeigen sich z. B. Überlappungen der Symptomkriterien der PTBS mit denen der Depression (z. B. vermindertes Interesse, reduzierte Bandbreite des Affekts, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen) oder der Angststörungen (z. B. Hypervigilanz, Vermeidungsverhalten, physiologische Reaktionen) (Kessler et al. 1995). Außerdem wird als Hintergrund für das häufig gemeinsame Auftreten von Depression und PTBS, bei dem eine Differenzierung in zwei verschiedene Krankheitsbilder kaum mehr möglich ist, eine gemeinsame Vulnerabilität für beide Störungsbilder gesehen (Breslau 2002; O'Donnell et al. 2004).

1.2.9 Ätiopathogenese

1.2.9.1 Risikofaktoren

Ob ein Mensch nach einem traumatischen Ereignis eine PTBS entwickelt, hängt weniger von der Schwere des Traumas, sondern vielmehr von der initialen emotionalen und kognitiven Reaktionen auf das Ereignis ab (Maercker et al. 2000). Eine wichtige Rolle scheint hier die subjektiv erlebte Möglichkeit der Einflussnahme auf das Geschehen zu spielen (Maercker 2003). Daneben konnten eine Reihe von Risikofaktoren für die Chronifizierung einer Posttraumatischen Belastungsreaktion identifiziert werden. So gilt mangelnde soziale Unterstützung als wichtigster Risikofaktor. Hierzu gehören z. B. die fehlende Möglichkeit über das Trauma offen zu sprechen oder auch die fehlende Anerkennung als Traumaopfer durch das soziale Umfeld und die Öffentlichkeit. Weitere Prädiktoren für eine Chronifizierung sind schwierige Lebensumstände nach dem traumatischen Ereignis, Missbrauch oder andere Belastungen in der Kindheit, weibliches Geschlecht, geringer Intelligenzquotient, geringer Bildungsstand, geringer sozioökonomischer Status und psychiatrische Vorerkrankungen sowie die Schwere des Traumas (Brewin et al. 2000; Maercker und Müller 2004). Diejenigen Faktoren, die bereits vor der Traumatisierung bestanden, weisen im Vergleich zu den „Ereignis- und Aufrechterhaltungsfaktoren“, wie z. B. Traumaschwere, initiale Reaktion, vermeidender Bewältigungsstil sowie kognitive Veränderungen, einen niedrigeren prädiktiven Wert auf (Maercker 2003). Hinsichtlich der Bedeutung des Alters bei der Traumatisierung und der Wahrscheinlichkeit, eine PTBS zu entwickeln, fand Maercker (1999) einen Zusammenhang, der durch eine U-förmige Kurve ausgedrückt werden kann: Erfolgt die (menschlich verursachte) Traumatisierung in der Kindheit oder im Jugendalter, ist das Risiko eine PTBS zu entwickeln, am höchsten, im jungen und mittleren Erwachsenenalter am niedrigsten, und bei älteren Menschen wieder erhöht (Maercker und Michael 2009).

1.2.9.2 Genetik

Verschiedene Untersuchungen deuten auf eine genetische Beteiligung bei der Entwicklung einer PTBS hin: So wiesen z. B. in einer Studie von Goldberg et al. (1990) monozygote im Vergleich zu dizygoten Zwillingen eine doppelt so hohe Prävalenzrate für PTBS auf und True et al. (1993) schrieben genetischen Faktoren ca. 30 % der Varianz zu (Frommberger et al. 2012). Gleichzeitig bestehen auch hochkomplexe Interaktionen mit prä- und perinatalen Einflussfaktoren, wie z. B. maternalem Stress, über die jedoch bisher nur wenige Informationen vorliegen (Frommberger et al. 2012; Seckl und Meaney 2006).

Auf Genebene wird u. a. eine Veränderung von Genen des Serotoninsystems vermutet, jedoch zeigen sich die bisherigen Ergebnisse der genetischen Untersuchungen als sehr inkonsistent (Broekman et al. 2007; Frommberger et al. 2012).

1.2.9.3 Neurobiologie

In zahlreichen MR-Untersuchungen konnte eine Reduktion des Hippocampusvolumen bei Patienten mit einer PTBS nachgewiesen werden (Bremner et al. 1995; Bremner et al. 1997b; Bremner et al. 2003b; Gilbertson et al. 2002; Gurvits et al. 1996; Stein et al. 1997). Dabei zeigte sich in Metaanalysen auch unabhängig von der Diagnose einer PTBS eine Hippocampus-Verkleinerung nach Traumatisierung (Karl et al. 2006; Kitayama et al. 2005). Daneben existieren bei PTBS-Patienten Hinweise auf eine Reduktion des Amygdalavolumens, insbesondere der linken Amygdala (Karl et al. 2006). Es ist allerdings noch unklar, ob die Verkleinerung der Strukturen als Folge der Traumatisierung oder als Risikofaktor im Sinne einer genetischen Determinierung zu sehen ist (Schmahl 2011). Jedoch fand man z. B. in einer Zwillingsstudie an Vietnamveteranen bei den von einer PTBS betroffenen Soldaten sowie deren eineiigen nicht-traumatisierten Zwillingsbrüdern verkleinerte Hippocampi, was auf einen prämorbidem Vulnerabilitätsfaktor hinweisen könnte (Gilbertson et al. 2002).

Als Erklärungsgrundlage für die gestörte Emotionswahrnehmung und -verarbeitung bei Patienten mit PTBS fand sich in mehreren fMRT-Studien eine Hyperaktivität der Amygdala (Armony et al. 2005; Rauch et al. 2000; Shin et al. 2005) sowie eine reduzierte Aktivität im medialen präfrontalen Cortex (Shin et al. 2005) bei der Konfrontation mit Angst-assoziiertem Bildmaterial.

Außerdem zeigten sich Auffälligkeiten in der HHN-Achse: In einer Vielzahl von Untersuchungen fanden sich bei PTBS-Patienten erniedrigte Urin- und Plasmakortisolspiegel, eine

gesteigerte Feedbacksensitivität der HHN-Achse (gesteigerte Suppression nach Dexamethasongabe) sowie eine erhöhte Anzahl von Glukokortikoidrezeptoren auf Lymphozyten. Im Gegensatz dazu wiesen Patienten mit einer Depression erhöhte Kortisolspiegel, eine reduzierte Kortisolsuppression nach Dexamethasongabe sowie eine reduzierte Sensitivität der Glukokortikoidrezeptoren auf (Yehuda 2002). Eine spätere Metaanalyse von Meewisse et al. (2007) konnte diese Befunde nicht bestätigen, weshalb der Zusammenhang unklar bleibt. Daneben konnte jedoch demonstriert werden, dass akuter Stress – ausgelöst durch unspezifische Stressoren (Bremner et al. 2003a) oder Trauma-Erinnerungen (Elzinga et al. 2003) – zu einer gesteigerten Kortisol-Freisetzung bei PTBS-Patienten führt.

Eine wichtige Rolle im Verständnis der PTBS vor dem Hintergrund einer Stressreaktion scheint auch die von Bremner et al. (1997a) und Baker et al. (1999) nachgewiesene Erhöhung von Corticotropin-releasing Hormon (CRH) im Liquor von betroffenen Patienten zu spielen. Der Hippocampus hemmt die CRH-Freisetzung aus dem Hypothalamus, weshalb eine Verkleinerung des Hippocampus an der Überaktivität der HHN-Achse beteiligt sein könnte (Schmahl 2011). Die Schädigung der Hippocampusneurone könnte wiederum durch erhöhte Glukokortikoidspiegel bedingt sein (Bremner 2004). Doch auch hier ist nicht klar, ob die Störung der HHN-Achse Ursache oder Folge der PTBS ist (Schmahl 2011).

Hohe Glukokortikoidspiegel, ausgelöst durch Stress oder durch die Behandlung mit Glukokortikoiden, verschlechtern den Abruf von Gedächtnisinhalten (Schmahl 2011). Dies konnte in mehreren Studien nachgewiesen werden (McAllister-Williams und Rugg 2002; Quervain et al. 1998; Quervain et al. 2000) und führte zu ersten Untersuchungen an PTBS-Patienten, denen über einen längeren Zeitraum niedrigdosiert Hydrocortison verabreicht wurde, was zu einer Abnahme der Trauma-Erinnerungen führte (Aerni et al. 2004). Dahinter steht die Überlegung, dass bei den als unkontrollierbar erlebten Wiedererinnerungen der PTBS-Patienten eine durch eine erniedrigte Kortisol-Ausschüttung verursachte Enthemmung des Abrufs von Trauma-Erinnerungen verantwortlich sein könnte (Quervain 2006; Schmahl 2011).

Auch die verstärkte Aktivierung des andrenergen Systems wird wiederum in Zusammenhang mit dem bestehenden Hypokortisolismus gebracht, da Kortisol normalerweise inhibierend auf den Locus coeruleus einwirkt (Frommberger et al. 2012). Die Symptome des Hyperarousals mit Übererregbarkeit, Angst, Irritierbarkeit und Schlaflosigkeit sind auf eine Beteiligung des sympathischen Nervensystems zurückzuführen, die sich auch in den erhöhten Katecholaminspiegeln von Patienten mit PTBS zeigt (Frommberger et al. 2012). Bereits kurz nach dem traumatischen Ereignis fand sich bei den Patienten, die im Verlauf eine PTBS entwickelten,

eine erhöhte Herzfrequenz (Shalev et al. 1998). Es wird vermutet, dass bei der Bildung unauslöschlicher Erinnerungen bei Traumatisierungen sowie deren leichter Abrufbarkeit adrenerge Mechanismen beteiligt sind. So stören z. B. hohe Spiegel an Katecholaminen die Funktion des präfrontalen Cortex und subkortikale Bereiche wie die Amygdala übernehmen bei drohender Gefahr die Kontrolle, um durch eine schnelle Reaktion das Überleben des Organismus zu sichern (Frommberger et al. 2012; Southwick et al. 2005). Es findet also zunächst keine kognitive Bewertung und Einordnung statt, die eventuell auch Entwarnung geben könnte, sondern die Stressachsen werden weiter aktiviert (Flatten 2010). Gleichzeitig führt Noradrenalin zu einer verbesserten neuronalen Abspeicherung sowie zu einer Wahrnehmungsveränderung durch Aufmerksamkeitsfokussierung, was auch ein beteiligter Mechanismus bei der für die PTBS typische Fragmentisierung der traumatischen Erinnerungen mit Hypermnesie und dissoziativer Amnesie zu sein scheint (Flatten 2010; van der Kolk und Fisler 1995).

Lerntheoretisch kann die Entstehung eines „Traumagedächtnisses“ als eine Konditionierung von Angstreaktionen verstanden werden, bei der die intensiven Gefühlsreaktionen in der traumatischen Situation zu sehr stabilen Erinnerungsnetzwerken führen (Arolt und Kersting 2010; Frommberger et al. 2012).

Auf Transmitterebene scheint das serotonerge System bei der PTBS von großer Bedeutung und ein entsprechender Mangel Hintergrund für Symptome wie Schlafstörungen, Zwangsgedanken, Aggression und Panikattacken zu sein. Daneben besteht auch ein direkter Einfluss des serotonergen Neuronensystems auf die HHN-Achse sowie auf das adrenerge System (Frommberger et al. 2012).

Bei der häufig auftretenden dissoziativen Symptomatik sind neuroanatomisch insbesondere der mediale präfrontale Cortex sowie das anteriore Cingulum beteiligt. Bei betroffenen Patienten findet sich eine erhöhte Aktivität dieser Strukturen, wobei die Herzfrequenz konstant bleibt oder sogar eine leichte Reduktion aufweist (Lanius et al. 2002). Auf neurochemischem Niveau scheint das Opioidsystem eine wichtige Rolle beim dissoziativen Erleben zu spielen (Schmahl 2011): Während sich durch Opioidantagonisten wie Naloxon dissoziative Symptome verringern lassen (Bohus et al. 1999; Nuller et al. 2001; Philipsen et al. 2004), lassen sich durch Kapparezeptor-Agonisten Depersonalisation, Derealisation und Wahrnehmungsveränderungen auslösen (Kumor et al. 1986; Pfeiffer et al. 1986; Walsh et al. 2001). Daneben scheint der Neurotransmitter Glutamat in das dissoziative Geschehen involviert zu sein, wofür das Auftreten von dissoziativen Symptomen unter Ketamin, einem

NMDA-Rezeptor-Antagonist spricht (Newcomer et al. 1999; Oye et al. 1992). Es wird eine durch die Rezeptorblockade bedingte Übertragung an anderen Glutamatrezeptor-Subtypen vermutet (Schmahl 2011). Die bei dissoziativen Zuständen häufig beobachtete reduzierte Schmerzempfindlichkeit korreliert mit einer reduzierten Aktivität in der Amygdala sowie dem ventrolateralen Cortex (Geuze et al. 2007), d. h. in Hirnregionen, die bei der emotionalen und kognitiven Schmerzverarbeitung beteiligt sind. Scheinbar widersprüchlich dazu finden sich bei PTBS-Patienten häufiger ein generell erhöhtes subjektives Schmerzempfinden bzw. chronische Schmerzsyndrome (Asmundson et al. 2002).

Neben den bereits genannten Symptomen weisen Patienten mit einer PTBS häufig Gedächtnisstörungen auf. Hier sind sowohl das deklarative als auch das implizite Gedächtnis betroffen (Elzinga und Bremner 2002). Auch diese Defizite werden mit den oben beschriebenen Störungen des Hippocampus und der HHN-Achse in Verbindung gebracht (Schmahl 2011).

1.3 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

1.3.1 Entwicklung des Störungsbegriffs

Kinder und Erwachsene, die wiederholten und über einen längeren Zeitraum andauernden Traumatisierungen durch andere Menschen ausgesetzt waren, wie z. B. sexuellem und körperlichem Missbrauch, Folter oder Kriegsgefangenschaft, zeigen häufig ein sehr komplexes Beschwerdebild, welches durch die Diagnosekriterien der PTBS nur unzureichend abgebildet wird (Herman 1992). Der Grund hierfür scheint in dem unterschiedlichen Maß an Pathogenität einer einmaligen Traumatisierung, z. B. durch einen Verkehrsunfall, eine Naturkatastrophe oder eine Gewalttat (Typ-I-Trauma) im Vergleich zu lebensgeschichtlich frühen, chronischen, interpersonalen Traumatisierungen (Typ-II-Trauma) zu liegen (Frommberger und Sack 2008). Betroffene leiden häufig unter körperlichen Beschwerden unklarer Genese, dissoziativen Symptomen, selbstschädigendem und selbstverletzendem Verhalten sowie einer gestörten Selbstwahrnehmung mit starken Scham- und Schuldgefühlen (Sack 2004).

Für dieses typische Störungsbild in Folge chronischer Traumatisierung schlug Judith Herman 1992 den Begriff der „komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung“ vor (Herman 1992). Sie beschrieb die Symptombereiche „Störungen der Affektregulation“, „dissoziative Symptome“, „gestörte Selbstwahrnehmung“, „gestörte Wahrnehmung des Täters“, „Störungen der Sexualität und Beziehungsgestaltung“ sowie „Veränderungen persönlicher Glaubens- und Wertvorstellungen“ (Sack 2004).

Im Rahmen der Felduntersuchungen vor Herausgabe des DSM-IV wurde die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung – im amerikanischen Sprachraum synonym auch als „Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified“ (DESNOS) bezeichnet – weiter beforscht (Pelcovitz et al. 1997; Roth et al. 1997; van der Kolk et al. 1996). Hierfür wurde das von Pelcovitz entwickelte strukturierte klinische Interview SIDES („Structured Interview for Disorders of Extreme Stress“) verwendet, das in den Untersuchungen eine hohe Konstruktvalidität für die Diagnose zeigte (Pelcovitz et al. 1997). Grundlage des Interviews bildete eine Liste mit 27 Symptomen, die von den zunächst unabhängig tätigen Arbeitsgruppen um Spitzer, Kaplan und Pelcovitz sowie um Herman und van der Kolk gemeinsam erarbeitet und von Judith Herman (1992) in die sieben oben genannten Kategorien zusammengefasst worden war (Pelcovitz et al. 1997). Die Kategorie „verzerrte Täterwahrnehmung“ stellte sich in der Folge jedoch als nicht ausreichend valide heraus und wurde gestrichen (Pelcovitz et al. 1997).

Allerdings blieb die erhoffte Aufnahme als eigenständige Diagnose ins DSM vorerst aus und die komplexe PTBS erhielt als „Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified“ (DESNOS) als zusätzliche, der PTBS untergeordnete Beschreibung lediglich den Rang einer Forschungsdiagnose im DSM-IV, wohl auch damit keine weitere Diagnose, die einen zugrunde liegenden ursächlichen Zusammenhang voraussetzt, in das ansonsten symptomorientierte Klassifikationssystem des DSM-IV integriert werden musste. Hinzu kommen Überschneidungen des Symptomenkomplexes mit anderen Diagnosen, wie z. B. der PTBS, der Borderline-Persönlichkeitsstörung oder den dissoziativen Störungen (Sack 2004). So wurden die wissenschaftliche Diskussion und die Bemühungen um die Konzeption der komplexen PTBS weiter fortgesetzt und das diagnostische Konstrukt konnte durch weitere Studien gestützt werden (Boroske-Leiner et al. 2008; Ford 1999; Ford und Kidd 1998; Sack 2005; Teegen und Schriefer 2002; Zlotnick und Pearlstein 1997; Zlotnick et al. 1996). Auch im deutschsprachigen Raum fand die komplexe PTBS Beachtung: Sack und Hoffmann übersetzten den SIDES (Pelcovitz et al. 1997) ins Deutsche und überarbeiteten ihn. Hierbei wurde insbesondere die Skala „Somatisierung“ verändert (Kunzke und Güls 2003). Diese überarbeitete Version, das „Interview zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung“ (I-kPTBS), wurde von Boroske-Leiner et al. an einer Stichprobe von 72 Patienten validiert (Boroske-Leiner et al. 2008).

Bereits in den Feldstudien konnte der vermutete Zusammenhang zwischen dem Alter bei Beginn einer interpersonalen Traumatisierung und der Ausprägung der DESNOS-spezifischen Symptomatik bestätigt werden (van der Kolk et al. 2005). Das größte Risiko, eine komplexe PTBS zu entwickeln, zeigten Frauen, die sexuellen Missbrauch in Kombination mit körperlicher Misshandlung erfahren hatten (Roth et al. 1997). Ford et al. (2006) konnten ferner eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen Art und Häufigkeit der Traumatisierung und der Schwere der DESNOS-Symptomatik herstellen.

Im ICD-10 der WHO kommt die diagnostische Kategorie „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ (ICD-10 F 62.0) dem Konstrukt der komplexen PTBS am ehesten nahe. Diese Kategorie wurde als Grundlage für die gutachterliche Anerkennung psychischer Folgen von Konzentrationslagerinhaftierung, Verfolgung oder Folter geschaffen. Es werden dort feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, sozialer Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl der Anspannung wie bei ständigem Bedrohtsein sowie ein Entfremdungsgefühl beschrieben (Dilling et al. 2011). Da eine Persönlichkeitsänderung erst nach Abschluss der Entwicklung der Persönlichkeit stattfinden kann, ist diese Diagnose nur für Folgen von Traumatisierungen im Erwachsenenalter

und nicht für die viel häufiger vorkommenden frühkindlichen Traumatisierungen, die während der vulnerablen Phasen der Persönlichkeitsentwicklung stattfinden, geeignet und wird daher insgesamt kaum gebraucht (Sack 2004).

1.3.2 Störungsbereiche

Nachfolgend sind die Störungsbereiche der komplexen PTBS angeführt.

Störungsbereiche der komplexen PTBS (Sack 2004)

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

1.3.3 Klinisches Bild

Die **Störung der Affektregulation** wird von manchen Autoren als die Kernproblematik der komplexen PTBS gesehen (Ford 1999; van der Kolk et al. 1996). Die Betroffenen zeigen häufig auf kleinste Belastungen überstarke emotionale Reaktionen und haben Schwierigkeiten, sich wieder selbst zu beruhigen bzw. nutzen selbstschädigende Verhaltensweisen wie Selbstverletzung, zu viel oder zu wenig Essen, Alkohol- und Drogenmissbrauch oder promiskuitives Sexualverhalten zur Emotionsregulation. Daneben besteht meist eine Unfähigkeit, Gefühle von Ärger und Wut zu modulieren und angemessen auszudrücken. Die verminderte Impulskontrolle zeigt sich ebenfalls in häufig bestehendem exzessivem Risikoverhalten. Auch Suizidalität spielt in diesem Zusammenhang eine bedeutende Rolle (Luxenberg et al. 2001).

Störungen der Wahrnehmung und des Bewusstseins treten in Form von dissoziativen Symptomen wie Depersonalisation und Derealisation sowie als amnestische Erinnerungslücken bezogen auf einzelne lebensgeschichtliche Ereignisse oder ganze Lebensphasen auf (Sack 2004). Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen Dissoziation und Traumatisierung in der Kindheit (Chu und Dill 1990; Saxe et al. 1993). Die Dissoziation stellte vermutlich zunächst eine wichtige Überlebensstrategie dar, die den Organismus vor überwältigenden Gefühlen oder unerträglichen Schmerzen schützte, indem das traumatische Ereignis vom Bewusstsein abgespalten wurde (Reddemann und Dehner-Rau 2007). Das „Neben-sich-stehen“ und „Vergessen“ von wichtigen Dingen, häufig ausgelöst durch Belastung oder traumaspezifische Trigger, kann Betroffene in ihrem Alltag jedoch vor erhebliche Probleme stellen und stellt auch im therapeutischen Prozess eine erhebliche Schwierigkeit dar (Luxenberg et al. 2001).

Menschen, die in ihrer Kindheit chronische Traumatisierungen erfahren haben, entwickeln typischerweise ein sehr negatives Selbstbild. Sie leiden häufig unter starken Scham- und Schuldgefühlen und betrachten sich selbst als nicht wertvoll und dauerhaft zerstört. Diese **Störung der Selbstwahrnehmung** führt oft zu einem ungenügenden Selbstschutz in gefährlichen Situationen und einer mangelnden Selbstfürsorge im Alltag, die sich teilweise in der Vernachlässigung von Grundbedürfnissen (Essen, Trinken, Schlaf) oder der Körperpflege zeigt (Sack 2004). Zusätzlich haben die Betroffenen oft das Gefühl, von niemandem wirklich verstanden zu sein (Luxenberg et al. 2001).

Störungen in der Beziehung zu anderen Menschen sind häufige Folge von traumatischen Beziehungserfahrungen in der Lebensgeschichte. Betroffene haben meist große

Schwierigkeiten, anderen Menschen zu vertrauen und vermeiden oft soziale Kontakte sowie den Aufbau naher Beziehungen (Sack 2004). Da früh traumatisierte Menschen oft keine gute Wahrnehmung eigener Gefühle wie Unwohlsein, Verletzung und Ärger haben und gleichzeitig häufig nicht auf gesunde Beziehungsmodelle zurückgreifen können, nehmen sie unangebrachtes und grenzüberschreitendes Verhalten von Interaktionspartnern oft nicht rechtzeitig als Zeichen von Bedrohung wahr und laufen dadurch Gefahr, erneut Opfer von Gewalt und sexuellen Übergriffen zu werden (Luxenberg et al. 2001). Dieses Risiko der Reviktimisierung ist empirisch gut belegt (Cloitre et al. 1996; Nishith et al. 2000; Widom 1999). Das aus der anhaltenden Traumatisierung erlernte Gefühl der Hilflosigkeit und Selbstunwirksamkeit trägt außerdem zur Aufrechterhaltung von missbräuchlichen Beziehungen bei (Wöller 2005; Wöller 1998). So kann aus bindungstheoretischer und psychodynamischer Sicht die „in der Regel unbewusst konstellierte Wiederholung traumatischer Beziehungsmuster [...] als Bewältigungsversuch der traumatischen Erfahrung verstanden werden“ (Sack 2004). Daneben kann es auch zur Viktimisierung anderer Menschen kommen.

Wie bereits im Abschnitt über die Neurobiologie der PTBS ausführlich beschrieben, hinterlassen Traumatisierungen Spuren auf körperliche Ebene, die sich unter anderem in einer neurohormonalen Dysregulation, einer Störung des Immunsystems, aber auch in neuroanatomischen Veränderungen zeigen. Ein großer Teil der chronisch traumatisierten Patienten weist vielfältige körperliche Symptome auf, für die oft keine ausreichende medizinische Erklärung gefunden werden kann (Luxenberg et al. 2001; Sack 2004). So leiden die Betroffenen z. B. häufig an chronischen Unterbauchschmerzen, funktionellen Magen-Darm-Beschwerden, Kopfschmerzen und andere Schmerzsyndromen (Berkowitz 1998). Hintergrund der **Somatisierung** könnte u. a. sein, dass traumatische Ereignisse in der Regel nicht in Form eines verbalen Narrativs, sondern in Form von somato-sensorischen Erinnerungen abgespeichert werden (van der Kolk und Fislér 1995). Neben den eben genannten somatoformen Symptomen fanden Felitti et al. (1998) in einer groß angelegten Studie auch einen Zusammenhang zwischen der Anzahl traumatischer Ereignisse in der Kindheit und dem Auftreten von Krankheiten wie Herzerkrankungen, Schlaganfall, Diabetes, Knochenbrüchen und Krebs sowie dem Vorkommen entsprechender Risikofaktoren.

Überlebende chronischer Traumatisierung zeigen häufig **Veränderungen von Lebenseinstellungen**: Sie sehen häufig keinen wirklichen Sinn im Leben und nehmen für sich keine Zukunftsperspektiven wahr. Auf Grund von erlernter Hilflosigkeit fällt es ihnen schwer, alternative Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln, Entscheidungen zu treffen und grundsätzliche Änderungen in ihrem Leben zur ihren Gunsten herbeizuführen (Luxenberg et al. 2001).

Diese Resignation und Hoffnungslosigkeit bezüglich der eigenen Lebenssituation kann zur erhöhten Suizidalität bei dieser Personengruppe beitragen (Molnar et al. 2001). Auch persönliche Grundüberzeugungen sowie Wertvorstellungen und Glaubenseinstellungen, werden in Folge der Traumatisierung häufig in Frage gestellt (Sack 2004).

1.3.4 Überschneidung mit der PTBS

Während sich in den DSM-IV-Feldstudien hohe Überschneidungsraten von PTBS und DESNOS ergaben – nur 4 bis 6,2 % der Betroffenen litten an einer komplexen PTBS ohne gleichzeitig die Kriterien der (einfachen) PTBS zu erfüllen (van der Kolk et al. 2005) – zeigten spätere Studien, dass die Diagnose einer komplexen PTBS nicht zwangsläufig mit der Diagnose einer einfachen PTBS verbunden ist (Ford und Kidd 1998). Als möglichen Grund für das Fehlen einer spezifischen PTBS-Symptomatik bei einem Teil der DESNOS-Patienten führen Luxenberg et al. (2001) starkes Vermeidungsverhalten und Unterdrückung von traumaassoziierten Erinnerungen und eine damit verbundene Betäubung des Affekts sowie das „Nutzen“ von Dissoziation als primären Coping-Mechanismus an. Damit könnte die intrusive Symptomatik, die zur Diagnose der PTBS notwendig ist, überdeckt worden sein. Dennoch ist die Diagnose einer komplexen PTBS eng mit der Diagnose einer PTBS verbunden und kann als Erweiterung derselben verstanden werden (Zlotnick und Pearlstein 1997).

1.4 Überschneidung von komplexer PTBS und BPS

1.4.1 Vergleich der Symptomkriterien

Bei Betrachtung der Symptomkriterien der komplexen PTBS und der Borderline-Persönlichkeitsstörung finden sich große Überschneidungen (Driessen et al. 2002).

Sack et al. (2011) haben die einzelnen Symptomkriterien einander gegenüber gestellt:

Tabelle 1.1: Vergleich der Symptomkriterien von Borderline-Persönlichkeitsstörung und komplexer PTBS

Borderline-Persönlichkeitsstörung	komplexe PTBS
Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen	Störung der Affektregulation mit impulsiven und risikoreichen Verhaltensweisen
wiederholte suizidale Handlungen, Suiziddrohungen	selbstverletzendes und suizidales Verhalten
affektive Instabilität	Störung der Affektregulation, Impulsivität und autodestruktives oder risikoreiches Verhalten
chronisches Gefühl von Leere	
unangemessene heftige Wut	Schwierigkeiten, Ärger zu modulieren
ausgeprägte Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung	Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, Scham, Gefühl, isoliert von anderen Menschen zu sein
vorübergehende paranoide oder dissoziative Symptome	dissoziative Symptome
Muster instabiler aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen (Idealisierung und Entwertung)	extremes Misstrauen, Tendenz erneut zum Opfer zu werden
	somatoforme Körperbeschwerden
verzweifelt Bemühen Verlassenwerden zu vermeiden	
	fehlende Zukunftsperspektive, Verlust von persönlichen Grundüberzeugung

Auch Luxenberg et al. (2001) weisen auf die Notwendigkeit, aber ebenso die Schwierigkeit hin, genau zwischen den beiden Krankheitsbildern zu differenzieren bzw. gegebenenfalls beide Diagnosen zu vergeben. Ihrer Meinung nach lassen sich trotz der oberflächlich scheinbar großen Überschneidung der diagnostischen Kriterien wichtige Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen finden:

Im Bereich der **Störung der Affektregulation**, die sowohl von Bohus und Schmahl (2004) als das zentrale Merkmal der Borderline-Persönlichkeitsstörung als auch von van der Kolk et al. (2005) als ein Hauptmerkmal der komplexen PTBS angesehen wird, heben Luxenberg et al. (2001) hervor, dass die Affektdysregulation bei Patienten, die an einer komplexen PTBS leiden, von einer chronisch depressiv-ängstlichen Grundstimmung aus sich vor allem „abwärts“ in Richtung Wut und Verzweiflung bewegt. Im Gegensatz dazu zeigen Borderline-Patienten auch kurze Schwankungen in positiv getönte bis euphorische Stimmungsbereiche, häufig verbunden mit der für die Betroffenen typischen Idealisierung von neuen Beziehungspartnern.

Ein Unterschied zeigt sich auch auf der Ebene der **zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung**: Borderline-Patienten nehmen hier tendenziell eine aktivere Rolle ein und pendeln zwischen der Idealisierung von neuen Bezugspersonen und einem starkem Verlangen nach Nähe auf der einen und Entwertung und plötzlichem Beziehungsabbruch auf der anderen Seite hin und her – ein Verhalten, das häufig auch in der therapeutischen Beziehung zu Tage tritt (Luxenberg et al. 2001). Daneben besteht eine starke Angst vor dem Verlassenwerden und das verzweifelnde, wiederum aktive, Bemühen, dieses zu verhindern, was auch ein eigenes diagnostisches Kriterium für die Borderline-Persönlichkeitsstörung darstellt. Patienten mit einer komplexen PTBS hingegen zeigen sich in Beziehungen eher passiv bzw. vermeiden auf Grund ihres starken Misstrauens nahe Kontakte und neigen dazu, sich sozial zu isolieren. In intimen Beziehungen geraten sie häufig in reviktimisierende Situationen bzw. verharren subjektiv hilflos in missbräuchlichen Konstellationen. Auch in neuen therapeutischen Beziehungen zeigen sich die Betroffenen häufig vorsichtig, bisweilen ablehnend, weshalb dem Aufbau von Sicherheit und Vertrauen in der Anfangsphase eine große Bedeutung zukommt (Luxenberg et al. 2001).

Dissoziative Symptome kommen sowohl bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung als auch bei der komplexen PTBS vor. Während jedoch eine dissoziative Symptomatik in den Borderline-Symptomkriterien des DSM-IV (APA 1994) nur als vorübergehende, durch Belastung ausgelöste Erscheinung beschrieben ist und in den Kriterien des ICD-10 (Dilling et al. 2011) gar nicht erwähnt wird, stellt sie für die Diagnose der komplexen PTBS einen zwingend geforderten Bestandteil dar (Luxenberg et al. 2001).

Auch beim Vergleich des **Selbstbildes** finden Luxenberg et al. (2001) Unterschiede zwischen der Gruppe der Borderline-Patienten und den Patienten mit einer komplexen PTBS. Typischerweise zeigen Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Instabilität des Selbstbildes und der Selbstwahrnehmung mit einer starken Unsicherheit bzw. Konfusion darüber, wer sie wirklich sind (Bohus 2002). Mit dem Verlust des Selbstgefühls geht häufig ein affektiver Zustand innerer Leere einher. Bei den Patienten mit einer komplexen PTBS hingegen stehen Gefühle von Scham und Schuld, verbunden mit dem Selbstbild, dauerhaft beschädigt zu sein, im Vordergrund. Häufig entwickelt sich eine nicht unproblematische Identität als Opfer und Patient (Luxenberg et al. 2001).

1.4.2 Empirische Datenlage zur Überschneidung

Insbesondere in der Kontroverse über die Berechtigung bzw. Notwendigkeit der Diagnose der komplexen PTBS wird immer wieder an der oben dargestellten hohen Überschneidung mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung Kritik geübt (Schweiger et al. 2005).

Auch hinsichtlich der häufig bestehenden komorbiden Erkrankungen weisen die beiden Störungsbilder ein ähnliches Profil auf (Driessen et al. 2002). So werden sowohl bei Borderline-Patienten als auch bei Patienten mit komplexer PTBS oft zusätzlich Angststörungen, Depressionen sowie Substanzmissbrauch diagnostiziert (Kessler et al. 1995; Zanarini et al. 1998a). Daneben sind Komorbiditätsraten von Borderline-Persönlichkeitsstörung und PTBS von ca. 30 bis 56 % bekannt (Pagura et al. 2010; Yen et al. 2002; Zanarini et al. 1998a). Letztere wiederum steht komorbid im Zusammenhang mit der komplexen PTBS (siehe oben).

Tatsächlich liegen nur wenige empirische Daten zur Überschneidung der komplexen PTBS und der Borderline-Persönlichkeitsstörung vor: In einer Untersuchung von McLean und Gallop (2003) an sexuell missbrauchten Patientinnen wiesen 95 % der früh missbrauchten Frauen sowohl die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung als auch die einer komplexen PTBS auf. Barnow et al. (2005) untersuchten 51 stationäre Borderline-Patienten mit und ohne gleichzeitiger Diagnose einer komplexen PTBS hinsichtlich der Art der Traumatisierung, dem Alter bei Traumatisierung sowie Temperaments- und Charaktermerkmale. Sie fanden bei 34,1 % der Patienten beide Diagnosen. Hinweise, dass es sich bei der komplexen PTBS – trotz Überschneidung der Symptombereiche – um ein von der Borderline-Persönlichkeitsstörung abgrenzbares, eigenständiges Krankheitsbild handelt, finden sich in der Arbeit von Zlotnick und Pearlstein (1997), in der sich nur eine geringe Korrelation zwischen der Borderline-Subskala eines Fragebogens für Persönlichkeitsstörungen und der komplexen PTBS zeigte (Sack 2004).

Vor dem Hintergrund der unzureichenden Datenlage ist das Ziel der dieser Arbeit zu Grunde liegenden Multicenterstudie, die Überschneidung der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der komplexen PTBS sowie die differentialdiagnostische Abgrenzung der beiden Störungsbilder erstmals genauer zu untersuchen.

2 Material und Methoden

2.1 Fragestellung und Untersuchungshypothesen

Vor dem Hintergrund der bisherigen Erörterungen wurden für die vorliegende Untersuchung folgende Fragestellungen formuliert:

1. Wie überschneiden sich das Symptomenspektrum von Borderline-Persönlichkeitsstörung und komplexer PTBS?
2. Handelt es sich um voneinander abgrenzbare, eigenständige, Krankheitsbilder?
3. Welche Besonderheiten weisen Patienten auf, die beide Diagnosen erfüllen?

Somit ergeben sich folgende Untersuchungshypothesen:

- **Hypothese 1:**
Die Diagnosen Borderline-Persönlichkeitsstörung und komplexe PTBS überschneiden sich signifikant.
- **Hypothese 2:**
Es finden sich signifikante Unterschiede hinsichtlich spezifischer Symptome bei Patienten mit komplexer PTBS (z. B. Scham, Schuldgefühle, Gefühl der Isolation, Misstrauen, fehlende Zukunftsperspektive, somatoforme Symptome) im Vergleich zu Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (z. B. Impulsivität in selbstschädigendem Ausmaß, chronisches Gefühl von Leere, instabile Beziehungen, verzweifeltes Bemühen, Verlassenwerden zu vermeiden).
- **Hypothese 3a:**
Bei Patienten, die beide Diagnosen erfüllen, findet sich im Vergleich zu den Patienten mit alleiniger Borderline-Persönlichkeitsstörung oder komplexer PTBS ein signifikant stärkerer Ausprägungsgrad der Diagnosen, d. h. sie erfüllen quantitativ jeweils mehr Symptomkriterien der beiden Störungsbilder.

- **Hypothese 3b:**
Bei Patienten, die beide Diagnosen erfüllen, finden sich im Vergleich zu den Patienten mit alleiniger Borderline-Persönlichkeitsstörung oder komplexer PTBS signifikant häufiger schwere Beziehungstraumatisierungen in der Anamnese.
- **Hypothese 3c:**
Die Patienten, die beide Diagnosen erfüllen, unterscheiden sich von den Patienten mit alleiniger Borderline-Persönlichkeitsstörung oder komplexer PTBS hinsichtlich des Auftretens komorbider Erkrankungen.
- **Hypothese 3d:**
Die Patienten, die beide Diagnosen erfüllen, weisen im Vergleich zu Patienten mit alleiniger Borderline-Persönlichkeitsstörung oder komplexer PTBS eine höhere Symptombelastung durch spezifische posttraumatische Symptome, depressive Symptome, dissoziative Symptome, somatoforme Körperbeschwerden sowie Angstsymptome auf.

2.2 Datenerhebung und Datenschutz

Die Interviewdiagnostik und Fragebogenerhebung erfolgte im Rahmen der routinemäßig durchgeführten psychosomatischen bzw. psychiatrischen Diagnostik und Beratung an fünf auf die Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen oder mit komplexen Traumafolgestörungen spezialisierten Zentren sowie in einer forensischen Abteilung einer psychiatrischen Klinik:

- Niedersächsisches Landeskrankenhaus Göttingen, heute Asklepios-Fachklinikum, Traumastation (N = 52)
- Medizinische Hochschule Hannover, Ambulanz für Traumafolgestörungen (N = 44)
- Asklepios Klinikum Nord Hamburg, Tagesklinik (N = 51)
- Asklepios Klinikum Nord Hamburg, Borderline-Station (N = 46)
- Asklepios Klinikum Nord Hamburg, Klinik für Forensik (N = 28)
- Landesklinik Lübben, Psychiatrische Ambulanz (N = 51)

Es fand keine Vorselektierung der Patienten statt. Ausschlusskriterien waren manifeste psychotische Erkrankungen sowie das Fehlen von mindestens einer der folgenden Diagnosen: PTBS, komplexe PTBS, Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Es erfolgte eine Aufteilung der Interviewdiagnostik auf 1-3 diagnostische Termine. Die Durchführung der diagnostischen Interviews wurde durch ein Ratertraining vor Beginn der Datenerhebung geübt und standardisiert. Die Fragebögen wurden von den Studienteilnehmern selbstständig ausgefüllt. Die Patienten wurden ausführlich hinsichtlich der Ergebnisse der Diagnostik beraten und es erfolgten entsprechende Therapieempfehlungen. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich auf ca. 1,5 Jahre. Es wurden 274 Patienten aus den sechs verschiedenen Studienzentren in die Studie aufgenommen.

Die Zustimmung zur Durchführung der Studie wurde von den lokal zuständigen Ethikkommissionen an allen beteiligten Zentren eingeholt. Von allen Studienteilnehmern lag ein schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie vor. Die Daten wurden anonymisiert in den Computer eingegeben und für Dritte unzugänglich aufbewahrt.

2.3 Erhebungsinstrumente

2.3.1 Strukturiertes Klinisches Interview zu DSM-IV, Modul PTSD (SKID-PTSD)

Um die Diagnose einer PTBS zu erfassen, gilt das Modul PTSD des SKID (Wittchen et al. 1997), ein halbstrukturiertes Interview in Anlehnung an das DSM-IV, als Goldstandard. Entsprechend der Diagnosekriterien des DSM-IV werden die Symptome und Beschwerden anhand von 17 Fragen aus den Bereichen „Wiedererleben“, „Vermeiden“ und „Hyperarousal“ ermittelt. Daneben wird das Vorliegen der objektiven und subjektiven A-Kriterien der traumatischen Erfahrung überprüft sowie Symptombdauer und Schweregrad der Störung abgefragt. Zanarini et al. (2000) bestätigen eine gute bis sehr gute Interraterreliabilität für die Achse-I-Diagnosen des amerikanischen SKID.

2.3.2 International Personality Disorder Examination (IPDE) – Borderline-Modul

Das „International Personality Disorder Examination“ ist ein strukturiertes Interview zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen, das die Kriterien des DSM-IV und des ICD-10 integriert und als offizielles Diagnoseinstrument der WHO entwickelt wurde (Loranger et al. 1994). Ein Manual mit ausführlicher Beschreibung von Anwendung, Durchführung und Ausführung erleichtert eine sorgfältige und umfassende Diagnostik (Mombour et al. 1996). In der vorliegenden Multicenterstudie kam das 14 Items umfassende Modul Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV zum Einsatz (Mombour et al. 1996). Für die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV müssen 5 der 9 Symptomkriterien erfüllt sein.

2.3.3 Interview zur Diagnostik der komplexen PTBS (I-kPTBS)

Beim „Interview zur Diagnostik der komplexen PTBS“ handelt es sich um die deutschsprachige Adaptation des „Structured Interview for Disorders of Extreme Stress“ (SIDES; Pelcovitz et al. 1997), ein Instrument zur Erfassung der komplexen PTBS. Bei der Überarbeitung wurde insbesondere die Skala zur Somatisierung stark gekürzt und die Antwortstruktur des Interviews der des SKID angeglichen (Boroske-Leiner et al. 2008). Der I-kPTBS umfasst 40 Items aus den sechs Störungsbereichen der kPTBS, von denen für die Vergabe der Diagnose nach amerikanischen Forschungskriterien alle sechs kriteriumsgemäß verändert sein müssen. Boroske-Leiner et al. (2008) empfehlen im klinischen Rahmen eine Diagnosestellung bereits bei der Erfüllung von 5 der 6 Merkmale. Die interne Konsistenz des Interviews bezogen auf die Gesamtstichprobe zeigte sich als gut bis sehr gut ($r = 0.88$) (Boroske-Leiner et al. 2008).

2.3.4 Dissociative Disorders Interview Schedule (DDIS)

Das „Dissociative Disorders Interview Schedule“, ein aus 131 Items bestehendes strukturiertes Interview, erfasst primäre und sekundäre Symptome dissoziativer Störungen und erlaubt deren Differentialdiagnostik nach DSM-IV (Ross et al. 1989). In der vorliegenden Studie kam die validierte deutsche Fassung (Frör 2000) zur Anwendung, die eine diagnostische Beurteilung hinsichtlich des Vorhandenseins von Dissoziativer Amnesie, Dissoziativer Fugue, Depersonalisationsstörung und Dissoziativer Identitätsstörung (DIS) ermöglicht. Daneben werden Symptome einer Major depressiven Episode sowie positive Symptome der Schizophrenie (Symptome 1. Ranges nach Schneider) abgefragt. Es wird eine akzeptable Interraterreliabilität beschrieben. Beim Vorliegen von mindestens vier eindeutigen und beständigen Symptomen dissoziativer Fragmentierung (Alltagsamnesien, Stimmenhören, Identitätsunsicherheit, Identitätswechsel), wurde in dieser Studie außerdem die Diagnose einer Komplexen Dissoziativen Störung (Gast 2002) vergeben.

2.3.5 Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ)

Beim „Traumatic Antecedents Questionnaire“ handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument, das mögliche lebensgeschichtliche Traumatisierungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Alter, aufgeteilt in Lebensphasen (0 - 6 Jahre, 7 - 12 Jahre, 13 - 18 Jahre und Erwachsenenalter), rückblickend abfragt (Herman und van der Kolk 1987). Dabei stehen gestufte Antwortmöglichkeiten („gar nicht/nie“, „ein wenig/selten“, „im Grunde schon/gelegentlich“, „sehr stark/oft“, „weiß nicht“) zur Verfügung. Aus den vorhandenen 11 Skalen der verwendeten modifizierten deutschen Version (Hofmann et al. 1999) wurden für

die Auswertung die für komplexe Traumafolgestörungen charakteristischen Bereiche sexuelle Gewalt, körperliche Gewalt, emotionale Gewalt und Vernachlässigung heraus gegriffen.

2.3.6 Screening zu somatoformen Symptomen (SOMS)

Mit dem „Screening zu somatoformen Symptomen“ von Rief (1997) werden körperliche Beschwerden erfasst, die nicht auf eine eindeutige organische Erkrankung zurückzuführen sind. Der in der vorliegenden Studie verwendete Fragebogen SOMS-7T erfasst das Zeitfenster der zurückliegenden 7 Tage und besteht aus 53 Items auf der Grundlage der für Somatoforme Störung diagnostisch relevanten körperlichen Symptome in DSM-IV und ICD-10. Die Antworten werden auf einer fünfstufigen Skala (von „gar nicht (0)“ bis „sehr stark“ (5)) eingeschätzt. Für die Auswertung werden so genannte Somatisierungsindices gebildet. Die interne Konsistenz wird mit $\alpha = 0.92$ angegeben. Auch die Validität des Instruments konnte über die Demonstration von inhaltlicher Validität, externer Validität sowie differentieller Validität belegt werden (Rief und Hiller 2003).

2.3.7 Fragebogen zur Dissoziativen Symptomatik (FDS)

Beim „Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen“ (Freyberger et al. 1999) handelt es sich um die deutsche Überarbeitung der „Dissociative Experience Scale“ (DES) von Bernstein (1986). Er kommt als Screeninginstrument zur dimensionalen Erfassung dissoziativer Symptome zum Einsatz und beinhaltet die Subskalen Amnesie, Absorption, Derealisation/Depersonalisation und Konversion über 44 Items. Der Patient muss auf einer Skala von 0 % („nie“) bis 100 % („immer“) selbst einschätzen, wie häufig die jeweiligen Phänomene bei ihm auftreten. Für die Auswertung wird ein arithmetisches Mittel über alle Items errechnet, für das ein Cut-Off-Wert von 25 als auffällig gilt. Die interne Konsistenz wird mit $\alpha = 0.91$ angegeben. In der vorliegenden Studie wurde der FDS zur Vereinfachung und zur besseren Vergleichbarkeit mit Daten internationaler Studien entsprechend der Itemzahl der amerikanischen Originalversion auf 28 Items gekürzt und gemäß der Itemreihenfolge des Originals umgeordnet.

2.3.8 Impact of Event Scale – Revised (IES-R)

Die „Impact of Event Scale“ (Horowitz et al. 1979) ist ein häufig eingesetztes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung posttraumatischer Belastungsreaktionen. In vorliegender Studie kam die von Weiss und Marmar (1996) überarbeitete und von Maercker und Schützwohl (1998) ins Deutsche übersetzte revidierte Version der Skala zur Anwendung. Über 22 Items der drei Subskalen „Intrusionen“, „Vermeidung“ und „Hyperarousal“ werden

hier typische Traumafolgesymptome abgefragt. Auf einer Rating-Skala von 0 („nie“) bis 5 („oft“) sollen die Betroffenen einschätzen, wie häufig sie innerhalb den letzten 7 Tagen unter entsprechenden Symptomen litten. Durch eine Regressionsgleichung lässt sich aus den drei Subskalen das Vorliegen einer PTBS abschätzen. Das aus den Subskalenwerten ermittelte Gesamtmaß lässt Aussagen über den Schweregrad der Symptomatik zu.

2.3.9 State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

Beim „State-Trait Anxiety Inventory“ (Spielberger et al. 1970) handelt es sich um einen oft verwendeten Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung der Angst-Intensität (Skala X1) und der allgemeinen Ängstlichkeit als Persönlichkeitsmerkmal (Skala X2). Er kam hier in der deutschen Übersetzung von Laux et al. (1981) zur Anwendung. Jede Skala umfasst 20 Items, deren Zutreffen auf einer vierstufigen Skala (von „nie“ (1) bis „fast immer“ (4)) eingeschätzt wird. Um ein relativ stabiles Persönlichkeitsmerkmal zur erfassen, wurde für vorliegende Untersuchung die Skala zur allgemeinen Ängstlichkeit (Skala X2) ausgewählt. Für diese Skala beträgt die Test-Retest-Reliabilität $\kappa = 0.84$ (Spielberger et al. 1970).

2.3.10 Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Der „Beck-Depressions-Inventar“ wurde 1961 von Beck und Ward (1961) zur Messung depressiver Symptome entwickelt und seitdem mehrfach überarbeitet. Eingesetzt wurde die von Schmitt und Maes (2000) vorgeschlagene vereinfachte Version des BDIs (BDI-V). Sie besteht aus 20 Items, die auf einer sechsstufigen Häufigkeitsskala (von „nie“ (0) bis „fast immer“ (6)) skaliert werden. Damit ergeben Itemzahl und Antwortskala einen möglichen Wertebereich von 0 bis 100. Bei einem Summenwert über 35 liegt mit ungefähr 90%iger Sicherheit eine klinisch relevante Depression vor (Schmitt et al. 2003). Die Messeigenschaften des modifizierten BDIs wurden an einer Stichprobe von 2500 Probanden validiert. Die interne Konsistenz der Skala beträgt $\kappa = 0.90$. Latent-State-Trait-Analysen ergeben eine sehr gute Reliabilität des Summenwertes (0.95) (Schmitt und Maes 2000).

2.3.11 Weitere Diagnostikinstrumente

Daneben wurde allen teilnehmenden Patienten im Rahmen der Multicenterstudie noch das Hannover Selbstregulationsinventar (**HSRI**), die Wender-Utah-Rating-Scale (**WURS**), die Conner Adult ADHD Rating Scale (**CAARS**), der Inventar klinischer Persönlichkeitsakzentuierung (**IKP**) und ein Fragebogen zur Ressourcenrealisierung (**RES**) zur Selbstbeurteilung ausgehändigt. Da deren Auswertung in der Fragestellung der vorliegenden Arbeit keine

Berücksichtigung findet, soll an dieser Stelle auf eine genaue Beschreibung dieser Messinstrumente verzichtet werden.

2.4 Stichprobenbeschreibung

Zur folgenden Beschreibung des Patientenkollektivs finden sich weitere ausführlichere Tabellen im Anhang. Die vorliegenden soziodemographischen Daten wurden im Rahmen der Interviewdiagnostik erfragt.

Es wurden insgesamt 274 Patienten aus sechs verschiedenen Studienzentren in die Untersuchung eingeschlossen. Davon waren 201 (73,4 %) weiblichen und 73 (26,6 %) männlichen Geschlechts.

Das durchschnittliche Alter betrug 34,95 Jahre (Range 18 - 61), eine genauere Altersverteilung geht aus Tabelle 2.3. hervor:

Tabelle 2.1: Alter

Alter	N	%
bis 20 Jahre	18	6,6
21 - 30 Jahre	90	32,8
31 - 40 Jahre	80	29,2
41 - 50 Jahre	68	24,8
51 Jahre und älter	18	6,6
<i>Gesamt</i>	<i>274</i>	<i>100,0</i>

151 (55,1 %) Patienten gaben an, in keiner festen Partnerschaft zu leben. Ledig waren 178 (65,0 %), verheiratet 52 (19,0 %), geschieden 31 (11,3 %), getrennt lebend 11 (4,0 %) und verwitwet 2 (0,7 %) aller Patienten. 100 (36,5 %) Patienten berichteten, eigene Kinder zu haben.

75 (27,4 %) der Patienten gaben an, über Abitur oder Fachabitur zu verfügen, 119 (43,4 %) über die mittlere Reife, 61 (22,3 %) über einen Hauptschulabschluss und 10 (3,6 %) über einen Sonderschulabschluss. 6 (2,2 %) hatten keinen Schulabschluss erlangt und 3 (1,1 %) besuchten aktuell noch die Schule.

Von den 274 Patienten berichteten 47 (17,2 %), einer Vollzeitbeschäftigung und 30 (10,9 %) einer Teilzeitbeschäftigung nachzugehen. 8 (2,9 %) Patienten waren Hausfrau/-mann, 2 (0,7 %) leisteten Wehr- oder Zivildienst oder ein Freiwilliges Soziales Jahr und 24 (8,8 %) gingen einer Vollzeitschul Ausbildung nach. Arbeitslos waren 67 (24,5 %) der Patienten und 93 (33,9 %) Patienten gaben, an nicht erwerbstätig oder berentet zu sein.

Eine Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen 49 (17,9 %) der befragten Patienten, 27 (9,9 %) berichteten, einen Rentenantrag gestellt zu haben. 5 (1,8 %) Patienten bezogen Leistungen nach Opferentschädigungsgesetz.

Die Prävalenzraten der Einschlussdiagnosen PTBS, komplexe PTBS sowie Borderline-Persönlichkeitsstörung sollen als zentraler Bestandteil der vorliegenden Arbeit im Ergebnisteil ausführlich dargestellt werden.

Die Prävalenz der übrigen komorbiden psychischen Diagnosen, der somatischen Nebendiagnosen sowie die Angaben über eine bestehende psychiatrische Medikation wurde an den verschiedenen Studienzentren teilweise leider nicht standardisiert erhoben, weshalb entsprechende Ergebnisse nur eingeschränkt aussagekräftig sind.

Eine Zusammenfassung der komorbiden psychischen Diagnosen ist in Tabelle 2.2 dargestellt:

Tabelle 2.2: weitere Komorbiditäten

Komorbiditäten	N	% ****
Dissoziative Störungen *	207	75,6%
davon		
Depersonalisation	178	65,0
Dissoziative Amnesie	103	37,6
Komplexe Dissoziative Störung	89	32,5
Dissoziative Störung, nicht näher bezeichnet	51	18,6
Dissoziative Identitätsstörung	21	7,7
Dissoziative Fuge	7	2,6
Somatisierungsstörung **	106	38,7
Depressive Störung ***	100	36,5
Andere Persönlichkeitsstörung ***	20	7,3
Essstörung ***	14	5,1
Phobische oder Angststörung ***	13	4,7
Zwangsstörung ***	3	1,1

* aus standardisierter Interviewdiagnostik

** aus Fragebogendiagnostik

*** anamnestisch (nicht standardisiert)

**** Mehrfachnennungen möglich

Der Erhebung nach wurden 132 (48,2 %) Patienten mit einem Antidepressivum behandelt, 86 (31,4 %) berichteten über die Behandlung mit einem Neuroleptikum und 51 (18,6 %) der Patienten gaben an, ein Anxiolytikum, Hypnotikum oder Sedativum einzunehmen. Die somatischen Nebendiagnosen sind der ausführlichen Tabelle im Anhang zu entnehmen.

2.5 Statistische Auswertung

Der Gruppenvergleich dichotomer Variablen wurde mittels Chi-Quadrat-Test durchgeführt. Die Überprüfung von Gruppenunterschieden der intervallskalierten Variablen erfolgte durch Varianzanalyse (ANOVA). Nicht normalverteilte Variablen wurden mit dem nonparametrischen Kruskal-Wallis-Test überprüft. Auf Grund der Problematik des multiplen Testens erfolgte außerdem eine Korrektur des α -Fehlers aller Ergebnisse nach Bonferroni. Als Signifikanzniveau wurde $\alpha = 0,05$ festgelegt. Bei den statistischen Berechnungen kam die Statistiksoftware SPSS, Version 15.0. zur Anwendung.

3 Ergebnisse

3.1 Prävalenz und Überschneidungsraten von BPS und kPTBS

3.1.1 Prävalenz der Einschlussdiagnosen

In die Studie wurden 274 Patienten aus sechs verschiedenen Studienzentren aufgenommen. Im Studienzentrum Göttingen (Niedersächsisches Landeskrankenhaus Göttingen, heute Asklepios-Fachklinikum, Traumastation, *Goe*) wurden 52 Patienten, im Zentrum Hamburg-1 (Asklepios Klinikum Nord Hamburg, Tagesklinik, *HH1*) 51 Patienten, in Hamburg-2 (Asklepios Klinikum Nord Hamburg, Borderline-Station, *HH2*) 46 Patienten, in Hamburg-3 (Asklepios Klinikum Nord Hamburg, Klinik für Forensik, *HH3*) 28 Patienten, in Hannover (Medizinische Hochschule Hannover, Ambulanz für Traumafolgestörungen, *Han*) 44 Patienten und im Studienzentrum Lübben (Landeslinik Lübben, Psychiatrische Ambulanz, *Lue*) 51 Patienten eingeschlossen.

Tabelle 3.1: Prävalenz der Einschlussdiagnosen

Diagnose aktuell	Studienort						Gesamt
	Goe	HH1	HH2	HH3	Han	Lue	
PTBS <i>aktuell</i>	52 (96,3 %)	46 (90,2 %)	27 (58,7 %)	27 (96,4 %)	39 (88,6 %)	48 (94,1 %)	239 (87,2 %)
PTBS <i>Lebenszeit</i>	53 (98,1 %)	47 (92,2 %)	27 (58,7 %)	28 (100 %)	41 (93,2 %)	48 (94,1 %)	244 (89,1 %)
BPS <i>aktuell</i>	22 (40,7 %)	32 (62,7 %)	42 (91,3 %)	12 (42,9 %)	20 (45,5 %)	20 (39,2 %)	148 (54,0 %)
BPS <i>Lebenszeit</i>	29 (53,7 %)	43 (84,3 %)	43 (93,5 %)	24 (85,7 %)	26 (59,1 %)	29 (56,9 %)	194 (70,8 %)
kPTBS <i>aktuell</i>	41 (75,9 %)	37 (72,5 %)	39 (84,8 %)	4 (14,3 %)	30 (68,2 %)	38 (74,5 %)	189 (69,0 %)
kPTBS <i>Lebenszeit</i>	43 (79,6 %)	43 (84,3 %)	40 (87,0 %)	16 (57,1 %)	35 (79,5 %)	40 (78,4 %)	217 (79,2 %)
Gesamt	54 (100 %)	51(100 %)	46 (100 %)	28 (100 %)	44 (100 %)	51(100 %)	274 (100 %)

Bei 87,2 % aller eingeschlossenen Patienten, ließ sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung eine (einfache) PTBS (PTBS), bei 54,0 % eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) und bei 69,0 % eine komplexe PTBS (kPTBS) diagnostizieren (Tab. 3.1).

Die Untersuchung der Lebenszeitprävalenz der drei Einschlussdiagnosen ergab für die PTBS einen Anteil von 89,1 %, für die Borderline-Persönlichkeitsstörung 70,8 % und für die komplexe PTBS 79,8 % (Tab.3.1).

Die Verteilung der Diagnosen in den jeweiligen Studienzentren unterschied sich deutlich. So fällt zum Beispiel im Studienzentrum HH-2 ein niedrigerer Anteil (58,7 %) an Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung und ein höherer Anteil (91,3 %) an Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung verglichen mit dem Anteil der Erkrankungen im Gesamtkollektiv auf (87,3 bzw. 54,0 %) auf. Im Studienzentrum HH-3 machte die Diagnose einer komplexen PTBS nur 14,3 % im Vergleich zum Gesamtprävalenz der komplexen PTBS von 69,0 % aus (Tab. 3.1).

Der größte Unterschied zwischen der aktuellen Prävalenz und der Lebenszeitprävalenz ergab sich bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung (aktuell 54,0 %; Lebenszeit 70,8 %) (Tab. 3.1).

3.1.2 Diagnoseüberschneidungen

Die in Hinsicht auf die Fragestellung relevante Prävalenz der Patienten, die aktuell sowohl an einer komplexen PTBS als auch einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt waren, lässt sich aus Tabelle 3.2 entnehmen: bei 43,1 % der Patienten wurden beide Erkrankungen diagnostiziert. Diese Überschneidung ist statistisch hoch signifikant.

Tabelle 3.2: Diagnoseüberschneidungen aktuell

Überschneidungsrate <i>Aktuell</i>	keine kPTBS	kPTBS	Gesamt
keine BPS	55 (20,1 %)	71 (25,9 %)	126 (46 %)
BPS	30 (10,9 %)	118 (43,1 %)	148 (54,0 %)
Gesamt	85 (31 %)	189 (69 %)	274 (100 %)
Chi-Quadrat Überschneidungsrate			17,386
Signifikanz Überschneidungsrate			0,000

Eine hohe Signifikanz zeigt auch die Überschneidungsrate der Lebenszeitprävalenzen: 59,9 % der Patienten wiesen im Laufe ihres Lebens sowohl eine komplexe PTBS als auch eine Borderline-Persönlichkeitsstörung auf (siehe Tab. 3.3).

Tabelle 3.3: Diagnoseüberschneidungen Lebenszeit

Überschneidungsrate <i>Lebenszeit</i>	keine kPTBS	kPTBS	Gesamt
keine BPS	27 (9,9 %)	53 (19,3 %)	80 (29,2 %)
BPS	30 (10,9 %)	164 (59,9 %)	194 (70,8 %)
Gesamt	57 (20,8 %)	217 (79,2 %)	274 (100 %)
Chi-Quadrat Überschneidungsrate			11,496
Signifikanz Überschneidungsrate			0,001

Für das untersuchte Studienkollektiv ergaben sich somit folgende Zusammenhänge:
62,4 % der Patienten, die aktuell an einer komplexen PTBS litten, wiesen gleichzeitig die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung auf (siehe Abb. 3.1).

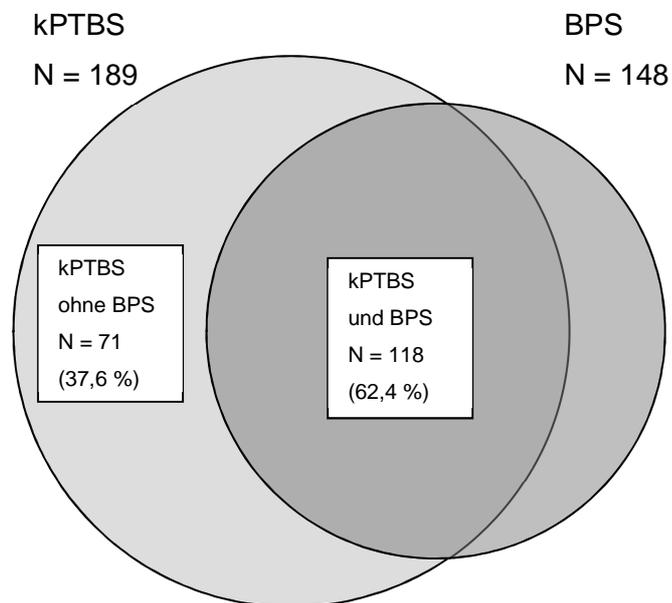


Abb. 3.1: Prävalenz der BPS bei Patienten mit kPTBS

79,7 % der Patienten, bei denen aktuell eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden war, litten auch an einer komplexen PTBS (Abb. 3.2).

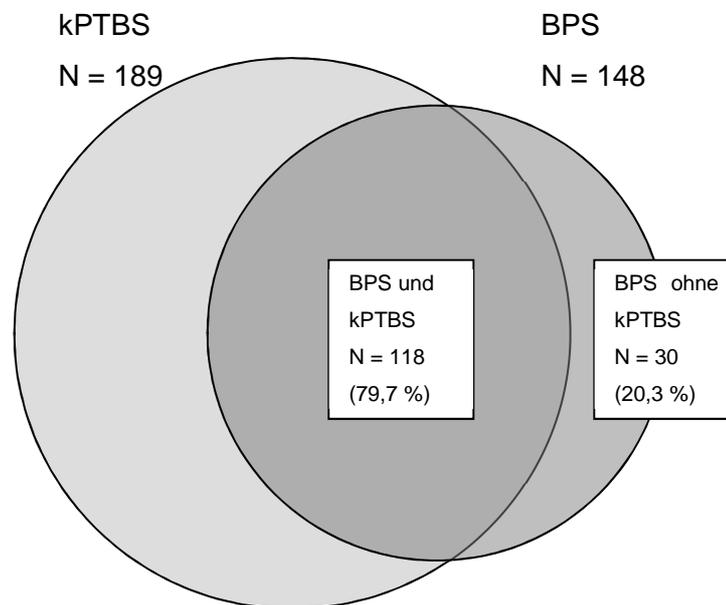


Abb. 3.2 Prävalenz der kPTBS bei Patienten mit BPS

3.1.3 Beurteilung bezüglich Untersuchungshypothese 1

Die erste Untersuchungshypothese – die Diagnosen Borderline-Persönlichkeitsstörung und komplexe PTBS überschneiden sich signifikant – gilt somit als bestätigt.

3.2 Vergleich der Patienten hinsichtlich der einzelnen Symptomkriterien

Für die Auswertung der folgenden Untersuchungen sollen hier zunächst die herangezogenen Vergleichsgruppen näher beschrieben werden. Es gibt drei verschiedene Vergleichsgruppen: die Gruppe der Patienten, die einzig eine komplexe PTBS, jedoch keine Borderline-Persönlichkeitsstörung aufwiesen (25,9 %), die Patienten, bei denen nur eine Borderline-Persönlichkeitsstörung und nicht gleichzeitig eine komplexe PTBS diagnostiziert worden war (10,9 %), und die Gruppe der Patienten, die sowohl eine komplexe PTBS als auch eine Borderline-Persönlichkeitsstörung zeigten (43,1 %) (Tab. 3.4). Es handelt sich dabei jeweils um die Diagnosen, die zum Zeitpunkt des diagnostischen Interviews gestellt wurden („aktuell“). Die 55 (20,1 %) Patienten, bei denen nur eine einfache PTBS diagnostiziert wurde, erfüllten zwar die Einschlusskriterien für die Multicenterstudie, waren für die oben beschriebene Fragestellung jedoch nicht mehr relevant, weshalb sie bei den Gruppenvergleichen nicht mit aufgeführt werden. Sonstige Komorbiditäten wurden bei der Definition der Vergleichsgruppen nicht berücksichtigt, d. h. wenn im Folgenden z. B. die Beschreibung „nur Borderline-Persönlichkeitsstörung“ oder „nur kPTBS“ verwendet wird, schließt das nicht das Vorhandensein weiterer Erkrankungen unabhängig von den beiden untersuchten Hauptdiagnosen aus.

Tabelle 3.4: Beschreibung der Vergleichsgruppen (aktuell) mit Aufteilung in Studienorte

Vergleichsgruppen <i>aktuell</i>	Studienort						Gesamt
	Goe	HH1	HH2	HH3	Han	Lue	
nur PTBS	12 (22,2 %)	7 (13,7 %)	1 (2,2 %)	16 (57,1 %)	8 (18,2 %)	11 (21,6 %)	55 (20,1 %)
kPTBS (ohne BPS)	20 (37,0 %)	12 (23,5 %)	3 (6,5 %)	0 (0 %)	16 (36,4 %)	20 (39,2 %)	71 (25,9 %)
BPS (ohne kPTBS)	1 (1,9 %)	7 (13,7 %)	6 (13,0 %)	8 (28,6 %)	6 (13,6 %)	2 (3,9 %)	30 (10,9 %)
kPTBS und BPS	21 (38,9 %)	25 (49,0 %)	36 (78,3 %)	4 (14,3 %)	14 (31,8 %)	18 (35,3 %)	118 (43,1 %)
Gesamt	54 (100 %)	51 (100 %)	46 (100 %)	28 (100 %)	44 (100 %)	51 (100 %)	274 (100 %)

3.2.1 Gruppenvergleich hinsichtlich der Symptomkriterien der BPS

3.2.1.1 Vergleich von Patienten mit kPTBS oder BPS

Beim Vergleich der Patienten mit alleiniger Diagnose einer komplexen PTBS oder einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllten die Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung signifikant häufiger die Borderline-Symptomkriterien „Verlassenwerden vermeiden“, „Instabile Beziehungen“, „Instabiles Selbstbild“, „Impulsives Verhalten“, „Chronische Leere“ und „Heftige Wut“. Die Kriterien „Suizidale Handlungen/Selbstverletzung“, „Affektive Instabilität“ und „Paranoide/Dissoziative Symptome“ unterschieden sich nicht signifikant in den beiden Gruppen, allerdings wiesen in der Stichprobe mehr Borderline-Patienten die Kriterien „Suizidale Handlungen/Selbstverletzung“ und „Affektive Instabilität“ auf (Tab 3.5).

Tabelle 3.5: Vergleich von Patienten mit kPTBS oder BPS hinsichtlich der Symptomkriterien der BPS

Symptomkriterien BPS	kPTBS ohne BPS N = 71	BPS ohne kPTBS N = 30	Statistischer Vergleich	
	N (%)	N (%)	Chi-Quadrat	Signifikanz*
Verlassenwerden vermeiden	10 (14,1 %)	16 (53,3 %)	16,995	,000
Instabile Beziehungen	8 (11,3 %)	22 (73,3 %)	38,907	,000
Instabiles Selbstbild	34 (47,9 %)	26 (86,7 %)	13,151	,000
Impulsives Verhalten	6 (8,5 %)	13 (43,3 %)	16,802	,000
Suizidale Handl./Selbstverletzung	20 (28,2 %)	14 (46,7 %)	3,231	n. s.
Affektive Instabilität	41 (57,7 %)	25 (83,3 %)	6,097	n. s.
Chronische Leere	32 (45,1 %)	24 (80,0 %)	10,416	,009
Heftige Wut	8 (11,3 %)	23 (76,7 %)	42,402	,000
Paranoide/Dissoziative Symptome	39 (54,9 %)	15 (50,0 %)	,206	n. s.

*korrigiert nach Bonferroni

3.2.1.2 Vergleich von Patienten mit BPS mit und ohne kPTBS

Es lagen keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Erfüllung der Borderline-Symptomkriterien beim Vergleich der Patienten, die nur an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt waren, mit jenen, die neben der Borderline-Persönlichkeitsstörung die Diagnose einer komplexen PTBS aufwiesen, vor (Tab. 3.6).

Tabelle 3.6: Vergleich von Patienten mit BPS mit und ohne kPTBS hinsichtlich der Symptomkriterien der BPS

Symptomkriterien BPS	BPS ohne kPTBS N = 30	BPS und kPTBS N = 118	Statistischer Vergleich	
	N (%)	N (%)	Chi-Quadrat	Signifikanz*
Verlassenwerden vermeiden	16 (53,3 %)	56 (47,5 %)	,331	n. s.
Instabile Beziehungen	22 (73,3 %)	92 (78,0 %)	,290	n. s.
Instabiles Selbstbild	26 (86,7 %)	105 (89,0 %)	,126	n. s.
Impulsives Verhalten	13 (43,3 %)	74 (62,7 %)	3,707	n. s.
Suizidale Handl./Selbstverletzung	14 (46,7 %)	82 (69,5 %)	5,468	n. s.
Affektive Instabilität	25 (83,3 %)	114 (96,6 %)	7,382	n. s.
Chronische Leere	24 (80,0 %)	99 (83,9 %)	,259	n. s.
Heftige Wut	23 (76,7 %)	72 (61,0 %)	2,548	n. s.
Paranoide/Dissoziative Symptome	15 (50,0 %)	86 (72,9 %)	5,778	n. s.

*korrigiert nach Bonferroni

3.2.1.3 Vergleich von Patienten mit kPTBS mit und ohne BPS

Beim Vergleich der Gruppe von Patienten, die nur an einer komplexen PTBS erkrankt waren, mit der Gruppe der Patienten mit beiden Diagnosen zeigte sich – mit Ausnahme des Kriteriums „Paranoide/Dissoziative Symptome“ - in Hinblick auf alle Symptomkriterien eine signifikant häufigere Erfüllung bei den Patienten mit beiden Diagnosen (Tab. 3.7).

Tabelle 3.7: Vergleich von Patienten mit kPTBS mit und ohne BPS hinsichtlich der Symptomkriterien der BPS

Symptomkriterien BPS	kPTBS ohne BPS N = 71	kPTBS und BPS N = 118	Statistischer Vergleich	
	N (%)	N (%)	Chi-Quadrat	Signifikanz*
Verlassenwerden vermeiden	10 (14,1 %)	56 (47,5 %)	21,724	,000
Instabile Beziehungen	8 (11,3 %)	92 (78,0 %)	79,149	,000
Instabiles Selbstbild	34 (47,9 %)	105 (89,0 %)	38,478	,000
Impulsives Verhalten	6 (8,5 %)	74 (62,7 %)	53,464	,000
Suizidale Handl./Selbstverletzung	20 (28,2 %)	82 (69,5 %)	30,469	,000
Affektive Instabilität	41 (57,7 %)	114 (96,6 %)	45,382	,000
Chronische Leere	32 (45,1 %)	99 (83,9 %)	31,419	,000
Heftige Wut	8 (4,2 %)	72 (38,1 %)	44,943	,000
Paranoide/Dissoziative Symptome	39 (54,9 %)	86 (72,9 %)	6,379	n. s.

*korrigiert nach Bonferroni

3.2.2 Gruppenvergleich hinsichtlich der Störungsbereiche der kPTBS

3.2.2.1 Vergleich von Patienten mit kPTBS oder BPS

Wie in Tabelle 3.8 zu sehen ist, unterschieden sich die Vergleichsgruppen der Patienten, die nur an einer komplexen PTBS erkrankt waren, von denen, die nur an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung litten, hinsichtlich der Erfüllung der Störungsbereiche der komplexen PTBS durchgehend hoch signifikant.

Tabelle 3.8: Vergleich von Patienten mit kPTBS oder BPS hinsichtlich der Störungsbereiche der kPTBS

Störungsbereiche kPTBS	kPTBS ohne BPS N = 71	BPS ohne kPTBS N = 30	Statistischer Vergleich	
	N (%)	N (%)	Chi-Quadrat	Signifikanz*
Störung der Affekt- u. Impulsregulation	63 (88,7 %)	16 (53,3 %)	15,511	,000
Störung von Wahrnehmung o. Bewusstsein	65 (91,5 %)	20 (66,7 %)	9,794	,012
Störung der Selbstwahrnehmung	61 (85,9 %)	11 (36,7 %)	24,990	,000
Beziehungsstörungen	71 (100,0 %)	23 (76,7 %)	17,800	,000
Somatisierung	67 (94,4 %)	11 (36,7 %)	39,923	,000
Veränderung von Lebenseinstellungen	64 (90,1 %)	13 (43,3 %)	25,505	,000

*korrigiert nach Bonferroni

3.2.2.2 Vergleich von Patienten mit BPS mit und ohne kPTBS

Die Patienten, die sowohl die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung als auch die Diagnose einer komplexen PTBS aufwiesen, erfüllten jeden Störungsbereich der komplexen PTBS häufiger als die Patienten, die nur an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt waren (Tab. 3.9). Auch diese Unterschiede waren statistisch hoch signifikant.

Tabelle 3.9: Vergleich von Patienten mit BPS mit und ohne kPTBS hinsichtlich der Störungsbereiche der kPTBS

Störungsbereiche kPTBS	BPS ohne kPTBS N = 30	BPS und kPTBS N = 118	Statistischer Vergleich	
	N (%)	N (%)	Chi-Quadrat	Signifikanz*
Störung der Affekt- u. Impulsregulation	16 (53,3 %)	111 (94,1 %)	32,596	,000
Störung von Wahrnehmung o. Bewusstsein	20 (66,7 %)	112 (94,9 %)	19,795	,000
Störung der Selbstwahrnehmung	11 (36,7 %)	114 (96,6 %)	65,480	,000
Beziehungsstörungen	23 (76,7 %)	117 (99,2 %)	23,652	,000
Somatisierung	11 (36,7 %)	102 (86,4 %)	32,819	,000
Veränderung von Lebenseinstellungen	13 (43,3 %)	110 (93,2 %)	42,403	,000

*korrigiert nach Bonferroni

3.2.2.3 Vergleich von Patienten mit kPTBS mit und ohne BPS

Bei Betrachtung der Gruppe der Patienten, die nur an einer komplexen PTBS litten, verglichen mit den Patienten, die beide Diagnosen aufwiesen, wurden keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Störungsbereiche der kPTBS deutlich (Tab. 3.10).

Tabelle 3.10: Vergleich von Patienten mit kPTBS mit und ohne BPS hinsichtlich der Störungsbereiche der kPTBS

Störungsbereiche kPTBS	kPTBS ohne BPS N = 71	kPTBS und BPS N = 118	Statistischer Vergleich	
	N (%)	N (%)	Chi-Quadrat	Signifikanz*
Störung der Affekt- u. Impulsregulation	63 (88,7 %)	111 (94,1 %)	1,727	n. s.
Störung der Wahrnehmung o. Bewusstsein	65 (91,5 %)	112 (94,9 %)	,845	n. s.
Störung der Selbstwahrnehmung	61 (85,9 %)	114 (96,6 %)	7,392	n. s.
Beziehungsstörungen	71 (100,0 %)	117 (99,2 %)	,605	n. s.
Somatisierung	67 (94,4 %)	102 (86,4 %)	2,943	n. s.
Veränderung von Lebenseinstellungen	64 (90,1 %)	110 (93,2 %)	,575	n. s.

*korrigiert nach Bonferroni

3.2.3 Zusammenfassung und Beurteilung bezüglich Untersuchungshypothese 2

Die zweite Untersuchungshypothese sagte signifikante Unterschiede bezüglich spezifischer Symptome bei Patienten mit komplexer PTBS im Vergleich zu Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung voraus.

Wie die oben aufgeführten Ergebnisse zeigen, konnte diese Hypothese weitgehend bestätigt werden: Beim Vergleich der Patienten mit alleiniger Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder einer komplexen PTBS zeigten sich signifikante Unterschiede in der Häufigkeit der Erfüllung folgender spezifischen Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung: **„Verlassen werden vermeiden“**, **„Instabile Beziehungen“**, **„Instabiles Selbstbild“**, **„Impulsives Verhalten“**, **„Chronisches Gefühl von Leere“** und **„Heftige Wut“**. Keine Unterschiede waren hinsichtlich der Symptome **„Suizidale Handlungen/Selbstverletzung“**, **„Affektive Instabilität“** sowie **„Paranoide/Dissoziative Symptome“** nachweisbar.

Die spezifischen Symptome der komplexen PTBS betreffend, ließen sich für alle Störungsbe-
reiche (**„Störung der Affekt- und Impulsregulation“**, **Störung von Wahrnehmung oder Bewusstsein“**, **„Störung der Selbstwahrnehmung“**, **„Beziehungsstörungen“**, **„Somatisierung“** und **„Veränderung von Lebenseinstellungen“**) signifikante Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen belegen.

3.3 Vergleich der Patienten hinsichtlich der Anzahl der erfüllten Symptomkriterien, Kindheitstraumatisierungen und komorbider Symptomatik

3.3.1 Gruppenvergleich hinsichtlich der Anzahl der erfüllten Symptomkriterien

3.3.1.1 Vergleich hinsichtlich der Anzahl positiver Symptomkriterien der BPS

Die Patienten, die nur an einer komplexen PTBS litten, erfüllten im Durchschnitt 2,8 der 9 Symptomkriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV, erhoben mit dem IPDE. Im Gegensatz dazu wiesen Patienten, bei denen eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden war, durchschnittlich 5,9 positive Symptomkriterien auf und die Patienten mit beiden Diagnosen zeigten durchschnittlich 6,6 Kriterien. Dabei waren die Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen jeweils statistisch signifikant (Tab. 3.11).

Tabelle 3.11: Vergleich von Patienten mit BPS und kPTBS mit Patienten, die entweder nur eine BPS oder nur eine kPTBS aufweisen hinsichtlich der Anzahl positiver Symptomkriterien der BPS

	Vergleichsgruppen	N	Mittelwert	Posthoc-Test (Bonferroni)	
				Vergleichsgruppen	Signifikanz
Anzahl pos. BPS-Kriterien	nur kPTBS	71	2,79	nur BPS	,000
				kPTBS und BPS	,000
	nur BPS	30	5,93	nur kPTBS	,000
				kPTBS und BPS	,024 KW:0,012
	kPTBS und BPS	118	6,61	nur kPTBS	,000
				nur BPS	,024 KW:0,012
Gesamt	219	5,28			

Da die Daten der Tabelle nicht normalverteilt sind, wurden die Ergebnisse mit einem nonparametrischen Test (Kruskal-Wallis) überprüft.

3.3.1.2 Vergleich hinsichtlich der Anzahl positiver Items des I-kPTBS

Beim Vergleich der Patientengruppen hinsichtlich der Anzahl positiver Items des I-kPTBS zeigten sich ebenfalls statistisch hochsignifikante Unterschiede: Die Patienten, bei denen nur eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden war, bejahten durchschnittlich 11,5 der 40 Items des I-kPTBS, die Gruppe mit der alleinigen Diagnose einer komplexen PTBS hatte einen Mittelwert von 18,2 positiven Items, und bei denjenigen Patienten, die sowohl die Diagnose einer komplexen PTBS als auch einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aufwiesen, waren im Durchschnitt 21,7 Items erfüllt (Tab. 3.12).

Tabelle 3.12: Vergleich von Patienten mit BPS und kPTBS mit Patienten, die entweder nur eine BPS oder nur eine kPTBS aufwiesen hinsichtlich der Anzahl positiver Items des I-kPTBS

	Vergleichsgruppen	N	Mittelwert	Posthoc-Test (Bonferroni)	
				Vergleichsgruppen	Signifikanz
Anzahl pos. Items I-kPTBS	nur kPTBS	71	18,18	nur BPS	,000
				kPTBS und BPS	,000
	nur BPS	30	11,53	nur kPTBS	,000
				kPTBS und BPS	,000
	kPTBS und BPS	118	21,71	nur kPTBS	,000
				nur BPS	,000
Gesamt	219	19,17			

Da die Daten der Tabelle nicht normalverteilt sind, wurden die Ergebnisse mit einem nonparametrischen Test (Kruskal-Wallis) überprüft.

3.3.1.3 Beurteilung bezüglich Untersuchungshypothese 3a

Die Untersuchungshypothese 3a sagte voraus, dass Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und komplexer PTBS jeweils einen stärkeren Ausprägungsgrad der beiden untersuchten Diagnosen (im Sinne einer höheren Anzahl der jeweils erfüllten Symptomkriterien) aufweisen, als die Patienten mit alleiniger Borderline-Persönlichkeitsstörung oder komplexer PTBS. Diese Hypothese gilt mit der obigen Darstellung als voll bestätigt.

3.3.2 Gesamtprävalenz traumatischer Erfahrungen sowie Gruppenvergleich hinsichtlich Kindheitstraumatisierungen

Nachfolgend werden hypothesengemäß die Vergleichsgruppen in Hinblick auf Kindheitstraumatisierungen in Form von Vernachlässigung, emotionalem Missbrauch, körperlicher Gewalt und sexuellem Missbrauch, aufgeteilt in verschiedene Altersbereiche (0 - 6 Jahre, 7 - 12 Jahre, 13 - 18 Jahren, über 18 Jahre und gesamt), untersucht.

Zunächst soll jedoch die Prävalenz traumatischer Erfahrungen innerhalb der Gesamtstichprobe sowie für die beiden untersuchten Krankheitsbilder zusammenfassend dargestellt werden:

Tabelle 3.13: Prävalenz traumatischer Ereignisse bei Patienten mit BPS, Patienten mit kPTBS sowie in der Gesamtstichprobe

traumatische Ereignisse insgesamt	kPTBS mit und ohne BPS N = 189	BPS mit und ohne kPTBS N = 148	Gesamtstich- probe N = 274
	N (%)	N (%)	N (%)
Vernachlässigung	162 (85,7 %)	130 (87,8 %)	238 (86,9 %)
Emotionaler Missbrauch	150 (79,4 %)	123 (83,1 %)	214 (78,1 %)
Körperliche Gewalt	131 (69,3 %)	97 (65,5 %)	186 (67,9 %)
Sexueller Missbrauch	96 (50,8 %)	63 (42,6 %)	124 (45,3 %)
≥ eine Traumaformen	181 (95,3 %)	142 (95,3 %)	261 (95,3 %)

95,3 % der Patienten der Gesamtstichprobe (d. h. unter Einschluss der Patienten mit einfacher PTBS) sowie der Gesamtgruppe der Patienten mit komplexer PTBS bzw. der Gesamtgruppe der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung hatten im Laufe ihres Lebens mindestens eine der untersuchten Traumatisierungen erlitten (Tab. 3.13).

3.3.2.1 Vergleich von Patienten mit kPTBS oder BPS

Beim Vergleich der Gruppe der Patienten, bei denen eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, mit den Patienten, die nur eine komplexe PTBS aufwiesen, fanden sich statistisch signifikante Unterschiede in den Bereichen der körperlichen Gewalt und des sexuellen Missbrauchs (Tab. 3.14):

Von den Patienten, die nur an einer komplexen PTBS litten, gaben 33,8 % der Patienten die Erfahrung körperlicher Gewalt im Alter zwischen null und sechs Jahren an, 56,3 % bejahten körperliche Gewalt zwischen dem siebten und zwölften Lebensjahr. Bei den Patienten mit alleiniger Borderline-Persönlichkeitsstörung hatten hingegen nur 6,7 % körperliche Gewalt bis zum sechsten Lebensjahr erfahren sowie 26,7 % im Alter zwischen sieben und zwölf Jahren (Tab. 3.14).

Beim sexuellen Missbrauch unterschieden sich die beiden Gruppen ebenfalls stark: Im Alter zwischen sieben und zwölf Jahren gaben 39,4 % der Patienten mit alleiniger Diagnose einer komplexen PTBS ein solches Erlebnis an, wohingegen dies nur 3,3 % der Patienten mit alleiniger Borderline-Persönlichkeitsstörung für den gleichen Alterszeitraum bejahten. Ebenfalls statistisch signifikante Unterschiede fanden sich im Zeitraum zwischen 12 und 18 Jahren, für den 56,3 % der Patienten mit komplexer PTBS und 26,7 % der Borderline-Patienten einen sexuellen Missbrauch angaben (Tab. 3.14).

Der Unterschied wurde auch in der Gesamtvariable deutlich: Insgesamt 56,3 % der Patienten, die ausschließlich an einer komplexen PTBS litten, waren in ihrem Leben sexuellem Missbrauch ausgesetzt, bei den Patienten mit alleiniger Borderline-Diagnose waren es 23,3 % (Tab. 3.14).

Tabelle 3.14: Vergleich von Patienten mit kPTBS oder BPS hinsichtlich Kindheitstraumatisierungen

TAQ	kPTBS ohne BPS N = 71	BPS ohne kPTBS N = 30	Statistischer Vergleich	
	N (%)	N (%)	Chi-Quadrat	Signifikanz*
Vernachlässigung (0 - 6 J.)	26 (36,6 %)	13 (43,3 %)	,401	n. s.
Vernachlässigung (7 - 12 J.)	39 (54,9 %)	16 (53,3 %)	,022	n. s.
Vernachlässigung (13 - 18 J.)	47 (66,2 %)	20 (66,7 %)	,002	n. s.
Vernachlässigung (über 18 J.)	50 (70,4 %)	23 (76,7 %)	,410	n. s.
Vernachlässigung (insgesamt)	60 (84,5 %)	28 (93,3 %)	1,465	n. s.
Emotionaler Missbrauch (0 - 6 J.)	39 (54,9 %)	15 (50,0 %)	,206	n. s.
Emotionaler Missbrauch (7 - 12 J.)	47 (66,2 %)	18 (60,0 %)	,353	n. s.
Emotionaler Missbrauch (13 - 18 J.)	45 (63,4 %)	22 (73,3 %)	,936	n. s.
Emotionaler Missbrauch (über 18 J.)	35 (49,3 %)	19 (63,3 %)	1,670	n. s.
Emotionaler Missbrauch (insg.)	51 (71,8 %)	24 (80,0 %)	,736	n. s.
Körperliche Gewalt (0 - 6 J.)	24 (33,8 %)	2 (6,7 %)	8,124	,020
Körperliche Gewalt (7 - 12 J.)	40 (56,3 %)	8 (26,7 %)	7,445	,030
Körperliche Gewalt (13 - 18 J.)	37 (52,1 %)	11 (36,7 %)	2,018	n. s.
Körperliche Gewalt (über 18 J.)	28 (39,4 %)	5 (16,7 %)	4,971	n. s.
Körperliche Gewalt (insgesamt)	49 (69,0 %)	15 (50,0 %)	3,285	n. s.
Sexueller Missbrauch (0 - 6 J.)	11 (15,5 %)	3 (10,0 %)	,533	n. s.
Sexueller Missbrauch (7 - 12 J.)	28 (39,4 %)	1 (3,3 %)	13,430	,000
Sexueller Missbrauch (13 - 18 J.)	26 (25,7 %)	3 (3,0 %)	7,301	,035
Sexueller Missbrauch (über 18 J.)	15 (21,1 %)	1 (3,3 %)	5,008	n. s.
Sexueller Missbrauch (insgesamt)	40 (56,3 %)	7 (23,3 %)	9,233	,010

*korrigiert nach Bonferroni

3.3.2.2 Vergleich von Patienten mit BPS mit und ohne kPTBS

Bei der Gegenüberstellung der Gruppe der Patienten mit alleiniger Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und jenen, bei denen gleichzeitig die Diagnose einer komplexen PTBS gestellt worden war, fanden sich statistisch signifikante Unterschiede nur bezüglich der Variablen „Körperliche Gewalt (0 - 6 J.)“ und „Sexueller Missbrauch (7 - 12 J.)“ (Tab. 3.15): 6,7 % der Patienten mit alleiniger Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bejahten körperliche Gewalt bis zum sechsten Lebensjahr, bei den Patienten mit beiden Diagnosen waren dies hingegen 33,9 %. Sexuellen Missbrauch zwischen dem siebten und zwölften Lebensjahr gaben nur 3,3 % der Borderline-Patienten an, aber 26,3 % der Patienten mit beiden Diagnosen.

Bei näherer Betrachtung der Daten fällt auf, dass - außer im Bereich „Vernachlässigung“ - die Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und komplexer PTBS durchgehend mehr Traumatisierungen aufwiesen als die Patienten mit alleiniger Borderline-Persönlichkeitsstörung, dies jedoch nicht auf statistisch signifikantem Niveau (Tab. 3.15). Die Unterschiede sind in den Bereichen „Körperliche Gewalt“ und „Sexueller Missbrauch“ am deutlichsten sichtbar.

Tabelle 3.15: Vergleich von Patienten mit BPS mit und ohne kPTBS hinsichtlich Kindheitstraumatisierungen.

TAQ	BPS ohne kPTBS N = 30	BPS und kPTBS N = 118	Statistischer Vergleich	
	N (%)	N (%)	Chi-Quadrat	Signifikanz*
Vernachlässigung (0 - 6 J.)	13 (43,3 %)	42 (35,6 %)	,614	n. s.
Vernachlässigung (7 - 12 J.)	16 (53,3 %)	73 (61,9 %)	,726	n. s.
Vernachlässigung (13 - 18 J.)	20 (66,7 %)	94 (79,7 %)	2,282	n. s.
Vernachlässigung (über 18 J.)	23 (76,7 %)	82 (69,5 %)	,597	n. s.
Vernachlässigung (insgesamt)	28 (93,3 %)	102 (86,4 %)	1,064	n. s.
Emotionaler Missbrauch (0 - 6 J.)	15 (50,0 %)	69 (58,5 %)	,700	n. s.
Emotionaler Missbrauch (7 - 12 J.)	18 (60,0 %)	91 (77,1 %)	3,612	n. s.
Emotionaler Missbrauch (13 - 18 J.)	22 (73,3 %)	94 (79,7 %)	,565	n. s.
Emotionaler Missbrauch (über 18 J.)	19 (63,3 %)	78 (66,1 %)	,081	n. s.
Emotionaler Missbrauch (insg.)	24 (80,0 %)	99 (83,9 %)	,259	n. s.
Körperliche Gewalt (0 - 6 J.)	2 (6,7 %)	40 (33,9 %)	8,727	,015
Körperliche Gewalt (7 - 12 J.)	8 (26,7 %)	57 (48,3 %)	4,547	n. s.
Körperliche Gewalt (13 - 18 J.)	11 (36,7 %)	(51,7 %)	2,162	n. s.
Körperliche Gewalt (über 18 J.)	5 (16,7 %)	34 (28,8 %)	1,818	n. s.
Körperliche Gewalt (insgesamt)	15 (50,0 %)	82 (69,5 %)	4,024	n. s.
Sexueller Missbrauch (0 - 6 J.)	3 (10,0 %)	22 (18,6 %)	1,273	n. s.
Sexueller Missbrauch (7 - 12 J.)	1 (3,3 %)	31 (26,3 %)	7,426	,030
Sexueller Missbrauch (13 - 18 J.)	3 (10,0 %)	38 (32,2 %)	5,888	n. s.
Sexueller Missbrauch (über 18 J.)	1 (3,3 %)	21 (17,8 %)	3,954	n. s.
Sexueller Missbrauch (insgesamt)	7 (23,3 %)	56 (47,5 %)	5,694	n. s.

*korrigiert nach Bonferroni

3.3.2.3 Vergleich von Patienten mit kPTBS mit und ohne BPS

In Tabelle 3.16 wird der Vergleich der Patienten mit alleiniger Diagnose einer kPTBS und jenen, die sowohl an einer komplexen PTBS als auch an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt waren, hinsichtlich der Kindheitstraumatisierungen dargestellt. Es fanden sich in den Bereichen „Vernachlässigung“, „emotionaler Missbrauch“, „Körperliche Gewalt“ und „Sexueller Missbrauch“ keine statistisch signifikanten Unterschiede.

Tabelle 3.16: Vergleich von Patienten mit kPTBS mit und ohne BPS hinsichtlich Kindheitstraumatisierungen

TAQ	kPTBS ohne BPS N = 71	kPTBS und BPS N = 118	Statistischer Vergleich	
	N (%)	N (%)	Chi-Quadrat	Signifikanz*
Vernachlässigung (0 - 6 J.)	26 (36,6 %)	42 (35,6 %)	,020	n. s.
Vernachlässigung (7 - 12 J.)	39 (54,9 %)	73 (61,9 %)	,883	n. s.
Vernachlässigung (13 - 18 J.)	47 (66,2 %)	94 (79,7 %)	4,241	n. s.
Vernachlässigung (über 18 J.)	50 (70,4 %)	82 (69,5 %)	,018	n. s.
Vernachlässigung (insgesamt)	60 (84,5 %)	102 (86,4 %)	,135	n. s.
Emotionaler Missbrauch (0 - 6 J.)	39 (54,9 %)	69 (58,5 %)	,227	n. s.
Emotionaler Missbrauch (7 - 12 J.)	47 (66,2 %)	91 (77,1 %)	2,684	n. s.
Emotionaler Missbrauch (13 - 18 J.)	45 (63,4 %)	94 (79,7 %)	6,039	n. s.
Emotionaler Missbrauch (über 18 J.)	35 (49,3 %)	78 (66,1 %)	5,208	n. s.
Emotionaler Missbrauch (insg.)	51 (71,8 %)	99 (83,9 %)	3,942	n. s.
Körperliche Gewalt (0 - 6 J.)	24 (33,8 %)	40 (33,9 %)	,000	n. s.
Körperliche Gewalt (7 - 12 J.)	40 (56,3 %)	57 (48,3 %)	1,145	n. s.
Körperliche Gewalt (13 - 18 J.)	37 (52,1 %)	61 (51,7 %)	,003	n. s.
Körperliche Gewalt (über 18 J.)	28 (39,4 %)	34 (28,8 %)	2,269	n. s.
Körperliche Gewalt (insgesamt)	49 (69,0 %)	82 (69,5 %)	,005	n. s.
Sexueller Missbrauch (0 - 6 J.)	11 (15,5 %)	22 (18,6 %)	,305	n. s.
Sexueller Missbrauch (7 - 12 J.)	28 (39,4 %)	31 (26,3 %)	3,578	n. s.
Sexueller Missbrauch (13 - 18 J.)	26 (36,6 %)	38 (32,2 %)	,386	n. s.
Sexueller Missbrauch (über 18 J.)	15 (21,1 %)	21 (17,8 %)	,319	n. s.
Sexueller Missbrauch (insgesamt)	40 (21,2 %)	56 (29,6 %)	1,399	n. s.

*korrigiert nach Bonferroni

3.3.2.4 Vergleich an Hand der Gesamtvariable

Im Folgenden werden die Häufigkeiten der verschiedenen Traumaformen für die Vergleichsgruppen „BPS ohne kPTBS“, „kPTBS ohne BPS“ und „kPTBS und BPS“ an Hand der alle Altersstufen umfassenden Gesamtvariable „insgesamt“ des TAQ graphisch dargestellt.

Der größte Teil der Patienten in allen Diagnosegruppen hatte in ihrem Leben Vernachlässigung durch primäre Bezugspersonen erfahren. Bei den Patienten, die allein an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung litten, waren dies 93,3 %, bei den Patienten, die an einer komplexen PTBS erkrankt waren 84,5 %, und von den Patienten mit beiden Diagnosen berichteten 86,4 % von einem solchen Trauma (Abb. 3.3). Die Unterschiede zwischen den Gruppen waren nicht signifikant (siehe Tab. 3.14, 3.15, 3.16).

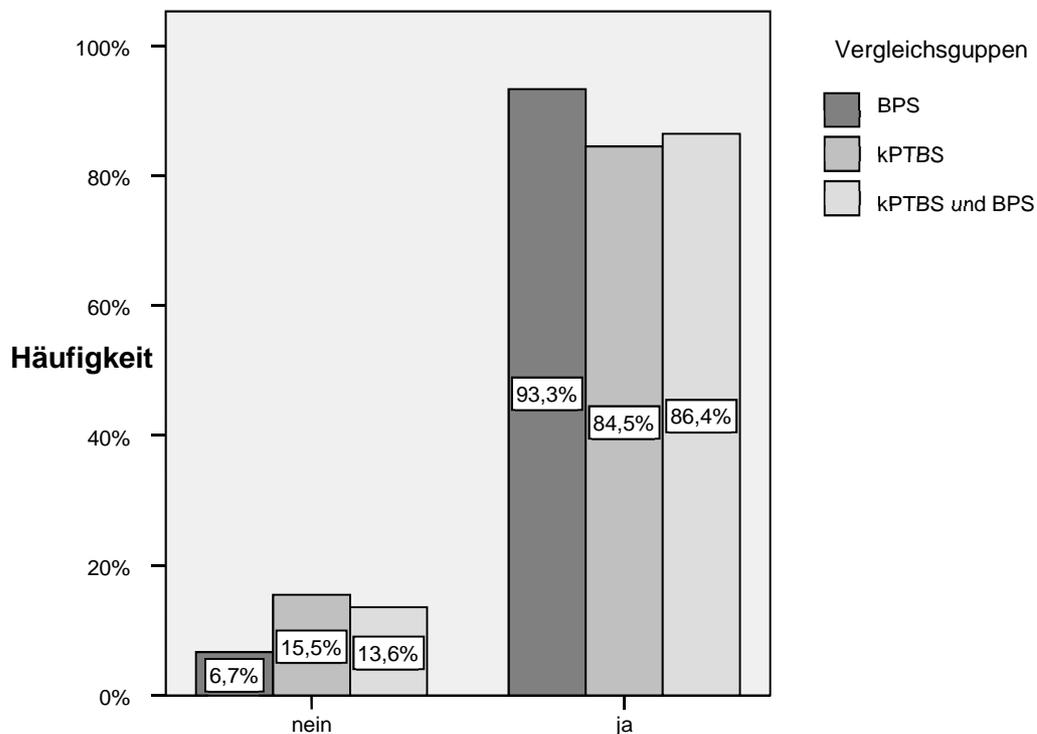


Abb. 3.3: Häufigkeit von Vernachlässigung in den Vergleichsgruppen in allen Altersstufen

Traumatisierungen in Form eines emotionalen Missbrauchs hatten in ihrem Leben 80,0 % der allein an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung Erkrankten, 71,8 % der Patienten mit alleiniger komplexer PTBS und 83,9 % der Patienten mit beiden Diagnosen erlebt (Abb. 3.4). Zwischen den Vergleichsgruppen fanden sich somit keine signifikanten Unterschiede (siehe Tab. 3.14, 3.15, 3.16).

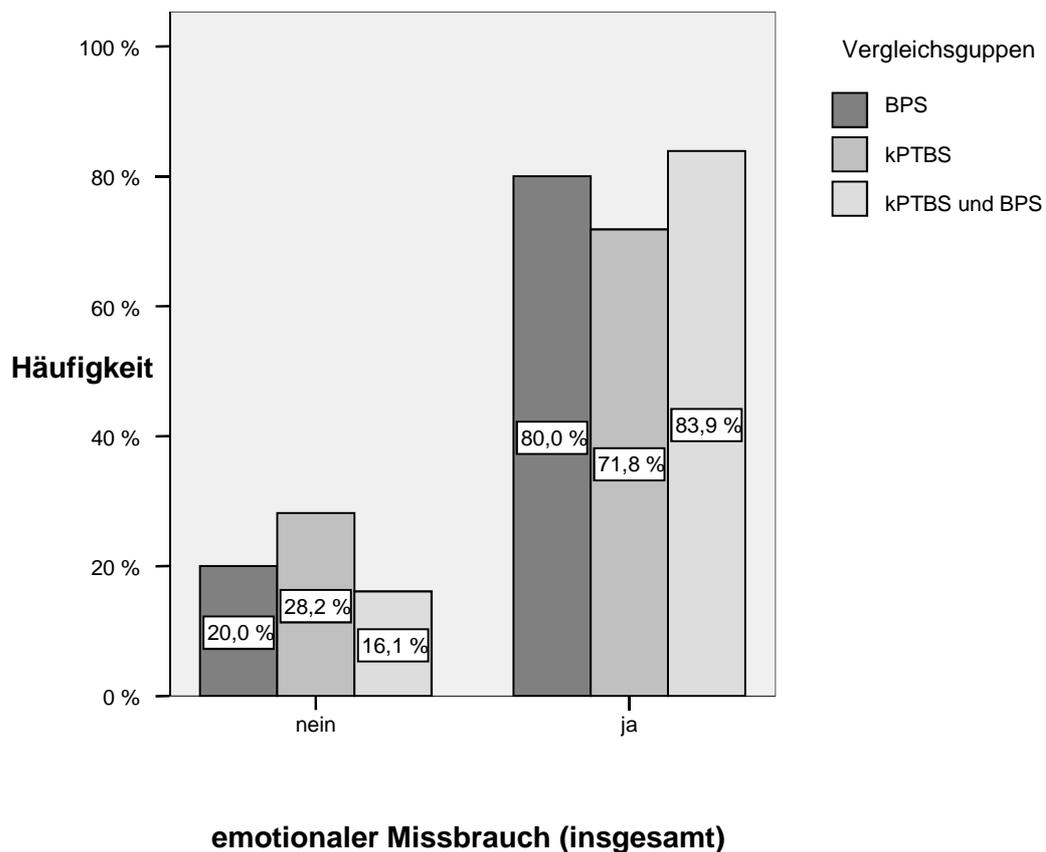


Abb. 3.4: Häufigkeit von emotionalem Missbrauch in den Vergleichsgruppen in allen Altersstufen

Abbildung 3.5 beschreibt die Häufigkeit der Traumatisierungen durch körperliche Gewalt: 69,0 % der Patienten mit alleiniger Diagnose einer komplexen PTBS und 69,5 % der Patienten mit gleichzeitiger Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gaben körperliche Gewalterfahrung an. Bei den Patienten, bei denen ausschließlich eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, waren nur 50 % Opfer körperlicher Gewalt. Doch auch hier fand sich in der Gesamtvariable kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen (siehe Tab. 3.14, 3.15, 3.16).

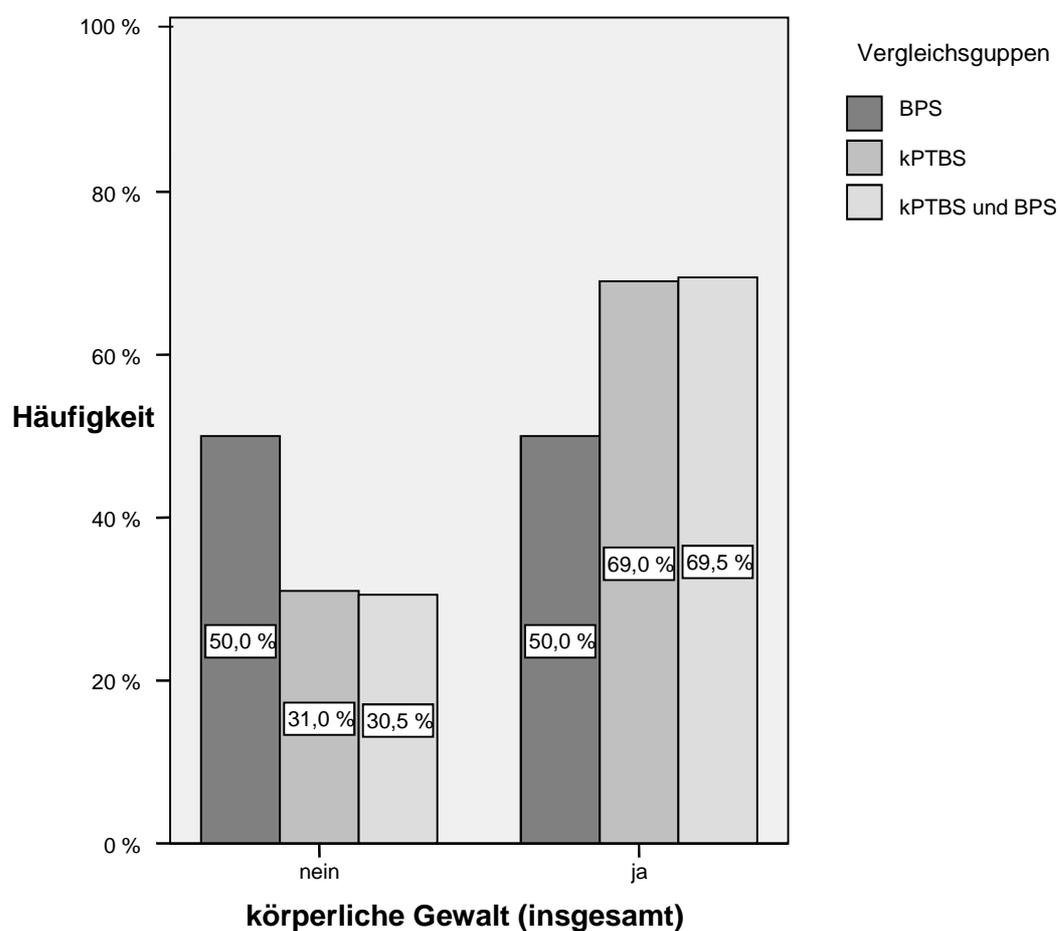


Abb. 3.5: Häufigkeit von körperlicher Gewalt in den Vergleichsgruppen in allen Altersstufen

Ein signifikanter Unterschied fand sich bei den Traumatisierungen durch sexuelle Gewalt zwischen der Gruppe der allein an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und der allein an einer komplexen PTBS erkrankten Patienten: Während von den Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung 23,3 % im Laufe ihres Lebens Opfer sexueller Gewalt wurden, waren dies bei den Patienten mit komplexer PTBS 56,3 % (Tab. 3.14, Abb. 3.6). Von den Patienten mit beiden Diagnosen hatten 47,5 % sexuelle Gewalt erfahren (Abb. 3.6).

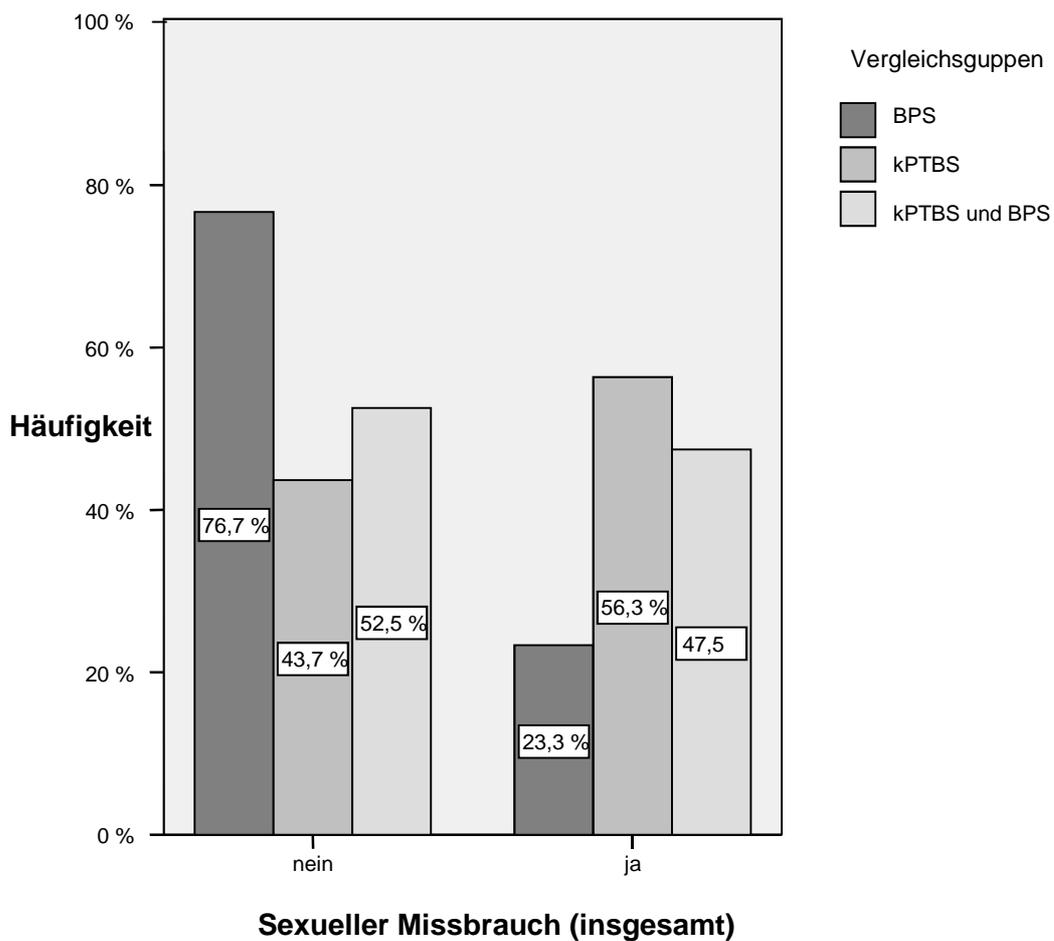


Abb. 3.6: Häufigkeit von sexuellem Missbrauch in den Vergleichsgruppen in allen Altersstufen

3.3.2.5 Beurteilung bezüglich Untersuchungshypothese 3b

Die Untersuchungshypothese 3b – bei Patienten, die beide Diagnosen erfüllen, finden sich im Vergleich mit den Patienten mit alleiniger Borderline-Persönlichkeitsstörung oder komplexer PTBS signifikant häufiger schwere Beziehungstraumatisierungen in der Anamnese – wird nur teilweise bestätigt.

Signifikant mehr traumatische Erlebnisse wiesen die Patienten mit beiden Diagnosen im Vergleich zu den Patienten, die allein an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt waren, nur im Bereich „Körperliche Gewalt“ im Alter zwischen 0 - 6 Jahren und im Bereich „Sexuelle Gewalt“ im Alter zwischen 7 - 12 Jahren auf. Zwar zeigten sich bei diesem Vergleich in allen Altersgruppen in den Bereichen „Emotionaler Missbrauch“, „Körperliche Gewalt“ und „Sexueller Missbrauch“ durchgängig mehr Traumatisierungen bei den Patienten mit beiden Diagnosen, doch lagen die weiteren Unterschiede nicht innerhalb des gewählten (korrigierten) Signifikanzniveaus. Im Bereich „Vernachlässigung“ zeigte hingegen die Gruppe der Patienten, die nur an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt waren die höchste Prävalenz, jedoch ebenfalls nicht auf Signifikanzniveau.

Für den Vergleich der Patienten mit beiden Diagnosen mit den Patienten, die nur an einer komplexen PTBS litten, muss die Hypothese gänzlich verworfen werden. Hier waren keinerlei statistisch signifikante Unterschiede nachweisbar.

3.3.3 Gruppenvergleich hinsichtlich komorbider Erkrankungen

Die Patienten wurden ebenfalls in Bezug auf bestehende Komorbiditäten untersucht und werden im Folgenden hinsichtlich des Auftretens von PTBS, Depressiver Störung, Dissoziativer Amnesie, Dissoziativer Fugue, Depersonalisationsstörung, Dissoziativer Identitätsstörung, Dissoziativer Störung, nicht näher bezeichnet (DDNOS), und komplexer Dissoziativer Störung verglichen.

Auch hier soll zunächst die Gesamtprävalenz der untersuchten komorbiden Erkrankungen innerhalb der Gesamtstichprobe sowie in Bezug auf die beiden Hauptkrankheitsbilder dargestellt werden, bevor eine Gegenüberstellung der Vergleichsgruppen erfolgt (Tab. 3.17)

Tabelle 3.17: Prävalenz von Komorbiditäten

Komorbiditäten	kPTBS mit und ohne BPS N = 189	BPS mit und ohne kPTBS N = 148	Gesamtstich- probe N = 274
	N (%)	N (%)	N (%)
PTBS aktuell	164 (86,8 %)	119 (80,4 %)	239 (87,2 %)
PTBS Lebenszeit	167 (88,4 %)	122 (82,4 %)	244 (89,1 %)
Depressive Störung aktuell	171 (90,5 %)	129 (87,2 %)	240 (87,6 %)
Dissoziative Amnesie	78 (41,3 %)	51 (34,5 %)	103 (37,6 %)
Dissoziative Fugue	7 (3,7 %)	4 (2,7 %)	7 (2,6 %)
Dissoziative Depersonalisationsstörung	141 (74,6 %)	108 (73,0 %)	178 (65,0 %)
Dissoziative Identitätsstörung	20 (10,6 %)	12 (8,1 %)	21 (7,7 %)
DDNOS	43 (22,8 %)	34 (23,0 %)	51 (18,6 %)
Komplexe Dissoziative Störung	81 (42,9 %)	58 (39,2 %)	89 (32,5 %)

3.3.3.1 Vergleich von Patienten mit kPTBS oder BPS

Beim Vergleich der Patienten, die entweder an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder an einer komplexen PTBS litten, fanden sich hinsichtlich des Auftretens der untersuchten Komorbiditäten lediglich bei der komorbid diagnostizierten (einfachen) PTBS signifikante Unterschiede: Während 91,5 % der Patienten, bei denen eine komplexe PTBS diagnostiziert werden konnte, ebenfalls die Kriterien einer einfachen PTBS erfüllten, war das bei nur 66,7 % der Borderline-Patienten der Fall. Im Laufe ihres Lebens wiesen 94,4 % der Patienten mit komplexer PTBS und nur 73,3 % der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung entsprechende Kriterien auf (Tab. 3.18).

Es ließ sich zudem beobachten, dass 91,5 % der Patienten mit alleiniger komplexer PTBS aktuell eine depressive Störung aufwiesen, wohingegen von den Patienten mit alleiniger Borderline-Persönlichkeitsstörung nur 76,7 % an einer depressiven Störung litten. Diese Unterschiede waren jedoch statistisch nicht signifikant (Tab. 3.18).

Auch im Bereich der Erkrankungen des dissoziativen Formenkreises waren durchschnittlich mehr Patienten mit komplexer PTBS betroffen: So litten zum Beispiel 49,9 % der Patienten mit komplexer PTBS an einer Dissoziativen Amnesie und 40,8 % an einer komplexen Dissoziativen Störung, während es bei den Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung nur 23,3 % bzw. 20,0 % waren. Doch auch diese Unterschiede lagen statistisch außerhalb des gewählten Signifikanzniveaus (Tab. 3.18).

Tabelle 3.18: Vergleich von Patienten mit kPTBS oder BPS hinsichtlich Komorbiditäten

Komorbiditäten	kPTBS ohne BPS N = 71	BPS ohne kPTBS N = 30	Statistischer Vergleich	
	N (%)	N (%)	Chi-Quadrat	Signifikanz*
PTBS aktuell	65 (91,5 %)	20 (66,7 %)	9,794	,018
PTBS Lebenszeit	67 (94,4 %)	22 (73,3 %)	8,911	,027
Depressive Störung aktuell	65 (91,5 %)	23 (76,7 %)	4,165	n. s.
Dissoziative Amnesie	34 (47,9 %)	7 (23,3 %)	5,272	n. s.
Dissoziative Fugue	3 (4,2 %)	0 (,0 %)	1,306	n. s.
Dissoziative Depersonalisationsstörung	51 (71,8 %)	18 (60,0 %)	1,364	n. s.
Dissoziative Identitätsstörung	9 (12,7 %)	1 (3,3 %)	2,064	n. s.
DDNOS	14 (19,7 %)	5 (16,7 %)	,129	n. s.
Komplexe Dissoziative Störung	29 (40,8 %)	6 (20,0 %)	4,047	n. s.

*korrigiert nach Bonferroni

3.3.3.2 Vergleich von Patienten mit BPS mit und ohne kPTBS

Beim Vergleich der Patienten, die nur einer Borderline-Persönlichkeitsstörung litten, mit den Patienten, die gleichzeitig an einer komplexen PTBS erkrankt waren, lässt sich kein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich komorbider Erkrankungen feststellen (Tab. 3.19). Allerdings lassen sich bei den Patienten mit beiden Diagnosen durchgängig häufiger die hier untersuchten Komorbiditäten beobachten.

Tabelle 3.19: Vergleich von Patienten mit BPS mit und ohne kPTBS hinsichtlich Komorbiditäten

Komorbiditäten	BPS ohne kPTBS N = 30	BPS und kPTBS N = 118	Statistischer Vergleich	
	N (%)	N (%)	Chi-Quadrat	Signifikanz*
PTBS aktuell	20 (66,7 %)	99 (83,9 %)	4,508	n. s.
PTBS Lebenszeit	22 (73,3 %)	100 (84,7 %)	2,151	n. s.
Depressive Störung aktuell	23 (76,7 %)	106 (89,8 %)	3,704	n. s.
Dissoziative Amnesie	7 (23,3 %)	44 (37,3 %)	2,062	n. s.
Dissoziative Fugue	0 (,0 %)	4 (3,4 %)	1,045	n. s.
Dissoziative Depersonalisationsstörung	18 (60,0 %)	90 (76,3 %)	3,211	n. s.
Dissoziative Identitätsstörung	1 (3,3 %)	11 (9,3 %)	1,151	n. s.
DDNOS	5 (16,7 %)	29 (24,6 %)	,846	n. s.
Komplexe Dissoziative Störung	6 (20,0 %)	52 (44,1 %)	5,814	n. s.

*korrigiert nach Bonferroni

3.3.3.3 Vergleich von Patienten mit kPTBS mit und ohne BPS

Bei der Gegenüberstellung der Patienten, die an einer komplexen PTBS erkrankt waren, ohne gleichzeitig an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu leiden, und jenen, die beide Diagnosen aufwiesen, fanden sich keinerlei statistisch signifikante Unterschiede (Tab. 3.20).

Tabelle 3.20: Vergleich von Patienten mit kPTBS mit und ohne BPS hinsichtlich Komorbiditäten

Komorbiditäten	kPTBS ohne BPS N = 71	kPTBS und BPS N = 118	Statistischer Vergleich	
	N (%)	N (%)	Chi-Quadrat	Signifikanz*
PTBS aktuell	65 (91,5 %)	99 (83,9 %)	2,261	n. s.
PTBS Lebenszeit	67 (94,4 %)	100 (84,7 %)	3,989	n. s.
Depressive Störung aktuell	65 (91,5 %)	106 (89,8 %)	,152	n. s.
Dissoziative Amnesie	34 (47,9 %)	44 (37,3 %)	2,055	n. s.
Dissoziative Fugue	3 (4,2 %)	4 (3,4 %)	,087	n. s.
Dissoziative Depersonalisationsstörung	51 (71,8 %)	90 (76,3 %)	,461	n. s.
Dissoziative Identitätsstörung	9 (12,7 %)	11 (9,3 %)	,527	n. s.
DDNOS	14 (19,7 %)	29 (24,6 %)	,595	n. s.
Komplexe Dissoziative Störung	29 (40,8 %)	52 (44,1 %)	,188	n. s.

*korrigiert nach Bonferroni

3.3.3.4 Beurteilung bezüglich Untersuchungshypothese 3c

Die Hypothese 3c postulierte signifikante Unterschiede hinsichtlich des Auftretens komorbider Erkrankungen bei Patienten mit beiden Diagnosen im Vergleich zu Patienten, die entweder an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder an einer komplexen PTBS erkrankt waren.

Auch wenn bei den Patienten mit beiden Diagnosen die untersuchten Komorbiditäten durchgängig häufiger beobachtet werden konnten als bei den Patienten, die allein die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aufwiesen, kann die Hypothese nicht als bestätigt gelten, da die Unterschiede nicht innerhalb des gewählten Signifikanzniveaus lagen.

Für den Vergleich der Patienten, die sowohl an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung als auch an einer komplexen PTBS litten, mit den Patienten, die nur eine komplexe PTBS aufwiesen, muss die Hypothese 3c klar abgelehnt werden.

3.3.4 Gruppenvergleich hinsichtlich der komorbiden Symptombelastung

3.3.4.1 Vergleich hinsichtlich spezifischer posttraumatischer Symptome

Beim Vergleich von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und komplexer PTBS mit Patienten, die entweder nur eine Borderline-Persönlichkeitsstörung oder nur eine komplexe PTBS aufwiesen, fanden sich hinsichtlich des Ausmaßes spezifischer posttraumatischer Symptome, ermittelt an Hand des IES-R, keine signifikanten Unterschiede (Tab. 3.21).

Tabelle 3.21: Vergleich von Patienten mit BPS und kPTBS mit Patienten, die entweder nur eine BPS oder eine nur eine kPTBS aufweisen hinsichtlich des IES-Gesamtscores

	Vergleichsgruppen	N	Mittelwert	Posthoc-Test (Bonferroni)	
				Vergleichsgruppen	Signifikanz
IES-R (Gesamtscore)	nur kPTBS	70	80,54	nur BPS	n. s.
				kPTBS und BPS	n. s.
	nur BPS	28	79,68	nur kPTBS	n. s.
				kPTBS und BPS	n. s.
	kPTBS und BPS	114	80,97	nur kPTBS	n. s.
				nur BPS	n. s.
	Gesamt	212	80,66		

Da die Daten der Tabelle nicht normalverteilt sind, wurden die Ergebnisse mit einem nonparametrischen Test (Kruskal-Wallis) überprüft.

3.3.4.2 Vergleich hinsichtlich somatoformer Beschwerden

Hinsichtlich der Anzahl somatoformer Symptome im SOMS zeigte sich kein Unterschied zwischen den Patienten, die beide Diagnosen erfüllten und den Patienten, die nur die Kriterien einer komplexen PTBS aufwiesen. Im Gegensatz dazu wiesen die Patienten mit beiden Diagnosen signifikant mehr somatoforme Symptome auf als die Patienten mit alleiniger Borderline-Persönlichkeitsstörung. Der Unterschied in der Beschwerdeanzahl zwischen den Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und den Patienten mit komplexer PTBS erwies sich ebenfalls als statistisch hoch signifikant. Die über den SOMS gemessene Beschwerdeintensität zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen (Tab. 3.22).

Tabelle 3.22: Vergleich von Patienten mit BPS und kPTBS mit Patienten, die entweder nur eine BPS oder nur eine kPTBS aufweisen hinsichtlich der Anzahl und Intensität somatoformer Beschwerden (SOMS)

	Vergleichsgruppen	N	Mittelwert	Posthoc-Test (Bonferroni)	
				Vergleichsgruppen	Signifikanz
somatoforme Beschwerden (SOMS-Beschwerdeanzahl)	nur kPTBS	70	21,54	nur BPS	,000
				kPTBS und BPS	n. s.
	nur BPS	30	13,73	nur kPTBS	,000
				kPTBS und BPS	,000
	kPTBS und BPS	115	21,61	nur kPTBS	n. s.
				nur BPS	,000
	Gesamt	215	20,49		
	somatoforme Beschwerden (SOMS-Intensitätsindex)	nur kPTBS	70	62,87	nur BPS
kPTBS und BPS					n. s.
nur BPS		30	54,43	nur kPTBS	n. s.
				kPTBS und BPS	n. s.
nur kPTBS und BPS		115	66,77	nur kPTBS	n. s.
				nur BPS	n. s.
Gesamt		215	63,78		

Da die Daten der Tabelle nicht normalverteilt sind, wurden die Ergebnisse mit einem nonparametrischen Test (Kruskal-Wallis) überprüft.

3.3.4.3 Vergleich hinsichtlich Ängstlichkeit

Das Ausmaß der allgemeinen Ängstlichkeit als Persönlichkeitsmerkmal, gemessen über den STAI-X2, erwies sich bei den Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und komplexer PTBS signifikant höher als bei den Patienten, die nur an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung litten. Die Patienten mit beiden Diagnosen unterschieden sich jedoch bezüglich der Angstsymptomatik nicht von den Patienten mit alleiniger Diagnose einer komplexen PTBS. Diese wiederum wiesen einen signifikant höheren Gesamtwert des STAI-X2 auf als die Patienten mit alleiniger Borderline-Persönlichkeitsstörung (Tab. 3.23).

Tabelle 3.23: Vergleich von Patienten mit BPS und kPTBS mit Patienten, die entweder nur eine BPS oder nur eine kPTBS aufweisen hinsichtlich der Ausprägung einer Angstsymptomatik (STAI-X2)

	Vergleichsgruppen	N	Mittelwert	Posthoc-Test (Bonferroni)	
				Vergleichsgruppen	Signifikanz
Angst (STAI-X2)	nur kPTBS	70	58,05	nur BPS	,008 (KW: ,002)
				kPTBS und BPS	n. s.
	nur BPS	29	52,23	nur kPTBS	,008 (KW: ,002)
				kPTBS und BPS	,000
	kPTBS und BPS	116	59,97	nur kPTBS	n. s.
				nur BPS	,000
	Gesamt	215	58,30		

Da die Daten der Tabelle nicht normalverteilt sind, wurden die Ergebnisse mit einem nonparametrischen Test (Kruskal-Wallis) überprüft.

3.3.4.4 Vergleich hinsichtlich depressiver Symptome

Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und komplexer PTBS zeigten eine höhere Symptombelastung durch depressive Symptome, gemessen mittels BDI, als Patienten mit der alleinigen Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dieses Ergebnis gilt als signifikant, wenn zur statistischen Berechnung der nonparametrische Kruskal-Wallis-Test herangezogen wird. Die Unterschiede hinsichtlich der depressiven Symptomatik zwischen den Patienten, die beide Diagnosen erfüllten, und den Patienten mit komplexer PTBS sowie zwischen den Patienten mit komplexer PTBS und den Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erreichten jeweils nicht das Signifikanzniveau (Tab. 3.24).

Tabelle 3.24: Vergleich von Patienten mit BPS und kPTBS mit Patienten, die entweder nur eine BPS oder nur eine kPTBS aufweisen hinsichtlich der Symptombelastung durch depressive Symptome (BDI)

	Vergleichsgruppen	N	Mittelwert	Posthoc-Test (Bonferroni)	
				Vergleichsgruppen	Signifikanz
Depression (BDI)	nur kPTBS	69	54,71	nur BPS	n. s.
				kPTBS und BPS	n. s.
	nur BPS	30	51,56	nur kPTBS	n. s.
				kPTBS und BPS	n. s. (KW: ,020)
	kPTBS und BPS	115	59,92	nur kPTBS	n. s.
				nur BPS	n. s. (KW: ,020)
	Gesamt	214	57,07		

Da die Daten der Tabelle nicht normalverteilt sind, wurden die Ergebnisse mit einem nonparametrischen Test (Kruskal-Wallis) überprüft.

3.3.4.5 Vergleich hinsichtlich dissoziativer Symptome

Bezüglich dissoziativer Symptome, gemessen über den FDS, zeigten sich signifikante Unterschiede ebenfalls nur im Vergleich der Patienten, die sowohl eine Borderline-Persönlichkeitsstörung als auch komplexe PTBS aufwiesen mit den Patienten mit alleiniger Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dabei zeigten die Patienten mit beiden Diagnosen signifikant mehr dissoziative Phänomene. Das im Mittel errechnete Dissoziationsmaß der Patienten mit alleiniger komplexer PTBS unterschied sich nicht signifikant vom Mittelwert der Patienten mit beiden Diagnosen oder vom Mittelwert der Patienten mit alleiniger Borderline-Persönlichkeitsstörung (Tab 3.25).

Tabelle 3.25: Vergleich von Patienten mit BPS und kPTBS mit Patienten, die entweder nur eine BPS oder nur eine kPTBS aufweisen, hinsichtlich dissoziativer Symptome (FDS)

	Vergleichsgruppen	N	Mittelwert	Posthoc-Test (Bonferroni)	
				Vergleichsgruppen	Signifikanz
Dissoziative Symptome (FDS)	nur kPTBS	70	25,35	nur BPS	n. s.
				kPTBS und BPS	n. s.
	nur BPS	30	20,86	nur kPTBS	n. s.
				kPTBS und BPS	,025 (KW : ,015)
	kPTBS und BPS	116	29,17	nur kPTBS	n. s.
				nur BPS	,025 (KW : ,015)
	Gesamt	216	26,78		

Da die Daten der Tabelle nicht normalverteilt sind, wurden die Ergebnisse mit einem nonparametrischen Test (Kruskal-Wallis) überprüft.

3.3.4.6 Beurteilung bezüglich Untersuchungshypothese 3d

Die Hypothese 3d sagte voraus, dass Patienten, die beide Diagnosen erfüllen, im Vergleich zu Patienten mit alleiniger Borderline-Persönlichkeitsstörung oder komplexer PTBS, eine höhere Symptombelastung durch komorbide Symptome zeigen.

Diese Hypothese kann nur teilweise als bestätigt gelten. Die Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und komplexer PTBS berichteten über eine signifikant höhere Symptombelastung durch dissoziative Symptome, depressive Symptome, Angstsymptome und die Anzahl somatoformer Symptome als die Patienten mit alleiniger Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Allerdings fanden sich keine Unterschiede hinsichtlich der spezifischen posttraumatischen Symptome und der Intensität somatoformer Beschwerden. Bezüglich des Vergleichs der Patienten, die beide Diagnosen erfüllten, mit den Patienten, die nur an einer komplexen PTBS litten, muss die Hypothese abgelehnt werden. Hier waren keine statistisch signifikanten Unterschiede in der Symptombelastung nachweisbar.

4 Diskussion

Die vorliegende Studie befasst sich mit der Überschneidung des Symptomenspektrums sowie der differentialdiagnostischen Abgrenzung der komplexen PTBS von der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Hierbei war neben der Prävalenz und der Überschneidung der beiden Symptomkomplexe insbesondere die Frage von Bedeutung, ob es sich bei diesen um voneinander abgrenzbare, eigenständige Krankheitsbilder handelt. Das Interesse galt auch den Besonderheiten, die jene Patienten aufweisen, welche die Symptomkriterien beider Diagnosen erfüllen.

Zu diesem Zweck wurden 274 Patientinnen und Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, PTBS und komplexer PTBS an 5 spezialisierten deutschen Behandlungszentren sowie in einer forensischen Abteilung einer psychiatrischen Klinik untersucht. Die Erhebung erfolgte mittels standardisierter Interviewdiagnostik sowie Fragebogenerhebung durch klinisch erfahrene und eigens geschulte Untersucher.

Im Folgenden sollen die Resultate der einzelnen Untersuchungen unter Berücksichtigung methodischer Limitierungen bewertet und in den aktuellen Forschungszusammenhang gestellt werden.

4.1 Diskussion der Methodik

Einige dieser Limitierungen, die alle Ergebnisse betreffen, sollen zusammenfassend vorab erwähnt werden. So handelt es sich bei den untersuchten Studienteilnehmern ausschließlich um Patienten, die Beratung und Unterstützung in spezialisierten ambulanten und stationären Behandlungseinrichtungen gesucht haben, d. h. der Gültigkeitsbereich der Ergebnisse ist entsprechend auf dieser Patientengruppe zu begrenzen. Die Einschränkung der Übertragbarkeit ist insbesondere bezüglich der Prävalenz- und Komorbiditätsraten zu berücksichtigen, da diese in nicht-spezialisierten Institutionen oder ambulanten psychotherapeutischen Praxen deutlich von den hier dargestellten Befunden abweichen könnten.

Eine weitere Problematik liegt im Design der Multicenterstudie mit einer Datenerhebung an sechs verschiedenen Studienorten mit unterschiedlichen Ratern. Zwar wurde vor Beginn der Erhebung die Durchführung der diagnostischen Interviews an Hand von Videoaufzeichnungen geübt und standardisiert, doch können personengebundene Verzerrungen der Ergebnisse nicht ausgeschlossen werden.

Auf der anderen Seite stellt die neben der Fragebogendiagnostik durchgeführte umfangreiche Erhebung mittels standardisierter Interviewdiagnostik durch klinisch erfahrene und geschulte Untersucher im Vergleich zu einer nur auf Selbsteinschätzung der Patienten beruhenden Erhebung von Datenmaterial auch ein Qualitätsmerkmal der vorliegenden Studie dar.

Als unzuverlässig stellte sich die durch Anamnese erhobene Prävalenz psychischer und körperlicher Begleiterkrankungen heraus, die in den einzelnen Studienzentren nicht systematisch erfasst worden war, allerdings auch nicht in die dargestellten Berechnungen eingeflossen ist (siehe Material und Methoden).

Bezüglich der statistischen Vorgehensweise sei noch die Problematik des multiplen Testens erwähnt. Auf Grund der großen Anzahl an untersuchten Zusammenhängen in der vorliegenden Arbeit, musste eine Bonferroni-Adjustierung der Ergebnisse durchgeführt werden. Dies hatte zur Folge, dass der p-Wert für viele der innerhalb der Stichprobe beobachteten Unterschiede in einen Bereich außerhalb des Signifikanzniveaus gelangte.

4.2 Diskussion der Ergebnisse

4.2.1 Prävalenz und Überschneidungsraten der BPS und der komplexen PTBS

Während die diagnostische Überschneidung bzw. das komorbide Vorkommen der (einfachen) PTBS und der Borderline-Persönlichkeitsstörung in mehreren Studien untersucht und mit Komorbiditätsraten von ca. 30 bis 56 % bereits ausführlich dokumentiert worden ist (Pagura et al. 2010; Yen et al. 2002; Zanarini et al. 1998a), liegen nur wenige empirische Daten zur Überschneidung der komplexen PTBS und der Borderline-Persönlichkeitsstörung vor. So fanden beispielsweise McLean und Gallop (2003) beide letztgenannten Diagnosen bei 95 % der Patientinnen in einer Untersuchung an 65 früh sexuell missbrauchten Frauen. In einer Studie von Barnow et al. (2005) wiesen 34,1 % der 51 Borderline-Patienten eine komorbide komplexe PTBS auf.

Die Prävalenz der eingeschlossenen Störungsbilder innerhalb der hier untersuchten Stichprobe (N = 274) verteilte sich auf 87,2 % (N = 239) Patienten, die die Diagnosekriterien einer einfachen PTBS erfüllten, 54,0 % (N = 148), bei denen eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden konnte und 69,0 % (N = 89), die die Diagnose einer komplexen PTBS aufwiesen.

Wie zu erwarten, lagen die Lebenszeitprävalenzen der jeweiligen Diagnosen höher. Dies zeigte sich insbesondere an der aktuellen Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung (54,0 %) und der Anzahl der Patienten, die im Laufe ihres Lebens die Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung erfüllten (70,8 %). Diese Beobachtung deckt sich mit den Ergebnissen von Zanarini et al., die hohe Remissionsraten der Borderline-Persönlichkeitsstörung im Langzeitverlauf fanden (Zanarini 2003a; Zanarini et al. 2006; Zanarini et al. 2010). Dabei ist zu beachten, dass sich der Begriff „Remission“ lediglich auf die fehlende Erfüllung der benötigten Diagnosekriterien bezieht, nicht jedoch auf die subjektive Lebensqualität oder das psychosoziale Funktionsniveau der Betroffenen. Schließlich handelt es sich bei den hier untersuchten Patienten – mit Ausnahme der Forensik-Untergruppe – um Menschen, die auf Grund eines bestehenden Leidensdrucks Unterstützung bei einer spezialisierten Einrichtung gesucht haben. Da es sich bei den Lebenszeitdaten um retrospektive Einschätzungen an Hand der Selbstangaben im Rahmen der Interviewdiagnostik, und nicht um eine Follow-Up Untersuchung handelt, sind die beschriebenen Beobachtungen nur bedingt aussagekräftig.

Während in der Literatur für die einfache PTBS eine Tendenz zur Chronifizierung beschrieben ist (Flatten 2004; Kessler et al. 1995), existieren für die komplexe PTBS bisher noch keine Studien für den Langzeitverlauf. Dies hängt sicher auch mit dem jungen Alter des diagnostischen Konstrukts sowie dessen fehlender Anerkennung als eigenständige Diagnose zusammen. Auf Grund der klinisch häufig beobachteten Chronifizierung der Symptomatik wäre es unter anderem hinsichtlich der Effizienz therapeutischer Interventionen interessant, die Frage nach dem Langzeitverlauf der komplexen PTBS in zukünftige Untersuchungen mit einzubeziehen. Zusätzlich erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang eine aktuelle Arbeit von Zanarini et al. (2011), die Borderline-Patienten mit komorbider einfacher PTBS im Hinblick auf den Langzeitverlauf der PTBS untersuchte. Die Arbeitsgruppe fand einen Rückgang der Prävalenz der PTBS von 61 % innerhalb von 10 Jahren und leitete daraus ab, dass für die meisten Borderline-Patienten die PTBS keine chronische komorbide Störung darstellt. Dies wiederum wirft die Frage auf, inwieweit sich eine Traumafolgestörung bei in der Kindheit mehrfach traumatisierten Patienten mittels der Kriterien der einfachen PTBS erfassen lässt.

Bei Betrachtung der Verteilung der Krankheitsbilder der untersuchten Patienten der verschiedenen Studienzentren fällt auf, dass im Studienzentrum Hamburg-2 (HH2) der Anteil an Borderline-Patienten höher war als die Prävalenz der Borderline-Persönlichkeitsstörung innerhalb der Gesamtstichprobe (91,0 % vs. 54,0 %). Gleichzeitig wurde dort seltener die

Diagnose einer einfachen PTBS gestellt (58,0 % vs. 89,1 %). Diese Beobachtung lässt sich durch den Behandlungsschwerpunkt des Studienzentrums HH-2 erklären, bei dem es sich um eine Spezialstation für Borderline-Patienten handelt, während die anderen Studienzentren teilweise Spezialstationen bzw. Fachambulanzen für Traumafolgestörungen sind. Eine weitere Auffälligkeit zeigt sich bei den Ergebnissen des Studienzentrums HH-3: Hier wurde, verglichen mit den anderen Studienzentren, deutlich seltener die Diagnose einer komplexen PTBS gestellt (14,3 % vs. 69,0 %). 85,7 % der Patienten erfüllten im Laufe ihres Lebens hingegen die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dies könnte daran liegen, dass diese sehr kleine Stichprobe (N = 28) überwiegend (92,2 %) aus forensisch untergebrachten Männern besteht. So sind es insbesondere „externalisierende Symptome“ (Miller und Resick 2007) wie Impulsivität und (Fremd)aggression, die zu einer Straftat und damit zu einer Aufnahme von Borderline-Patienten in eine forensische Abteilung führen. Da männliche Borderline-Patienten tendenziell eher zur Fremdaggression als zur Selbstverletzung neigen, sind diese häufiger in der Justizvollzugsanstalt bzw. der forensischen Psychiatrie zu finden. Frauen hingegen suchen öfter Unterstützung in psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungseinrichtungen (Bohus und Schmahl 2007). Dies trägt trotz eines ausgewogenen epidemiologischen Geschlechterverhältnisses zum verzerrten klinischen Eindruck bei, dass mehr Frauen als Männer an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erkrankt seien (Bohus und Kröger 2011). Interessanterweise ist der Anteil der Patienten mit einfacher PTBS innerhalb der Forensik-Stichprobe mit 96,4 % ähnlich hoch wie an den anderen Studienorten. Um jedoch eine genauere Aussage über die Prävalenz sowie Überschneidungsraten von Borderline-Persönlichkeitsstörung und Traumafolgestörungen bei forensischen Patienten treffen zu können, müsste eine größere Stichprobe systematisch untersucht werden. Hierbei wäre unter den oben beschriebenen Gesichtspunkten insbesondere die Untersuchung der Geschlechterverteilung aufschlussreich.

Entsprechend der Annahme, dass es eine hohe Überschneidung zwischen den Diagnosen Borderline-Persönlichkeitsstörung und komplexer PTBS gibt, fanden sich bei 43,1 % der Patienten beide Diagnosen. Dementsprechend wiesen 62,4 % der Patienten mit einer komplexen PTBS gleichzeitig eine Borderline-Persönlichkeitsstörung und 79,7 % der Borderline-Patienten gleichzeitig eine komplexe PTBS auf. Die ausgesprochen hohen Überschneidungsraten der beiden Krankheitsbilder unterstützen das Ziel der vorliegenden Arbeit, die diagnostische Abgrenzung der Symptomkomplexe näher zu untersuchen.

Hervorzuheben ist außerdem die insgesamt sehr hohe Prävalenz der komplexen PTBS innerhalb des untersuchten Patientenkollektivs (69 %; N = 189). Ein möglicher Grund könnte

das Verwenden des von Boroske-Leiner et al. (2008) für den klinischen Gebrauch des I-KPTBS vorgeschlagenen Cut-Off-Wertes sein, bei dem für die Diagnosestellung nur 5 der 6 Störungsbereiche erfüllt sein müssen. Wäre der für Studienzwecke üblicherweise verwendete Cut-Off von 6 erfüllten Störungsbereichen zu Grunde gelegt worden, wäre die Prävalenz der kPTBS innerhalb der Stichprobe aller Wahrscheinlichkeit nach niedriger ausgefallen. Da es in der vorliegenden Arbeit jedoch insbesondere um die Abgrenzung des diagnostischen Konstrukts komplexe PTBS von der Borderline-Persönlichkeitsstörung gehen soll, ist ein sensitiverer Cut-Off, der die klinische Wirklichkeit der Patienten mit komplexer PTBS besser abbildet, sinnvoll. Dem könnte entgegengehalten werden, dass sich durch die verwendete Auswertungs-Strategie eine eingeschränkte Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen internationaler Studien ergibt.

4.2.2 Vergleich der Patienten hinsichtlich der einzelnen Symptomkriterien

Die zweite Hypothese ergab sich aus der Frage nach der Abgrenzbarkeit der beiden Störungsbilder voneinander. Diese Thematik wurde in der wissenschaftlichen Literatur bereits vielfach diskutiert (Driessen et al. 2002; Sack 2004; Schweiger et al. 2005), allerdings handelt es sich bei der vorliegenden Arbeit nach Kenntnis der Autorin um die erste Untersuchung, die dieser Fragestellung systematisch nachging.

Zu diesem Zweck wurden die Patienten, die entweder nur eine Borderline-Persönlichkeitsstörung oder nur eine komplexe PTBS diagnostiziert bekommen hatten, sowohl bezüglich der Häufigkeit der Erfüllung der neun Symptomkriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung als auch bezüglich der sechs Störungsbereiche der komplexen PTBS verglichen.

Entsprechend der Annahme, dass es sich bei den beiden Symptomkomplexen um jeweils eigene, klar voneinander abgrenzbare Krankheitsbilder handelt, konnten beim Vergleich der beiden Patientengruppen signifikante Unterschiede bei allen Störungsbereichen der komplexen PTBS sowie beim größten Teil der Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung gefunden werden. Hier erreichte der beobachtbare Unterschied bei den Borderline-Symptomkriterien „Suizidale Handlungen/Selbstverletzung“ und „Affektive Instabilität“ nicht das Signifikanzniveau, wenngleich die Kriterien von den Borderline-Patienten der Stichprobe häufiger erfüllt wurden als von den Patienten mit komplexer PTBS. Hinsichtlich des Kriteriums „Paranoide/Dissoziative Symptome“ ließ sich keinerlei Unterschied konstatieren.

Eben diese Symptomkriterien, bei denen kein signifikanter Unterschied gefunden werden konnte, bedürfen der genaueren Betrachtung. Dies ist insbesondere unter Berücksichtigung der zahlreichen Untersuchungen zur diagnostischen Effizienz bzw. Faktorenanalyse der Borderline-Kriterien des DSM-IV interessant (Blais et al. 1999; Clifton und Pilkonis 2007, 2007; Fossati et al. 1999; Grilo et al. 2004; Grilo et al. 2007). Es ist nämlich gerade das Symptomkriterium „Suizidales Verhalten und Selbstverletzung“, welches von Grilo et al. (2004; 2007) als das Kriterium gefunden wurde, dessen Erfüllung am sichersten zur richtigen Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung führe, wohingegen das Kriterium „Affektive Instabilität“, den höchsten negativ prädiktiven Wert aufwies. Andere Studien, die allesamt für eine Neuhierarchisierung der Symptomkriterien im DSM plädieren, heben teilweise weitere Symptomkriterien, z. B. die „Instabilität in Beziehungen“ in ihrer Wichtigkeit hervor (Blais et al. 1999; Clifton und Pilkonis 2007; Fossati et al. 1999; Grilo et al. 2007; Johansen et al. 2004). Als wenig spezifisch wird das Kriterium „chronische Gefühle von Leere“ beschrieben (Clifton und Pilkonis 2007; Grilo et al. 2001; Johansen et al. 2004).

So sind also die beiden Symptomkriterien, die in der Forschungsliteratur als besonders vorhersagekräftig bezüglich des Bestehens einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gelten, nach den Ergebnissen vorliegender Studie zur Abgrenzung der Borderline-Persönlichkeitsstörung von der komplexen PTBS eher ungeeignet. Ein möglicher Grund hierfür könnte durch genauere Betrachtung der Items der diagnostischen Instrumente, mit denen die jeweiligen Diagnosen gestellt wurden, gefunden werden. Beim Vergleich der Fragen im IPDE für das Kriterium „Suizidale Handlungen/Selbstverletzung“ mit den Items des I-kPTBS für entsprechende Symptome (hier als Unterpunkte des Bereichs „Störung der Regulation von Affekten und Impulsen“), finden sich große Ähnlichkeiten. So heißt es im IPDE diesbezüglich *„Haben Sie jemals gedroht, Selbstmord zu begehen?“*, *„Haben Sie jemals tatsächlich einen Suizidversuch oder eine ähnliche Handlung gemacht?“* und *„Haben Sie sich jemals absichtlich Schnitte zugefügt, mit der Faust durch ein Fenster geschlagen, sich verbrannt oder sich in irgendeiner anderen Weise selbst verletzt?“* (Mombour et al. 1996), während der I-kPTBS autodestruktive Handlungen mit *„Haben Sie versucht, sich absichtlich selbst zu verletzen, etwa durch Schnittverletzungen oder Verbrennungen“* und Suizidalität mit *„Haben Sie daran gedacht, sich das Leben zu nehmen?“* abfragt (Boroske-Leiner et al. 2008). Ebenso finden sich Ähnlichkeiten bezüglich des Kriteriums „Affektive Instabilität“, welches im IPDE mit den Fragen *„Wechselt ihre normale Stimmungslage oft zu einer sehr reizbaren, depressiven oder nervösen Stimmungslage (Stimmungsänderung häufig, kurzdauernd und intensiv gewöhnlich als Reaktion auf irgendein Ereignis im Leben des Probanden)?“* thematisiert wird. Dem gegenüber wird das im I-kPTBS dem Bereich

„Störung der Regulation von Affekten und Impulsen“ zugeordnete Item „Stimmungsschwankungen mit Unfähigkeit, sich selbst zu beruhigen“ mit den Fragen *„Sind sie schon durch kleine Probleme aus der Fassung zu bringen? Werden Sie beispielsweise schon bei einer geringen Frustration wütend, oder weinen sie leicht?“*, *„Haben Sie Schwierigkeiten, wieder Abstand zu gewinnen und sich zu beruhigen, wenn sie innerlich aufgewühlt sind?“* und *„Fällt es Ihnen schwer, Möglichkeiten zu finden, um zur Ruhe zu kommen? (Beruhigung erfordert ganze Energie oder Einsatz extremer Mittel z. B. Alkohol, Drogen, selbstverletzendes Verhalten)?“* exploriert.

Hier wäre zu diskutieren, inwieweit sich die für Borderline-Patienten typische intensive aversive Anspannung (Bohus und Schmahl 2007) von den „Stimmungsschwankungen mit der mangelnden Fähigkeit, sich selbst zu beruhigen“ der komplexen PTBS unterscheidet. Durch die eben zitierten Fragen klingt zwar eine leicht andere Nuancierung an, doch wäre es sicher interessant, die beiden Patientengruppen genauer auf die Unterschiede bezüglich dieses Merkmals zu untersuchen. Hierfür wäre jedoch vermutlich eher eine qualitative Analyse erforderlich, als die reine Differenzierung mittels diagnostischer Kategorien.

Da die in dieser Studie untersuchten Patienten laut Definition des diagnostischen Konstrukts einen Großteil der Symptomkriterien erfüllen müssen, ist es also gut nachvollziehbar, dass sich die komplexe PTBS und die Borderline-Persönlichkeitsstörung mittels so ähnlicher Symptomkriterien wie „Suizidalität/Selbstverletzung“ und „Affektiver Instabilität“ weniger gut unterscheiden lassen, selbst wenn es gerade diese Symptomkriterien sind, die sich als besonders hilfreich zur Abgrenzung der Borderline-Persönlichkeitsstörung von anderen Achse-I und -II Störungen herausgestellt haben. Daraus ergeben sich wiederum Hinweise auf ein gemeinsames ätiologisches Erklärungsmodell der beiden Störungsbilder (Sack et al. 2011). Dennoch erfüllten die Patienten der Stichprobe, bei denen eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden konnte, insgesamt häufiger die Kriterien „Suizidalität/Selbstverletzung“ und „Affektive Instabilität“ als die Patienten mit alleiniger komplexer PTBS, wenn auch nicht auf Signifikanzniveau.

In Bezug auf das Kriterium „Paranoide/Dissoziative Symptome“ war keinerlei Unterschied zwischen den Patienten mit alleiniger Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und den Patienten, bei denen nur eine komplexe PTBS diagnostiziert wurde, feststellbar. Dies ist zunächst wenig verwunderlich bzw. wäre vielleicht sogar eine gegenläufige Erfüllungshäufigkeit zu erwarten, ist doch die komplexe PTBS als Traumafolgestörung stark mit dem Phänomen der Dissoziation assoziiert. Doch auch hier ist eine genauere Betrachtung der zur

Diagnose verwendeten Fragen der Interviews aufschlussreich: Auf das DSM-IV Kriterium der Borderline-Persönlichkeitsstörung „Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome“ (Saß et al. 2003) zielen die Fragen des IPDE nach ungewöhnlichen Erfahrungen wie „*Sie fühlten sich wie in einem Traum oder die Welt um Sie herum war nicht wirklich*“, „*Sie fühlten sich wie ein losgelöster Betrachter, der die Welt betrachtet, ohne selbst an ihr teilzunehmen*“ und „*Sie fühlten sich, wie wenn sie außerhalb ihres eigenen Körpers wären, oder ein Teil nicht zu Ihnen gehörte*“ ab (Mombour et al. 1996). Außerdem werden Gedankenausbreitung, Beeinflussungserleben und paranoide Ideen abgefragt. Vergleichsweise fragt der I-kPTBS nach Derealisation („*Klinken Sie sich innerlich aus der realen Welt aus, wenn Sie Angst haben oder unter Stress stehen?*“) und Depersonalisation („*Empfinden Sie sich manchmal als unwirklich, als wären Sie in einem Traum oder gar nicht mehr anwesend?*“) (Boroske-Leiner et al. 2008). Zusätzlich werden die Patienten auf das Vorhandensein von Amnesien, unterschiedlichen Persönlichkeitsanteilen sowie durch dissoziative Episoden entstehende Alltagsschwierigkeiten untersucht.

Wie bereits diskutiert, ist die diagnostische Unterscheidung zweier Patientengruppen an Hand einer auf so ähnliche Art und Weise abgefragten, zum diagnostischen Konstrukt beider Störungsbilder gehörenden Symptomatik schwierig. Umso interessanter ist die Untersuchung des Auftretens der Häufigkeit dissoziativer Phänomene bei komplexer PTBS und Borderline-Persönlichkeitsstörung, die später noch erörtert werden soll.

In diesem Zusammenhang und in Bezug auf die beschriebene Ähnlichkeit der diagnostischen Frageitems ist gleichzeitig die große Diskrepanz hinsichtlich der Erfüllung des Borderline-Kriteriums „Paranoide/Dissoziative Symptome“ und des Störungsbereichs „Störung der Wahrnehmung oder des Bewusstseins“ durch dieselben Patientengruppen erstaunlich: Während innerhalb der Gesamtgruppe der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (N = 148) 89,1 % (N = 132) der Patienten das Kriterium „Paranoide/Dissoziative Symptome“ bejahten, erfüllten nur 68,2 % (N = 101) derselben Gruppe das Kriterium „Störung der Wahrnehmung oder des Bewusstseins“ des I-kPTBS. Äquivalent zeigten von der Gesamtgruppe der Patienten mit komplexer PTBS (N = 189) nur 66,1 % (N = 125) das Dissoziationskriterium des IPDE und 93,7 % (N = 177) der Patienten das Kriterium „Störung der Wahrnehmung oder des Bewusstseins“ des I-KPTBS. Trotz der vermeintlichen Analogie der beiden Kriterien scheint es also einen deutlichen qualitativen Unterschied zu geben, dem in zukünftigen Forschungsarbeiten zur diagnostischen Effizienz der jeweiligen Kriterien bzw. zur Konstruktvalidität der diagnostischen Interviews nachgegangen werden könnte.

Bei der diagnostischen Abgrenzung zweier Störungsbilder an Hand der Erfüllung bzw. Nicht-Erfüllung einer bestimmten Anzahl an Diagnosekriterien, trifft man auf die bekannte Problematik der kategorialen versus dimensionalen Diagnostik. Dies stellt insbesondere bei der Diagnostik der Persönlichkeitsstörung ein viel diskutiertes Thema dar (Barnow et al. 2006; Skodol et al. 2005; Widiger 2007). Durch die 9 DSM-IV-Kriterien wird ein „idealtypischer“ Borderline-Patient beschrieben (Wittchen 2011). Für die Diagnosestellung sind nur die Erfüllung von 5 Kriterien nötig, wodurch sich 151 theoretische Kombinationen ergeben (Sanislow et al. 2002; Skodol et al. 2002). Auch wenn mehrere Studien gezeigt haben, dass die Borderline-Kriterien des DSM-IV ein statistisch kohärentes Konstrukt darstellen (Fossati et al. 1999; Sanislow et al. 2002), handelt es sich damit dennoch um eine sehr heterogene diagnostische Kategorie (Sanislow et al. 2002). Der Schwellenwert zur Vergabe der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zwischen 4 und 5 erfüllten Kriterien ist relativ willkürlich festgelegt (Bohus und Schmahl 2007). Dies bedeutet für die hier vorliegende Untersuchung, dass die Patienten mit komplexer PTBS, welche die Diagnose der Borderline-Persönlichkeitsstörung nur subsyndromal erfüllten, der Gruppe der Patienten mit „alleiniger“ komplexer PTBS zugeordnet wurden. Umgekehrt wurden die Borderline-Patienten, die nur einen Teil der Störungsbereiche des zumindest theoretisch homogenen Krankheitsbilds der komplexen PTBS aufwiesen, der Gruppe der Patienten mit „alleiniger“ Borderline-Persönlichkeitsstörung zugeteilt. Dies führt bei der hohen Überschneidung der Symptomkomplexe zu einer unscharfen Abgrenzung anhand der Erfüllung der Symptomkriterien. Gleichzeitig ermöglicht die Verwendung kategorialer Diagnostik für die differentialdiagnostische Abgrenzung psychischer Störungsbilder jedoch den Vergleich mit Ergebnissen anderer Studien.

In Hinblick auf die klinische Differentialdiagnostik wäre es interessant, Prädiktoren zu ermitteln, die bei der vorhandenen Patientenpopulation an Hand einzelner Symptomkriterien sichere Hinweise darauf geben könnten, ob bei einem Patienten eher eine Borderline-Persönlichkeitsstörung oder eine komplexe PTBS vorliegt. Sack et al. (2007) schlagen hier ein Klassifikationsdiagramm zur Differenzierung vor: Anhand der Entscheidung „Heftige Wut – ja oder nein?“ erfolgt eine erste Aufteilung, da der größte Anteil der Borderline-Patienten diese Frage bejahen, während sie von Patienten mit komplexer PTBS weitgehend verneint wird. Mittels einer zweiten Frage nach instabilen Beziehungen könnten die beiden Diagnosen dann mit hoher Genauigkeit (ca. 95 %) unterschieden werden.

Vorausgreifend auf die dritte Fragestellung – inwieweit sich die Patienten mit beiden Diagnosen von den Patienten unterscheiden, die entweder an einer Borderline-

Persönlichkeitsstörung oder einer kPTBS leiden – ließ sich außerdem folgende Beobachtung machen: Die Patienten, die beide Diagnosen aufwiesen, unterschieden sich bezüglich der Erfüllung der Störungsbereiche der komplexen PTBS nicht signifikant von den Patienten, die nur eine komplexe PTBS diagnostiziert bekamen. Ebenso differierten die Patienten mit beiden Diagnosen nicht signifikant hinsichtlich der Erfüllung der Borderline-Symptomkriterien von den Patienten mit alleiniger Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dennoch ließen sich bei den Patienten mit beiden Diagnosen häufiger die Symptome „Impulsives Verhalten“, „Suizidale Handlungen/Selbstverletzung“ sowie „Paranoide/Dissoziative Symptome“ beobachten als bei den Patienten mit alleiniger Borderline-Persönlichkeitsstörung, verglichen mit den Patienten mit alleiniger komplexer PTBS häufiger der Störungsbereich „Störung der Selbstwahrnehmung“. Diese Beobachtungen erlangten jedoch nicht das Signifikanzniveau.

Die Tatsache, dass die Patienten mit beiden Diagnosen sich von den Patienten mit alleiniger Borderline-Diagnose bezüglich der Störungsbereiche der komplexen PTBS und von den Patienten mit komplexer PTBS hinsichtlich der Erfüllung der Symptomkriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung signifikant unterscheiden, trägt ergänzend zur Bestätigung der zweiten Untersuchungshypothese bei. Eine Ausnahme stellt das Kriterium „Paranoide/Dissoziative Symptome“ dar. Dieser Befund deckt sich mit den bereits beschriebenen Ergebnissen beim Vergleich der Patienten, die jeweils nur eines der beiden Störungsbilder aufweisen. Die dort bereits beobachteten, jedoch nicht signifikanten Unterschiede bei den Symptomkriterien „Affektive Instabilität“ und „Suizidale Handlungen/Selbstverletzung“, erreichen beim Vergleich mit den Patienten mit beiden Diagnosen das Signifikanzniveau.

4.2.3 Vergleich der Patienten hinsichtlich der Anzahl der Symptomkriterien, Kindheitstraumatisierungen, komorbider Erkrankungen und Symptome

Um eine Antwort auf die Frage zu finden, welche Besonderheiten Patienten aufweisen, die sowohl eine komplexe PTBS als auch eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert bekommen hatten, wurden diese Patienten mit jenen, welche nur eine der beiden Störungen zeigten, hinsichtlich der Anzahl der erfüllten Symptomkriterien beider Krankheitsbilder, dem Vorhandensein von Kindheitstraumatisierungen, dem Spektrum komorbider Erkrankungen und der Symptombelastung durch komorbide Symptome verglichen.

4.2.3.1 Anzahl der Symptomkriterien

Es stellte sich heraus, dass die Patienten mit beiden Diagnosen, verglichen mit den Patienten mit alleiniger komplexer PTBS oder Borderline-Persönlichkeitsstörung, quantitativ jeweils

mehr Symptomkriterien der beiden Störungsbilder erfüllen. Die Patienten, bei denen nur eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden war, bejahten durchschnittlich 11,5 der 40 Items des I-kPTBS, die Patientengruppe mit der alleinigen Diagnose einer komplexen PTBS hatte einen Mittelwert von 18,2 positiven Items und bei denjenigen Patienten, die sowohl die Diagnose einer kPTBS als auch einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aufwiesen, waren im Durchschnitt 21,7 Items erfüllt. Die Patienten, die nur an einer komplexen PTBS litten, erfüllten im Durchschnitt 2,8 der 9 Symptomkriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV, erhoben mit dem IPDE. Im Gegensatz dazu wiesen die Patienten, bei denen eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden war, durchschnittlich 5,9 positive Symptomkriterien auf und die Patienten mit beiden Diagnosen erfüllten durchschnittlich 6,6 Kriterien. Alle Gruppenunterschiede waren statistisch signifikant.

Hintergrund dieses Vergleichs war die Vermutung, dass die Patienten, die beide Krankheitsbilder aufweisen, einen signifikant stärkeren Ausprägungsgrad der Diagnosen zeigen, d. h. schwerer erkrankt sind als die Patienten mit nur einer der beiden Diagnosen. Anders formuliert die Erwartung, dass diejenigen Patienten, die unter einer schwereren Ausprägung der Borderline-Pathologie leiden, eine größere Wahrscheinlichkeit haben, ebenfalls die Diagnosekriterien der komplexen PTBS zu erfüllen sowie umgekehrt die Patienten mit einem stärkeren Ausprägungsgrad der komplexen PTBS eher dazu neigen, gleichzeitig auch die erforderlichen Kriterien zur Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung aufzuweisen. Gestützt wird diese Vermutung durch eine Untersuchung von Zanarini et al. (2002b), die zeigt, dass die Schwere eines sexuellen Missbrauchs und der emotionalen Vernachlässigung in der Kindheit signifikant mit der Schwere der Borderline-Psychopathologie und der psychosozialen Beeinträchtigung korrelierte. Auch Silk et al. (1995) identifizierten wiederholten sexuellen Missbrauch als Prädiktor für die Schwere der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Weitere Studien zeigen, dass sexueller Missbrauch und andere Traumatisierungen in der Kindheit als prädiktive Faktoren zu einem schlechteren Verlauf der Borderline-Erkrankung beitragen (Gunderson et al. 2006; Zanarini et al. 2006). Zur vorliegenden Untersuchung konträr scheint der Befund von Zlotnick et al. (2002), in deren Studie eine komorbid zur Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostizierte PTBS nicht mit einer schwereren Psychopathologie oder funktionellen Beeinträchtigung einherging. Dies könnte jedoch ebenso als Hinweis gewertet werden, dass das Konstrukt der einfachen PTBS nicht zur Erfassung von komplexen Traumafolgestörungen geeignet ist (Herman 1992).

Gleichzeitig stoßen wir auch hier auf die bereits erwähnte Problematik der kategorialen Diagnostik, da die Erfüllung eines Kriteriums nicht automatisch auf die Intensität des Symptoms bzw. auf die dadurch entstehende Beeinträchtigung schließen lässt. Somit ermöglicht auch die Anzahl der erfüllten Kriterien nur eingeschränkt Aussagen über den Schweregrad einer Erkrankung. Hinweise, dass das methodische Vorgehen vorliegender Studie dennoch gerechtfertigt ist und die Anzahl der erfüllten Symptomkriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung im DSM-IV Rückschlüsse auf den Ausprägungsgrad der Störung gestatten, liefert hingegen eine Untersuchung von Johansen et al. (2004). Dort wird eine Korrelation zwischen der Anzahl der erfüllten Borderline-Kriterien und der Schwere der Erkrankung in Bezug auf Persönlichkeitsveränderung, Symptombelastung und soziales Funktionsniveau beschrieben. Interessant wäre jedoch, in zukünftigen Forschungsprojekten Instrumente zur Schweregradbestimmung der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu verwenden, wie z. B. die „Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder“ (Zanarini 2003b), den „Borderline Personality Disorder Severity Index“ (Arntz et al. 2003) oder die „Borderline-Symptom-Liste“ (Bohus et al. 2001; Bohus et al. 2009; Bohus et al. 2007). Für die komplexe PTBS liegen entsprechende Instrumente noch nicht vor.

4.2.3.2 Kindheitstraumatisierungen

Die bereits diskutierte Vermutung, dass es sich bei den Patienten, die sowohl eine komplexe PTBS als auch eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert bekommen hatten, um die schwerer erkrankte Patientengruppe handelt, war auch Anlass für die Annahme, dass sich bei den Patienten mit beiden Diagnosen signifikant mehr schwere Beziehungstraumatisierungen in der Anamnese finden würden.

Vorliegende Untersuchung bezieht sich auf Entwicklungstraumatisierungen in Form von Vernachlässigung, sexuellem Missbrauch, körperlicher Gewalt sowie emotionalem Missbrauch, die gegenwärtig in dieser Weise nicht ausdrücklich in den objektiven Traumakriterien des DSM-IV und ICD-10 enthalten sind (Sack et al. 2011). Die Patienten wurden anhand des Selbstbeurteilungsinstruments TAQ (Traumatic Antecedents Questionnaire) nach möglichen lebensgeschichtlichen Traumatisierungen, bezogen auf das Alter (aufgeteilt in Lebensphasen) befragt.

Zunächst sollen die verfügbaren Daten zum Vorkommen von Traumatisierungen in der Bevölkerung dargestellt werden. In einer Übersichtsarbeit von Pillhofer et al. (2011) zur Prävalenz von Kindesmisshandlung und -missbrauch in Deutschland wird die Problematik der mangelnden Systematik in der Erfassung ausführlich diskutiert: Während retrospektive

Studien Lebenszeitprävalenzen größer als 10 % aufdecken, liegt die Zahl der angezeigten Missbrauchsfälle unter 1 ‰, was für eine extreme Untererfassung durch Behörden und Justiz spricht. Im Bereich des emotionalen Missbrauchs sowie der Vernachlässigung ist die Erfassung zusätzlich durch Definitionsprobleme erschwert und es existieren in Deutschland diesbezüglich keine bevölkerungs-repräsentativen Studien.

In seiner retrospektiven Studie fand Wetzels (1997) sexuellen Missbrauch bei 6,2 % bis 18,1 % der Frauen und 2,0 bis 7,3 % der Männer, abhängig von der Weite der Definitionskriterien. Die Prävalenz von sexuellem Missbrauch in den Studien von Raupp und Eggers (1993) sowie Bange (1992) war mit ca. 25 % bei Frauen und 6,3 - 8 % bei Männern sogar noch höher. Ähnliche Daten liegen für die amerikanische Allgemeinbevölkerung vor (Finkelhor 1979; Finkelhor et al. 1990; Russell 1986). Sachsse et al. (1997) resümieren vor diesem Hintergrund, dass vermutlich jede vierte bis fünfte Frau bis zum Alter von 16 Jahren Opfer zumindest eines sexuellen Übergriffs wird.

In der Untersuchung von Wetzels (1997) gaben 10,6 % der Befragten eine körperliche Misshandlung in der Kindheit bzw. Jugend an. Daneben konnte eine signifikante Überlappung der Misshandlungstypen gefunden werden. Eine ältere ostdeutsche Stichprobe wies Häufigkeitsraten physischen Missbrauchs von bis zu 52 % auf (Busmann 1996). In ihrer Übersichtsarbeit zur Prävalenz von Kindesmissbrauch in Europa fasst Lampe (2002) zusammen, dass von einer in etwa doppelt so hohen Zahl der Opfer von physischer Gewalt im Vergleich zu sexueller Gewalt auszugehen ist.

Laut Lampe (2002) existiert zur Häufigkeit von Vernachlässigung in Deutschland lediglich eine Studie, die Vernachlässigung bei 3 - 6 % von stationär behandelten Kindern fand (Frank 1995). Amerikanischen Untersuchungen nach liegt das Vorkommen von Vernachlässigung noch deutlich über der Prävalenz von körperlicher Misshandlung und sexuellem Missbrauch (Engfer 2005). So machen Meldungen von körperlicher Vernachlässigung 58 % der Melde-daten aus der „National Incidence Study“ aus (Kaplan et al. 1999; Sedlak und Broadhurst 1996). Doch neben der körperlichen Vernachlässigung durch mangelnde Ernährung, Pflege, Schutz vor Gefahren etc., hat auch die emotionale Vernachlässigung durch fortdauernde Nicht-Verfügbarkeit oder emotionale Abwesenheit der primären Bezugspersonen, wie z. B. durch schwere psychische Erkrankungen, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit gravierende Folgen auf die kindliche Entwicklung (Sack et al. 2011; Schore 2001).

Noch schwerer als bei den anderen Missbrauchsformen, ist die „Grenze zwischen üblichem bzw. weitgehend toleriertem (z. B. Liebesentzug) zu psychisch schädigendem Elternverhalten (z. B. Ignorieren des Kindes)“ im Bereich des emotionalen bzw. psychischen Missbrauchs zu bestimmen (Engfer 2005). Engfer definiert den psychischen Missbrauch als „alle Handlungen oder Unterlassung von Eltern oder Betreuungspersonen, die Kinder ängstigen, überfordern, ihnen das Gefühl der Wertlosigkeit vermitteln.“ Johansson et al. (2001) fand für einen enger definierten Unterbereich „verbaler Missbrauch“ eine Auftretenshäufigkeit von 9,8 % in einer New Yorker Längsschnittstudie an 938 untersuchten Probanden. Für Deutschland bzw. Europa fehlen entsprechende Prävalenzstudien (Lampe 2002; Pillhofer et al. 2011).

Im hier untersuchten Patientenkollektiv fand sich eine ausgesprochen hohe Prävalenz an traumatischen Erfahrungen: 95,3 % aller Patienten gaben an, mit mindestens einer der genannten Formen von Traumatisierung im Laufe ihres Lebens konfrontiert worden zu sein. Hervorzuheben ist eine, verglichen zur dargestellten Bevölkerungsprävalenz in Deutschland, sehr hohe Prävalenz des sexuellen Missbrauchs: 43,3 % des gesamten Patientenkollektivs, 42,6 % aller Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie 50,8 % aller Patienten mit komplexer PTBS waren davon betroffen. Für die Traumaformen Vernachlässigung, emotionaler Missbrauch und körperliche Gewalt lagen noch viel höhere Angaben vor.

Für die Gruppe der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung deckt sich dieses Ergebnis mit Befunden aus zahlreichen Studien, die das häufige Vorkommen von multiplen, teilweise wiederholten und über einen langen Zeitraum anhaltenden Traumatisierungen in Form von sexuellem Missbrauch, körperlicher Misshandlung und/oder emotionaler Vernachlässigung in der Kindheit von Borderline-Patienten bestätigten (Ogata et al. 1990; Paris et al. 1994a, 1994b; Sachsse et al. 1997; Shearer et al. 1990; Zanarini et al. 1989; Zanarini et al. 1997; Zweig-Frank und Paris 1991). Die Prävalenzraten der einzelnen Missbrauchsformen innerhalb der vorliegenden Studie lagen teilweise noch über den Häufigkeitsraten der Untersuchung von Zanarini et al. (1997), die bei insgesamt ca. 90 % der Betroffenen irgendeine Form von Traumatisierung oder Missbrauch in der Kindheit fanden.

In der Gruppe der Patienten, die nur die Diagnose einer komplexen PTBS aufwiesen, wurden im Vergleich mit jenen Patienten, die nur eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert bekommen hatten, signifikant häufiger sexuelle und körperliche Gewalt angegeben. Es lässt sich somit eine zum Krankheitsbegriff der komplexen PTBS passende stärkere Traumaassoziation vermuten.

Die Hypothese, dass sich bei Patienten mit komplexer PTBS und Borderline-Persönlichkeitsstörung signifikant häufiger schwere Beziehungstraumatisierungen in der Anamnese finden würden als bei Patienten mit alleiniger Borderline-Persönlichkeitsstörung oder komplexer PTBS, konnte hingegen nur teilweise bestätigt werden. Wie bereits beschrieben, wurde bei einem Großteil der untersuchten Borderline-Patienten (79,7 %) gleichzeitig die Diagnose einer komplexen PTBS gestellt. Diese Patienten wiesen in den Bereichen emotionaler Missbrauch, körperliche Gewalt und sexueller Missbrauch durchgängig mehr Traumatisierungen auf als die Patienten mit alleiniger Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dabei lagen die Unterschiede lediglich in den Bereichen „körperliche Gewalt im Alter zwischen 0 - 6 Jahren“ und „sexuelle Gewalt im Alter zwischen 7 - 12 Jahren“ innerhalb des gewählten (korrigierten) Signifikanzniveaus. Bei der Gegenüberstellung der Patienten mit komplexer PTBS und Borderline-Persönlichkeitsstörung und den Patienten mit alleiniger komplexer PTBS konnten hingegen keine Unterschiede hinsichtlich der Prävalenz von traumatischen Lebensereignissen festgestellt werden. Daher musste die Hypothese diesbezüglich verworfen werden. Auch dies könnte für eine im Vergleich zur Borderline-Persönlichkeitsstörung noch stärkere Verbindung der Diagnose komplexe PTBS mit kindlichen Traumatisierungen sprechen. Eine zusätzlich zur komplexen PTBS vorliegende Borderline-typische Symptomatik lässt jedoch keine Rückschlüsse auf eine noch schwerere traumatische Belastung in der Anamnese dieser Patienten zu.

Bereits frühere Studien zeigten eine erhebliche Überlappung und Verkettungen der einzelnen Missbrauchsformen (Jonson-Reid et al. 2003; Wetzels 1997). Dies deckt sich sowohl mit vorliegenden Ergebnissen als auch mit der klinischen Beobachtung, dass Betroffene häufig ein komplexes Geflecht aus invalidierenden Beziehungserfahrungen schildern. Hierdurch ist die Untersuchung spezifischer Auswirkungen der verschiedenen Gewaltformen auf die Art und Schwere der Psychopathologie erheblich erschwert (Engfer 2005). Gleichwohl wären künftige Forschungsvorhaben, welche die Spezifität sowie das Zusammenwirken der unterschiedlichen traumatischen Einflussfaktoren bei beiden Krankheitsbildern in den Vordergrund stellen, von großem Interesse.

Limitiert wird die Aussagekraft der Ergebnisse zur Prävalenz traumatischer Erfahrungen der untersuchten Patienten durch die retrospektive Datenerhebung mittels eines Selbstratinginstruments. So könnten ungenaue Erinnerungen oder Umdeutungen autobiographischer Gedächtnisinhalte die Reliabilität der Befunde einschränken (Pillhofer et al. 2011). Daneben können frühkindliche Amnesien zu einer Untererfassung von frühen Traumatisierungen und einer Verzerrung der Prävalenz in den Altersstufen führen (Dulz und Jensen 2000). Dennoch

kann auf retrospektive Befragungen in der Erforschung der Prävalenz von Kindheitstraumatisierungen nicht verzichtet werden. Leider liegen international gültige Definitionskriterien für die einzelnen Missbrauchsformen sowie eine einheitliche Erhebungsmethode derzeit noch nicht vor und erschweren somit den Vergleich von Studienergebnissen (Lampe 2002). Die Definitionskriterien des in vorliegender Studie verwendeten Fragebogens TAQ sind sehr weit gefasst, was zu der sehr hohen Prävalenz an Traumatisierungen innerhalb des hier untersuchten Patientenkollektivs beigetragen haben könnte.

4.2.3.3 Komorbide Erkrankungen

Unter der Annahme, dass sich die Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und komplexer PTBS von den Patienten mit alleiniger Borderline-Persönlichkeitsstörung oder komplexer PTBS im Auftreten komorbider Erkrankungen unterscheiden, wurde das Patientenkollektiv mittels Interviewdiagnostik im Hinblick auf die Prävalenz von PTBS, depressiver Störung und dissoziativer Störungen untersucht.

Bei den Patienten, die sowohl die Diagnose der komplexen PTBS als auch eine Borderline-Persönlichkeitsstörung aufwiesen, konnten die untersuchten komorbiden Erkrankungen durchgängig häufiger beobachtet werden als bei den Patienten mit alleiniger Borderline-Persönlichkeitsstörung. Signifikante Unterschiede lagen nicht vor, was an der Problematik des multiplen Testens liegen könnte. Beim Vergleich der Patienten mit beiden Diagnosen mit den Patienten mit alleiniger komplexer PTBS wurden keinerlei Unterschiede hinsichtlich der untersuchten komorbiden Erkrankungen sichtbar und die obige Hypothese musste abgelehnt werden. Eine Erklärung hierfür könnte eine möglicherweise stärkere Verbindung der hier untersuchten komorbiden Störungen, bei denen es sich mehrheitlich um Erkrankungen aus dem dissoziativen Formenkreis handelt, mit dem Konstrukt der komplexen PTBS sein. Auch ein depressives Syndrom scheint noch mehr mit dem Symptomenspektrum der komplexen PTBS verknüpft als mit dem Krankheitsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Luxenberg et al. 2001). Entsprechend zeigten die untersuchten Patienten mit alleiniger komplexer PTBS bezüglich aller untersuchten komorbiden Erkrankungen höhere Prävalenzen als die Patienten mit alleiniger Borderline-Persönlichkeitsstörung. Diese lagen mit Ausnahme der einfachen PTBS jedoch ebenfalls nicht auf Signifikanzniveau.

Insgesamt fällt eine sehr hohe Prävalenz von Traumafolgestörungen bei den hier untersuchten Patienten auf, die mit den hohen Angaben der bereits diskutierten berichteten traumatischen Ereignisse korrespondiert. Aus der Forschungsliteratur sind hohe Komorbiditätsraten von 30 - 56 % der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit der einfachen PTBS bekannt

(Pagura et al. 2010; Yen et al. 2002; Zanarini et al. 1998a). In vorliegender Studie waren diese Überschneidungsraten noch deutlich höher: 80,4 % der untersuchten Borderline-Patienten wiesen gleichzeitig eine einfache PTBS auf. Möglicher Grund hierfür könnte die Einbeziehung von zwei auf die Behandlung von Traumafolgestörungen spezialisierten Studienzentren sein. Von den Patienten mit komplexer PTBS erfüllten 91,5 % gleichzeitig die Kriterien einer einfachen PTBS. Die Beobachtung, dass nicht alle Patienten mit komplexer PTBS zwangsläufig auch vollständig die Symptome einer einfachen PTBS aufweisen, deckt sich mit den Befunden von Boroske-Leiner et al. (2008). Diese fanden nur bei 83,9 % ihrer Patienten mit komplexer PTBS ebenfalls die Diagnose einer einfachen PTBS. Das Ergebnis stützt somit das diagnostische Konstrukt der komplexen PTBS als eigenständiges Krankheitsbild, welches durch die Diagnosekriterien der einfachen PTBS nur unzureichend erfasst wird (Herman 1992).

Der (kleine) Teil der Patienten, die nur eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (und keine komplexe PTBS) diagnostiziert bekommen hatten, wiesen, verglichen mit den Patienten mit alleiniger komplexer PTBS, seltener die komorbide Diagnose einer einfachen PTBS auf. Der beobachtete signifikante Unterschied passt zur angenommenen und bereits diskutierten stärkeren Traumaassoziation des Konstrukts „komplexe PTBS“ gegenüber der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Vor dem Hintergrund der Überlegung, dass die Borderline-Patienten mit stärkerer traumatischer Belastung eher in der Gruppe der Patienten mit beiden Diagnosen wieder zu finden sind, war die Prävalenz der einfachen PTBS in der reinen Borderline-Gruppe mit 66,7 % immer noch ausgesprochen hoch. Gunderson und Sabo (1993) argumentieren in diesem Zusammenhang, dass das hohe Vorkommen der einfachen PTBS bei Borderline-Patienten auch auf ein durch störungsbedingtes Verhalten erhöhtes Risiko für erneute Traumen im Erwachsenenalter zurück zu führen sein könnte.

Weiterhin auffallend war eine ausgesprochen hohe Prävalenz schwerer dissoziativer Störungen innerhalb des untersuchten Patientenkollektivs. Dabei wiesen 32,5 % der Gesamtstichprobe, 42,9 % der Patienten mit komplexer PTBS und 39,2 % der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Komplexe Dissoziative Störung (nach Gast 2002) auf. Im ICD-10 wird das allgemeine Kennzeichen dissoziativer Störungen als „teilweiser oder völliger Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen sowie der Kontrolle der Körperbewegungen“ beschrieben (Dilling et al. 2011). Dissoziative Symptome finden sich sowohl in den Diagnosekriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung (APA 1994) als auch in den Störungsbereichen der komplexen PTBS (Herman 1992; Sack 2004). Gut bekannt ist außerdem

die enge Verbindung von schwerem kindlichem Missbrauch und der Entwicklung dissoziativer Störungen (Boon und Draijer 1993; Chu et al. 1999; Foote et al. 2006; Lewis et al. 1997), weshalb diese, zusammen mit der einfachen und komplexen PTBS, dem Spektrum traumaassoziierter Störungsbilder zugeordnet werden können (Sack et al. 2013). Auch der Zusammenhang zwischen Traumatisierung und dissoziativen Symptomen bei Borderline-Patienten wurde bereits gut untersucht (Simeon et al. 2003; Watson et al. 2006). In der Forschungsliteratur werden stark schwankende Prävalenzraten dissoziativer Störungen von ca. 5 bis 41 % in klinischen Stichproben angegeben. Die Prävalenz Komplexer Dissoziativer Störungen (DIS und DDNOS) wird auf ca. 4 bis 23 % geschätzt (Friedl und Draijer 2000; Gast et al. 2001; Overkamp und Helmke-Jaeger 2010; Ross et al. 2002; Saxe et al. 1993; Tutkun et al. 1998). Die Befunde vorliegender Studie decken sich mit den Ergebnissen von Korzekwa et al. (2009), die bei 48 % der von ihnen untersuchten Borderline-Patienten eine schwere dissoziative Störung und bei 29 % eine milde dissoziative Störung fanden. Auch die hier dargestellten hohen Komorbiditätsraten dissoziativer Störungen bei Patienten mit komplexer PTBS entsprechen früheren Untersuchungen. So beschrieben beispielsweise Boroske-Leiner et al. (2008) dissoziative Störungen bei 74 % ihrer Patienten mit komplexer PTBS.

Daneben zeigte sich in vorliegender Studie ein extrem hohes Vorkommen an depressiven Störungen bei 90,5 % der Patienten mit komplexer PTBS, 87,2 % der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie 87,6 % der Gesamtstichprobe. Dieses Ergebnis passt zu den Befunden von Zanarini et al. (Zanarini et al. 1998a, 1998b), die in einer Stichprobe von 504 Borderline-Patienten eine Lebenszeitprävalenz depressiver Störungen von 96 % beschreiben. Ebenso ist die hohe Überschneidung von komplexer PTBS und depressiven Störungen gut bekannt (Ford 1999). Während Kessler (1995) et al. in einer groß angelegten epidemiologischen Studie bei ca. 48 % der Patienten mit einfacher PTBS eine komorbide depressive Störung verzeichneten, wiesen in einer Untersuchung an kroatischen Kriegsveteranen ca. 80 % der Patienten mit komplexer PTBS eine depressive Störung auf (Nemčić-Moro et al. 2011).

Da sich die vorliegende Arbeit weitgehend auf komorbide Erkrankungen aus dem dissoziativen Formenkreis beschränkt, wäre für zukünftige Forschungsarbeiten anzuregen, ein größeres Spektrum komorbider Störungen zu berücksichtigen. Zwar wurden weitere Nebendiagnosen im Rahmen der Anamnese erhoben, konnten aber auf Grund mangelnder Standardisierung nicht interpretiert werden.

4.2.3.4 Komorbide Symptombelastung

Die letzte Untersuchungshypothese sagte eine höhere Symptombelastung durch komorbide Symptome bei Patienten mit beiden Diagnosen im Vergleich zu Patienten mit alleiniger Borderline-Persönlichkeitsstörung oder komplexer PTBS voraus. Zur Überprüfung wurde die Symptombelastung der Patienten an Hand von Symptomfragebögen (IES-R, SOMS, STAI-X2, BDI, FDS) gemessen und die jeweiligen Mittelwerte der Vergleichsgruppen „BPS und komplexe PTBS“, „nur BPS“ und „nur komplexe PTBS“ wurden einander gegenüber gestellt.

Es zeigte sich bei den Patienten mit komplexer PTBS und Borderline-Persönlichkeitsstörung eine signifikant höhere Belastung durch dissoziative Symptome, depressive Symptome, Angstsymptome und der Anzahl (nicht der Intensität) an somatoformen Symptomen als bei den Patienten mit alleiniger Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dies scheint die Annahme, es handle sich bei den Patienten, die beide Störungen aufweisen, um die schwerer erkrankte Patientengruppe, zu bestätigen. Dabei ist zu diskutieren, ob von einer stärkeren Belastung in einzelnen Symptombereichen auf die Schwere der Erkrankung geschlossen werden kann. Eine Verbindung zwischen Symptombelastung und stärkerem Leidensdruck ist nur zu vermuten.

Für den Vergleich der Patienten mit komplexer PTBS und den Patienten, die beide Diagnosen aufwiesen, muss die Hypothese abgelehnt werden – es konnten keine signifikanten Unterschiede in der Symptombelastung nachgewiesen werden. Das heißt, die zusätzlich zur komplexen PTBS gestellte Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wies nicht auf eine höhere Belastung durch komorbide Symptome hin.

Eine mögliche Begründung könnte in einer stärkeren Assoziation der hier untersuchten Symptome – Depression, Dissoziation, somatoforme Beschwerden, allgemeine Ängstlichkeit und spezifische posttraumatische Symptome – mit dem Konstrukt der komplexen PTBS als mit dem Krankheitsbild der Borderline-Persönlichkeitsstörung liegen. Dies wird auch beim Vergleich der Mittelwerte der Patienten, die nur eine der beiden Diagnosen aufwiesen, deutlich: Die Patienten mit alleiniger komplexer PTBS zeigten in fast allen Symptombereichen höhere Belastungen als die Patienten mit alleiniger Borderline-Persönlichkeitsstörung, wenn auch nicht immer auf Signifikanzniveau. Dieser Zusammenhang zeigt sich auch auf Ebene der Symptomkriterien, wo sich eine hohe Überschneidung der hier untersuchten komorbiden Symptome mit den Störungsbereichen der komplexen PTBS finden lässt. So gehören z. B. somatoforme Symptome zu den Kriterien der komplexen PTBS, nicht jedoch zu den

Diagnosekriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Daneben decken sich eine Vielzahl der Items des verwendeten Depressionsfragebogens BDI (Schmitt und Maes 2000) mit den Störungsbereichen bzw. Unterkriterien der komplexen PTBS. Das BDI-Item „...sah ich *mutlos in die Zukunft*“ entspricht zum Beispiel dem Kriterium „fehlende Zukunftsperspektive“ der komplexen PTBS. Die Items „...fühlte ich mich als *Versager(in)*“, „...war ich von mir *enttäuscht*“, „...warf ich mir *Schwächen und Fehler vor*“, „...hatte ich *Schuldgefühle*“ gleichen den Unterpunkten des Bereichs „Störung der Selbstwahrnehmung (Scham, Schuldgefühle, Gefühl, dauerhaft zerstört zu sein), während das Item „...dachte ich daran, mir etwas *anzutun*“ Schlüsse auf das Kriterium Suizidalität zulässt. Daneben finden sich Entsprechungen bei den Items „...war mir *Sex gleichgültig*“ (kPTBS: Störungen der Sexualität), „...fehlte mir das *Interessen an Menschen*“ (kPTBS: Gefühl, isoliert und abgeschnitten zu sein), „...machte ich mir *Sorgen um meine Gesundheit*“ (kPTBS: hypochondrische Ängste), und „...fühlte ich mich *gereizt und verärgert*“ (kPTBS: verminderte Steuerungsfähigkeit von aggressiven Impulsen). Im Gegensatz dazu ist eine komorbide depressive Symptomatik in den Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung weniger gut abgebildet.

Abschließend hervorzuheben ist, dass hinsichtlich spezifischer posttraumatischer Symptome wie Intrusionen, Vermeidung und Hyperarousal keinerlei Unterschiede zwischen allen drei Vergleichsgruppen nachzuweisen waren. Da sich jedoch, wie bereits dargestellt, Gruppenunterschiede in der Prävalenz traumatischer Lebensereignisse zeigten, spricht dies ebenfalls für eine unzureichende Erfassung der Folgen schwerer kindlicher Beziehungstraumatisierungen durch die Symptomentrias der einfachen PTBS.

4.3 Schlussfolgerung und Ausblick

Die Ergebnisse vorliegender Studie zeigen, dass es sich bei den Störungsbildern komplexe PTBS und Borderline-Persönlichkeitsstörung trotz ausgeprägter Überschneidungen um voneinander abgrenzbare eigenständige Krankheitsbilder handelt und es somit nicht möglich ist, das eine Störungsbild durch das andere zu ersetzen. Des Weiteren konnten die Besonderheiten dargestellt werden, welche jene Patienten aufweisen, die beide Diagnosen erfüllen.

Die hohe Überschneidung der beiden Krankheitsbilder lässt sich nachvollziehen, wenn beide Diagnosen als unterschiedliche Ausprägung einer gemeinsamen Grundproblematik angesehen werden (Sack et al. 2013). So fanden Miller und Resick in Untersuchungen an Kriegsveteranen und sexuell traumatisierten Frauen zwei unterschiedliche Subtypen schwerer posttraumatischer Psychopathologien, die sie in einen „externalisierenden“ und einen „inter-

nalisierenden“ Typus einteilen (Miller et al. 2003; Miller und Resick 2007). Die „Externalisierer“ zeigten u. a. vermehrt impulsives Verhalten, Substanzmissbrauch, riskantes Sexualverhalten, Selbstverletzung zur Spannungsregulation sowie Züge einer Cluster-B-Persönlichkeitsstörung. Die Gruppe der „Internalisierer“ hingegen war u. a. charakterisiert durch Depressivität, niedriges Selbstwertgefühl, hohes Schamerleben, sozialen Rückzug und Interessenverlust, ängstliches Vermeidungsverhalten, Somatisierung und Hyperarousal.

Vor dem Hintergrund dieser Beschreibungen, schlussfolgern Sack et al. (2011; 2013), ließe sich die Borderline-Persönlichkeitsstörung als vornehmlich externalisierende Ausprägung einer Traumafolgestörung verstehen, während die Diagnose komplexe PTBS eher dem internalisierenden Typ zugeordnet werden könnte. Die Idee eines gemeinsamen ätiologischen Ursprungs beider Störungsbilder würde sich mit der klinischen Beobachtung decken, dass sowohl Mischformen zwischen den scheinbar gegensätzlichen Ausprägungsrichtungen als auch ein zeitlich abwechselndes Auftreten internalisierender und externalisierender Symptome vorkommen können. Unterstützt wird diese Überlegung nicht nur durch die in vorliegender Arbeit dargestellte hohe Überlappung von komplexer PTBS und Borderline-Persönlichkeitsstörung, sondern auch durch die gefundene extrem hohe Prävalenz an traumatischen Erfahrungen sowie komorbiden dissoziativen Störungen in beiden Diagnosegruppen.

Nicht berücksichtigt durch dieses Erklärungsmodell, ist jedoch die kleine Gruppe an Borderline-Patienten – in vorliegender Stichprobe 4,7 % –, bei denen keine Form kindlicher Traumatisierung zu eruieren ist. Nicht zuletzt aus diesem Grund favorisieren andere Autoren die Formulierung eines multifaktoriellen Modells für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Borderline-Persönlichkeitsstörung, welches im Sinne einer Diathese-Stress-Beziehung u.a. der genetischen Vulnerabilität der Betroffenen einen größeren Stellenwert einräumt, und warnen vor einer einseitigen ätiologischen Zuschreibung (Bohus 2009; Linehan 1993; Paris 2000; Zanarini et al. 1997). Gleichzeitig könnten jedoch auch frühkindliche Amnesien oder eine dissoziative Abspaltung des Erlebten für eine fehlende Angabe traumatischer Erfahrungen bei einem Teil der Patienten mit Borderline-Pathologie verantwortlich sein (Driessen et al. 2002; Dulz und Jensen 2000). Letztendlich hängt die Frage, ob die Borderline-Persönlichkeitsstörung als Traumafolgestörung definiert werden soll, auch davon ab, wie der Begriff Trauma verstanden wird und ob Bindungsschädigungen durch emotionalen Missbrauch und Vernachlässigung in dessen Definition mit eingeschlossen werden (Sack et al. 2011).

Unterdessen bleibt weiterhin unklar welcher von kindlicher Traumatisierung betroffene Mensch durch welche (Kombination von) Traumata welche Form von Psychopathologie entwickelt bzw. welcher Mensch trotz dieser Übergriffe gesund bleibt. Hier könnte in Zukunft, neben der weiteren Erforschung von Genetik und Neurobiologie traumaassoziierter Störungsbilder, die Resilienzforschung wichtige Hinweise liefern. Die Ergebnisse vorliegender Studie legen die Vermutung nahe, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Traumatisierung und der Entwicklung von sowohl externalisierenden als auch internalisierenden Symptomen gibt, die zur gleichzeitigen Diagnose von komplexer PTBS und Borderline-Persönlichkeitsstörung führen.

Es wäre außerdem interessant, in zukünftigen Forschungsarbeiten betreffende Patienten bezüglich eines möglicherweise stattfindenden Wechsels von Lebensphasen mit vorwiegend externalisierender Symptomatik und Lebensphasen überwiegend internalisierender Symptomatik zu untersuchen und dem bisher in Langzeitstudien beobachteten zeitlichen Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung gegenüberzustellen (Gunderson et al. 2011; Zanarini 2003a; Zanarini et al. 2006; Zanarini et al. 2010). So könnten eventuell der bei Borderline-Patienten gefundene Rückgang von dysfunktionalen „externalisierenden“ Verhaltensweisen (wie z. B. Selbstverletzung) sowie die hohen Remissionsraten hinsichtlich der DSM-IV-Kriterien bei gleichbleibend schlechten GAF-Werten durch einen „Richtungswechsel“ der Symptomatik erklärt werden.

Darüber hinaus unterstützen vorliegende Ergebnisse das vieldiskutierte Konstrukt der komplexen PTBS als eigenständige und berechtigte Diagnose. Neben der hier dargestellten Überlappung mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung führen Kritiker die hohe Überschneidung mit der einfachen PTBS und anderen Achse-II-Störungen an, die eine „verwirrende redundante Vielfalt von Begrifflichkeiten“ und damit eine Verwässerung der diagnostischen Manuale zur Folge hätte (Schweiger et al. 2005). Dem stehen mehrere Arbeiten entgegen, die darstellen konnten, dass das Spektrum der Folgen schwerer Beziehungstraumatisierungen durch die einfache PTBS nur unzureichend abgebildet werden kann (Herman 1992; Sack 2004; van der Kolk et al. 2005). Somit werden viele der früh und chronisch traumatisierten Patienten durch die Diagnosekriterien der einfachen PTBS nicht erfasst, da nicht alle Betroffenen die für das Monotrauma im Erwachsenenalter typische Trias aus Hyperarousal, Wiedererinnerung und Vermeidungsverhalten aufweisen (Ford 1999). Die Patienten erhalten häufig eine Vielzahl an komorbiden Diagnosen, werden jedoch keiner störungsspezifischen Therapie zugeführt (van der Kolk et al. 2005).

Selbst wenn bei diesen Patienten die Diagnose einer PTBS gestellt werden konnte, reichen in der Regel die für die Behandlung von Typ-I-Traumata mittlerweile gut erprobten Behandlungsstrategien für die Therapie komplex traumatisierter Patienten nicht aus. Die starke Störung der Emotionsregulation sowie dissoziative Symptome erfordern deutlich mehr stabilisierende und beziehungsfördernde therapeutische Arbeit vor und parallel zu einer Traumexposition (Cloitre et al. 2010; Sack 2004; Sack 2010; van der Kolk et al. 2005). Die Entwicklung weiterer spezifischer therapeutischer Strategien macht demnach ebenfalls eine entsprechende diagnostische Kategorie für komplex traumatisierte Patienten erforderlich, da diese Patienten häufig auf Grund der schweren komorbiden Symptomatik wie Dissoziation oder selbstverletzendem Verhalten aus üblichen PTBS-Studien ausgeschlossen werden und damit in der Therapieforschung nur wenig Berücksichtigung finden (Priebe et al. 2012; Spinazzola et al. 2005; van der Kolk et al. 2005).

Eines der wichtigsten Ergebnisse vorliegender Arbeit ist die weiter oben bereits diskutierte hohe Prävalenz von Traumafolgestörungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Es konnte früher bereits gezeigt werden, dass sexueller Missbrauch und andere Traumatisierungen in der Kindheit prädiktive Faktoren für einen insgesamt ungünstigen Verlauf der Borderline-Persönlichkeitsstörung darstellen (Gunderson et al. 2006; Zanarini et al. 2006). Borderline-Patienten ohne komorbide PTBS-Diagnose gelangen hingegen eher in Remission (Zanarini et al. 2006). Pagura et al. (2010) fanden bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und PTBS mehr komorbide Erkrankungen, ein schlechteres soziales Funktionsniveau, eine schlechtere Lebensqualität und mehr Suizidversuche.

Diese Zusammenhänge sind insbesondere für die Differentialindikation psychotherapeutischer Behandlungsverfahren relevant (Kühler und Stachetzki 2005; Sack et al. 2011; Sack et al. 2013). Eine traumakonfrontative Psychotherapie bei dieser Patientengruppe ist durch eine starke Störung der Affektregulation, selbstschädigendes Verhalten und Suizidalität erschwert. Daneben finden sich Hinweise, dass die häufig vorkommende Dissoziation psychotherapeutische Lernprozesse verhindert, was ebenfalls eine entsprechende Berücksichtigung und Anpassung der Therapie erforderlich macht (Ebner-Priemer et al. 2009; Mattheß und Sack 2010). Im Bewusstsein dieser Notwendigkeiten wurden in den letzten Jahren spezifische Behandlungskonzepte für traumatisierte Borderline-Patienten entwickelt (Müller und Sachsse 2010; Sachsse et al. 2006; Sack 2010; Steil et al. 2011; Wöller 2010). Eine traumaorientierte Behandlung der Patienten führe auch zu einer Verbesserung der externalisierenden Borderline-Symptomatik (Kühler und Stachetzki 2005; Reddemann und Sachsse 2000; Sack et al. 2013).

Sack et al. (Sack 2004; Sack et al. 2013) betonen deshalb die Wichtigkeit der sorgfältigen Anamnese bezüglich früherer Traumatisierung bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und empfehlen bei eindeutiger traumatischer Genese des Störungsbildes die komplexe PTBS als Leitdiagnose zu stellen. Neben der Chance einer „therapeutischen Weichenstellung“ böte diese Fokusveränderung dem Behandler außerdem die Möglichkeit, schwierige Verhaltensweisen des Patienten vor dem Hintergrund schwerer Beziehungstraumatisierungen besser zu verstehen. Die (wenn vorhanden) komorbid gestellte Diagnose einer Traumafolgestörung könnte demnach vielleicht auch dazu beitragen, der häufig gefundenen Stigmatisierung durch die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung entgegenzuwirken. Auch für viele Patienten ist es im Sinne der Krankheitsbewältigung hilfreich, ihre Beschwerden auf die Folgen psychischer Traumatisierung zurückzuführen, was teilweise auch zu einer Veränderung der Symptompräsentation führen kann (Luxenberg et al. 2001).

Mit dem DSM-5 kommen viele Veränderungen auf die psychiatrische und psychotherapeutische Fachwelt zu. Insbesondere die Persönlichkeitsstörungen werden einen starken Wandel erfahren. In einem neuen „Hybridmodell“ soll das bisherige, ausschließlich kategoriale Diagnosesystem des DSM-IV, um eine dimensionale Komponente ergänzt werden. Dafür wurden fünf übergeordnete „personality trait domains“ entwickelt, die auf einer zweiten Ebene in insgesamt 25 „trait facets“ differenziert werden können (APA - DSM-5 Development 2012a; Herpertz 2011b). Für die Borderline-Persönlichkeitsstörung stehen insbesondere die Domänen „Negative Affectivity“, „Disinhibition“ (Enthemmung) und „Antagonism“ im Vordergrund (APA - DSM-5 Development 2012b). Kernberg (2012) begrüßt insbesondere die neue Beschreibung der Persönlichkeitsstörung als einer Störung der Persönlichkeitsfunktion in Bezug auf Identität und zwischenmenschliche Interaktion, deren Schwere an Hand einer „Levels of Personal Functioning Scale“ eingeschätzt werden kann.

Für die PTBS wurde ein Herauslösen aus der Kategorie der Angststörungen und die Schaffung einer eigenen Kategorie für Traumafolgestörungen („Trauma and Stressor-Related Disorders“) diskutiert (Friedman et al. 2011). Der aktuelle Vorschlag für die PTBS beinhaltet eine Konkretisierung des A1-Kriteriums sowie die Entfernung des A2-Kriteriums (Friedman et al. 2010). Daneben erfolgte eine Umordnung der vormals drei in vier Symptomcluster. Diese umfassen zusätzlich zu den bisher vornehmlich auf einem Angstmodell basierenden Symptomen nun auch dissoziative Symptome, aggressives Verhalten, Schuld- und Schamgefühle sowie ein negatives Selbstkonzept (Friedman et al. 2010). Damit nähert sich der neue Entwurf teilweise der DESNOS-Konzeption an (Resick et al. 2012).

Vom National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) wurde die Einführung einer Entwicklungstraumafolgestörung („Developmental Trauma Disorder“) vorgeschlagen, die entsprechend der komplexen PTBS im Erwachsenenalter, den Folgen schwerer Beziehungstraumatisierungen im Kindes- und Jugendalter gerecht werden soll (Cloitre et al. 2009; van der Kolk 2005; van der Kolk et al. 2009).

Noch ist unklar, ob das hier besprochene Konstrukt der komplexen PTBS – eventuell als Subtyp der PTBS – Eingang ins DSM-5 finden wird (Sar 2011). Kritiker argumentieren, dass die wissenschaftliche Validierung für eine Aufnahme als eigene Diagnose noch unzureichend sei (Friedman et al. 2010; Resick et al. 2012). In dieser Hinsicht soll die vorliegende Arbeit einen Beitrag leisten.

Letztendlich wird sich der Erfolg der Veränderung oder Neueinführung einer diagnostischen Kategorie nur daran messen können, wie vielen Patienten durch die Möglichkeit einer genaueren diagnostischen Einordnung der Zugang zu einer wirksamen, da störungsspezifischen Therapie verschafft und somit zu einer Verminderung ihres Leidens beigetragen werden kann. Dies ist nur unter der Berücksichtigung ätiologischer Zusammenhänge möglich.

5 Zusammenfassung

In der Kontroverse über die Berechtigung beziehungsweise Notwendigkeit der Diagnose der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung taucht immer wieder Kritik über deren hohe Überschneidung mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung auf. Daneben wurde bereits mehrfach die Frage aufgeworfen, ob es sich bei letzterer nicht eigentlich um eine Traumafolgestörung handle.

Es gibt nur wenige empirische Daten zur Überschneidung der beiden Störungsbilder. Vor diesem Hintergrund war das Ziel dieser Arbeit, die Überlappung des Symptomenspektrums der Borderline-Persönlichkeitsstörung und der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung sowie deren differentialdiagnostische Abgrenzung erstmals genauer zu untersuchen. Hierbei war neben der Prävalenz und der Überschneidung der beiden Symptomkomplexe insbesondere die Frage von Bedeutung, ob diese voneinander abgrenzbare, eigenständige Krankheitsbilder darstellen. Das Interesse galt auch den Besonderheiten, die jene Patienten aufweisen, welche die Symptomkriterien beider Diagnosen erfüllten.

Zu diesem Zweck wurden 274 Patientinnen und Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, Posttraumatischer Belastungsstörung und komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung an 5 spezialisierten deutschen Behandlungszentren sowie in einer forensischen Abteilung einer psychiatrischen Klinik untersucht. Die Erhebung erfolgte mittels standardisierter Interviewdiagnostik sowie Fragebogenerhebung.

Von den untersuchten Patienten wiesen 54,0 % (N = 148) eine Borderline-Persönlichkeitsstörung und 69,0 % (N = 89) eine komplexe PTBS auf. Die Überschneidungsrate der beiden Krankheitsbilder war mit 43,1 % statistisch hoch signifikant. Dementsprechend zeigten 62,4 % der Patienten mit einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung gleichzeitig eine Borderline-Persönlichkeitsstörung und 79,7 % der Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung gleichzeitig eine komplexe PTBS.

Entsprechend der Annahme, dass es sich bei den beiden Symptomkomplexen um jeweils eigenständige, in spezifischen Merkmalen abgrenzbare Diagnosen handelt, wurden beim Vergleich der Patientengruppen signifikante Unterschiede bezüglich aller Störungsbereiche der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung sowie bezüglich des Großteils der Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung gefunden.

Es konnte außerdem dargestellt werden, dass die Patienten, welche beide Diagnosen erfüllten, eine stärkere Ausprägung der störungsspezifischen Symptomatik sowie eine stärkere Belastung durch schwere Beziehungstraumatisierungen, komorbide Symptome und komorbide Erkrankungen zeigten als die Patienten mit alleiniger Borderline-Persönlichkeitsstörung. Diese Unterschiede waren jedoch nicht alle statistisch signifikant.

Neben der in dieser Untersuchung gezeigten hohen Überschneidungsrate von Borderline-Persönlichkeitsstörung und komplexer Posttraumatischer Belastungsstörung unterstreicht das gefundene hohe komorbide Auftreten von PTBS und dissoziativen Störungen sowie die extrem hohe Prävalenz an Kindheitstraumatisierungen die wichtige Rolle traumatischer Erfahrungen, nicht nur bei der Entstehung der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung, sondern auch bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Eine genaue diagnostische Einordnung, die diese Zusammenhänge berücksichtigt, ist insbesondere für die Differentialindikation psychotherapeutischer Behandlungsverfahren sowie für die Weiterentwicklung spezifischer Therapieinterventionen von Bedeutung.

6 Literaturverzeichnis

- Aerni, A., Traber, R., Hock, C., Roozendaal, B., Schelling, G., Papassotiropoulos, A., Nitsch, R. M., Schnyder, U., Quervain, D. J.-F. de Low-dose cortisol for symptoms of post-traumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 161 (2004) 1488–1490
- Alexander, L., Moore, M. Multiple approaches to treatment in schizophrenia and discussion of indications. *Am J Psychiatry*. 114 (1958) 577–582
- APA "DSM-III. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition" American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1980, 3. Aufl.
- APA "DSM-III-R. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third Edition. Text revision" American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1987, 3. (rev.) Aufl.
- APA "DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition" American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1994, 4. Aufl.
- APA - DSM-5 Development (2012a) Changes to the Reformulations of Personality Disorders for DSM-5 (<http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/PersonalityandPersonalityDisorders.aspx>) Stand: 29.04.2013
- APA - DSM-5 Development (2012b) DSM-IV and DSM-5 Criteria for the Personality Disorders (<http://www.dsm5.org/Documents/Forms/AllItems.aspx>) Stand: 29.04.2013
- Armony, J. L., Corbo, V., Clément, M.-H., Brunet, A. Amygdala response in patients with acute PTSD to masked and unmasked emotional facial expressions. *Am J Psychiatry*. 162 (2005) 1961–1963
- Arntz, A., van den Hoorn, M., Cornelis, J., Verheul, R., van den Bosch, W. M. C., Bie, A. J. H. T. de Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. *J Pers Disord*. 17 (2003) 45–59
- Psychotherapie in der Psychiatrie, Arolt, V.; Kersting, Anette (Hg.), Springer, Berlin, Heidelberg 2010
- Asmundson, G. J. G., Coons, M. J., Taylor, S., Katz, J. PTSD and the experience of pain: research and clinical implications of shared vulnerability and mutual maintenance models. *Can J Psychiatry*. 47 (2002) 930–937
- Baker, D. G., West, S. A., Nicholson, W. E., Ekhtor, N. N., Kasckow, J. W., Hill, K. K., Bruce, A. B., Orth, D. N., Geraciotti, T. D. Serial CSF corticotropin-releasing hormone levels and adrenocortical activity in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 156 (1999) 585–588
- Bange, D. "Die dunkle Seite der Kindheit: Sexueller Missbrauch an Mädchen und Jungen; Ausmass - Hintergründe - Folgen" Volksblatt-Verl., Köln, 1992
- Barnow, S., Herpertz, S., Spitzer, C., Dudeck, M., Grabe, H.-J., Freyberger, H.-J. Kategoriale versus dimensionale Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen: sind dimensionale Modelle die Zukunft? *Fortschr Neurol Psychiatr*. 74 (2006) 706–713

- Barnow, S., Plock, K., Spitzer, C., Hamann, N., Freyberger, H.-J. Trauma, Temperaments- und Charaktermerkmale bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und komplexer posttraumatischer Belastungsstörung. *Verhaltenstherapie*. 15 (2005) 148–156
- Beblo, T., Mensebach, C. Neuropsychologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: "Neuropsychologie psychischer Störungen", Lautenbacher, S., Gauggel, S. (Hrsg.), Springer, Berlin [u.a.], 2010, 2. Aufl., 383–398
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 4 (1961) 561–571
- Berkowitz, C. D. Medical consequences of child sexual abuse. *Child Abuse Negl.* 22 (1998) 541–554
- Bernstein, E. M., Putnam, F. W. Development, reliability and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis.* 174 (1986) 727–735
- Blais, M. A., Hilsenroth, M. J., Fowler, J. C. Diagnostic efficiency and hierarchical functioning of the DSM-IV borderline personality disorder criteria. *J Nerv Ment Dis.* 187 (1999) 167–173
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., Keane, T. M. The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress.* 8 (1995) 75–90
- Bleuler, E. "Lehrbuch der Psychiatrie" Julius Springer, Berlin, 1916
- Bohus, M. "Borderline-Störung. Fortschritte der Psychotherapie" Hogrefe, Göttingen [u.a.], 2002
- Bohus, M. Zur Versorgungssituation von Borderline-Patienten in Deutschland. *Persönlichkeitsstörungen*. 11 (2007) 149–153
- Bohus, M. Borderline- Persönlichkeitsstörung. In: "Lehrbuch der Verhaltenstherapie", Margraf, J., Schneider, S. (Hrsg.), Springer, Heidelberg, 2009, 3. Aufl., 533–599
- Bohus, M. J., Landwehrmeyer, G. B., Stiglmayr, C. E., Limberger, M. F., Böhme, R., Schmahl, C. G. Naltrexone in the treatment of dissociative symptoms in patients with borderline personality disorder: an open-label trial. *J Clin Psychiatry*. 60 (1999) 598–603
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R.-D., Domsalla, M., Chapman, A. L., Steil, R., Philipsen, A., Wolf, M. The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*. 42 (2009) 32–39
- Bohus, M., Kröger, C. Psychopathologie und Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt*. 82 (2011) 16–24
- Bohus, M., Lieb, K. Borderline - Persönlichkeitsstörungen. In: "Therapie psychischer Erkrankungen: State of the art 2011/2012", Voderholzer, U., Hohagen, F. (Hrsg.), Urban & Fischer/Elsevier, München, 2012, 7. Aufl., 332–343

- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Chapman, A. L., Kühler, T., Stieglitz, R.-D. Psychometric properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology*. 40 (2007) 126–132
- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Sender, I., Gratwohl, T., Stieglitz, R. D. Entwicklung der Borderline-Symptom-Liste. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 51 (2001) 201–211
- Bohus, M., Schmahl, C. Psychopathologie und Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt*. 78 (2007) 1069–1081
- Bohus, M., Schmahl, C., Lieb, K. New developments in the neurobiology of borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 6 (2004) 43–50
- Bonhoeffer, K., His, W. "Beurteilung, Begutachtung und Rechtsprechung bei den sogenannten Unfallneurosen" Thieme, Leipzig, 1926
- Boon, S., Draijer, N. Multiple personality disorder in the Netherlands. *Am J Psychiatry*. 1 (1993) 489–494
- Boroske-Leiner, K., Hofmann, A., Sack, M. Ergebnisse zur internen und externen Validität des Interviews zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS). *Psychother Psychosom Med Psychol*. 58 (2008) 192–199
- Bourdin, C.-E. Les enfants menteurs. *Annales médico-psychologiques*. 6 (1883) 53–67
- Bremner, J. D. Does stress damage the brain?: Understanding trauma-related disorders from a mind-body perspective. *Directions in Psychiatry*. 24 (2004) 167–176
- Bremner, J. D., Licinio, J., Darnell, A., Krystal, J. H., Owens, M. J., Southwick, S. M., Nemeroff, C. B., Charney, D. S. Elevated CSF corticotropin-releasing factor concentrations in posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 154 (1997a) 624–629
- Bremner, J. D., Randall, P., Scott, T. M., Bronen, R. A., Seibyl, J. P., Southwick, S. M., Delaney, R. C., McCarthy, G., Charney, D. S., Innis, R. B. MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 152 (1995) 973–981
- Bremner, J. D., Randall, P., Vermetten, E., Staib, L., Bronen, R. A., Mazure, C., Capelli, S., McCarthy, G., Innis, R. B., Charney, D. S. Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse - a preliminary report. *Biol Psychiatry*. 41 (1997b) 23–32
- Bremner, J. D., Vythilingam, M., Vermetten, E., Adil, J., Khan, S., Nazeer, A., Afzal, N., McGlashan, T., Elzinga, B., Anderson, G. M., Heninger, G., Southwick, S. M., Charney, D. S. Cortisol response to a cognitive stress challenge in posttraumatic stress disorder (PTSD) related to childhood abuse. *Psychoneuroendocrinology*. 28 (2003a) 733–750
- Bremner, J. D., Vythilingam, M., Vermetten, E., Southwick, S. M., McGlashan, T., Nazeer, A., Khan, S., Vaccarino, L. V., Soufer, R., Garg, P. K., Ng, C. K., Staib, L. H., Duncan, J. S., Charney, D. S. MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 160 (2003b) 924–932

- Breslau, N. Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Can J Psychiatry*. 47 (2002) 923–929
- Brewin, C. R., Andrews, B., Valentine, J. D. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 68 (2000) 748–766
- Broekman, B. F. P., Olf, M., Boer, F. The genetic background to PTSD. *Neurosci Biobehav Rev*. 31 (2007) 348–362
- Bronisch, T. Die Geschichte der Diagnose einer PTSD. *Psychotherapie (CIP - Medien, München)*. 15 (2010) 195–203
- Bussmann, K.-D. Changes in family sanctioning styles and the impact of abolishing corporal punishment. In: "Family violence against children: a challenge for society", D. Frehsee, W. H. & K. B. (Hrsg.), De Gruyter, Berlin, 1996, 39–61
- Charcot, J. M. "Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière" Delahaye & Lecrosnie, Paris, 1887
- Chu, J. A., Dill, D. L. Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry*. 147 (1990) 887–892
- Chu, J. A., Frey, L. M., Ganzel, B. L., Matthews, J. A. Memories of childhood abuse: Dissociation, amnesia, and corroboration. *Am J Psychiatry*. 156 (1999) 749–755
- Clifton, A., Pilkonis, P. A. Evidence for a single latent class of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders borderline personality pathology. *Compr Psychiatry*. 48 (2007) 70–78
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., Petkova, E. A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *J Trauma Stress*. 22 (2009) 399–408
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C. L., Gan, W., Petkova, E. Treatment for PTSD related to childhood abuse: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 167 (2010) 915–924
- Cloitre, M., Tardiff, K., Marzuk, P. M., Leon, A. C., Portera, L. Childhood abuse and subsequent sexual assault among female inpatients. *J Trauma Stress*. 9 (1996) 473–482
- Da Costa, J. M. On irritable heart: A clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *Am J Med Sci*. 61 (1871) 17–52
- Davidson, J. R., Hughes, D., Blazer, D. G., George, L. K. Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med*. 21 (1991) 713–721
- Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling, Horst; Mombour, Werner; Schmidt, M.H (Hg.), Huber, Bern 1991
- Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, Dilling, Horst; Mombour, Werner; Schmidt, M.H (Hg.), Huber, Bern 2011, 5. Aufl.

- Distel, M. A., Rebollo-Mesa, I., Willemsen, G., Derom, C. A., Trull, T. J., Martin, N. G., Boomsma, D. I. Familial resemblance of borderline personality disorder features: genetic or cultural transmission? *PLoS ONE*. 4 (2009) e5334
- Donegan, N. H., Sanislow, C. A., Blumberg, H. P., Fulbright, R. K., Lacadie, C., Skudlarski, P., Gore, J. C., Olson, I. R., McGlashan, T. H., Wexler, B. E. Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biol Psychiatry*. 54 (2003) 1284–1293
- Driessen, M., Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A., Barea, R. C., Wulff, H., Ratzka, S. Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? Zum Stand der Forschung. *Nervenarzt*. 73 (2002) 820–829
- Driessen, M., Herrmann, J., Stahl, K., Zwaan, M., Meier, S., Hill, A., Osterheider, M., Petersen, D. Magnetic resonance imaging volumes of the hippocampus and the amygdala in women with borderline personality disorder and early traumatization. *Arch Gen Psychiatry*. 57 (2000) 1115–1122
- Driessen, M., Wingenfeld, K., Rullkoetter, N., Mensebach, C., Woermann, F. G., Mertens, M., Beblo, T. One-year functional magnetic resonance imaging follow-up study of neural activation during the recall of unresolved negative life events in borderline personality disorder. *Psychol Med*. 39 (2009) 507–516
- Dulz, B., Jensen, M. Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten. In: "Handbuch der Borderline-Störungen", Kernberg, O. F., Dulz, B., Sachsse, U. (Hrsg.)", Schattauer, Stuttgart [u.a.], 2000, 167–193
- Dulz, B., Schneider, A. "Borderline-Störungen" Schattauer, Stuttgart, New York, 2000, 2. Aufl.
- Ebner-Priemer, U. W., Kuo, J., Schlotz, W., Kleindienst, N., Rosenthal, M. Z., Detterer, L., Linehan, M. M., Bohus, M. Distress and affective dysregulation in patients with borderline personality disorder: a psychophysiological ambulatory monitoring study. *J Nerv Ment Dis*. 196 (2008) 314–320
- Ebner-Priemer, U. W., Mauchnik, J., Kleindienst, N., Schmahl, C., Peper, M., Rosenthal, M. Z., Flor, H., Bohus, M. Emotional learning during dissociative states in borderline personality disorder. *J Psychiatry Neurosci*. 34 (2009) 214–222
- Elzinga, B. M., Bremner, J. D. Are the neural substrates of memory the final common pathway in posttraumatic stress disorder (PTSD)? *J Affect Disord*. 70 (2002) 1–17
- Elzinga, B. M., Schmahl, C. G., Vermetten, E., van Dyck, R., Bremner, J. D. Higher cortisol levels following exposure to traumatic reminders in abuse-related PTSD. *Neuropsychopharmacology*. 28 (2003) 1656–1665
- Engfer, A. Formen der Misshandlung von Kindern - Definitionen, Häufigkeiten, Erklärungsansätze. In: "Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung: Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen", Egle, U., Hoffmann, S. O., Joraschky, P. (Hrsg.)", Schattauer, Stuttgart, 2005, 3. Aufl., 3–19

- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J. S. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 14 (1998) 245–258
- Finkelhor, D. "Sexually victimized children" Free Press, New York, 1979
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A., Smith, C. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse Negl.* 14 (1990) 19–28
- Flatten, G. "Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinie und Quellentext" Schattauer, Stuttgart, 2004, 2. Aufl.
- Flatten, G. Traumatische Störungen. In: "Psychotherapie in der Psychiatrie", Arolt, V., Kersting, A. (Hrsg.)", Springer, Berlin, Heidelberg, 2010, 336–354
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., Perry, K. The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychol Assess.* 9 (1997) 445–451
- Foa, E., Rothbaum, B. 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
- Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M., Lipschitz, D. Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry.* 163 (2006) 623–629
- Ford, J. D. Disorders of extreme stress following war-zone military trauma: associated features of posttraumatic stress disorder or comorbid but distinct syndromes? *J Consult Clin Psychol.* 67 (1999) 3–12
- Ford, J. D., Kidd, P. Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress.* 11 (1998) 743–761
- Ford, J. D., Stockton, P., Kaltman, S., Green, B. L. Disorders of extreme stress (DESNOS) symptoms are associated with type and severity of interpersonal trauma exposure in a sample of healthy young women. *J Interpers Violence.* 21 (2006) 1399–1416
- Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Namia, C., Novella, L. Latent structure analysis of DSM-IV borderline personality disorder criteria. *Compr Psychiatry.* 40 (1999) 72–79
- Fournier, A. Simulation d'attentats vénériens surs des jeunes enfants. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale.* 4 (1880) 498–519
- Frank, R. Kinderärztlich-kinderpsychiatrische Untersuchungen an mißhandelten und vernachlässigten Kindern und deren Familien: eine prospektive Untersuchung an einer Kinderklinik, Habilitationsschrift, Universität München, 1995
- Freud S. Studien über Hysterie (1895). In: "GW I.", Imago, London, 1952, 77–312
- Freud S. Zur Ätiologie der Hysterie (1896). In: "GW I.", Imago, London, 1952, 426–459

- Freyberger, H. J., Spitzer, C., Stieglitz, R.-D. "Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)" Huber, Bern, 1999
- Friedl, M. C., Draijer, N. Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*. 157 (2000) 1012–1013
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., Brewin, C. R. Considering PTSD for DSM-5. *Depress Anxiety*. 28 (2010) 750–769
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., Strain, J., Horowitz, M., Spiegel, D. Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. *Depress Anxiety*. 28 (2011) 737–749
- Frommberger, U., Nyberg, E., Angenendt, J., Lieb, K., Berger, M. Posttraumatische Belastungsstörungen. In: "Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie", Berger, M. (Hrsg.), Urban & Fischer/Elsevier, München, 2012, 4. Aufl., 667–696
- Frommberger, U., Sack, M. Psychotherapie bei PTSD oder dissoziativer Störung. In: "Störungsorientierte Psychotherapie", Herpertz Sabine C., Caspar Franz, Mundt Christoph (Hrsg.), Urban & Fischer/Elsevier, München, 2008, 351–370
- Frör, K. Dissoziative Identitätsstörung eine polysymptomatische Störung? Eine Validierungsstudie mit dem SIDDS, Diplomarbeit Psychologie, Phillips Universität Marburg, 2000
- Garnier, P. Les hystériques accusatrices. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. 50 (1903) 337–437
- Gast, U. Komplexe Dissoziative Störungen, Habilitationsschrift, Medizinische Hochschule Hannover, 2002
- Gast, U., Rodewald, F., Nickel, V., Emrich, H. M. Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *J Nerv Ment Dis*. 189 (2001) 249–257
- Geuze, E., Westenberg, H. G. M., Jochims, A., Kloet, C. S. de, Bohus, M., Vermetten, E., Schmahl, C. Altered pain processing in veterans with posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 64 (2007) 76–85
- Gilbertson, M. W., Shenton, M. E., Ciszewski, A., Kasai, K., Lasko, N. B., Orr, S. P., Pitman, R. K. Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nat Neurosci*. 5 (2002) 1242–1247
- Goldberg, J., True, W. R., Eisen, S. A., Henderson, W. G. A twin study of the effects of the Vietnam War on posttraumatic stress disorder. *JAMA*. 263 (1990) 1227–1232
- Griesel, D., Wessa, M., Flor, H. Psychometric qualities of the German version of the Post-traumatic Diagnostic Scale (PTDS). *Psychol Assess*. 18 (2006) 262–268
- Griesinger, W. "Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studierende" Friedrich Wreden, Braunschweig, 1876, 4. Aufl.
- Grilo, C. M., Becker, D. F., Anez, L. M., McGlashan, T. H. Diagnostic Efficiency of DSM-IV Criteria for Borderline Personality Disorder: An Evaluation in Hispanic Men and Women With Substance Use Disorders. *J Consult Clin Psychol*. 72 (2004) 126–131

- Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., Shea, M. T., Sanislow, C. A., Zanarini, M. C., Bender, D., Oldham, J. M., Dyck, I., Stout, R. L. Internal consistency, intercriterion overlap and diagnostic efficiency of criteria sets for DSM-IV schizotypal, borderline, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 104 (2001) 264–272
- Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Stout, R. L., Bender, D. S., Yen, S., Shea, M. T., Morey, L. C., Zanarini, M. C., McGlashan, T. H. Longitudinal diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: a 2-year prospective study. *Can J Psychiatry.* 52 (2007) 357–362
- Gunderson, J. G. "Borderline personality disorder" American Psychiatric Press, Washington, D.C, 1984
- Gunderson, J. G., Daversa, M. T., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Zanarini, M. C., Shea, M. T., Skodol, A. E., Yen, S., Sanislow, C. A., Bender, D. S., Dyck, I. R., Morey, L. C., Stout, R. L. Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 163 (2006) 822–826
- Gunderson, J. G., Kolb, J. E. Discriminating features of borderline patients. *Am J Psychiatry.* 135 (1978) 792–796
- Gunderson, J. G., Sabo, A. N. The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. *Am J Psychiatry.* 150 (1993) 19–27
- Gunderson, J. G., Singer, M. T. Defining borderline patients: an overview. *Am J Psychiatry.* 132 (1975) 1–10
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Markowitz, J. C., Sanislow, C., Ansell, E., Pinto, A., Skodol, A. E. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Arch Gen Psychiatry.* 68 (2011) 827–837
- Gurvits, T. V., Shenton, M. E., Hokama, H., Ohta, H., Lasko, N. B., Gilbertson, M. W., Orr, S. P., Kikinis, R., Jolesz, F. A., McCarley, R. W., Pitman, R. K. Magnetic resonance imaging study of hippocampal volume in chronic, combat-related posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry.* 40 (1996) 1091–1099
- Haaf, B., Pohl, U., Deusinger, I. M., Bohus, M. Untersuchungen zum Körperkonzept bei Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 51 (2001) 246–254
- Helzer, J. E., Robins, L. N., McEvoy, L. Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. *N Engl J Med.* 317 (1987) 1630–1634
- Herman, J. L. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress.* 5 (1992) 377–391
- Herman, J. L., Perry, J. C., van der Kolk, B. A. Childhood trauma in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 146 (1989) 490–495

- Herman, J. L., van der Kolk, B. A. Traumatic antecedents of borderline personality disorder. In: "Psychological Trauma", van der Kolk, B. A. (Hrsg.), American Psychiatric Press, Washington, D. C., 1987, 111–126
- Herpertz, S. Beitrag der Neurobiologie zum Verständnis der Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt*. 82 (2011a) 9–15
- Herpertz, S. C. Was bringt das DSM-V Neues zur Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen? *Z Psychiatr Psych Ps*. 59 (2011b) 261–266
- Herpertz, S. C., Dietrich, T. M., Wenning, B., Krings, T., Erberich, S. G., Willmes, K., Thron, A., Sass, H. Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biol Psychiatry*. 50 (2001) 292–298
- Herpertz, S., Habermeyer, V., Bronisch, T. Persönlichkeitsstörungen. In: "Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie", Möller, H.-J., Laux, G., Kapfhammer, H.-P. (Hrsg.), Springer, Berlin [u.a.], 2011, 4. Aufl., 989–1059
- Hoch, P. H., Cattell, J. P. The diagnosis of pseudoneurotic schizophrenia. *Psychiatr Q*. 33 (1959) 17–43
- Hoch, P., Polatin, P. Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatr Q*. 23 (1949) 248–276
- Hofmann, A., Fischer, G., Koehn, F. "Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ)" Deutsches Institut für Psychotraumatologie, Köln, 1999
- Horowitz, M. J., Wilner, N., Alvarez, W. Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosom Med*. 41 (1979) 209–218
- Hughes, C. H. Borderland psychiatric records - prodromal symptoms of psychical impairment. *Am J Med Sci*. 5 (1884) 85–91
- Janet, P. "L'automatisme psychologique" Alcan, Paris, 1889
- Jerschke, S., Meixner, K., Richter, H., Bohus, M. Zur Behandlungsgeschichte und Versorgungssituation von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Bundesrepublik Deutschland. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 66 (1998) 545–552
- Johansen, M., Karterud, S., Pedersen, G., Gude, T., Falkum, E. An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct. *Acta Psychiatr Scand*. 109 (2004) 289–298
- Johnson, J. G., Cohen, P., Smailes, E. M., Skodol, A. E., Brown, J., Oldham, J. M. Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. *Compr Psychiatry*. 42 (2001) 16–23
- Jonson-Reid, M., Drake, B., Chung, S., Way, I. Cross-type recidivism among child maltreatment victims and perpetrators. *Child Abuse Negl*. 27 (2003) 899–917
- Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., Labruna, V. Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Adolesc Psychiatry*. 890 (1999) 3810
- Kardiner, A. "The Traumatic Neuroses of War" Paul B. Hoeber, New York, 1941

- Karl, A., Schaefer, M., Malta, L. S., Dörfel, D., Rohleder, N., Werner, A. A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. *Neurosci Biobehav Rev.* 30 (2006) 1004–1031
- Kernberg, O. Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc.* 15 (1967) 641–685
- Kernberg, O. F. "Borderline conditions and pathological narcissism" Jason Aronson, New York, 1975
- Kernberg, O. F. Overview and critique of the classification of personality disorders proposed for DSM-V. *Swiss Arch Neurol Psychiatr.* 163 (2012) 234–238
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C. B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 52 (1995) 1048–1060
- Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H., Schulsinger, F. Mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. *Am J Psychiatry.* 128 (1971) 302–306
- Kind, J. Gibt es das Borderline-Konzept? Ein Beitrag zur konzeptionellen Skotomisierung in der klinischen Praxis. *Psychother Dialog.* 1 (2000) 3–8
- Kitayama, N., Vaccarino, V., Kutner, M., Weiss, P., Bremner, J. D. Magnetic resonance imaging (MRI) measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *J Affect Disord.* 88 (2005) 79–86
- Kleindienst, N., Bohus, M., Ludäscher, P., Limberger, M. F., Kuenkele, K., Ebner-Priemer, U. W., Chapman, A. L., Reicherzer, M., Stieglitz, R.-D., Schmahl, C. Motives for nonsuicidal self-injury among women with borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis.* 196 (2008) 230–236
- Kolb, J. E., Gunderson, J. G. Diagnosing borderline patients with a semistructured interview. *Arch Gen Psychiatry.* 37 (1980) 37–41
- Korzekwa, M. I., Dell, P. F., Links, P. S., Thabane, L., Fougere, P. Dissociation in borderline personality disorder: a detailed look. *J Trauma Dissociation.* 10 (2009) 346–367
- Kraepelin, E. "Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte" Barth, Leipzig, 1899, 6. Aufl., Bd. 2
- Kraepelin, E. "Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte" Barth, Leipzig, 1909, 8. Aufl.
- Kraepelin, E. "Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte" Barth, Leipzig, 1915, 8. Aufl., Bd. 4
- Kraus, A., Esposito, F., Seifritz, E., Di Salle, F., Ruf, M., Valerius, G., Ludaescher, P., Bohus, M., Schmahl, C. Amygdala deactivation as a neural correlate of pain processing in patients with borderline personality disorder and co-occurrent posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry.* 65 (2009) 819–822
- Krystal, H. "Massive psychic trauma" International University Press, New York, 1968

- Kühler, T., Stachetzki, R. Differenzialdiagnostik Borderlinepersönlichkeitsstörung und komplexe posstraumatische Belastungsstörung. *Psychotherapeut.* 50 (2005) 25–32
- Kuhlmann, A., Bertsch, K., Schmidinger, I., Thomann, P. A., Herpertz, S. C. Morphometric differences in central stress-regulating structures between women with and without borderline personality disorder. *J Psychiatry Neurosci.* 38 (2013) 129–137
- Kumor, K., Su, T. P., Vaupel, B., Haertzen, C., Johnson, R. E., Goldberg, S. Studies of kappa agonist. *NIDA Res Monogr.* 67 (1986) 18–25
- Kunzke, D., Güls, F. Diagnostik einfacher und komplexer posttraumatischer Störungen im Erwachsenenalter. *Psychotherapeut.* 48 (2003) 50–70
- Lampe, A. Prävalenz von sexuellem Missbrauch, physischer Misshandlung und emotionaler Vernachlässigung in Europa. *Z Psychosom Med Psychother.* 48 (2002) 370–380
- Lanius, R. A., Williamson, P. C., Boksman, K., Densmore, M., Gupta, M., Neufeld, R. W. J., Gati, J. S., Menon, R. S. Brain activation during script-driven imagery induced dissociative responses in PTSD: a functional magnetic resonance imaging investigation. *Biol Psychiatry.* 52 (2002) 305–311
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., Spielberger, C. D. "Das State-Trait-Angstinventar (STAI). Theoretische Grundlagen und Handanweisung" Beltz-Test, Weinheim, 1981
- Leichsenring, F. Diagnostik bei Borderline-Störungen. *Psychother Dialog.* 1 (2000) 9–16
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., Leweke, F. Borderline personality disorder. *Lancet.* 377 (2011) 74–84
- Lewis, D. O., Yeager, C. A., Swica, Y., Pincus, J. H., Lewis, M. Objective documentation of child abuse and dissociation in 12 murderers with dissociative identity disorder. *Am J Psychiatry.* 154 (1997) 1703–1710
- Lewis, K. L., Grenyer, B. F. S. Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy. *Harv Rev Psychiatry.* 17 (2009) 322–328
- Lieb, K., Rexhausen, J. E., Kahl, K. G., Schweiger, U., Philipsen, A., Hellhammer, D. H., Bohus, M. Increased diurnal salivary cortisol in women with borderline personality disorder. *J Psychiatr Res.* 38 (2004a) 559–565
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., Bohus, M. Borderline personality disorder. *Lancet.* 364 (2004b) 453–461
- Lindauer, R. J. L. Child maltreatment—Clinical PTSD diagnosis not enough?: Comment on Resick et al. (2012). *J Trauma Stress.* 25 (2012) 258–259
- Linehan, M. M. "Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder" Guilford Press, New York, 1993
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R. F., Ferguson, B. The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 51 (1994) 215–224

- Luxenberg, T., Spinazzola, J., van der Kolk, B. Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: Assessment. *Directions in Psychiatry*. 21 (2001) 373–392
- Maercker, A. Lifespan psychological aspects of trauma and PTSD: Symptoms and psychosocial impairments. In: "Posttraumatic stress disorders: A lifespan developmental perspective", Maercker, A., Schützwohl, M., Solomon, Z. (Hrsg.), Hogrefe & Huber, Seattle, WA, 1999, 7–42
- Maercker, A. "Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen" Springer, Berlin [u.a.], 2003, 2. Aufl.
- Maercker, A., Beauducel, A., Schützwohl, M. Trauma severity and initial reactions as precipitating factors for posttraumatic stress symptoms and chronic dissociation in former political prisoners. *J Trauma Stress*. 13 (2000) 651–660
- Maercker, A., Michael, T. Posttraumatische Belastungsstörungen. In: "Lehrbuch der Verhaltenstherapie", Margraf, J., Schneider, S. (Hrsg.)", Springer, Heidelberg, 2009, 3. Aufl., 105–124
- Maercker, A., Müller, J. Social acknowledgment as a victim or survivor: a scale to measure a recovery factor of PTSD. *J Trauma Stress*. 17 (2004) 345–351
- Maercker, A., Schützwohl, M. Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala-revidierte Version. *Diagnostica*. 44 (1998) 130–141
- Mattheß, H., Sack, M. Bewährte und nützliche Strategien in der Behandlung von Patienten mit komplexen dissoziativen Störungen. *Persönlichkeitsstörungen*. 14 (2010) 104–116
- McAllister-Williams, R. H., Rugg, M. D. Effects of repeated cortisol administration on brain potential correlates of episodic memory retrieval. *Psychopharmacology*. 160 (2002) 74–83
- McLean, L. M., Gallop, R. Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 160 (2003) 369–371
- Meewisse, M.-L., Reitsma, J. B., Vries, G.-J. de, Gersons, B. P. R., Olff, M. Cortisol and post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 191 (2007) 387–392
- Miller, M. W., Greif, J. L., Smith, A. A. Multidimensional Personality Questionnaire profiles of veterans with traumatic combat exposure: Externalizing and internalizing subtypes. *Psychol Assesss*. 15 (2003) 205
- Miller, M. W., Resick, P. A. Internalizing and externalizing subtypes in female sexual assault survivors: implications for the understanding of complex PTSD. *Behav Ther*. 38 (2007) 58–71
- Molnar, B. E., Berkman, L. F., Buka, S. L. Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychol Med*. 31 (2001) 965–977

- Mombour, W., Zaudig, M., Berger, P. "International Personality Disorder Examination (IPDE)" Horgrefe Testzentrale, Göttingen, 1996
- Müller, S., Sachsse, U. Langzeitverläufe stationärer Psychotherapie bei komplexen Traumafolgestörungen. *Persönlichkeitsstörungen*. 14 (2010) 127–144
- Myers, C. S. "Shell shock in France 1914-1918" Cambridge University Press, Cambridge, 1940
- Nemčić-Moro, I., Frančišković, T., Britvić, D., Klarić, M., Zečević, I. Disorder of extreme stress not otherwise specified (DESNOS) in Croatian war veterans with posttraumatic stress disorder: case-control study. *Croatian medical journal*. 52 (2011) 505–512
- Newcomer, J. W., Farber, N. B., Jevtovic-Todorovic, V., Selke, G., Melson, A. K., Hershey, T., Craft, S., Olney, J. W. Ketamine-induced NMDA receptor hypofunction as a model of memory impairment and psychosis. *Neuropsychopharmacology*. 20 (1999) 106–118
- Niederland, W. G. "Folgen der Verfolgung: Das Überlebenden-Syndrom. Seelenmord." Suhrkamp, Frankfurt a. M., 1980
- Nishith, P., Mechanic, M. B., Resick, P. A. Prior interpersonal trauma: the contribution to current PTSD symptoms in female rape victims. *J Abnorm Psychol*. 109 (2000) 20–25
- Nuller, Y. L., Morozova, M. G., Kushnir, O. N., Hamper, N. Effect of naloxone therapy on depersonalization: a pilot study. *J Psychopharmacol*. 15 (2001) 93–95
- Nunes, P. M., Wenzel, A., Borges, K. T., Porto, C. R., Caminha, R. M., Oliveira, I. R. de Volumes of the hippocampus and amygdala in patients with borderline personality disorder: a meta-analysis. *J Pers Disord*. 23 (2009) 333–345
- O'Donnell, M. L., Creamer, M., Pattison, P. Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: understanding comorbidity. *Am J Psychiatry*. 161 (2004) 1390–1396
- Ogata, S. N., Silk, K. R., Goodrich, S., Lohr, N. E., Westen, D., Hill, E. M. Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 147 (1990) 1008–1013
- Oppenheim, H. "Die traumatischen Neurosen - nach den in der Nervenlinik der Charité in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen bearbeitet und dargestellt" A. Hirschwald, Berlin, 1889
- Overkamp, B., Helmke-Jaeger, S. Dissoziative Störungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und die Traumatiologie. *Persönlichkeitsstörungen (PTT - Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie)*. 14 (2010) 117–125
- Oye, I., Paulsen, O., Maurset, A. Effects of ketamine on sensory perception: evidence for a role of N-methyl-D-aspartate receptors. *J Pharmacol Exp Ther*. 260 (1992) 1209–1213

- Page, H. W. Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion (1883). In: "Postraumatic Neurosis: From railroad spine to whiplash", Trimble, M. R. (Hrsg.), Churchill, London, 1883, 29–31
- Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B., Sareen, J. Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *J Psychiatr Res.* 44 (2010) 1190–1198
- Paris, J. Kindheitstrauma und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: "Handbuch der Borderline-Störungen", Kernberg, O. F., Dulz, B., Sachsse, U. (Hrsg.), Schattauer, Stuttgart [u.a.], 2000, 159–166
- Paris, J., Zweig-Frank, H., Guzder, J. Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Compr Psychiatry.* 35 (1994a) 301–305
- Paris, J., Zweig-Frank, H., Guzder, J. Risk factors for borderline personality in male outpatients. *J Nerv Ment Dis.* 182 (1994b) 375–380
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., Resick, P. Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *J Trauma Stress.* 10 (1997) 3–16
- Pfeiffer, A., Brantl, V., Herz, A., Emrich, H. M. Psychotomimesis mediated by kappa opiate receptors. *Science.* 233 (1986) 774–776
- Pfohl, B., Blum, N., Zimmermann, M. "Structured interview for DSM-IV personality (SIDP-IV)" American Psychiatric Press, Washington, D. C., 1997
- Philipsen, A., Limberger, M. F., Lieb, K., Feige, B., Kleindienst, N., Ebner-Priemer, U., Barth, J., Schmahl, C., Bohus, M. Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder. *Br J Psychiatry.* 192 (2008) 118–123
- Philipsen, A., Schmahl, C., Lieb, K. Naloxone in the treatment of acute dissociative states in female patients with borderline personality disorder. *Pharmacopsychiatry.* 37 (2004) 196–199
- Pillhofer, M., Ziegenhain, U., Nandi, C., Fegert, J. M., Goldbeck, L. Prävalenz von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung in Deutschland. *Kindheit und Entwicklung.* 20 (2011) 64–71
- Priebe, K., Steil, R., Kleindienst, N., Dyer, A., Krüger, A., Bohus, M. Psychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung nach sexuellem Missbrauch. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 62 (2012) 5–17
- Quervain, D. J. de, Roozendaal, B., McGaugh, J. L. Stress and glucocorticoids impair retrieval of long-term spatial memory. *Nature.* 394 (1998) 787–790
- Quervain, D. J. de, Roozendaal, B., Nitsch, R. M., McGaugh, J. L., Hock, C. Acute cortisone administration impairs retrieval of long-term declarative memory in humans. *Nat Neurosci.* 3 (2000) 313–314
- Quervain, D. J.-F. de Glucocorticoid-induced inhibition of memory retrieval: implications for posttraumatic stress disorder. *Ann NY Acad Sci.* 1071 (2006) 216–220

- Rauch, S. L., Whalen, P. J., Shin, L. M., McInerney, S. C., Macklin, M. L., Lasko, N. B., Orr, S. P., Pitman, R. K. Exaggerated amygdala response to masked facial stimuli in post-traumatic stress disorder: a functional MRI study. *Biol Psychiatry*. 47 (2000) 769–776
- Raup, U., Eggers, C. Sexual abuse of children. A regional study of the prevalence and characteristics. *Monatsschr Kinderheilkd*. 141 (1993) 316-322
- Reddemann, L., Dehner-Rau, C. "Trauma: Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen" Trias, Stuttgart, 2007, 3. Aufl.
- Reddemann, L., Sachsse, U. Traumazentrierte Psychotherapie der chronifizierten, komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung vom Phänotyp der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: "Handbuch der Borderline-Störungen", Kernberg, O. F., Dulz, B., Sachsse, U. (Hrsg.)", Schattauer, Stuttgart [u.a.], 2000, 555–571
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., Suvak, M. K., Wells, S. Y., Stirman, S. W., Wolf, E. J. A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *J Traum Stress*. 25 (2012) 241–251
- Rief, W., Hiller, W. A new approach to the assessment of the treatment effects of somatoform disorders. *Psychosomatics*. 44 (2003) 492–498
- Rief, W., Hiller, W., Heuser, J. "SOMS - Das Screening für somatoforme Störungen" Huber, Bern, 1997
- Rinne, T., Kloet, E. R. de, Wouters, L., Goekoop, J. G., DeRijk, R. H., van den Brink, W. Hyperresponsiveness of hypothalamic-pituitary-adrenal axis to combined dexamethasone/corticotropin-releasing hormone challenge in female borderline personality disorder subjects with a history of sustained childhood abuse. *Biol Psychiatry*. 52 (2002) 1102–1112
- Rohde-Dachser, C. Schwerkut als Objekt. Über Struktur und Inhalt der Borderline-Depression. *Psyche - Z Psycho Anal*. 64 (2010) 862–889
- Rosenthal, M. Z., Gratz, K. L., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., Lynch, T. R. Borderline personality disorder and emotional responding: a review of the research literature. *Clin Psychol Rev*. 28 (2008) 75–91
- Ross, C. A., Duffy, C. M. M., Ellason, J. W. Prevalence, reliability and validity of dissociative disorders in an inpatient setting. *J Trauma Dissociation*. 3 (2002) 7–17
- Ross, C. A., Heber, S., Norton, G. R., Anderson, D. The Dissociative Disorders Interview Schedule: A structured interview. *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. 2 (1989) 169–189
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B., Mandel, F. S. Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *J Trauma Stress*. 10 (1997) 539–555
- Russell, D. E. H. "The secret trauma: Incest in the lives of girls and women" Basic Books, New York, 1986
- Sachsse, U., Esslinger, K., Schilling, L. Vom Kindheitstrauma zur schweren Persönlichkeitsstörung. *Fundamenta Psychiatrica*. 11 (1997) 12–20

- Sachsse, U., Vogel, C., Leichsenring, F. Results of psychodynamically oriented trauma-focused inpatient treatment for women with complex posttraumatic stress disorder (PTSD) and borderline personality disorder (BPD). *Bull Menninger Clin.* 70 (2006) 125–144
- Sack, M. Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Nervenarzt.* 75 (2004) 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: 01.05.2013
- Sack, M. "Schonende Traumatherapie: Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen" Schattauer, Stuttgart, 2010
- Sack, M., Dulz, B., Sachsse, U. Borderline-Störungen und komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen – ein und dieselbe Störung? Vortrag auf 4. Hamburger Symposium für Persönlichkeitsstörungen, Hamburg, 6./7.09.2007
- Sack, M., Sachsse, U., Dulz, B. Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine Traumafolgestörung? In: "Handbuch der Borderline-Störungen", Dulz, B., Herpertz, S. C., Kernberg, O. F., Sachsse, U. (Hrsg.), Schattauer, Stuttgart, 2011, 2. Aufl., 197–203
- Sack, M., Sachsse, U., Overkamp, B., Dulz, B. Traumafolgestörungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Nervenarzt.* 84 (2013) 608–614
- Sanislow, C., Grilo, C., Morey, L., Bender, D., Skodol, A., Gunderson, J., Shea, M., Stout, R., Zanarini, M., McGlashan, T. Confirmatory factor analysis of the DSM-IV criteria for borderline personality disorder: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Am J Psychiatry.* 159 (2002) 284–290
- Sar, V. Developmental trauma, complex PTSD, and the current proposal of DSM-5. *Eur J Psychotraumatol.* 2 (2011) 390
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. "Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: Textrevision-DSM-IV-TR" Hogrefe, Göttingen, 2003
- Saxe, G. N., van der Kolk, B. A., Berkowitz, R., Chinman, G., Hall, K., Lieberg, G., Schwartz, J. Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry.* 150 (1993) 1037–1042
- Schmahl, C. Neue Wege gegen die Folgen psychischer Traumata. *Neurotransmitter.* 4 (2011) 26–30
- Schmahl, C., Bohus, M., Esposito, F., Treede, R.-D., Di Salle, F., Greffrath, W., Ludaescher, P., Jochims, A., Lieb, K., Scheffler, K., Hennig, J., Seifritz, E. Neural correlates of antinociception in borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 63 (2006) 659–667
- Schmitt, M., Beckmann, M., Dusi, D., Maes, J., Schiller A., Schonauer K. Messgüte des vereinfachten Beck-Depressions-Inventars (BDI-V). *Diagnostica.* 49 (2003) 147–156

- Schmitt, M., Maes, J. Vorschlag zur Vereinfachung des Beck-Depressions-Inventars (BDI). *Diagnostica*. 46 (2000) 38–46
- Schnyder, U., Moergeli, H. German version of Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress*. 15 (2002) 487–492
- Schore, A. N. The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J*. 22 (2001) 201–269
- Schultze, F. Bemerkungen über die traumatische Neurose. *Neurol Centralbl*. 8 (1889) 402–404
- Schweiger, U., Siphos, V., Hohagen, F. Leserbrief und Stellungnahme zum Beitrag von M. Sack: Diagnostische und klinische Aspekte der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. *Nervenarzt*. 76 (2005) 344–348
- Seckl, J. R., Meaney, M. J. Glucocorticoid "programming" and PTSD risk. *Ann NY Acad Sci*. 1071 (2006) 351–378
- Sedlak, A. J., Broadhurst, D. D. "Third national incidence study of child abuse and neglect" U.S. Government Printing Office, Washington, D. C., 1996
- Seelert, H. Über Neurosen nach Unfällen mit besonderer Berücksichtigung von Erfahrungen im Kriege. *Mschr Psychiat Neurol*. 38 (1915) 328–341
- Seeligmüller, A. Erfahrungen und Gedanken zur Frage der Simulation bei Unfallverletzten. *Dtsche med Wschr XVI*. 16 (1890) 664
- Shalev, A. Y. What is posttraumatic stress disorder? *J Clin Psychiatry*. 62 Suppl 17 (2001) 4–10
- Shalev, A. Y., Sahar, T., Freedman, S., Peri, T., Glick, N., Brandes, D., Orr, S. P., Pitman, R. K. A prospective study of heart rate response following trauma and the subsequent development of posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 55 (1998) 553–559
- Shearer, S. L., Peters, C. P., Quaytman, M. S., Ogden, R. L. Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline inpatients. *Am J Psychiatry*. 147 (1990) 214–216
- Shin, L. M., Wright, C. I., Cannistraro, P. A., Wedig, M. M., McMullin, K., Martis, B., Macklin, M. L., Lasko, N. B., Cavanagh, S. R., Krangel, T. S., Orr, S. P., Pitman, R. K., Whalen, P. J., Rauch, S. L. A functional magnetic resonance imaging study of amygdala and medial prefrontal cortex responses to overtly presented fearful faces in post-traumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 62 (2005) 273–281
- Silk, K. R., Lee, S., Hill, E. M., Lohr, N. E. Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *Am J Psychiatry*. 152 (1995) 1059–1064
- Simeon, D., Nelson, D., Elias, R., Greenberg, J., Hollander, E. Relationship of personality to dissociation and childhood trauma in borderline personality disorder. *CNS Spectr*. 8 (2003) 755–762

- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., Siever, L. J. The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biol Psychiatry*. 51 (2002) 936–950
- Skodol, A., Oldham, J., Bender, D., Dyck, I., Stout, R., Morey, L., Shea, M., Zanarini, M., Sanislow, C., Grilo, C. Dimensional representations of DSM-IV personality disorders: relationships to functional impairment. *Am J Psychiatry*. 162 (2005) 1919–1925
- Southwick, S. M., Rasmussen, A., Barron, J., Arnsten, A. Neurobiological and neurocognitive alterations in PTSD: a focus on norepinephrine, serotonin, and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. (2005). In: "Neuropsychology of PTSD: biological, cognitive and clinical perspectives", Vasterling, J. J., Brewin, C. R. (Hrsg.), Guilford Press, New York, 2005, 27–58
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E. "STAI. Manual for the State-Trait-Anxiety-Inventory" Consulting Psychologist Press, Palo Alto, 1970
- Spinazzola, J., Blaustein, M., van der Kolk, B. A. Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: the study of unrepresentative samples? *J Traum Stress*. 18 (2005) 425–436
- Spitzer, R. L., Endicott, J., Gibbon, M. Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. The development of criteria. *Arch Gen Psychiatry*. 36 (1979) 17–24
- Steil, R., Dyer, A., Priebe, K., Kleindienst, N., Bohus, M. Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse: a pilot study of an intensive residential treatment program. *J Trauma Stress*. 24 (2011) 102–106
- Stein, M. B., Koverola, C., Hanna, C., Torchia, M. G., McClarty, B. Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychol Med*. 27 (1997) 951–959
- Stern, A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. *Psychoanal Quart*. 7 (1938) 467–489
- Stieglitz, R.-D., Nyberg, E., Albert, M., Frommberger, U., Berger, M. Entwicklung eines Screeninginstrumentes zur Identifizierung von Risikopatienten für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTB) nach einem Verkehrsunfall. *Z Kl Psych Psychoth*. 31 (2002) 22–30
- Stiglmayr, C. E., Shapiro, D. A., Stieglitz, R. D., Limberger, M. F., Bohus, M. Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder -- a controlled study. *J Psychiatr Res*. 35 (2001) 111–118
- Tardieu, A. "Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs" J.B. Bailliere & fils, Paris, 1857
- Teegen, F., Schriefer, J. Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung: Eine Untersuchung des diagnostischen Konstruktes am Beispiel misshandelter Frauen. *Z Klin Psych Psychia*. 50 (2002) 219–233
- Terr, L. C. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry*. 148 (1991) 10–20

- Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., Tambs, K., Kringlen, E. A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry*. 41 (2000) 416–425
- True, W. R., Rice, J., Eisen, S. A., Heath, A. C., Goldberg, J., Lyons, M. J., Nowak, J. A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. *Arch Gen Psychiatry*. 50 (1993) 257–264
- Tutkun, H., Sar, V., Yargıç, L. I., Özpulat, T., Yanik, M., Kiziltan, E. Frequency of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a Turkish university clinic. *Am J Psychiatry*. 155 (1998) 800–805
- van der Kolk, B. A. Das Trauma in der Borderline-Persönlichkeit. *Persönlichkeitsstörungen*. 3 (1999) 21–29
- van der Kolk, B. A. Developmental Trauma Disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*. 35 (2005) 401
- van der Kolk, B. A., Fislser, R. Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *J Trauma Stress*. 8 (1995) 505–525
- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., Herman, J. L. Dissociation, Somatization, and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation to Trauma. *Am J Psychiatry*. 153 (1996) 83–93
- van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J. D., Lieberman, A. F., Putnam, F. W., Saxe, G., Spinazzola, J. (2009) Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V. Unveröffentlichtes Manuskript. (http://www.cathymalchiodi.com/dtd_nctsn.pdf) Stand: 01.05.2013
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., Spinazzola, J. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *J Trauma Stress*. 18 (2005) 389–399
- van Elst, L. T. Subtle prefrontal neuropathology in a pilot magnetic resonance spectroscopy study in patients with borderline personality disorder. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 13 (2001) 511–514
- Venzlaff, U. "Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen" Springer, Berlin [u.a.], 1958
- Venzlaff, U., Dulz, B., Ulrich, S. Zur Geschichte der Psychotraumatologie. In: "Traumazentrierte Psychotherapie", Sachsse, U. (Hrsg.), Schattauer, Stuttgart, 2004, 5–29
- Therapie psychischer Erkrankungen: State of the art 2011/2012, Voderholzer, Ulrich; Hohagen, Fritz (Hg.), Urban & Fischer/Elsevier, München 2012, 7. Aufl.
- Walsh, S. L., Strain, E. C., Abreu, M. E., Bigelow, G. E. Enadoline, a selective kappa opioid agonist: comparison with butorphanol and hydromorphone in humans. *Psychopharmacology*. 157 (2001) 151–162

- Watson, S., Chilton, R., Fairchild, H., Whewell, P. Association between childhood trauma and dissociation among patients with borderline personality disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. 40 (2006) 478–481
- Weiss, D. S., Marmar C.R. The Impact of Event Scale – Revised. In: "Assessing psychological trauma and PTSD", Wilson, J. P., Keane, T. M. (Hrsg.)", Guilford Press, New York, 1996, 399–411
- Wetzels, P. (1997) Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit. Ergebnisse einer repräsentativen retropektiven Prävalenzstudie für die BRD. Forschungsbericht. Hg. v. Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen, Hannover (59) (<http://wwwedit.kfn.de/versions/kfn/assets/fb59.pdf>) Stand: 02.05.2013
- Widiger, T. Current controversies in nosology and diagnosis of personality disorders. *Psychiatric Annals*. 37 (2007) 93
- Widom, C. S. Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry*. 156 (1999) 1223–1229
- Winograd, G., Cohen, P., Chen, H. Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *J Child Psychol Psychiatry*. 49 (2008) 933–941
- Wittchen, H. U., Zaudig, M., Fydrich, T. "SKID - Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV" Hogrefe, Göttingen, 1997
- Wittchen, H.-U. Diagnostische Klassifikation psychischer Störungen. In: "Klinische Psychologie und Psychotherapie", Wittchen Hans-Ulrich, Hoyer Jürgen (Hrsg.)", Springer, Berlin, Heidelberg, 2011, 2. Aufl., 27–55
- Wöller, W. Die Bindung des Mißbrauchsofopfers an den Mißbraucher. *Psychotherapeut*. 43 (1998) 117–120
- Wöller, W. Traumawiederholung und Reviktimisierung nach körperlicher und sexueller Traumatisierung. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 73 (2005) 83–90
- Wöller, W. Therapiekonzeption für traumatisierte Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*. 55 (2010) 6-11
- Yehuda, R. Current status of cortisol findings in post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 25 (2002) 341-68, vii
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., Skodol, A. E., Grilo, C. M., Gunderson, J. G., Sanislow, C. A., Zanarini, M. C., Bender, D. S., Rettew, J. B., McGlashan, T. H. Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis*. 190 (2002) 510–518
- Zanarini, M. C. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 160 (2003a) 274–283

- Zanarini, M. C. Zanarini Rating Scale For Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): A Continuous Measure of DSM-IV Borderline Psychopathology. *J Pers Disord.* 17 (2003b) 233–242
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Chauncey, D. L., Gunderson, J. G. The diagnostic interview for personality disorders: interrater and test-retest reliability. *Compr Psychiatry.* 28 (1987) 467–480
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., Reynolds, V. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 155 (1998a) 1733–1739
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., Reynolds, V. Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry.* 39 (1998b) 296–302
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Silk, K. R. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 163 (2006) 827–832
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G. Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *Am J Psychiatry.* 167 (2010) 663–667
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Vujanovic, A. A. Inter-rater and test-retest reliability of the Revised Diagnostic Interview for Borderlines. *J Pers Disord.* 16 (2002a) 270–276
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R. Cognitive features of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 147 (1990) 57–63
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., Schwartz, E. O., Frankenburg, F. R. Childhood experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry.* 30 (1989) 18–25
- Zanarini, M. C., Hörz, S., Frankenburg, F. R., Weingeroff, J., Reich, D. B., Fitzmaurice, G. The 10-year course of PTSD in borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatr Scand.* 124 (2011) 349–356
- Zanarini, M. C., Skodol, A. E., Bender, D., Dolan, R., Sanislow, C., Schaefer, E., Morey, L. C., Grilo, C. M., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Gunderson, J. G. The collaborative longitudinal personality disorders study: reliability of axis I and II diagnoses. *J Pers Disord.* 14 (2000) 291–299
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., Levin, A., Yong, L., Frankenburg, F. R. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 154 (1997) 1101–1106
- Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F., Vujanovic, A. A. Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *J Nerv Ment Dis.* 190 (2002b) 381–387
- Zlotnick, C., Franklin, C. L., Zimmerman, M. Is comorbidity of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder related to greater pathology and impairment? *Am J Psychiatry.* 159 (2002) 1940–1943

Zlotnick, C., Pearlstein, T. Validation of the structured interview for disorders of extreme stress. *Compr Psychiatry*. 38 (1997) 243–247

Zlotnick, C., Zakriski, A. L., Shea, M. T., Costello, E., Begin, A., Pearlstein, T., Simpson, E. The long-term sequelae of sexual abuse: support for a complex posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*. 9 (1996) 195–205

Zweig-Frank, H., Paris, J. Parents' emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 148 (1991) 648–651

7 Anhang

Tabelle A1: Übersicht Soziodemographische Daten

Geschlecht	N		%	
männlich	73		26,6	
weiblich	201		73,4	
Gesamt	274		100,0	
Geschlecht - Studienort	N		%	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
Goe	0	54	0	100
Han	8	36	18,2	81,8
HH1	12	39	23,5	76,5
HH2	18	28	39,1	60,9
HH3	26	2	92,9	7,1
Lue	9	42	17,6	82,4
<i>Gesamt</i>	73	201	26,6	73,4
Alter	N		%	
bis 20 Jahre	18		6,6	
21 - 30 Jahre	90		32,8	
31 - 40 Jahre	80		29,2	
41 - 50 Jahre	68		24,8	
51 Jahre und älter	18		6,6	
<i>Gesamt</i>	274		100,0	
Familienstand	N		%	
ledig	178		65,0	
verheiratet	52		19,0	
getrennt lebend	11		4,0	
geschieden	31		11,3	
verwitwet	2		,7	
<i>Gesamt</i>	274		100,0	
Partnersituation	N		%	
feste Partnerschaft	122		44,5	
kein fester Partner	151		55,1	
fehlende Angabe	1		0,4	
<i>Gesamt</i>	274		100,0	

Kinder – ja oder nein?	N	%
nein	173	63,1
ja	100	36,5
<i>Gesamt</i>	<i>273</i>	<i>99,6</i>
höchster Schulabschluss	N	%
noch in der Schule	3	1,1
kein Schulabschluss	6	2,2
Sonderschulabschluss	10	3,6
Hauptschulabschluss	61	22,3
Realschulabschluss, Mittlere Reife	119	43,4
Fachabitur, Abitur	75	27,4
<i>Gesamt</i>	<i>274</i>	<i>100,0</i>
berufliche Situation	N	%
Vollzeit beschäftigt	47	17,2
Teilzeit beschäftigt	30	10,9
Hausfrau/Hausmann	8	2,9
Wehr-/Zivildienst/freiw. soz. Jahr	2	,7
in Schulausbildung (Vollzeit)	24	8,8
arbeitslos	67	24,5
nicht erwerbstätig bzw. berentet	93	33,9
<i>Gesamt</i>	<i>271</i>	<i>98,9</i>
Dauer Krankschreibung	N	%
0 - 4 Wochen	144	52,6
5 - 12 Wochen	34	12,4
13 - 26 Wochen	20	7,3
27 - 52 Wochen	21	7,7
53 - 104 Wochen	22	8,0
104 <	33	12,0
<i>Gesamt</i>	<i>274</i>	<i>100,0</i>

berufliche Stellung (jetzt, zuletzt)	N	%
un-/angelernter Arbeiter	57	20,8
Facharbeiter	33	12,0
einfacher Angestellter/Beamter	54	19,7
mittlerer Angestellter/Beamter	58	21,2
höher u. leitender Angestellter/Beamter	11	4,0
Selbständiger	11	4,0
bisher kein Beruf ausgeübt (z. B. Schüler)	42	15,3
sonstiges	7	2,6
<i>Gesamt</i>	273	99,6
Einkommen für Lebensunterhalt durch	N	%
eigenes Einkommen durch Arbeit	59	21,5
Einkommen durch Partner/Ehegatten	17	6,2
finanzielle Unterstützung durch Eltern	11	4,0
Arbeitslosengeld/-hilfe	37	13,5
Sozialhilfe	30	10,9
Rente	46	16,8
anderes Einkommen	66	24,1
<i>Gesamt</i>	266	97,1
Erwerbsunfähigkeitsrente	N	%
nein	224	81,8
ja	49	17,9
<i>Gesamt</i>	273	99,6
Rentenantrag gestellt	N	%
nein	241	88,0
ja	27	9,9
<i>Gesamt</i>	268	97,8
Anspruchnahme von Leistungen nach OEG	N	%
nein	269	98,2
ja	5	1,8
<i>Gesamt</i>	274	100,0

Tabelle A2: Psychische Diagnosen

	Studienort						Gesamt N (%)**
	Goe	HH1	HH2	HH3	Han	Lue	
Psychische und Verhaltensänderung durch psychotrope Substanzen.	3 (5,6 %)	2 (3,9 %)	5 (10,9 %)	0	0	4 (7,8 %)	14 (5,1 %)
Schizophrenie, schizotype oder wahnhafte Störung	1 (1,9 %)	0	0	0	0	1 (2,0 %)	2 (0,7 %)
Depressive Störung	32 (59,3 %)	33 (64,7 %)	1 (2,2 %)	0	13 (29,5 %)	21 (41,2 %)	100 (36,5 %)
Phobische Störung oder Angststörung	3 (5,6 %)	4 (7,8 %)	0	0	0	6 (11,8 %)	13 (4,7 %)
Zwangsstörung	0	1 (2,0 %)	0		0	2 (3,9 %)	3 (1,1 %)
PTBS	*52 (96,3 %)	*46 (90,2 %)	*27 (58,7 %)	*27 (96,4 %)	*39 (88,6 %)	*48 (94,1 %)	* 239 (87,2 %)
Komplexe dissoziative Störung	*23 (42,6 %)	*17 (33,3 %)	*19 (41,3 %)	*2 (7,1 %)	*11 (25,0 %)	*17 (33,3 %)	* 89 (32,5 %)
Somatoforme Störung	5 (9,3 %)	2 (3,9 %)	0	0	0	1 (2,0 %)	8 (2,9 %)
Depersonalisations- und Derealisationssyndrom	8 (14,8 %)	0	0	0	11 (25,0 %)	0	19 (6,9 %)
Essstörung	3 (5,6 %)	5 (9,8 %)	3 (6,5 %)		1 (2,3 %)	2 (3,9 %)	14 (5,1 %)
Borderline-störung	*22 (40,7 %)	*32 (62,7 %)	*42 (91,3 %)	*12 (42,9 %)	*20 (45,5 %)	*20 (39,2 %)	* 148 (54,0 %)
andere Persönlichkeitsstörung	0	7 (13,7 %)	4 (8,7 %)	0	0	9 (17,6 %)	20 (7,3 %)
andere Störungsbilder	2 (3,7 %)	2 (3,9 %)	1 (2,2 %)	0	0	7 (13,7 %)	12 (4,4 %)
Gesamt	54	51	46	28	44	51	274

* per Interviewdiagnostik

** Mehrfachnennungen möglich

Tabelle A3.: Somatische Diagnosen

Diagnosen (ICD 10)	Studienort			Gesamt N(%)**
	Goe	HH1	Lue	
Neubildung (II, C00-D49)	3 (5,6 %)	2 (3,9 %)	0	5 (3,2 %)
Krankheit des Blutes oder der blutbildenden Organe oder Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (III, D50-D89)	1 (1,9 %)	0	0	1 (0,6 %)
Endokrine, Ernährungs- oder Stoffwechselkrankheit (IV, E)	8 (14,8 %)	2 (3,9 %)	3 (5,9 %)	13 (8,3 %)
Krankheit des Nervensystems (VI, G)	4 (7,4 %)	3 (5,9 %)	5 (9,8 %)	12 (7,7 %)
Krankheit des Auges und der Augenanhängegebilde (VII, H00-H59)	0	1 (2,0 %)	0	1 (0,6 %)
Krankheit des Ohres oder des Warzenfortsatzes (VIII, H60-H95)	5 (9,3 %)	0	0	5 (3,2 %)
Krankheit des Kreislaufsystems (IX, I)	4 (7,4 %)	5 (9,8 %)	3 (5,9 %)	12 (7,7 %)
Krankheit des Atmungssystems (X, J)	7 (13,0 %)	9 (17,6 %)	4 (7,8 %)	20 (12,8 %)
Krankheit des Verdauungssystems (XI, K)	6 (11,1 %)	3 (5,9 %)	1 (2,0 %)	10 (6,4 %)
Krankheit der Haut oder der Unterhaut (XII, L)	2 (3,7 %)	2 (3,9 %)	4 (7,8 %)	8 (5,1 %)
Krankheit des Muskel-Skelett-Systems oder des Bindegewebes (XIII, M)	7 (13,0 %)	9 (17,6 %)	6 (11,8 %)	24 (15,4 %)
Krankheit des Urogenitalsystems (XIV, N)	3 (5,6 %)	0	0	3 (1,9 %)
Angeborene Fehlbildung, Deformität oder Chromosomenanomalie (XVII, Q)	0	1 (2,0 %)	0	1 (0,6 %)
Verletzung, Vergiftung oder bestimmte andere Folge äußerer Ursache (XIX, S u. T)	0	0	1 (2,0 %)	1 (0,6 %)
Allergien	2 (3,7 %)	5 (9,8 %)	0	7 (4,5 %)
ungenauere Angabe	12 (22,2 %)	14 (27,5 %)	0	0
Gesamt	54 (100 %)	51 (100 %)	51 (100 %)	156 (100 %)

* Mehrfachnennungen möglich

Tabelle A4.: Medikamente

Medikamente	Studienort						Gesamt N(%)**
	Goe	HH1	HH2	HH3	Han	Lue	
Opioid-Analgetikum	3 (5,6 %)	1 (2,0 %)	0	0	0	1 (2,0 %)	5 (1,8 %)
Nicht-Opioid-Analgetikum	3 (5,6 %)	1 (2,0 %)	0	1 (3,6%)	0	3 (5,9 %)	8 (2,9 %)
Magen-Darm-Arzneimittel	5 (9,3 %)	1 (2,0 %)	2 (4,3 %)	0	1 (2,3 %)	4 (7,8 %)	13 (4,7 %)
Herz-Kreislauf-Arzneimittel (ohne Betablocker)	4 (7,4 %)	1 (2,0 %)	0	0	0	1 (2,0 %)	6 (2,2 %)
Betarezeptoren-Blocker	0	4 (7,8 %)	0	0	0	2 (3,9 %)	6 (2,2 %)
Stoffwechseltherapeutikum (Lipidsenker, Antidiabetikum, Schilddrüsenhormon)	5 (9,3 %)	0	1 (2,2 %)	1 (3,6%)	1 (2,3 %)	2 (3,9 %)	10 (3,6 %)
Antikonvulsivum o. Phasenprophylaxe	3 (5,6 %)	1 (2,0 %)	0	1 (3,6%)	1 (2,3 %)	8 (15,7 %)	14 (5,1 %)
Neuroleptikum	20 (37,0 %)	17 (33,3 %)	29 (63,0 %)	4 (14,3%)	4 (9,1 %)	12 (23,5 %)	86 (31,4 %)
Anxiolytikum, Hypnotikum oder Sedativum	8 (14,8 %)	9 (17,6 %)	18 (39,1 %)	2 (7,1%)	4 (9,1 %)	10 (19,6 %)	51 (18,6 %)
Antidepressivum	32 (59,3 %)	30 (58,8 %)	16 (34,8 %)	6 (21,4%)	10 (22,7 %)	38 (74,5 %)	132 (48,2 %)
Psychostimulans	0	0	1 (2,2 %)	1 (3,6%)	0	0	2 (0,7 %)
Hormonpräparat	1 (1,9 %)	2 (3,9 %)	0	1 (3,6%)	0	0	4 (1,5 %)
Sonstige	8 (14,8 %)	1 (2,0 %)	1 (2,2 %)	1 (3,6%)	2 (4,5 %)	2 (3,9 %)	15 (5,5 %)
ungenauere Angabe	2 (3,7 %)	2 (3,9 %)	1 (2,2 %)	0	2 (4,5 %)	2 (3,9 %)	9 (3,3 %)
Gesamt	54 (100 %)	51 (100 %)	46 (100 %)	28 (100%)	44 (100 %)	51(100 %)	274 (100 %)

** Mehrfachnennungen möglich

8 Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. med. Martin Sack für die großzügige Bereitstellung des Themas sowie für seine kompetente Betreuung und umfassende Unterstützung bei allen Fragen im Verlauf der Arbeit. Seine Begeisterung für die Thematik war für mich ansteckend und inspirierend.

Herrn Prof. Dr. med. Peter Henningsen danke ich für die Möglichkeit, diese Dissertation in seiner Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar erstellen zu dürfen.

Mein ganz besonderer Dank richtet sich an die Leiter der Multicenterstudie Dr. med. Birger Dulz, Dr. Bettina Overkamp, Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse und Prof. Dr. med. Martin Sack für die freundliche Aufnahme in die Arbeitsgruppe sowie an meine Mitdoktoranden Elke Baumann, Henriette Dluzak-Boysen, Sandra Helmke-Jaeger, Sabine Leopoldt, Johanna Rönfeldt, Agnes Schütz und Stefan Waldow für die Möglichkeit der Nutzung der von ihnen erhobenen Daten und die kollegiale Zusammenarbeit.

Für die Hilfe bei aufgetreten Schwierigkeiten in der statistischen Auswertung möchte ich mich bei Herrn Dr. Gerhard Henrich aus der Psychosomatischen Institutsambulanz des Klinikums rechts der Isar bedanken.

Bei Florentine Eckl und Viola Höll möchte ich mich für das Korrekturlesen der Arbeit bedanken. Außerdem bei meiner Schwester Claudia Sauer, die mir bei Fragen zur Textverarbeitung mit Rat und Tat zur Seite stand. Stefanie und Matthias Nörtemann möchte ich herzlich für Ermutigung, Unterstützung und die Löwengeschichte danken.

Ebenfalls bedanken möchte ich mich bei meiner Familie, die mir jederzeit Geduld und Rücksichtnahme bei der Fertigstellung der Arbeit entgegenbrachte.

Abschließend möchte ich ganz besonders allen Patientinnen und Patienten, die sich bereit erklärt haben an dieser Studie teilzunehmen und somit die Entstehung dieser Dissertation erst möglich gemacht haben, ein herzliches Dankeschön aussprechen.