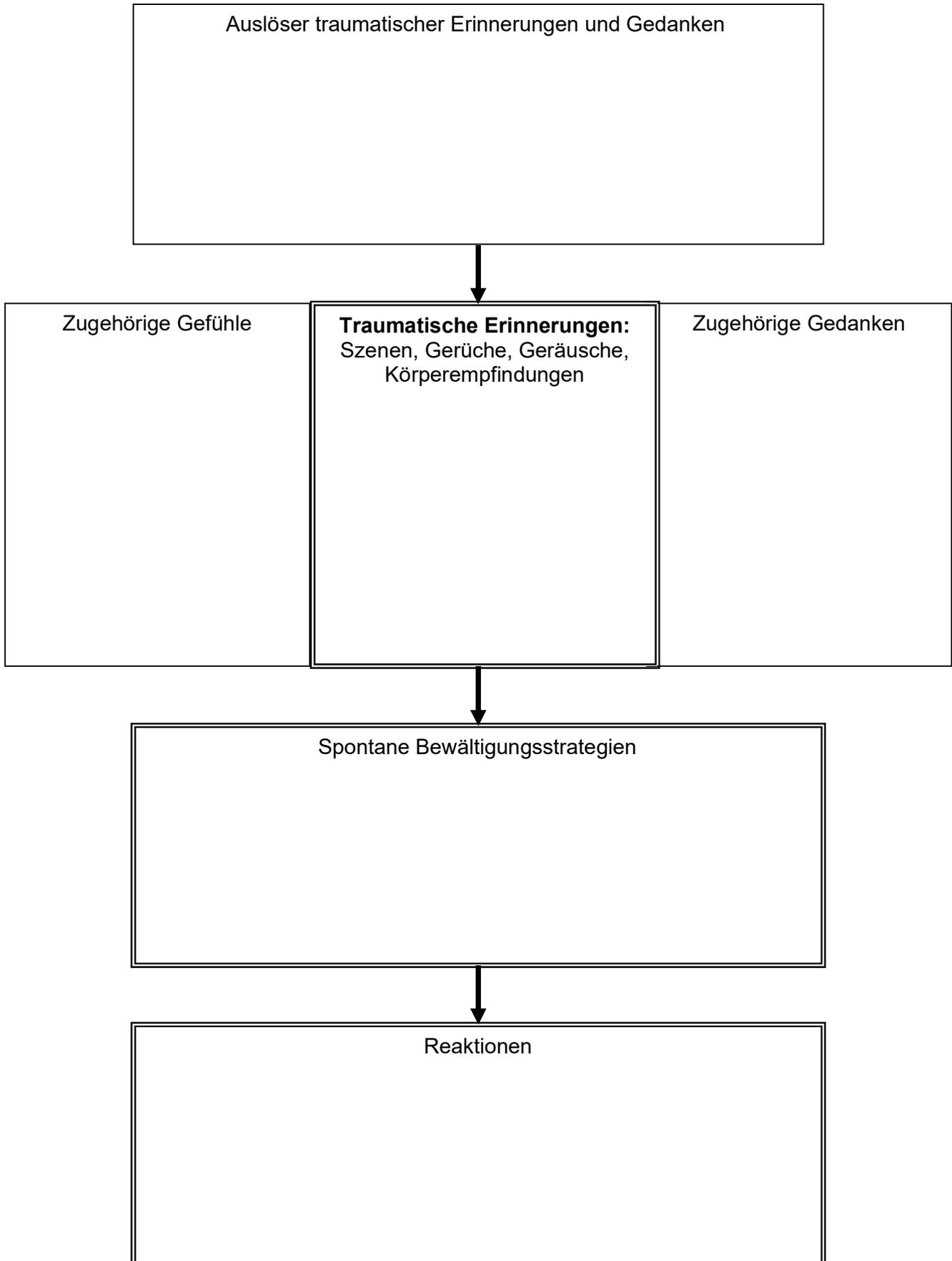


## Therapiebezogene Diagnostik bei PTB



## Material für in-vivo-Konfrontation

### Hierarchie vermiedener Situationen

Name \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Wenn ich vermiedene Situation aufsuchen müsste, wie hoch wäre dann das Unwohlsein, die Angst?

0 = gar kein Unwohlsein

10 = großes Unwohlsein

**Situation**

**SUD**

1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____
7. _____	_____
8. _____	_____
9. _____	_____
10. _____	_____
11. _____	_____
12. _____	_____
13. _____	_____
14. _____	_____
15. _____	_____
16. _____	_____

## Material für in-vivo-Konfrontation

### Hierarchie des Sicherheitsverhaltens

Name \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Wenn ich auf das Sicherheitsverhalten verzichten müsste, wie hoch wäre dann das Unwohlsein bzw. die Angst?

0 = gar kein Unwohlsein

10 = starkes Unwohlsein

Situation	SUD
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____
7. _____	_____
8. _____	_____
9. _____	_____
10. _____	_____
11. _____	_____
12. _____	_____
13. _____	_____
14. _____	_____
15. _____	_____
16. _____	_____

## Material für in-vivo-Konfrontation

### Anleitung für in-vivo-Hausaufgaben

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Übungssituation: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Instruktion: Bevor Sie die in-vivo-Konfrontation durchführen, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

1. Was ist das Schlimmste, das in dieser Situation passieren könnte?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Wie wahrscheinlich ist das, dass dies passieren wird?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Was spricht für, was gegen die Wahrscheinlichkeit, dass dies passiert?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ratings vor und nach der In-Vivo-Konfrontation

	Zeit	SUD
Vorher	_____	_____
Nachher	_____	_____

Anmerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Tagebuch

Situation	Nichthilfreiche Gedanken oder Überzeugungen	Infragestellen negativer Gedanken & Überzeugungen	Rationale Antwort												
a) Aktuelles Ereignis, das unangenehme Gefühle auslöst. b) Gedanken oder Erinnerungen, die unangenehme Gefühle auslösen	c) automatische Gedanken oder Überzeugungen, die den Gefühlen voraus gingen d) Überzeugung, dass der automatische Gedanke stimmt (0-10)	Stellen Sie selbst Fragen, die jeden automatischen Gedanken /Überzeugung in Frage stellen. Z.B. Beweise für/gegen automatischen Gedanken sammeln.	a) Aufschreiben der rationalen Antwort auf automatische Gedanken und Überzeugungen b) Überzeugung, dass die rationale Antwort stimmt ( 0-10)												
		Beweise für:													
Gefühle a) Umkringeln Sie die Gefühle, die sie verspürten b) Bewerten Sie die Intensität jedes Gefühls		Beweise dagegen:													
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="text-align: right;">Intensität (0-10)</td> </tr> <tr> <td>Angst/Furcht</td> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> <tr> <td>Traurigkeit</td> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> <tr> <td>Arger</td> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> <tr> <td>Schuld</td> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> <tr> <td>Scham</td> <td style="text-align: right;">_____</td> </tr> </table>		Intensität (0-10)	Angst/Furcht	_____	Traurigkeit	_____	Arger	_____	Schuld	_____	Scham	_____			
	Intensität (0-10)														
Angst/Furcht	_____														
Traurigkeit	_____														
Arger	_____														
Schuld	_____														
Scham	_____														

## LEC und PCL-5

Ehring, Knaevelsrud, Krüger, Schäfer (2014)

### Teil 1: LEC-5

Nachfolgend sind eine Anzahl schwieriger oder belastender Dinge aufgelistet, die Menschen manchmal zustoßen. Kreuzen Sie für jedes Ereignis eines oder mehrere Felder auf der rechten Seite an, um anzugeben, dass es Ihnen persönlich zugestoßen ist; Sie Zeuge davon waren, als es jemand anderem zugestoßen ist; Sie davon erfahren haben, dass es einem nahen Angehörigen oder engen Freund zugestoßen ist; Sie damit im Rahmen Ihres Berufes konfrontiert wurden (z.B. Rettungssanitäter, Polizist, Soldat oder anderer Ersthelfer); Sie unsicher sind, ob es zutrifft; oder wenn es nicht auf Sie zutrifft.

Bitte achten Sie darauf, Ihr gesamtes Leben zu berücksichtigen (Kindheit/Jugend und Erwachsenenalter), wenn Sie die Liste der Ereignisse durchgehen.

<b>Ereignis</b>	<i>mir persönlich zugestoßen</i>	<i>Zeuge davon gewesen</i>	<i>davon erfahren</i>	<i>im Rahmen meines Berufs</i>	<i>unsicher</i>	<i>Nicht zutreffend</i>
1. Naturkatastrophe (z.B. Überschwemmung, Orkan, Tornado, Erdbeben)						
2. Feuer oder Explosion						
3. Verkehrsunfall (z.B. Autounfall, Schiffsunglück, Zugunglück, Flugzeugabsturz)						
4. Schwere Unfall bei der Arbeit, zuhause oder während einer Freizeitaktivität						
5. Einem Schadstoff ausgesetzt sein (z.B. gefährliche Chemikalien, Strahlung)						
6. Gewalttätiger Angriff (z.B. überfallen, geschlagen, getreten oder zusammengeschlagen werden)						
7. Angriff mit einer Waffe (z.B. verletzt oder bedroht werden mit einer Schusswaffe, einem Messer oder einer Bombe)						
8. Sexueller Übergriff (Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung, zu irgendeiner Art von sexueller Handlung durch Gewalt oder Androhung von Gewalt gezwungen werden)						
9. Andere unerwünschte oder unangenehme sexuelle Erfahrung						
10. Kampfhandlungen oder Aufenthalt in einem Kriegsgebiet (beim Militär oder als Zivilist)						
11. Gefangenschaft (z.B. gekidnappt, entführt, als Geisel genommen werden, Kriegsgefangener)						
12. Lebensbedrohliche Erkrankung oder Verletzung						
13. Schweres menschliches Leid						
14. Plötzlicher gewalttätiger Tod (z.B. Mord, Suizid)						
15. Plötzlicher Unfalltod						
16. Schwere Verletzung, Schaden oder Tod, die/den Sie jemand anderem zugefügt haben						
17. Irgendein anderes sehr belastendes Ereignis oder Erlebnis						

**BITTE FÜLLEN SIE TEIL 2 AUF DER FOLGENDEN SEITE AUS**

## LEC und PCL-5

Ehring, Knaevelsrud, Krüger, Schäfer (2014)

### Teil 2: PCL-5 (Kriterium A)

Falls Sie irgendetwas bei Nr. 17 in TEIL 1 angekreuzt haben, benennen Sie kurz das Ereignis, an das Sie gedacht haben:

---

---

Falls Sie mehr als eines der in TEIL 1 genannten Ereignisse erlebt haben, denken Sie bitte an das Ereignis, das Sie als das schlimmste Ereignis betrachten; das bedeutet für diesen Fragebogen das Ereignis, das Sie zurzeit am meisten belastet. Falls Sie nur eines der in TEIL 1 genannten Ereignisse erlebt haben, nehmen Sie dieses als das schlimmste Ereignis. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in Bezug auf das schlimmste Ereignis (kreuzen Sie alle Auswahlmöglichkeiten an, die zutreffen).

#### 1. Beschreiben Sie kurz das schlimmste Ereignis (z.B. was passierte, wer beteiligt war, usw.)

---

---

2. Wie lange ist es her? \_\_\_\_\_ (Bitte schätzen, falls Sie sich nicht sicher sind)

#### 3. Auf welche Weise haben Sie es erlebt?

- Es ist mir selbst passiert.*
- Ich habe es beobachtet*
- Ich habe erfahren, dass es einem nahen Angehörigen oder engen Freund passiert ist*
- Ich wurde im Rahmen meines Berufes wiederholt mit Details des Ereignisses konfrontiert (z.B. Rettungssanitäter, Polizist, Soldat oder anderer Ersthelfer)*
- Sonstiges, bitte beschreiben:* \_\_\_\_\_

#### 4. War jemand in Lebensgefahr?

- Ja, ich*
- Ja, jemand anderes*
- Nein*

## LEC und PCL-5

Ehring, Knaevelsrud, Krüger, Schäfer (2014)

### 5. Wurde jemand schwer verletzt oder getötet?

*Ja, ich wurde schwer verletzt*

*Ja, jemand anderes wurde schwer verletzt oder getötet*

*Nein*

### 6. Beinhaltete es sexuelle Gewalt? *Ja*

*Nein*

### 7. Falls das Ereignis den Tod eines nahen Angehörigen oder engen Freundes beinhaltete, war das die Folge eines Unfalls oder von Gewalt, oder war es die Folge natürlicher Umstände?

*Unfall oder Gewalt*

*Natürliche Umstände*

*Nicht zutreffend (Das Ereignis beinhaltete nicht den Tod eines nahen Angehörigen oder Freundes)*

### 8. Wie häufig haben Sie insgesamt ein ähnliches Ereignis erlebt, das genauso belastend oder fast genauso belastend war wie das schlimmste Ereignis?

*Nur einmal*

*Mehr als einmal (Bitte nennen oder schätzen Sie die Anzahl, wie häufig Sie dieses Erlebnis hatten:*

)

**BITTE FÜLLEN SIE TEIL 3 AUF DER FOLGENDEN SEITE AUS**

## LEC und PCL-5

Ehring, Knaevelsrud, Krüger, Schäfer (2014)

### Teil 3: PCL-5 (Kriterien B-E)

Nachfolgend sind Probleme aufgelistet, die Menschen manchmal als Reaktion auf ein sehr belastendes Erlebnis haben. Bitte lesen Sie jedes Problem sorgfältig, denken Sie dabei an Ihr schlimmstes Ereignis, und markieren Sie dann eine der Zahlen auf der rechten Seite, um anzugeben, wie stark Sie im letzten Monat durch dieses Problem belastet waren.

<i>Im letzten Monat, wie sehr waren Sie belastet durch:</i>	gar nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
1. Wiederholte, beunruhigende und ungewollte Erinnerungen an das belastende Erlebnis?	0	1	2	3	4
2. Wiederholte, beunruhigende Träume von dem belastenden Erlebnis?	0	1	2	3	4
3. Sich plötzlich fühlen oder sich verhalten, als ob das belastende Erlebnis tatsächlich wieder stattfinden würde ( <i>als ob Sie tatsächlich wieder dort wären und es wiedererleben würden</i> )?	0	1	2	3	4
4. Sich emotional sehr belastet fühlen, wenn Sie etwas an das Erlebnis erinnert hat?	D	1	2	3	4
5. Starke körperliche Reaktionen haben, wenn Sie etwas an das belastende Erlebnis erinnert hat ( <i>z.B. Herzklopfen, Schwierigkeiten beim Atmen, Schwitzen</i> )	0	1	2	3	4
6. Vermeidung von Erinnerungen, Gedanken oder Gefühlen in Bezug auf das belastende Erlebnis?	0	1	2	3	4
7. Vermeidung äußerer Auslöser für Erinnerungen an das belastende Erlebnis ( <i>z.B. Personen, Plätze, Gespräche, Aktivitäten, Gegenstände oder Situationen</i> )?	0	1	2	3	4
8. Schwierigkeiten, sich an wichtige Teile des belastenden Erlebnisses zu erinnern?	0	1	2	3	4
9. Starke negative Überzeugungen über sich selbst, andere Menschen oder die Welt haben ( <i>z.B. Gedanken haben wie: Ich bin schlecht, mit mir stimmt ernsthaft etwas nicht, man kann niemandem vertrauen, die Welt ist absolut gefährlich</i> )?	0	1	2	3	4
10. Sich selbst oder jemand anderem Vorwürfe machen in Bezug auf das belastende Erlebnis oder was danach passiert ist?	0	1	2	3	4
11. Starke negative Gefühle haben, wie zum Beispiel Angst, Schrecken, Ärger, Schuld oder Scham?	0	1	2	3	4
12. Verlust von Interesse an Aktivitäten, die Ihnen früher Spaß gemacht haben?	0	1	2	3	4
13. Sich von anderen Menschen entfernt oder wie abgeschnitten fühlen?	0	1	2	3	4
14. Schwierigkeiten, positive Gefühle zu erleben ( <i>z.B. keine Freude empfinden können oder keine liebevollen Gefühle haben können gegenüber Menschen, die Ihnen nahestehen</i> )?	0	1	2	3	4
15. Reizbares Verhalten, Wutausbrüche oder aggressives Verhalten?	0	1	2	3	4
16. Zu viele Risiken eingehen oder Dinge tun, die Ihnen Schaden zufügen könnten?	0	1	2	3	4
17. In erhöhter Alarmbereitschaft, wachsam oder auf der Hut sein?	0	1	2	3	4
18. Sich nervös oder schreckhaft fühlen?	0	1	2	3	4
19. Konzentrationsschwierigkeiten haben?	0	1	2	3	4
20. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen?	0	1	2	3	4

## LEC und PCL-5

Ehring, Knaevelsrud, Krüger, Schäfer (2014)

### Auswertung PCL-5

- Summenscore: Range (0-80) (jedes Item  $\geq 1$  wird gezählt)
- DSM-5 Symptom Cluster = Summieren der Items der einzelnen Cluster (jedes mindestens moderat vorhandene Symptom  $\geq 2$  wird gezählt)
  - Cluster B: Items 1-5 (mindestens 1 erfüllt)
  - Cluster C: Items 6-7 (mindestens 1 erfüllt)
  - Cluster D: Items 8-14 (mindestens 2 erfüllt)
  - Cluster E Items 15-20 (mindestens 2 erfüllt)
- PTSD-Verdachtsdiagnose: Kombination aus erfüllten Bedingungen (erfüllte Cluster) und Schweregrad (Summenscore)
  - Symptomcluster sind erfüllt UND
  - Schweregrad ist  $\geq 33$  Punkte (= provisorischer Cut-off, National Center for PTSD)
- Beschreibung in Berichten

*Zur Abklärung des Vorliegens von traumatischen Erfahrungen und Traumafolgesymptomatik kamen die Life Event Checklist (LEC) und im Hinblick auf die Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) die PTSD-Checklist for DSM-5 (PCL-5, Krüger-Gottschalk et al., 2017) zum Einsatz, die im Fremdrating erhoben wurden. Der Range der Skala liegt bei 0-80 Punkten, ab einem Cutoff von 33 Punkten kann eine PTSD angenommen werden. Eine provisorische Diagnose kann gestellt werden, wenn mindestens ein Item der Cluster Intrusionen, Vermeidung und kognitive/emotionale Veränderungen sowie 2 Hyperarousal-Items in ausgeprägter Form (2/mehr) vorliegen. Die zur Diagnosestellung geforderten Symptome innerhalb der verschiedenen Symptomcluster (= mind. 1 Item Intrusion (Item 1-5), 1 Item Vermeidung (6-7), 2 Items veränderte Kognition (8-14) und 2 Items Hyperarousal (15-20) sind grösser/= 2 Punkte) sind zu Therapiebeginn erfüllt. Auch der Schweregrad von XX Punkten (= Summe ALLER Punkte) (XX.XX.202X) ist als klinisch (Summenscore > 33) einzuschätzen.*

*Zu Austritt sind die zur Diagnosestellung geforderten Symptome innerhalb der verschiedenen Symptomcluster nicht mehr erfüllt. Auch der Schweregrad ist mit XX Punkten (XX.XX.202X) als nicht-klinisch einzuschätzen.*

*Die Reduktion der Symptomschwere um -XX (-5) belegt ein Ansprechen auf die Behandlung (Weathers et al., 2013).*

*ODER*

*Die Reduktion der Symptomschwere gilt mit -XXX (ab -10) Punkten als klinisch signifikant (Weathers et al., 2013).*

- Differentialdiagnostik, Beispiel:

*Da die Panikattacken und die soziale Phobie klar traumaspezifischen Ursprung haben und keinen eigenwertigen Störungswert besitzen, wurden sie aktuell nicht gesondert kodiert. Die generalisierten Ängste beziehen sich einerseits als Zukunftsängste (in der Lage zu sein, eigene Wünsche und Bedürfnisse wahrzunehmen) und haben andererseits eine hohe Symptomüberschneidung mit der Posttraumatischen Belastungsstörung, weswegen auch diese Symptome im Rahmen der PTSD betrachtet werden. Sollten nach erfolgreicher traumafokussierter Behandlung und einer Remission/Reduktion der PTSD weiterhin klinisch relevante Symptome einer der oben genannten Störungen bestehen, muss eine Kodierung dieser Symptome als eigenständige Störungsbilder geprüft und diese dementsprechend spezifisch behandelt werden*

## PTSS-10

(dt. Version: Maercker, 1999)

Im Folgenden finden Sie eine Liste von Problemen, die bei Personen vorkommen können, die ein schwer belastendes Erlebnis durchgemacht haben. Bitte lesen Sie sich die Fragen sorgfältig durch und geben Sie jeweils an, wie Sie sehr sie in den letzten sieben Tagen (einschließlich heute) durch diese Probleme beeinträchtigt wurden.

	Überhaupt nicht	Selten	Manchmal	Oft
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alpträume über die Ereignisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gedrückte Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schreckhaftigkeit, d.h. ich erschrecke leicht, wenn ich plötzlich Geräusche höre oder plötzliche Bewegungen wahrnehme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
das Bedürfnis, mich von anderen zurückzuziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gereiztheit (ich werde schnell gereizt oder ärgere mich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schlechtes Gewissen, mache mir Selbstvorwürfe, habe Schuldgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst, wenn ich dem Ort nahe komme, an dem meine Erlebnisse stattfanden oder mich etwas daran erinnert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
körperliche Anspannung (Muskelverspannungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Auswertung

Die Itemwerte werden folgendermaßen codiert:

überhaupt nicht = 0

selten = 1

manchmal = 2

oft = 3

Der Testwert des PTSS-10 entsteht durch die Summation der Itemwerte.

*Verdachtsdiagnose auf PTB* (nach Stoll et al., 1999): PTSS-10-Testwert > 12,5