«Albträume hängen wie Wolken über dir. Wenn du aufwachst, spürst du diese Panik, diesen Moment des Schreckens, aus dem du aufwachst. Du markierst den Traum als schlechten Traum, willst ihn loslassen, doch er begleitet dich den ganzen Tag, bleibt an dir hängen.»

C., 16-jährig

Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Eine neue Diagnose im ICD-11

Fallbeispiel

Als Mia 6 Jahre alt war, verstarb ihr kleiner Bruder. Ihre Mutter wurde schwer depressiv und hatte grosse Schwierigkeiten, sich um Mia und ihre Geschwister zu kümmern. Der Vater von Mia war kaum zu Hause, ebenfalls emotional distanziert und gewalttätig gegenüber der Mutter und den Kindern. Nach der Scheidung der Eltern wurde Mia über mehrere Jahre hinweg von einem Partner ihrer Mutter sexuell missbraucht. Im Alter von 13 Jahren berichtete Mia das erste Mal jemandem, was sie zu Hause erlebt hat. Mit der Unterstützung der Schule holte sie Hilfe im Schlupfhuus. Aufgrund ihrer traumatischen Erfahrungen leidet Mia stark unter belastenden Gedanken und Gefühlen. Bei Auseinandersetzungen mit den Betreuungspersonen erlebt Mia emotionale und bildhafte Flashbacks – eine komplexe Mischung aus starken, belastenden Gefühlen von Scham und Machtlosigkeit, ausgelöst durch Erinnerungen an die Gewalt und den sexuellen Missbrauch. Den Kontakt zu ihrer Mutter hat sie abgebrochen, die Geschwister sieht sie nur selten. Beim Musik hören mit Kopfhörern in ihrem Zimmer muss sie immer ein Ohr freihaben, damit sie merkt, wenn sich etwas vor ihrer Tür bewegt. Wenn sie sich von den Betreuungspersonen missverstanden fühlt, ist Mia schnell aufgebracht und kann sich nur schwer wieder beruhigen. Die Betreuungspersonen und andere Jugendliche im Schlupfhuus lässt sie nicht an sich heran und all ihre Freundschaften hat sie aufgegeben. An vielen Tagen fühlt sich Mia wie «abgeschaltet» und verletzt sich dann selbst, um wieder etwas zu spüren. Mit ihrer Psychotherapeutin erarbeitet Mia, dass sie unter einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung leidet.

Seit langem ist bekannt, dass einige psychische Störungen in engem Zusammenhang mit belastenden oder traumatischen Ereignissen stehen, wie sie Mia erlebt hat. Doch erst in der aktuellen Version 11 der International Classification of Diseases (ICD-11)[1] wurde ein separates Kapitel mit der Diagnosegruppe «Spezifisch Belastungsassoziierte Störungen» eingeführt. In diesem Zusammenhang wurde neben der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auch die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) als eigenständige Diagnose aufgenommen.

Die Einführung der kPTBS war notwendig, da Forschungsarbeiten zeigten, dass Menschen besonders nach anhaltenden oder wiederholten Traumatisierungen, wie beispielsweise Missbrauch, Vernachlässigung oder Gewalt über längere Zeiträume, Symptome entwickeln, die über die klassischen Kernkriterien der PTBS hinausgehen. Während die PTBS insbesondere durch Wiedererleben, Vermeidung und eine anhaltende Übererregung gekennzeichnet ist, erleben Betroffene mit kPTBS zusätzliche tiefgreifende Beeinträchtigungen in den Bereichen affektive Dysregulation, negatives Selbstbild und zwischenmenschliche Schwierigkeiten. Die neue kPTBS-Diagnose ist wichtig, um die potentiell vielschichtigen Auswirkungen eines oder mehrerer langanhaltender oder sich wiederholender traumatischer Ereignisse besser einordnen und diagnostisch berücksichtigen zu können. Dadurch können auch möglicherweise die psychotherapeutischen Behandlungen besser auf die Betroffenen angepasst und langfristig die Qualität der psychotraumatologischen Versorgung verbessert werden.

Eine PTBS oder kPTBS kann sich entwickeln, wenn man einem oder mehreren traumatischen Ereignissen (extrem bedrohlich, schrecklich oder katastrophal) ausgesetzt war. Die Kernkriterien und Symptome der PTBS nach ICD-11 sind:

Wiedererleben
Das Wiedererleben von traumatischen Erlebnissen tritt in Form von wiederkehrenden Albträumen bezgl. des Erlebten oder Flashbacks auf. Bei Flashbacks fühlen sich die Betroffenen so, als würden sie das Trauma gerade noch einmal durchleben – mit starken Gefühlen und Körperreaktionen, als wäre es real.

Vermeidung
Betroffene vermeiden entweder Gedanken oder Erinnerungen oder Aktivitäten, Situationen, Gespräche oder Personen, die mit dem traumatischen Ereignis in Verbindung stehen. Jugendliche greifen z.B. zu Substanzen, um nicht an ihre traumatischen Erfahrungen denken zu müssen und vermeiden es, bestimmte Orte aufzusuchen oder über Erfahrungen zu reden.

Anhaltende Wahrnehmung aktueller Bedrohung
Personen mit PTBS entwickeln oftmals ein Gefühl einer übermässigen gegenwärtigen Bedrohung. Dies zeigt sich in übermässiger Wachsamkeit und erhöhter Schreckhaftigkeit. Die übermässige Wachsamkeit ist ein anhaltender Zustand erhöhter Alarmbereitschaft. Die Betroffenen achten ständig auf potenzielle Gefahren, sind nervös, schnell reizbar und zeigen Überreaktionen auf plötzliche Geräusche oder Bewegungen. Körperlich erleben sie eine grosse Anspannung, Herzklopfen, eine flache Atmung, Schwitzen, Ruhelosigkeit und Erschöpfung. Die Personen fühlen sich an überfüllten oder lauten Orten nervös und haben Herzklopfen; in Menschenmengen fühlen sie sich unwohl und suchen nach möglichen Bedrohungen. Die erhöhte Schreckhaftigkeit zeigt sich darin, dass Personen bei unerwarteten Geräuschen oder Bewegungen erschrocken zusammenzucken.

Zusätzlich zu diesen PTBS-Diagnosekriterien müssen bei der kPTBS schwere sowie anhaltende Probleme und Einschränkungen in den folgenden Bereichen vorliegen:

Schwierigkeiten in der Emotionsregulation
Bei Betroffenen zeigt sich oftmals eine Über- oder Unterregulation von Gefühlen. Beispielsweise reagieren Betroffene bei kleinsten Schwierigkeiten und Belastungen sehr aufgebracht und haben dann Schwierigkeiten, sich wieder zu beruhigen. Starke Wutausbrüche, impulsives oder selbstzerstörerisches Verhalten (z.B. selbstverletzendes Verhalten, Alkohol- oder Drogenkonsum) und dissoziative Zustände bei Stress sind ebenfalls Anzeichen von Schwierigkeiten in der Gefühlsregulation. Ebenfalls kann es sein, dass Betroffene sich emotional taub (das heisst gefühlsmässig wie «abgeschaltet» oder «innerlich leer») fühlen oder Schwierigkeiten haben, Freude oder andere positive Gefühle zu empfinden.

Negatives Selbstkonzept
Betroffene sehen sich selbst als erniedrigt, unterlegen oder wertlos. Häufig begleiten sie tiefe Schuld- oder Schamgefühle. Beispielsweise denken sie, sie hätten ihr Trauma verhindern oder andere davor beschützen müssen.

Interpersonelle Schwierigkeiten
Betroffene vermeiden Beziehungen oder soziales Engagement oder haben wenig Interesse daran. Generell besteht eine Tendenz, sich anderen nicht nahe zu fühlen und Personen aufgrund von Vertrauensproblemen nicht an sich heranzulassen.

Meist erlebten Betroffene einer kPTBS langanhaltende oder sich wiederholende traumatische Ereignisse, in denen ein Entkommen schwierig war. Das kann beispielsweise das Erleben von anhaltender häuslicher Gewalt sein, wiederholter sexueller oder körperlicher Missbrauch oder Folter. Eine kPTBS kann sich aber bei einer entsprechenden Vorbelastung auch nach dem Erleben eines singulären traumatischen Ereignisses ausbilden.[2] Somit ist die Diagnose der kPTBS nicht an der Art oder Beschaffenheit des traumatischen Ereignisses, sondern an der ggf. vorherrschenden Symptomatik orientiert.

Die Unterscheidung der Diagnosen PTBS und kPTBS als empirisch unterschiedliche Diagnosen konnte nicht nur bei Erwachsenen[3], sondern auch bei Kindern und Jugendlichen gezeigt werden.[4] Damit stellt die Diagnose kPTBS, die oftmals ihren Ursprung in Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend hat, auch eine relevante und valide Diagnose bei Kindern und Jugendlichen selbst dar. Relevante komorbide Begleiterkrankungen stellen vor allem Angststörungen und depressive Störungen sowie somatoforme Beschwerden oder andere dissoziative Störungen dar, auch wenn Studien zur ICD-11 kPTBS noch nicht ausreichend vorhanden sind, um genaue Prävalenzen hinsichtlich der Komorbiditäten anzugeben. Im Rahmen der kPTBS wird bei Jugendlichen in der klinischen Praxis ebenfalls von erhöhter Dissoziationsneigung mit Depersonalisations- und Derealisationserleben, Selbstverletzung und quasi-psychotischen Symptomen mit oft traumaassoziierten auditorischen oder visuellen Halluzinationen berichtet. Beim Depersonalisationserleben fühlen sich Betroffene von sich selbst entfremdet oder losgelöst. Es kann sich so anfühlen, als wäre man nicht wirklich sich selbst oder als würde man den eigenen Körper, die Gedanken und Gefühle von aussen beobachten. Beim Derealisationserleben erscheint die Umwelt unwirklich oder fremd, sie wird wie durch einen Schleier oder als verzerrt wahrgenommen. Farben können blasser wirken, Geräusche gedämpft oder entfernt erscheinen. Typische Aussagen von Betroffenen bei dissoziativem Erleben sind folgende: «Alles fühlt sich taub an.», «Ich bin nicht mehr richtig da.», «Ich sehe mich

«Wiedererleben in der Gegenwart: Ereignisse werden im Hier und Jetzt oder in Albträumen noch einmal erlebt.»

M., 17-jährig

plötzlich von oben und fühle mich ganz leicht an.», «Ich sehe alles wie durch einen Nebelschleier.» Bei auditorischen Halluzinationen hören Betroffene Stimmen oder Geräusche, die andere nicht wahrnehmen, im Rahmen der kPTBS überwiegend mit inhaltlichem Bezug zu den traumatischen Ereignissen. Stimmen sind beispielsweise häufig abwertend, kritisch oder direkt mit dem erlebten Trauma verbunden (z.B. Drohungen von Täter:innen aus der Vergangenheit). Bei visuellen Halluzinationen im Rahmen der kPTBS sehen Betroffene Schatten, Figuren oder Bilder, die in Zusammenhang mit ihrem Trauma stehen (z. B. das Gesicht eines früheren Täters oder bedrohliche Gestalten).

Im Jugendalter zeigen sich in den kPTBS-spezifischen Symptomen auch Überschneidungen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS), wobei vor allem die Affektdysregulation keine gute Unterscheidung zwischen der kPTBS und BPS zulässt. Bezgl. des Selbstkonzepts zeigt sich bei der BPS eher ein instabiles fluktuierendes Selbstbild und bei der kPTBS ein dauerhaft negatives Selbstbild. Beziehungsprobleme in der BPS zeigen sich eher in stark fluktuierenden Interaktionen und einem intensiven Engagement in Beziehungen mit Aufwertung und Abwertung der Beziehung, während die Beziehungsgestaltung bei kPTBS eher von einer anhaltenden Tendenz geprägt ist, Beziehungen zu vermeiden, sich zurückzuziehen und anderen nicht zu vertrauen.[5]

Neben der psychischen Symptomatik zeigen sich ebenfalls Hinweise auf eine neurobiologische Basis. Es gibt zahlreiche Beweise dafür, dass belastende Kindheitserfahrungen mit schädlichen Auswirkungen auf die neurokognitive Funktionsweise verbunden sind, insbesondere auf das Arbeitsgedächtnis und die Inhibitionsfähigkeiten. Diese Auswirkungen spiegeln sich in erheblichen funktionalen und strukturellen Veränderungen in stress- und emotionssensiblen Gehirnregionen wider, insbesondere in der Amygdala, dem Hippocampus und dem anterioren cingulären Cortex[6], was im Alltag mit einer «erhöhten Alarmbereitschaft» oder übermässig starken emotionalen Reaktionen auf traumassoziierte Reize verbunden sein kann.

Ebenfalls haben Kinder und Jugendliche mit kPTBS oftmals Schwierigkeiten, ihren Alltag zu bewältigen, weil belastende Gedanken und Gefühle sie in ihrem Funktionieren in der Schule, der Freizeit und den sozialen Beziehungen einschränken. Bespiele sind Leistungsabfälle in der Schule, das Aufgeben eines Hobbys oder Konflikte mit Eltern oder Freund:innen. Für Jugendliche können Einschränkungen auch die sexuelle Aktivität oder das Erleben der Sexualität beeinflussen. Aufgrund eines fehlenden Instruments zur Erfassung von (k)PTBS-bedingten Schwierigkeiten im Alltag bei Kindern und Jugendlichen ist das Ausmass dieser Schwierigkeiten bis dato nicht genau bekannt. Eine Arbeitsgruppe des Kinderspitals Zürich um Prof. Markus Landolt und Dr. Lasse Bartels hat, unter anderem mit der Unterstützung des Schlupfhuus Zürich, einen solchen Fragebogen entwickelt – den PTSD-iMPACT. Im Anschluss an die noch ausstehende internationale Testung des Fragebogens 2025/2026 wird der PTSD-iMPACT Fachpersonen frei zur Verfügung stehen.

Instrumente zur Erkennung

Um das Ausmass der kPTBS-Stresssymptomatik einschätzen zu können, können Fachpersonen auf den Child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2)[7] oder den International Trauma Screen – Child and Adolescent (ITQ-CA)[8] zurückgreifen. Beide Instrumente enthalten neben einer Checkliste mit traumatischen Ereignissen auch Symptome der klassischen PTBS sowie die für die kPTBS spezifischen Symptome der affektiven Dysregulation, des negativen Selbstbildes und der Schwierigkeiten in Beziehungen. So kann die Durchführung des CATS-2 einen ersten Eindruck davon liefern, wie relevant die ICD-11 kPTBS-Stresssymptomatik für die Kinder und Jugendlichen tatsächlich ist. Der CATS-2 kann von Kindern und Jugendlichen sowie Bezugspersonen selbständig ausgefüllt oder im Rahmen eines Interviews mit einer Fachperson durchgeführt werden. Versionen des CATS-2 für Kinder und Jugendliche sowie für Bezugspersonen in verschiedenen Sprachen sind frei zugänglich auf der Homepage des Lehrstuhls für Klinische Kinder- und Jugendlichenpsychologie der Universität Bamberg.

Bezüglich der Behandlung der kPTBS nach ICD-11 liegen noch keine Psychotherapiestudien mit zufälliger Zuweisung von betroffenen Kindern und Jugendlichen in verschiedene Therapieinterventionen vor, durch die sich Hinweise auf die Wirksamkeit eines bestimmten Verfahrens ableiten liessen. Eine Behandlung mit Medikamenten wird bei PTBS im Kindes- und Jugendalter nicht empfohlen und auch bei der kPTBS gibt es keine Evidenz für psychopharmakologische Interventionen bei Kindern und Jugendlichen. Sekundäranalysen aus zurückliegenden Psychotherapiestudien mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen, die im Nachhinein in Gruppen entsprechend der Unterscheidung von PTBS und kPTBS aufgeteilt wurden, zeigen, dass traumafokussierte Psychotherapie (in den bisher vorliegenden Studien: TF-KVT) bei Kindern und Jugendlichen mit kPTBS wirksam ist.[4,9,10]

Neben der klinischen Nutzbarkeit der Diagnose kPTBS kann der Begriff «komplex» aber auch die Gefahr bergen, dass eine potenziell wirksame traumafokussierte Psychotherapie gar nicht angewandt wird und Kinder

und Jugendliche immer wieder stabilisierende Therapien erhalten, ohne dass mit ihnen die traumatischen Ereignisse aufgearbeitet werden. Aus Studien mit erwachsenen Personen wird jedoch klar, dass traumafokussierte Psychotherapie auch bei vielen mit der PTBS einhergehenden Erkrankungen wie der Borderline-Persönlichkeitsstörung[11], Substanzkonsumstörungen[12] oder psychotischen Erkrankungen[13] sicher und wirksam ist. Es ist daher davon auszugehen, dass eine Weiterentwicklung wirksamer psychotherapeutischer Interventionen für die kPTBS auf dem Erfolg von PTBS-Interventionen aufbauen könnte.[14]

Mit der kPTBS liegt eine neue spezifische Diagnose vor, welche die Symptomatik von manchen schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen besser abbildet und dem Fakt Rechnung trägt, dass traumabezogene Symptome über künstliche Diagnosegrenzen hinausgehen können. Der in der klinischen Praxis schon häufig verwendete Begriff ist nun eine formale Diagnose mit genauen Diagnosekriterien und generiert hoffentlich neue Forschung zur Behandlung dieser Kinder und Jugendlichen. Zu hoffen bleibt, dass der Begriff «komplex» Therapeut:innen nicht davon abhält, wirksame traumafokussierte Psychotherapie auch für diese schwer eingeschränkten Kinder und Jugendlichen anzubieten.

Referenzen

1. International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11), World Health Organization (WHO) 2019/2021 https://icd.who.int/browse11.
2. Elliott, R., McKinnon, A., Dixon, C., Boyle, A., Murphy, F., Dahm, T., ... & Hitchcock, C. (2021). Prevalence and predictive value of ICD-11 post-traumatic stress disorder and Complex PTSD diagnoses in children and adolescents exposed to a single-event trauma. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* 62(3), 270–276.
3. Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., ... & Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical psychology review,* 58, 1–15.
4. Sachser, C., Keller, F., & Goldbeck, L. (2017). Complex PTSD as proposed for ICD-11: Validation of a new disorder in children and adolescents and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* 58(2), 160–168.
5. Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C., & Bohus, M. (2022). Complex post-traumatic stress disorder. *The lancet,* 400(10345), 60–72.
6. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. Nat Rev Neurosci 2016; 17: 652–66.
7. Sachser, C., Berliner, L., Risch, E., Rosner, R., Birkeland, M. S., Eilers, R., Hafstad, G. S., Pfeiffer, E., Plener, P. L., & Jensen, T. K. (2022). The child and Adolescent Trauma Screen 2 (CATS-2) – validation of an instrument to measure DSM-5 and ICD-11 PTSD and complex PTSD in children and adolescents. *European journal of psychotraumatology,* 13(2), 2105580. https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2105580
8. Haselgruber, A., Sölva, K., & Lueger-Schuster, B. (2020). Validation of ICD-11 PTSD and complex PTSD in foster children using the International Trauma Questionnaire. *Acta psychiatrica Scandinavica,* 141(1), 60–73. https://doi.org/10.1111/acps.13100.
9. Jensen, T. K., Braathu, N., Birkeland, M. S., Ormhaug, S. M., & Skar, A. M. S. (2022). Complex PTSD and treatment outcomes in TF-CBT for youth: a naturalistic study. *European journal of psychotraumatology,* 13(2), 2114630.
10. Hébert, M., & Amédée, L. M. (2020). Latent class analysis of post-traumatic stress symptoms and complex PTSD in child victims of sexual abuse and their response to Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy. *European journal of psychotraumatology,* 11(1), 1807171.
11. Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Müller-Engelmann, M., Ludäscher, P., Steil, R., ... & Priebe, K. (2020). Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder (DBT-PTSD) compared with cognitive processing therapy (CPT) in complex presentations of PTSD in women survivors of childhood abuse: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry,* 77(12), 1235–1245.
12. Ruglass, L. M., Lopez-Castro, T., Papini, S., Killeen, T., Back, S. E., & Hien, D. A. (2017). Concurrent treatment with prolonged exposure for co-occurring full or subthreshold posttraumatic stress disorder and substance use disorders: A randomized clinical trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86(3), 150–161.
13. De Bont, P. A. J. M., Van Den Berg, D. P. G., Van Der Vleugel, B. M., de Roos, C. J. A. M., De Jongh, A., Van Der Gaag, M., & Van Minnen, A. M. (2016). Prolonged exposure and EMDR for PTSD v. a PTSD waiting-list condition: effects on symptoms of psychosis, depression and social functioning in patients with chronic psychotic disorders. *Psychological medicine,* 46(11), 2411–2421.
14. Karatzias, T., Murphy, P., Cloitre, M., Bisson, J., Roberts, N., Shevlin, M., ... & Hutton, P. (2019). Psychological interventions for ICD-11 complex PTSD symptoms: Systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine,* 49(11), 1761–1775.

Cedric Sachser ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Professor für Klinische Kinder- und Jugendlichenpsychologie an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg. Er ist bekannt für seine Forschung in den Bereichen Nosologie, Diagnostik und Behandlung von Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen.

Lasse Bartels ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in Ausbildung und Postdoc am Lehrstuhl für Gesundheitspsychologie des Kindes- und Jugendalters an der Universität Zürich sowie am Universitäts-Kinderspital Zürich. Seine Forschung widmet sich der Untersuchung von Reaktionen von Kindern und Jugendlichen auf Traumata und deren Behandlung.