

# Die Posttraumatische Belastungsstörung

► Mathias Langkafel

## Abstract

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) ist eine mögliche Folgeaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse. Mit einer Lebenszeitprävalenz von 1 % 7 % ist die PTB eine häufige psychische Störung. Das klinische Bild wird geprägt durch verschiedene Symptome aus den 3 Hauptgruppen Intrusionen, Vermeidung und Hyperarousal. Zum umfassenderen Verständnis der aktuellen Diagnosekriterien (ICD-10) wird in einem historischen Rückblick aufgezeigt, wie sehr gerade die wissenschaftliche und sozialmedizinische Beurteilung der psychischen Folgen traumatischer Ereignisse gesellschaftlichen Einflüssen ausgesetzt ist. Nachdem alte Forschungsergebnisse von Charcot und Janet, die sich mit Realtraumatisierungen im Zusammenhang mit dem Krankheitsbild der „Hysterie“ auseinandersetzten, zunehmend in Vergessenheit gerieten, war es vor allem die Kriegspsychiatrie, die dem Forschungsfeld Psychotraumatologie wichtige Impulse gab. Erst die relativ neue Entwicklung (und Wiederentdeckung), Realtraumata als Ursache psychiatrischer und psychosomatischer Erkrankungen anzuerkennen, führte 1980 zur Definition der diagnostischen Kategorie der PTB im DSM-III. Das seitdem rapide zunehmende Wissen hinsichtlich psychotraumatologischer Störungsbilder wird umrissartig dargestellt, wobei insbesondere auf die Informationsverarbeitung eingegangen wird. Es wurden störungsspezifische multimodale Therapieansätze entwickelt, in denen auf der Grundlage einer klaren therapeutischen Haltung und in einem Gesamtbehandlungsplan eingebettet verschiedene therapeutische Techniken zur Stabilisierung, Trau-

maexposition und Integration eingesetzt werden.

**Keywords:** Posttraumatische Belastungsstörung, Epidemiologie, Symptomatologie, historische Entwicklung, Informationsverarbeitung.

## Vorbemerkungen zur Begriffsklärung

Der Begriff *Post-Traumatic-Stress-Disorder (PTSD)* wurde im Jahre 1980 mit dem Erscheinen des DSM-III eingeführt und im DSM-IV durch die „acute stress disorder“ ergänzt. Im DSM-IV wird die Störung unter den Angststörungen aufgeführt.

In dem ICD-10 wird zwischen „posttraumatischer Belastungsstörung“ (F43.1, Tab. 1), „akuter Belastungsreakti-

on“ (F 43.0, Tab. 2), sowie „andauernder Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ (F62.0, Tab. 3) unterschieden. In der ICD-10 ist die Störung unter den Belastungs- und Anpassungsstörungen geführt.

Der Begriff „posttraumatische Belastungsstörung“ in der ICD-10 entspricht in etwa dem Begriff „Post-Traumatic-Stress-Disorder“ im DSM, der Begriff „akute Belastungsreaktion“ in der ICD-10 dem Begriff „acute stress disorder“ im DSM. Für die „andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung“ im ICD-10 gibt es keine Entsprechung im DSM, was dringend notwendig wäre. Aber auch in der ICD müsste bei einer nächsten Revision diese Bezeichnung präziser gefasst werden. So gibt es keine Möglichkeiten, Störungen infolge von Folter und sequenzieller Misshandlung, die heute unter dem Begriff „komplexe PTSD“ oder als *disorders of extreme stress not otherwise specified* (DESNOS) gefasst sind, gemäß ICD-10 oder DSM-IV abzubilden. Kritisch bleibt weiter anzumerken, dass in beiden Klassifikationssystemen nicht zwischen von (evtl. nahestehenden) Menschen verursachten Traumatisierungen und „schicksalhaften“ Ereignissen (Naturkatastrophen, Unfällen etc.) unterschieden wird. So wird die posttraumatische Belastungsstörung in den aktuellen Klassifikationssystemen zu einer individuellen Reaktion der betroffenen Person, die auslösenden äußeren Ereignisse, deren Bedeutung und gesellschaftlicher Hintergrund finden wenig Beachtung.

**Tabelle 1** ► Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1)

A	Die Betroffenen sind einem kurz oder lang anhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
B	Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhall-erinnerungen (Flashbacks), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.
C	Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Verbindung stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Erlebnis.
D	Entweder 1. oder 2. 1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern. 2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale: a. Ein- und Durchschlafstörungen b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche c. Konzentrationsschwierigkeiten d. Erhöhte Schreckhaftigkeit.
E	Die Kriterien B, C und D treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende der Belastungsperiode auf. (In einigen speziellen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden.)

**Tabelle 2 ▶ Diagnostische Kriterien der akuten Belastungsreaktion (ICD-10: F43.0)**

A	Erleben einer außergewöhnlichen psychischen oder physischen Belastung.	
B	Dem Kriterium A. folgt unmittelbar der Beginn der Symptome (innerhalb einer Stunde).	
C	Es gibt zwei Symptomgruppen. Die akute Belastungsreaktion wird unterteilt in:	
	F 43.00	leicht nur Symptome aus Gruppe 1
	F 43.01	mittelgradig Symptome aus Gruppe 1 und zwei Symptome aus Gruppe 2
	F 43.02	schwer Symptome aus Gruppe 1 und vier Symptome aus Gruppe 2 oder dissoziativer Stupor
	Gruppe 1 Die Kriterien B, C und D der generalisierten Angststörung (F41.1)	
	B. Mindestens vier Symptome der unten angegeben Liste, davon eins von den Symptomen 1 bis 4 müssen vorliegen:	
	Vegetative Symptome:	
	1. Palpationen, Herzklopfen oder erhöhte Herzfrequenz	
	2. Schweißausbrüche	
	3. Fein- oder grobschlägiger Tremor	
	4. Mundtrockenheit (nicht infolge Medikation oder Exsikkose)	
	Symptome, die Thorax und Abdomen betreffen:	
	5. Atembeschwerden	
	6. Beklemmungsgefühl	
	7. Thoraxschmerzen und -missempfindungen	
	8. Nausea oder abdominelle Missempfindungen (z.B. Krabbeln im Magen)	
	Psychische Symptome:	
	9. Gefühl von Schwindel, Unsicherheit, Schwäche und Benommenheit	
	10. Gefühl, die Objekte sind unwirklich (Derealisation) oder man selbst ist weit entfernt oder „nicht wirklich hier„(Depersonalisation)“	
	11. Angst vor Kontrollverlust, verrückt zu werden oder „auszuflippen“	
	12. Angst zu sterben	
	Allgemeine Symptome:	
	13. Hitzegefühle oder Kälteschauer	
	14. Gefühllosigkeit oder Kribbelgefühle	
	Symptome der Anspannung:	
	15. Muskelverspannung, akute und chronische Schmerzen	
	16. Ruhelosigkeit und Unfähigkeit zum Entspannen	
	17. Gefühle von Aufgedrehtsein, Nervosität und psychischer Anspannung	
	18. Kloßgefühl im Hals oder Schluckbeschwerden	
	Andere unspezifische Symptome:	
	19. übertriebene Reaktionen auf kleine Überraschungen oder Erschrecktwerden	
	20. Konzentrationsschwierigkeiten, Leeregefühl im Kopf wegen Sorge oder Angst	
	21. Anhaltende Reizbarkeit	
	22. Einschlafstörungen wegen der Besorgnis	
	C. Die Störung erfüllt nicht die Kriterien für eine Panikstörung (F41.0), eine phobische Störung (F40), eine Zwangsstörung (F42) oder eine hypochondrische Störung (F45.2)	
	D. Häufigstes Ausschlusskriterium: Die Störung ist nicht zurückzuführen auf eine organische Krankheit wie eine Hyperthyreose, eine organische psychische Störung (F0) oder eine durch psychotrope Substanzen bedingte Störung (F1), z.B. auf einen exzessiven Genuss von amphetaminähnlichen Substanzen oder einen Benzodiazepinentzug.)	
	Gruppe 2	a. Rückzug von erwarteten sozialen Interaktionen b. Einengung der Aufmerksamkeit c. offensichtliche Desorientierung d. Ärger oder verbale Aggression e. Verzweiflung oder Hoffnungslosigkeit f. unangemessene oder sinnlose Überaktivität g. unkontrollierbare und außergewöhnliche Trauer (zu beurteilen nach den jeweiligen kulturellen Normen).
D	Wenn die Belastung vorübergehend ist oder gemildert werden kann, beginnen die Symptome nach frühestens acht Stunden abzuklingen. Hält die Belastung an, beginnen die Symptome nach höchstens 48 Stunden nachzulassen.	
E	Häufigstes Ausschlusskriterium: Derzeit liegt keine andere psychische oder Verhaltensstörung der ICD-10 vor (außer F41.1 generalisierte Angststörung und F60 Persönlichkeitsstörungen). Das Ende einer Krankheitsperiode einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung muss mehr als drei Monate zurückliegen.	

**Tabelle 3 ▶ Diagnostische Kriterien der andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0)**

A	Anhaltende Änderung in der Wahrnehmung, in der Beziehung und im Denken der Betroffenen in Bezug auf ihre Umgebung und sich selbst, nach einer Extrembelastung.
B	Ausgeprägte Persönlichkeitsänderung mit unflexiblen und unangepasstem Verhalten mit mindestens zwei der folgenden Symptome: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt.</li> <li>2. Sozialer Rückzug.</li> <li>3. Gefühl von Leere und/oder Hoffnungslosigkeit.</li> <li>4. Gefühl von Nervosität oder von Bedrohung ohne äußere Ursache, gelegentlich verbunden mit der Neigung zu exzessivem Trinken oder einem Gebrauch psychotroper Substanzen.</li> <li>5. Entfremdungsgefühl, unter Umständen verbunden mit dem Eindruck einer emotionalen Betäubung.</li> </ol>
C	Deutliche Störung der sozialen Funktionsfähigkeit oder subjektives Leiden der Betroffenen mit negativen Auswirkungen auf ihre Umgebung.
D	Keine anamnestischen Hinweise auf vorbestehende Persönlichkeitsstörungen, die die augenblicklichen Persönlichkeitseigenschaften erklären könnten.
E	Die Persönlichkeitsänderung muss seit mindestens zwei Jahren bestehen.
F	Die beschriebene Störung kann den chronischen Verlauf einer Posttraumatischen Belastungsstörung darstellen. Eine anhaltende Persönlichkeitsänderung sollte dennoch nur angenommen werden, wenn nach einer mindestens zweijährigen Posttraumatischen Belastungsstörung ein Zeitraum von nicht weniger als zwei Jahren besteht, in dem die oben angegebenen Kriterien erfüllt waren.

**Definition<sup>1</sup> ▶ PTB**

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) ist eine mögliche Folgeereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse (wie z. B. Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, auch in der Kindheit (sog. sexueller Missbrauch), Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politische Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung), die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können. In vielen Fällen kommt es zu einem Gefühl von Hilflosigkeit und durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses.

Das syndromale Störungsbild ist geprägt durch:

- ▶ sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen) oder Erinnerungslücken (Bilder, Alpträume, Flahbacks, partielle Amnesie)
- ▶ Übererregungssymptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen)
- ▶ Vermeidungsverhalten (Vermeidung traumatischer Stimuli)
- ▶ emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit)
- ▶ im Kindesalter teilweise veränderte Symptomausprägung (z. B. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens)

Die Symptomatik kann unmittelbar oder auch mit (z.T. mehrjähriger) Verzögerung nach dem traumatischen Geschehen auftreten (late-onset PTSD).<sup>4</sup>

**Epidemiologie**

Die Wahrscheinlichkeit, einem potentiell psychotraumatisierenden Ereignis ausgesetzt zu sein, ist hoch: Über 50% aller Menschen begegnen in ihrem Leben Situationen, die die Stressorkriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTB) erfüllen. Von diesen Menschen wird die Mehrheit das Ereignis überstehen, ohne zu erkranken. Jede(r) fünfte jedoch entwickelt das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung. Das Erkrankungsrisiko ist dabei von der Art des Traumas abhängig: Bei Flüchtlingen und Asylbewerbern wird eine solche Störung bei mehr als 50% beobachtet, nach einer Vergewaltigung erleidet mindestens jedes dritte Opfer eine PTB. Bei 20% liegt das Risiko, nach einem schweren Verkehrsunfall zu erkranken. Nur wenig darunter – bei 15% – liegt es beim plötzlichen und unerwarteten Tod eines nahen Angehörigen.

Posttraumatische Belastungsstörungen zählen heute zu den häufigsten psychischen Störungen. Die Lebensprävalenz der PTB liegt bei 1–7%, klinisch relevante subsyndromale Störungsbilder sind wesentlich häufiger. Frauen sind mit einem doppelt so hohen Erkrankungsrisiko und längerem Krankheits-

verlauf stärker betroffen als Männer. Je nach Art des Traumas und abhängig von individuellen Faktoren ist das Erkrankungsrisiko unterschiedlich. PTB nach Kampfeinsätzen, Folter oder sexuellen Traumata weisen Lebenszeit-Prävalenzen zwischen 30 und 50% auf.

**Diagnostik und Symptomatologie**

Posttraumatische Belastungsstörungen begegnen uns in den Medien nahezu täglich, meist sind die Schicksale der Opfer jedoch hinter der Schilderung der „nackten Ereignisse“ verborgen. In der Süddeutschen Zeitung vom 29.09.1999 erschien ein Artikel, in der die Erfahrungen einer jungen Mutter mit den Medien beschrieben werden, deren neugeborene Tochter Celina wenige Tage nach der Geburt entführt wurde (Abb. 1). Dieser Fall ist so hat es zumindest den Anschein – zum Glück gut ausgegangen, kurze Zeit später wurde das Baby gesund gefunden. Trotzdem lassen sich hier die wesentlichen Kriterien einer posttraumatischen Symptomatologie vom Zeitkriterium von vier Wochen Dauer (E-Kriterium des DSM-IV) einmal abgesehen erkennen.

▶ Sicherlich erfüllt das Ereignis das **A-Kriterium** der ICD-10 (F43.1, Forschungskriterien). Die Mutter ist „einem kurz oder lang anhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tief greifende Verzweiflung auslösen würde.“

Die subjektive Reaktion wird als **A2-Kriterium im DSM-IV** beschrieben: „Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen“. Über das **B-Kriterium im ICD-10** (→ Vorhandensein von **Intrusionen**), welches das ständige Wiedererleben des traumatischen Ereignisses in Form von sich aufdrängenden Erinnerungen, Nachhallerinnerungen („Flashbacks“) oder in Alpträumen beschreibt, wird in dem Artikel wenig gesagt. Aber wer weiß, was in der Frau vorgeht, wenn sie auf das Foto ihrer Tochter „starrt“... Indirekt kann man jedoch zumindest auf die Angst vor solchen Erinnerungen schließen. Sie vermeidet, in ihre Wohnung zurückzukommen, „dort erinnere sie alles an Celina.“ Damit kann „... eine innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang ste-

<sup>1</sup> zitiert nach der AWMF-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (AWMF 1999)

### Das Baby und der Boulevard

... Die junge Frau nimmt eine Beruhigungstablette, aber ruhig wird sie dadurch nicht. ... Am Freitag nach der Arbeit kam ihr Freund ins Krankenhaus, wie jeden Tag. Am späten Nachmittag wollten beide einen kurzen Spaziergang im Park des Krankenhauses machen. Sie packten Celina zurück in ihren Korb auf der Säuglingsstation. Die Krankenschwester sagte der Mutter, man werde sie holen, sobald das Baby wach sei. ...

Um 17.45 Uhr kam die Schwester ins Zimmer, aufgeregt, und fragte, wo das Kind sei, das Bett ist leer. Der Wachschutz wurde sofort alarmiert. Man sucht überall. Das Baby war verschwunden. „Dann kam irgend so eine Kriese-antante vom Krankenhaus und wollte mit mir beten“, sagt die Mutter.

**Sie kann sich an mehr nicht erinnern. „Da war Ende.“ ...**

Am Samstag hat die Mutter das Krankenhaus verlassen, in der Hand die Tasche mit den Babysachen ihrer Tochter. **In ihre eigene Wohnung habe sie nicht zurückgekonnt, sagte sie, dort erinnere sie alles an Celina.** Ihr blaues Kinderbettchen stehe da, die Babywippe, ihr Teddy. Statt dessen ging sie zu den Eltern. ... Dort sitzt sie jetzt mit ihrer Schwester in einem schlicht möblierten Wohnzimmer. Der Vater ist zur Kripo gefahren, um auszusagen. ... In der Zimmerecke flimmert der Fernseher. ...

**Die Mutter starrt auf die Fotos ihrer Tochter.**

Dann beginnt eine Talkshow. ... **Sie hört das alles nicht, sitzt reglos auf dem Sofa, erstarrt.**

...

**Abbildung 1** Aus dem Artikel „Das Baby und der Boulevard“, „Süddeutsche Zeitung“ Nr. 225 vom 29.9.1999, S. 9 (Hervorhebungen: M.L.)

#### Diagnostik ▶ PTB

- ▶ Diagnostik nach klinischen Kriterien
- ▶ Berücksichtigung traumatischer Auslöser bei der Beschwerdeentwicklung
- ▶ Abgrenzung gegenüber akuten Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen und relevanten psychischen Vorerkrankungen
- ▶ Berücksichtigung traumaassoziierter und komorbider Störungen (Angststörungen, Depressionen, somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, Suchterkrankungen, Substanzmissbrauch, Organerkrankungen)
- ▶ Diagnosesicherung am besten durch PTB-spezifisches Interview/ergänzende psychometrische Diagnostik (Cave: Verstärkung der Symptomatik durch unangemessene Exploration)
- ▶ Berücksichtigung subsyndromaler Störungsbilder mit klinischer Relevanz

#### Cave: Übersehen einer PTB

- ▶ Bei lange zurückliegender Traumatisierung (z. B. sexualisierte Gewalt bei Kindern)
- ▶ Bei klinisch auffälliger Komorbidität (Depression, Angst, Somatisierung, Sucht, Dissoziation)
- ▶ Bei unklaren, therapieresistenten Schmerzsyndromen (z. B. anhaltende somatoforme Schmerzstörung)
- ▶ Bei Persönlichkeitsstörungen (traumareaktives Misstrauen kann Diagnostik erschweren)

hen...“ (F43.1 Forschungskriterien, B-Kriterium) angenommen werden.

Beschrieben wird das Vermeidungsverhalten im **C-Kriterium im ICD-10** (→ **Vermeidung**): „Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden“. In unserem Beispiel vermeidet die Mutter das Betreten des Kinderzimmers. Nach dem DSM-IV kann auch eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität vorherrschen. Um nicht den bedrückenden Emotionen ausgesetzt zu sein, werden Gefühlsregungen überhaupt vermieden, „... besteht ein vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten, ... (ein) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen, eine eingeschränkte Bandbreite des Affekts“ (DSM-IV 309.81, C4-6). In unserem Artikel heißt das: „Sie hört das alles nicht, sitzt reglos auf dem Sofa, erstarrt.“

Im **D1-Kriterium der ICD-10** wird auf die „teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern“ abgehoben. In unserem Text: „Sie kann sich an mehr nicht erinnern. „Da war Ende“.

Als **D2-Kriterium der ICD-10** (→ **Hyperarousal**) gilt die „...erhöhte psychische Sensitivität und Erregung...“, in unserem Fall deutet die Einnahme von Beruhigungsmitteln darauf hin. ●

Man kann vermuten, dass die junge Mutter eine akute Belastungsreaktion durch-

macht mit dem Risiko, eine PTB zu entwickeln. Warum ist das so? Warum würde vielleicht eine andere Frau zwar mit Bestürzung und Trauer, nicht aber mit anhaltender psychiatrischer Symptomatik reagieren? Ist „unsere Patientin“ besonders vulnerabel für eine solche Störung, simuliert oder agiert sie gar die Symptome, um endlich einmal in die Zeitung zu kommen oder eine Entschädigung vom Krankenhaus zu erhalten? Wenn es sich um eine Erkrankung handelt, ist sie dann organischen oder psychologischen Ursprungs? Was wäre die organische Substanz, was die psychologischen Hintergründe einer solchen Symptomatik? – Diese Fragen beschäftigen Kliniker, Forscher, Politiker und auch die „öffentliche Meinung“ seit über 130 Jahren, nachdem erstmals durch John Eric Erichsen psychische Probleme von Unfallopfern in den Fokus wissenschaftlicher Aufmerksamkeit gelangten. Immer wieder wurden solche Fragen diskutiert, die sich als Grundfragen so zusammenfassen lassen:

- ▶ Sind posttraumatische Störungen organische Erkrankungen oder psychische Störungen?
- ▶ Ist das Ereignis oder vielmehr die subjektive Interpretation durch den oder die Betroffene(n) das eigentliche Trauma?
- ▶ Ist das Trauma Ursache für eine posttraumatische Störung oder vielmehr eine präexistierende Psychovulnerabilität?
- ▶ Handelt es sich um Krankheiten oder um Simulation?
- ▶ Wie sollen sie behandelt werden?

## Historische Entwicklung

Ein kurzer Streifzug durch die Geschichte der posttraumatischen Störungen eignet sich, Hintergründe aktueller Krankheitskonzeptionen zu beleuchten. Immer wieder fällt die enge Verzahnung wissenschaftlicher und gesellschaftlich-politischer Strömungen und Interessen auf. Häufig wurden wissenschaftliche Erkenntnisse kaum rezipiert, verdrängt und erst heute als modern anmutende Aussagen und Fragestellungen wiederentdeckt. Van der Kolk, Weisaeth u. van der Hart (1996) schreiben von einer phasenweise aufgetretenen bemerkenswerten Amnesie („marked amnesias“) der Psychiatrie, durch die gut abgesichertes Wissen abrupt in Vergessenheit geraten sei und die psychologischen Folgen von psychotraumatischen Ereignissen einsei-

tig auf konstitutionelle oder allein intrapsychische Faktoren zurückgeführt worden seien.

### Organisch oder psychisch?

Der Londoner Chirurg John Eric Erichsen (1866, 1886) beschäftigte sich mit den kognitiven und (psycho-)somatischen Folgen von Unfällen, die viele Menschen seinerzeit durch die damals stark expandierende Eisenbahn erlitten. Er beschrieb die sog. *Railway Spine* als Ursache dieser Störungen und postulierte eine organische Grundlage der Symptome durch heftige Rückenmarksirritationen infolge von Stoßverletzungen. Dies blieb nicht unwidersprochen. Sein Kollege Herbert Page (1885) nahm psychologische, „nervöse“ Gründe als ursächlich an und zog Parallelen zur Hysterie (*traumatische Hysterie*), wovon Erichsen ausdrücklich gewarnt hatte. Der deutsche Neurologe Hermann Oppenheim (1889) wiederum sah in noch unbekanntem „molekularem“ gemeint waren mikrostrukturelle Schädigungen – Veränderungen des Gehirns den Grund der psychischen Erschütterungen nach Unfällen, er prägte den Begriff der *traumatischen Neurose*, wobei Neurose abweichend vom heutigen Gebrauch durchaus organisch verstanden wurde. Dieser Begriff erlangte noch einmal Bedeutung in der Diskussion um die Entschädigungsansprüche der sog. *Kriegszitterer* des 1. Weltkrieges. Die Position der Psychiater Gaupp und Nonne formuliert auf der Kriegstagung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte 1916 in München – war konträr zu der von Oppenheim: Die Existenz von durch Schreck und Furcht ausgelösten organischen Veränderungen wurde abgelehnt, damit – aus damaliger Sicht konsequent – ein Krankheitswert psychischer posttraumatischer Störungen verneint. „Die erkrankten Soldaten galten... als moralische Invaliden, konstitutionell minderwertig oder einfach als Simulanten oder Feiglinge“ (Sachsse, Venzlaff u. Dulz 1997).

### Simulation oder Krankheit, Realität oder Einbildung?

Parallel zu dieser Diskussion von Zivil- und Kriegstraumen wurde um die Frage der Verbindung von Kindheitstraumen und den psychosomatischen Phänomenen der *Hysterie* (Briquet-Syndrom) gestritten. Briquet fand bei der Mehrzahl seiner Hysteriepatienten traumatische Kindheitsereignisse (Crocq u. DeVerbi-

zier 1989). Pariser Gerichtsmediziner berichteten über weitverbreitete Miss-handlungen, Vergewaltigungen und schlechte Behandlungen von Kindern. Im Gegenzug dazu wurden aber Aussagen von Kindern und Frauen, missbraucht worden zu sein, als *hysterisches* Symptom, als *pseudologica phantastica* und als *kindliche Mythomanie* relativiert und abgetan.

Systematisch untersucht wurde der Zusammenhang von Trauma und psychiatrischer Erkrankung von Jean-Martin Charcot, der als pathologischer Anatom und Neuropathologe den ersten Pariser Lehrstuhl für Nervenheilkunde innehatte (Kohl 1993). Charcot hat mit seiner Arbeit dem Krankheitsbild der Hysterie zu wissenschaftlicher Akzeptanz verholfen. Aus seiner Sicht konnte durch ein Trauma ein mentaler Zustand ausgelöst werden, der dem der Hypnose glich. Dieser sei Voraussetzung für die *hystero-traumatische Autosuggestion*. Die Frage der hysterischen Suggestibilität wurde von zweien seiner Schüler, Gilles de la Tourette und Joseph Babinski, weitergeführt. Letzterer wies später den traumatischen Ursprung der Hysterie zurück und legte den Akzent auf die Simulation. Diese Sichtweise prägte dann auch die Beurteilung vieler gesundheitlicher Folgen des 1. Weltkrieges. „Für viele französische und deutsche Neurologen und Psychiater wurde die Behandlung von Kriegssyndromen zu einem Kampf gegen Simulation“ (van der Kolk, Weisaeth u. van der Hart 1996). Es rückte der „Wille“ in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit vor allem der deutschen Psychiatrie. Viele sprachen von einer *Willenskrankheit* (Fischer-Homberger 1975), der man mit einer Willensanstrengung Herr werden könnte. In der Diskussion um Rentenansprüche der *Kriegsneurotiker* wurden zunehmend hereditäre Merkmale und Persönlichkeitseigenschaften als prädisponierende Faktoren ins Felde geführt. Neuropathische und psychopathische Reaktionen auf einen Unfall hätten eine gute Prognose, mangelnde Rückbildung und Verschlechterung der Symptomatik seien durch prämorbid psychopathologische Symptome, triebhaft-primitive Charakterstruktur oder konstitutionsbiologisch bedeutsame Faktoren bedingt (Enke 1929). Die Aussicht auf Entschädigung würde die Symptomatik verfestigen, „das Gesetz ist die Ursache der Unfallneurosen“ (Bonhoeffer 1926). In Konsequenz solcher Überlegung wurde die Bezeichnung *Rentenneurose* eingeführt.

### Dissoziation

Zwei andere Charcot-Schüler, Pierre Janet und Sigmund Freud, gingen in ihrem wissenschaftlichen Werk der Frage der Dissoziation weiter nach, einer Frage, die heute in der Diskussion um Risikofaktoren für die Entwicklung einer PTB wieder aktuell geworden ist. Beim Erleben überwältigender Gefühle und Ängste seien manche nicht in der Lage, so Janet, diese schrecklichen Erfahrungen an bestehende kognitive „Schemata“ anzupassen. So könnten solche Erfahrungen nicht in das Bewusstsein integriert werden mit der Folge, dass die Erinnerungen an diese Ereignisse vom Bewusstsein und willkürlicher Kontrolle abgespalten, dissoziiert, seien. Die Erinnerungen seien dem narrativen Gedächtnis nicht verfügbar, die Betroffenen blieben so der schwierigen Situation auf somatosensoryischer Ebene ausgesetzt, ohne im eigentlichen Sinne von ihr berichten zu können. Es entstünde eine Erinnerungsphobie. Durch mangelnde Integration der traumatischen Erinnerung blieben die Patienten an diese verhaftet, sie würden ihre gesamte Energie aufwenden, die Erinnerungen vom Bewusstsein fernzuhalten, sodass das Interesse und die Kraft für den Alltag verloren ginge. Wesentlich anders würde man es heute auch nicht formulieren, das Werk Janet's aber wurde vergessen und erst mit der Diskussion der wichtigen Rolle der Dissoziation für die Entwicklung Posttraumatischer Belastungsstörungen wiederentdeckt.

Wie Janet konzipierte auch Freud hysterische Phänomene zunächst als Folge einer Spaltung des Bewusstseins, einer Dissoziation. Als deren Grundlage wurden ebenfalls real erlebte Ereignisse angesehen. Mit der Veröffentlichung von „Zur Ätiologie der Hysterie“ (1896/1952) begann Freud jedoch, eine Akzentverschiebung vorzunehmen. Er stellte nicht mehr die Abspaltung von Erinnerungen an reale traumatische Kindheitsereignissen vom Bewusstsein in den Vordergrund. Vielmehr entwickelte er das Trieb-Abwehr-Konzept, in dem in rein intrapsychischen Vorgängen das „Ich“ unakzeptable sexuelle und aggressive Triebe und Bedürfnisse verdrängt und vom Bewusstsein fernhält. Freud – und mit ihm die sich entwickelnde Wissenschaft der Psychoanalyse, mit dieser die Psychiatrie – schenkte der intrapsychischen Realität, der subjektiven Erfahrung und der Phantasie zunehmend mehr Aufmerksamkeit, allerdings auf Kosten der Beachtung der tatsächlich be-

stehenden externen Realität von traumatischen Lebenserfahrungen (zur näheren Auseinandersetzung mit dem – nur scheinbaren? – „Widerruf der Verführungstheorie“ durch Freud siehe Sachsse, Venzlaff u. Dulz 1997).

Die Ereignisse des 1. Weltkrieges ließen Freud seine Konzeption erweitern. Parallel neben das „Modell der unakzeptablen Wünsche“, das die Symptomatik durch die Mobilisation von Abwehrmechanismen hervorbringt, stellte er das „Modell der unerträglichen Situation“ (Krystal 1978). Eine immense Intensität und/oder Dauer einer Belastung ohne die Möglichkeit der motorischen oder verbalen Abreaktion – wie es z.B. in den Schützengräben des Krieges der Fall war – würde die Stimulusbarriere, den Reizschutz, überwinden und den mentalen Apparat überfluten, was in eine mentale Paralyse und in Affektstürme münde. Zu einer Integration dieser Modelle kam es jedoch nicht.

In der Folge geriet durch die erfolgreiche Rezeption der psychoanalytischen Theorie mit ihrer intrapsychischen Perspektive des Trieb-Abwehr-Modells die Untersuchung der realen (Kindheits-) Traumatisierungen in Vergessenheit. Erst Mitte der 70er Jahre wurde das Thema des sexuellen Kindesmissbrauchs von der psychoanalytischen Gemeinde wieder aufgenommen und fortgeführt (Shengold 1979).

### Organisch und psychisch: die Physioneurose

Zu Beginn des 2. Weltkrieges publizierte Abram Kardiner, ein amerikanischer Psychiater, der 1921/22 eine Analyse bei Freud absolviert hatte, seine Erfahrungen in der Arbeit mit traumatisierten Patienten (meist Veteranen aus dem 1. Weltkrieg) in dem Buch „The Traumatic Neuroses of War“ (Kardiner 1941). Er versuchte, die beobachtete Symptomatik auf eine sowohl organische als auch psychologische Grundlage zu stellen und prägte den Begriff der *Physioneurose*. Organisch seien viele Symptome (starke vegetative Erregbarkeit und Irritierbarkeit auf bestimmte visuelle, auditive, olfaktorische oder taktile Reize hin) auf eine verminderte Reizschwelle zurückzuführen, psychologisch sei eine verstärkte Bereitschaft für Schreckreaktionen zu beobachten. Als zentral wird die Veränderung der Relation des Selbst zur Welt betont: „Das Subjekt handelt, als ob die eigentliche traumatische Situation noch bestünde und sucht intensiv nach

Schutzmaßnahmen, die in der eigentlichen Situation nicht zur Verfügung standen. Das meint zusammenfassend, dass die Konzeption der äußeren Welt und die Konzeption der eigenen Person dauerhaft verändert worden ist“ (S. 82, Übersetzung M.L.).

Die Wiederentdeckung der „alten“ Beobachtung (siehe Charcot, Janet und auch Freud), dass in einem veränderten Bewusstseinszustand Aspekte des Traumas auf somatosensorischer Ebene „erinnert“ werden können, führte im Verlauf des 2. Weltkrieges zu sehr modern anmutenden Behandlungskonzepten. Durch Hypnose oder pharmakologisch induzierte „Narkosynthese“ (Gringer u. Spiegel 1945) konnten somatosensorische „Erinnerungen“ herbeigeführt und kathartisch abregiert werden. Dies allein blieb aber wirkungslos, wenn solche Erfahrungen nicht später im bewussten Gespräch transformiert und integriert werden konnten – ganz im Sinne von Janet.

### Langzeitfolgen von traumatischen Erfahrungen

Nicht zuletzt durch die Folgen des 2. Weltkrieges wurden –zumindest im angloamerikanischen Sprachraum – die akuten psychosomatischen Folgen einer schweren Belastung als psychiatrische Störung akzeptiert. Im DSM-I (APA 1952) wurde dementsprechend die „Schwere Belastungsreaktion“ als mögliche Diagnose aufgenommen. Was aber war mit den chronischen Störungsbildern, mit den oft jahrzehntelang zu beobachtenden Krankheitsverläufen, die zum Teil mit sozialem Abstieg einhergingen. Wo blieb die Diskussion um die Psychotraumatisierung in der Kindheit?

Für die Beachtung der Langzeitfolgen psychischer Traumatisierung sollten Opfer des deutschen Naziregimes eine wichtige Rolle spielen: die der Überlebenden von Konzentrationslagern. Auf die Beschreibung der teilweise beschämenden (nicht nur) deutschen Gutachterpraxis soll hier nicht eingegangen werden, verwiesen sei auf den Artikel von Eissler (1963) „Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben?“.

Henry Krystal (1968) beschrieb eine bis heute für konzeptuelle und therapeutische Überlegungen wichtige Beobachtung an Überlebenden von Konzentrationslagern: die „Dedifferenzierung von

Affekten“. In seiner Entwicklung lerne der Mensch Körpersensationen als Gefühle und als Indikatoren für die persönliche Bedeutung von inneren und äußeren Geschehnissen wahrzunehmen und zu interpretieren. Psychotraumatisierte Opfer – so Krystal – verlernten aufgrund ihrer chronischen vegetativen Übererregung, diese Information aus körperlichen Zuständen zu nutzen. Mehr und mehr fühlten sie sich daher zusammenhang- und bedeutungslosen Affektstürmen und psychosomatischen Reaktionen ausgesetzt und ausgeliefert, vergleichbar der Situation bei einer Alexithymie. Im deutschen Sprachraum beschrieb ganz ähnlich Venzlaff (1958) das Bild des „erlebnisbedingten Persönlichkeitswandels“ in Richtung einer apathisch-nivellierenden, inaktiven Dauerverfassung, scheuer Ängstlichkeit, Hoffnungslosigkeit und Resignation, Anhedonie und quälender Hypermnesie an traumatische Geschehnisse.

Trotz umfangreicher Forschungsarbeiten blieb jedoch auch im DSM-II (APA 1968) der Aspekt der Chronizität unberücksichtigt, man sprach eher verarmend und verallgemeinernd von einer „Anpassungsreaktion“.

### Die Posttraumatische Belastungsstörung: Uniforme Symptomatik nach multiformen Traumatisierungen?

In den USA wurden zu Beginn der 70er Jahre zunehmend die Ähnlichkeiten der psychosozialen Folgen ziviler und kriegerischer Auseinandersetzungen deutlich. Die psychosozialen Auswirkungen von Kriegserfahrungen konnten der Öffentlichkeit durch die über eine Million Vietnamveteranen nicht mehr verborgen bleiben. Junge gesunde, „tapfere“ Männer – ohne große Hinweise auf eine vorbestehende Psychovulnerabilität also kamen zu einem beträchtlichen Prozentsatz psychotraumatisiert und mit entsprechender Symptomatik zurück. Auf diese Weise sensibilisiert für das Thema fanden auch bisher vernachlässigte und verdrängte Opfergruppen wissenschaftliche Aufmerksamkeit. Zwar hatte schon Krystal 1965 auf dem „Wayne State University Workshop on the Late Sequelae of Massive Psychic Trauma“ in Detroit betont: „Lassen Sie mich erneut betonen, dass die auf diesem Symposium diskutierten Fälle, die aus einer Gruppe stammen, die einem Desaster ausgesetzt waren, Beobachtungen erlauben, die für jedes traumatisierte Individuum bedeut-

sam sind. *Die meisten Menschen werden zu Hause und als Kind massiv traumatisiert*“ (Krystal und Niederland 1971, S. 229, Übersetzung M.L.).

Aber erst 1974 beschrieben Ann Burgess und Linda Holstrom die Folgen von Vergewaltigung („rape trauma syndrom“), erst 1978 begann mit Kempe und Kempe die Untersuchung von Gewalt an Kindern („battered child syndrom“) und von familiärer Gewalt. So rückten zunehmend wieder die seit fast hundert Jahren von Wissenschaft und Gesellschaft „vergessenen“ Opfer von Gewalt in das Bewusstsein der Öffentlichkeit – vergewaltigte Frauen und missbrauchte Kinder. Man erinnerte sich wieder an die alten Ergebnisse der französischen Gerichtsmedizin und Psychiatrie (Charcot, Janet) und des frühen Freuds (siehe dazu auch Reddemann u. Sachsse 1999).

Diese Entwicklung, verschiedene Realtraumatisierungen als Ursache psychiatrischer Erkrankung anzuerkennen, führte zur Definition der diagnostischen Kategorie der Posttraumatischen Belastungsstörung im DSM-III (APA 1980), die die verschiedenen „traumaspezifischen“ Syndrome (rape trauma syndrom, Vietnam veterans syndrom, battered child syndrom etc.) subsumierte. Auf diese Weise blieb allerdings die Heterogenität der klinischen Erscheinungsbilder bei verschiedenen Stressoren (z.B. der wichtige Unterschied von durch vielleicht noch nahestehenden Menschen ausgeübte Gewalt zu der von Naturkatastrophen) genauso unberücksichtigt wie die Möglichkeit der Entwicklung von tiefgreifenden Persönlichkeitsstörungen nach schweren und lang anhaltenden personalen Traumatisierungen (z.B. Folter oder anhaltender Missbrauch in der Kindheit). Gerade zu letzterem sind in den zurückliegenden Jahren eine Fülle von Daten erhoben worden (siehe dazu Sachsse, Venzlaff u. Dulz 1997), sodass es verwundert, dass solche Fragen keine ausreichende Berücksichtigung weder in der DSM-IV (APA 1994) noch in der ICD-10 (WHO 1992) erhielten. Allerdings wurde in der DSM-IV mit dem A2-Kriterium (s.o.) die subjektive Bedeutung von Stressoren hervorgehoben und mit der Einführung der „Akuten Belastungsstörung“ die Möglichkeit der Abbildung von kurzdauernden Traumareaktionen gegeben.

Seit der Einführung der diagnostischen Kategorie der PTB im DSM-III kam es zu einem rapiden Zuwachs an Forschungsaktivitäten auf verschiedenen

Feldern dieses Gebietes (van der Kolk, Weisaeth u. van der Hart 1996):

- ▶ **Epidemiologie:** Durch große Studien in den USA konnte gezeigt werden, dass die PTB zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen gehört.
- ▶ **Psychovulnerabilität:** Prospektive Längzeitstudien weisen auf die wichtige Bedeutung von vorbestehenden psychosozialen Protektions- und Risikofaktoren hin. Individuelle und soziale Copingstrategien scheinen den Verlauf einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu modifizieren.
- ▶ **Entwicklungsbeeinträchtigungen durch frühe Traumata:** Obwohl in den diagnostischen Kategorien (DSM-IV und ICD-10) unzureichend berücksichtigt, ist das Bewusstsein dafür gewachsen, dass die psychische Entwicklung (z.B. Kohärenz des Selbst, Bindungsverhalten, Umgang mit Affekten und vieles mehr) durch Traumatisierung massiv gestört werden kann. Bei vielen psychiatrischen Erkrankungen, wie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung, bei den dissoziativen Störungen, und bei selbst- und fremdaggressiven Verhaltensstörungen spielen Erfahrungen von Realtraumatisierungen im familiären Kontext eine entscheidende Rolle.
- ▶ **Psychobiologie:** Nicht mehr organisch oder psychisch, sondern organisch und psychisch wird die Genese der PTB konzipiert. „Der cartesianische Dualismus, der so vieles der Diskussion über Trauma während der letzten hundert Jahre dominiert hat, ist tatsächlich verschwunden“ (van der Kolk, Weisaeth, van der Hart 1996, S. 65, Übersetzung M.L.). Kardiners Konzept der Physioneurose wurde ausgebaut. Peritraumatische exzessive Stimulation des ZNS führt zu bleibenden neuronalen und neurohumeralen Veränderungen mit negativen Konsequenzen für Lernen, Habituation und Reizdiskrimination. Verschiedene Veränderungen auf der endokrinen (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindennachse, HHNA) und der Neurotransmitterebene (noradrenerges System, endogene Opiate, Serotonin) wurden nachgewiesen. Morphologisch-funktionelle Untersuchungen erbringen interessante Befunde: Bei PTB-Patienten finden sich während des Erinnerns traumatisch erlebter Situationen Durchblutungsänderung zentralnervöser Strukturen, die von denen von Kontrollpersonen abweichen (sie-

he zusammenfassend hierzu Ehlerst u. Mitarb. 1999).

- ▶ **Dissoziation:** Der schon von Charcot und Janet hervorgehobenen wichtigen Rolle der Abspaltung (Dissoziation) von traumatischer Erfahrung und „Erinnerung“ vom Bewusstsein, somit der Unmöglichkeit, diese in narrativen Gedächtnisinhalten zu transformieren, gilt heute wieder starke Aufmerksamkeit. Ein Großteil der Symptomatik bei PTB-Patienten lässt sich mit einer Störung der „Informationsverarbeitung“ konzipieren (s.a. Kirsch 1999).

## Informationsverarbeitung bei PTB

- ▶ Auch auf die Gefahr hin, „unseren Fall“ der Kindesentführung überstrapazieren, soll an diesem Beispiel deutlich gemacht werden, wie psychotraumatische Erfahrungen in kognitiven Prozessen verarbeitet werden, die sich von normalen Gedächtnisabläufen unterscheiden. ●

Durch das traumatische Ereignis werden verschiedene endokrine und neurohumorale Systeme massiv aktiviert, sodass dieses als Erfahrung intensiver Furcht bewertet wird. Wegen der daraus folgenden Inkompatibilität mit den individuellen Schemamodellen des Selbst, der Welt und der anderen kommt es nicht zu einer Integration in bestehende Repräsentationen und Schemata. Im Gegenteil, solche Erfahrungen werden oft nur bruchstückhaft, fragmentiert in verschiedene, voneinander getrennte Sinnesmodalitäten gespeichert, was für sich allein schon ausreicht, das Gefühl von „Angst“ und ständigem „Bedrohtsein“ hervorzurufen (Power u. Dalgleish 1997).

- ▶ Die Mutter von Celina vermeidet das Alleinsein in ihrer Wohnung, sucht die schützende Nähe ihrer Angehörigen, braucht zur weiteren Beruhigung Medikamente. Zwar geht aus dem Artikel nicht hervor, ob sie unter intrusiven Erinnerungen leidet, die sich auf alle Sinne beziehen könnten und verbal kaum vermittelbar wären: es ist aber vorstellbar, dass sie immer wieder den typischen Krankenhausgeruch in der Nase hat, ständig mit dem Bild des leeren Kinderbettes konfrontiert ist und Ähnliches. Aufgrund eines durch die Fragmentierung fehlenden Zusammenhanges mit raumzeitlichen Inhalten könnte Celinas

Mutter die Herkunft solcher somatosensorischen Intrusionen „vergessen“ haben, was sich zusätzlich in einer (dissoziativen) Amnesie, also der Unmöglichkeit, sich willentlich an Einzelheiten des Traumas zu erinnern, äußern kann, wie ja in unserem Fall beschrieben. ●

Die Kontextlosigkeit und damit die subjektive Sinnlosigkeit der sich aufdrängenden somatosensorischen „Erinnerungen“ untergräbt allmählich das Vertrauen in den eigenen Körper. Dessen Reaktionen werden nicht mehr „verstanden“, können bald allgemein nicht mehr als Affektäußerungen gewertet werden, was die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten funktioneller Störungen erhöht. Durch die allgemeine Angst und durch solche nicht einzuordnenden „Erinnerungen“ erfahren Psychotraumatisierte ein Hyperarousal, eine vegetative Überstimulation, die wie in einem Teufelskreis die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten weiterer Intrusionen erhöht. Nach Bower (1994) besteht ein Zusammenhang zwischen emotionalen Zuständen und den assoziierten Erinnerungen, die sich umso leichter aufdrängen, desto ähnlicher der aktuelle Zustand dem in der traumatischen Situation wird. Sind zunächst nur wenige spezifische „Trigger“ in der Lage, Erinnerungsfragmente oder Flashbacks zu evozieren, generalisieren sich diese im Verlauf häufig immer mehr.

Wenn „unsere Patientin“ eine PTB entwickelte, würde sich der Trigger „Kinderzimmer“, was sie ja nicht betreten kann, ausbreiten. Sie würde vielleicht zunächst vom Weinen eines Säuglings, später von weißen Kleidungsstücken (Dienstkleidung der Krankenschwestern) und vielleicht vom Anblick von Blumensträußen (wie sie im Krankenhaus auf dem Nachttisch standen) gequält, indem die Konfrontation damit Intrusionen und Flashbacks auslöst. Sie würde in Zukunft zwangsläufig solche Umweltreize versuchen zu vermeiden, d.h. kontrollierend und konzentriert die Welt daraufhin beobachten, ob sich die Gefahr für das Auftreten eines solchen unspezifischen Triggers anbahnt. Gleichzeitig zieht sie sich immer mehr zurück – von der „Welt“ (vernachlässigt ihre Alltagsverpflichtungen) und „von sich“, indem sie immer weniger Notiz von ihrer Umgebung nimmt, immer weniger zu spüren und zu empfinden versucht (evtl. unterstützt durch die Einnahme von Medikamenten und Alkohol). Als Konsequenz fehlen so

auf Dauer auch Erfahrungen neutraler oder positiver innerer und durch die Umwelt ausgelöste Empfindungen, die restitativ und erfreulich sein könnten. ●

Dieses hoffentlich nicht eintretende Szenario deutet eine Möglichkeit des Krankheitsverlaufes der Posttraumatischen Belastungsstörung an. Hier würde eben nicht die Zeit alle Wunden heilen, sondern die „Wundheilung“ verlief kompliziert, würde in einem traumatischen Prozess ihr Erscheinungsbild immer wieder ändern, wie durch die mögliche „Komorbidität“ oben angedeutet: Depressionen, somatoforme Störungen, Substanzmissbrauch und -Abhängigkeit

und sozialer Abstieg können zeitweise das klinische Bild beherrschen, ohne dass der Zusammenhang mit dem auslösenden Trauma sofort offensichtlich wird. Ein solch gestörter „Wundheilungsprozess“ bedarf gezielter psychosozialer Unterstützung und professioneller Interventionen, auf die unten kurz eingegangen wird. Eine wesentliche Voraussetzung für den positiven Heilungsverlauf des Traumas ist allerdings – die noch nicht beendete Entwicklung dahin wurde hier umrissen – ein „heilendes Milieu“, eine Atmosphäre in Gesellschaft, sozialen Institutionen und bei Ausübenden von Heilberufen, die bei den Menschen, die durch psychotraumatisierende

## Therapie ▶ PTB

### Erste Maßnahmen

- ▶ Herstellen einer sicheren Umgebung (Schutz vor weiterer Traumaeinwirkung)
- ▶ Organisation eines psycho-sozialen Helfersystems
- ▶ Informationsvermittlung und Psychoedukation bezüglich traumatischer Symptome und Verläufe
- ▶ Frühes Hinzuziehen eines mit der PTB-Behandlung erfahrenen Psychotherapeuten

### Traumasppezifische Stabilisierung

- ▶ Durch entsprechend qualifizierten ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten
- ▶ Anbindung zur engmaschigen diagnostischen und therapeutischen Betreuung
- ▶ Krisenintervention
- ▶ Ressourcenorientierte Interventionen (Distanzierungstechniken, imaginative Verfahren)
- ▶ Pharmakotherapeutische Absicherung (adjuvant, symptomorientiert)  
Cave! Besondere Suchtgefährdung bei PTB (besonders Benzodiazepine)

### Traumabearbeitung

nur durch entsprechend qualifizierten Psychotherapeuten.

Die Therapie der Wahl bei der PTB ist die Rekonfrontation mit dem auslösenden Trauma mit dem Ziel der Durcharbeitung und Integration unter geschützten therapeutischen Bedingungen.

- ▶ **Voraussetzung:** Ausreichende Stabilisierung, keine weitere Traumaeinwirkung, kein Täterkontakt
- ▶ **Traumaaadaptierte Verfahren im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes:** kognitiv-behaviorale Therapie, psychodynamische Therapie, EMDR
- ▶ Einbeziehung adjuvanter Verfahren (z.B. stabilisierende Körpertherapie, künstlerische Therapie)
- ▶ **Setting:** in Abhängigkeit von Schwere der Störung und Stabilisierungsbedarf  
ambulant (Schwerpunktpraxen, Ambulanzen)  
stationär (Schwerpunktstation, Tagesklinik)

### Kontraindikationen für traumabearbeitende Verfahren (aus der Entwurfsfassung vom 20.2.1999)

#### Relative Kontraindikation:

Instabile psychosoziale und körperliche Situation  
Mangelnde Affekttoleranz  
Anhaltende schwere Dissoziationsneigung  
Mangelnde Distanzierungsfähigkeit zum traumatischen Ereignis

#### Absolute Kontraindikation:

Psychotisches und psychosenahes Erleben  
Akute Suizidalität  
Anhaltender Täterkontakt

### Obsolet

- ▶ Anwendung nicht traumaaadaptierter psychodynamischer oder behavioraler Techniken (z.B. unmodifiziertes psychoanalytisches Verfahren, unkontrollierte Reizüberflutung, unkontrollierte regressionsfördernde Therapien)
- ▶ Alleinige Pharmakotherapie
- ▶ Alleinige, unvorbereitete Traumakonfrontation ohne Einbettung in einen Gesamtbehandlungsplan

Ereignisse erkrankt sind, keinen Zweifel aufkommen lässt, dass ihnen die Realität ihrer Erfahrungen geglaubt wird. Implizite oder explizite Vorwürfe der Simulation, eines Mangels an gutem Willen oder eines Entschädigungsbegehrens sollten wirklich der Vergangenheit angehören.

## Behandlungsgrundsätze

Für die Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen bestehen heute weitgehend klare Behandlungsgrundsätze, wie sie u.a. von Schnyder (1999) formuliert worden sind. Mit Verweis auf die nachfolgenden Kapitel in diesem Heft fassen wir diese an dieser Stelle lediglich thesenartig zusammen.

### Multimethodale Therapie

Posttraumatische Störungen sind biopsycho-soziale Störungen, sodass die Behandlung in der Regel multimethodal in einem integrierten Therapiekonzept zu erfolgen hat. Integrierte Behandlungskonzepte umfassen neben Psychotherapie, Pharmakotherapie und körperorientierten Ansätzen, die in dem nachfolgenden Kapitel zur Diskussion gestellt werden, ebenso auch Sozialarbeit zur Regelung der finanziellen Situation, von Versicherungsfragen, der Arbeitssituation etc., und die juristische Beratung bei Asylgesuchen, zivilrechtlichen und strafrechtlichen Auseinandersetzungen.

### Klare therapeutische Haltung

Die psychotherapeutische Arbeit mit Traumatisierten setzt eine klare therapeutische Haltung voraus. Das dient der Vermeidung einer potenziellen pathogenen Wirkung traumatischer Narrative bei den TherapeutInnen (vicarious traumatization) wie auch der Vermeidung einer nochmaligen Traumatisierung der PatientInnen durch eine zu frühe und zu intensive Konfrontation in der Erinnerung (iatrogene Retraumatisierung). Traumatherapie verlangt einen verantwortlichen Umgang mit den Grenzen, die nicht zu eng gesteckt sein, aber auch nicht überschritten werden dürfen.

### Verantwortlicher Umgang mit psychotherapeutischen Techniken

In den letzten Jahren haben sich verschiedene psychotherapeutische Techniken als wirksam bei der Behandlung von

PTB, vor allem bei akuten Belastungsreaktionen, erwiesen. Sie führen zu einer raschen Symptomreduktion und verhelfen damit zu der Erfahrung, nicht passiv dem intrusiven Wiedererleben ausgesetzt zu sein. Diese Techniken leisten aber nur dann gute Dienste, wenn sie von traumatherapeutisch gut ausgebildeten Therapeuten in einem umfassenden Therapiekonzept eingebunden sind. Für sich angewendet können diese therapeutisch potenten Techniken durch Reexpositionen oder durch Asymmetrien in der therapeutischen Beziehung schädigen.

### Unterscheidung von akuten und länger dauernden posttraumatischen Störungen

In der Akutbehandlung posttraumatischer Störungen besteht ein wichtiges Ziel darin, die sich aufdrängenden Symptome des Wiedererlebens unter Kontrolle zu bringen, wozu verschiedene kurzzeit-psychotherapeutische Verfahren entwickelt wurden. Bei länger bestehender Symptomatik muss ein anderer Fokus der Behandlung gewählt werden: eine Symptombefreiung gelingt selten, sodass in mittel- und langfristig angelegten Therapien es eher darum geht, den Patienten zu einer Akzeptanz des Traumas als unabänderliche, aber vergangene Gegebenheit zu verhelfen, um die psychotraumatische Erfahrung zunehmend in das Selbstbild integrieren zu können. Statt der in der Akutbehandlung indizierten Exploration und Konfrontation mit dem Trauma findet bei chronischen Krankheitsbildern die Gestaltung des Hier und Jetzt und das Gewinnen einer Zukunftsperspektive mehr Aufmerksamkeit.

### Aus- und Weiterbildung

Mit Blick auf die Epidemiologie ist die Akutbehandlung nach traumatischen Erfahrungen unverzichtbarer Bestandteil der psychotherapeutischen Regelversorgung und gehört somit in das „Pflichtenheft“ der Aus- und Weiterbildung psychologischer und ärztlicher Psychotherapeuten sowie in die Fortbildung.



### Mathias Langkafel

Dr. med., Studium der Medizin, seit 1996 Weiterbildung Psychotherapeutische Medizin an der Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Essen; Arbeitsschwerpunkte:

Psychotraumatologie, Somatoforme Störungen, Konsil- und Liaison-Psychosomatik

Dr. med. Mathias Langkafel  
Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik  
Virchowstraße 174  
45147 Essen

## Literatur

- APA (1952). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 1. edn. Washington DC: American Psychiatric Association.
- APA (1968). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 2. edn. Washington DC: American Psychiatric Association.
- APA (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3. edn. Washington DC: American Psychiatric Association.
- APA (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4. edn. Washington DC: American Psychiatric Association.
- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) (1999). Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. AWMF online 1999. <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/III/psym010.htm>.
- Bonhoeffer M. (1926). Beurteilung, Begutachtung und Rechtsprechung bei den sogenannten Unfallneurosen. Deutsche Medizinische Wochenschrift 52, 179-182.
- Bower G.H. (1994). Temporary emotional states act like multiple personalities. In: Klein R.M., Doane B.K. (Hrsg.). Psychological concepts and dissociative disorders. Erlbaum: Hillsdale, NY: 207-234.
- Burgess A.W., Holstrom L. (1974). Rape trauma syndrome. American Journal of Psychiatry 131, 981-986.
- Crocq L, DeVerbizier J. (1989). Le traumatisme psychologique dans l'oeuvre de Pierre Janet. Annales Medico-Psychologiques 147, 983-987.
- Ehlert U., Wagner D., Heinrichs M., Heim C. (1999). Psychobiologische Aspekte der Posttraumatischen Belastungsstörung. Nervenarzt 70, 773-779.
- Eissler K.R. (1963). Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben? Psyche 17, 241-291.
- Enke H. (1929). Unfallneurose und Konstitution. Allgemeine Ärztliche Zeitschrift für Psychotherapie 2, 364.
- Erichsen J.E.(1866). On railway and other injuries of the nervous system. London: Walton and Moberly.
- Erichsen J.E. (1886). On concussion of the spine, nervous shock and other obscure injuries to the nervous system in their clinical and medico-legal aspects. William Wood: New York.

- Fischer-Homberger E. (1975). Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden. Huber: Bern
- Freud S. (1896/1952). Zur Ätiologie der Hysterie. GW 1, Imago: London, 426-459.
- Gaupp R. (1916). 8. Jahresversammlung d. Ges. Dt. Nervenärzte. Neurol Centralblatt 35, 795-798.
- Gringer R.R., Spiegel J.P. (1945). Men under stress. Blakiston: Philadelphia.
- Kardiner A. (1941). The traumatic neuroses of war. Hoeber: New York.
- Kempe R.S., Kempe C.H. (1978). Child abuse. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kirsch A. (1999). Trauma und Wirklichkeits(re)konstruktion: Theoretische Überlegungen zu dem Phänomen wiederauftauchender Erinnerungen. Persönlichkeitsstörungen, 3, 45-54.
- Kohl F. (1993). Jean Martin Charcot 1825-1893. Zum 100. Todestag des Mitbegründers der klinischen Neurologie. Nervenheilkunde 12, 464-467.
- Krystal H. (Hrsg.) (1968). Massive psychic trauma. International Universities Press: New York.
- Krystal H., Niederland W.G. (1971). Psychic traumatization. Little/Brown: New York.
- Krystal H. (1978). Trauma and affects. Psychoanalytic Study of the Child 33, 81-116.
- Nonne M. (1916). 8. Jahresversammlung d. Ges. Dt. Nervenärzte. Neurol Centralblatt 35, 793-795.
- Oppenheim H. (1889). Die traumatischen Neurosen. Hirschwald: Berlin.
- Page H. (1885). Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion. In: Trimble M.R. (Hrsg.). Posttraumatic neurosis: From railroad spine to whiplash. London: J. Curchill: London.
- Power M., Dalgleish T. (1997). Cognition and emotion. From order to disorder. Psychological Press: Cambridge.
- Reddemann L., Sachsse U. (1999). Trauma first!. Persönlichkeitsstörungen 3, 16-20.
- Sachsse U., Venzlaff U., Dulz B. (1997). 100 Jahre Traumaätiologie. Persönlichkeitsstörungen 1, 4-14.
- Schnyder U. (1999). Psychotherapie bei posttraumatischen Belastungsstörungen. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, in press.
- Shengold L. (1979). Child abuse and deprivation: Soul murder. Journal of the American Psychoanalytic Association 27, 533-559.
- Van der Kolk B.A., Weisaeth L., van der Hart O. (1996). History of trauma in psychiatry. In: van der Kolk, McFarlane A.C., Weisaeth L. (Hrsg.): Traumatic Stress. Guilford press: London, 47-74.
- Venzlaff U. (1958). Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen. Springer: Berlin.
- WHO (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization.