

Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) – Definition, Einteilung, Epidemiologie und Geschichte

2 Traumatische Ereignisse gehören zu seinem Leben, seitdem es den Menschen gibt. Zu allen Zeiten war der Mensch in seinem Sein auch mit dem scheinbar Unaushaltbaren, dem existenziell Bedrohlichen und der Macht und Gewalt von Natur und Mitmensch konfrontiert. In manchen Berufen ist der Mensch einer solchen Gefährdung eher ausgesetzt als in anderen. Ereignisse, welche als traumatisch erlebt werden, sind dadurch charakterisiert, dass sie im Betroffenen seelischen, kognitiven, körperlichen und emotionalen Stress auslösen. Es kann sich das Gefühl von Hilflosigkeit einstellen, von Überforderung, Machtlosigkeit. Es kann aber auch sein, dass ein Mensch in einer traumatischen Situation erstmal gar nichts fühlt. Viele unterschiedliche Reaktionen sind denkbar, möglich und normal. Traumatisierungen, welche in großem Ausmaß und früh im Leben eines Menschen stattfinden, haben oft schwerwiegende und tiefe Auswirkungen auf den Betroffenen.

2.1 Was ist ein Trauma? – Traumadefinition

Eine einheitlich gültige Definition von seelischem Trauma (griechisch für „Wunde“) gibt es nicht. Der Begriff hat sich über die letzten Jahre und Jahrzehnte hinweg verändert. Ein Grundgedanke war und ist, dass es sich dabei, wie bei einem körperlichen Trauma, um eine Verletzung handelt. Ein Trauma verletzt die menschliche Seele und führt an ihre Wunde herbei.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte 1991 ein Trauma als ein „kurz- oder langanhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.“

Eine traumatische Situation ist dadurch gekennzeichnet, dass es eine **Diskrepanz** zwischen der **subjektiv erlebten Bedrohung für sich oder andere** und den **individuellen Bewältigungsstrategien** gibt. Es ist also nicht nötig, dass die Betroffenen für sich selbst die Lebensgefahr sehen. Es kann auch für jemanden traumatisierend sein, wenn die Lebensgefahr für andere befürchtet wird, z. B. im Rahmen der Beobachtung einer Gewalttat. Zudem kann der plötzliche Verlust einer wichtigen Bezugsperson oder eine lebensbedrohliche Erkrankung eine Überforderung der individuellen Bewältigungsstrategien zur Folge haben.

Traumata sind Ereignisse, die durch ihre **Plötzlichkeit** („Es geschieht aus heiterem Himmel.“), ihre **Heftigkeit** („Es sind zerstörerische Kräfte mit der Gefahr für Gesundheit und Leben am Werk.“) und ihre **Ausweglosigkeit** („Man ist hilflos und ausgeliefert.“) charakterisiert werden können.

Häufig wird versucht, ein Trauma auch dadurch greifbar zu machen, indem man sagt, dass ein solches Ereignis jeden Menschen mehr oder weniger aus der Bahn werfen würde.

Ein Satz, den Betroffene häufig sagen, ist folgender: **„Danach ist nichts mehr, wie es vorher war!“**

Dieser Satz ist sehr zutreffend. Er impliziert aber auch, dass es ein „Vorher“ gegeben hat. Nicht selten begann die Traumatisierung so früh im Leben, dass sich der Betroffene nicht mehr an ein solches „Vorher“ erinnern kann.

Bei einer Traumatisierung kommt es bei den Betroffenen zu körperlichen, kognitiven und emotionalen Reaktionen. Auf der körperlichen Ebene tritt eine massive Stressreaktion ein. Diese zeigt sich unter anderem durch Herzrasen, Blutdruckanstieg, Schwitzen, Zittern, Schwindel, Übelkeit. Auf der kognitiven Ebene ist häufig der einzig mögliche Gedanke der, dass man gleich stirbt. In einigen Fällen kommt es auch zu einer, meist teilweisen, Amnesie für die Phase der Traumatisierung, was dazu führt, dass die Betroffenen nur eingeschränkte Erinnerungen an das Ereignis haben. Emotional kann es bei der Traumatisierung zu einer Reaktion kommen, es kann sich jedoch auch eine vollständige emotionale Taubheit einstellen. Im letzteren Fall erleben die Betroffenen die traumatische Situation, ohne dabei ein Gefühl zu haben. In den Betroffenen ist

emotionale Stille. Wenn es zu einer emotionalen Reaktion kommt, dann ist diese geprägt von Furcht, Angst, Panik, Hilflosigkeit, Ausweglosigkeit, Schutzlosigkeit und meist einer Todesangst.

Es ist wichtig, dass Betroffenen klar gemacht wird, dass jede Reaktion in der traumatischen Situation richtig ist. Jeder reagiert in einer solchen extremen Situation so, wie es für ihn gerade möglich ist.

Die in Deutschland gültige 10. Ausgabe der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“, kurz ICD-10, der WHO definiert ein Trauma als **„kurz- oder lang anhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“**.

In dem in den USA gültigen und von der American Psychiatric Association (APA; amerikanische psychiatrische Gesellschaft) herausgegebenen Klassifikationssystem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM; Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen) wird ein Trauma charakterisiert durch die **„tatsächliche oder drohende Konfrontation mit dem Tod, schwerer Verletzung oder sexueller Gewalt“**. Es wird des Weiteren noch genauer unterschieden, in welcher Art und Weise ein solche Konfrontation stattfinden kann: nämlich durch „direkte Erfahrung“, „persönliche Zeugenschaft“, „in der nahen Familie bzw. bei nahen Freunden“ oder durch die „wiederholte Konfrontation mit aversiven Details“.

2.2 Welche Traumata gibt es? – Einteilungen von Traumata

Es gibt eine Vielzahl von Ereignissen, welche als traumatisch bezeichnet werden können. Hierzu zählen Verkehrsunfälle, Naturkatastrophen, Gewaltverbrechen, Überfälle, Vergewaltigungen, sexualisierte Gewalt usw. Es haben sich unterschiedliche Einteilungen dieser vielen unterschiedlichen Traumata durchgesetzt.

Die erste Einteilung trennt die traumatischen Ereignisse danach, ob sie einmalig oder mehrmals aufgetreten sind.

- **Typ-I-Traumata:** Sind Ereignisse, die dadurch gekennzeichnet sind, dass ein einzelnes Trauma auftritt. Diese Traumata sind meist kurzfristig.
- Beispiele: Verkehrsunfall, Banküberfall
- **Typ-II-Traumata:** Hierunter fallen jene Traumata, bei denen es zu mehreren traumatischen Ereignissen kommt. Die Traumatisierung ist hierbei langfristig.
- Beispiele: sexueller Missbrauch, Gewalterfahrungen über längere Zeit

Eine zweite, wichtige Unterteilung trennt die Ereignisse nach der verursachenden Instanz.

- **Non-intentionale/akzidentielle Traumata:** Hierunter fallen all jene traumatischen Ereignisse, welche zufällig und/oder durch die Natur verursacht werden.
- Beispiele: Verkehrsunfälle, Erdbeben
- **Intentionale Traumata:** Traumatisierungen, welche durch Menschen willentlich und absichtlich hervorgerufen werden, fallen hierunter. Für solche Traumatisierung haben sich auch die Begriffe **man-made-disaster** oder **Beziehungstraumatisierung** etabliert.

Es hat sich gezeigt, dass die Psyche des Menschen traumatische Ereignisse, welche zufällig auftreten und durch die Natur verursacht werden, besser verarbeiten kann, als jene, die im Rahmen einer Beziehungstraumatisierung auftreten. Dies erscheint auch sehr einleuchtend, spielen doch bei der Traumatisierung durch einen anderen Menschen alle zwischenmenschlichen Bereiche sowie das Selbst-, Menschen- und Weltbild des Opfers eine große Rolle. Und

in diesen Bereichen kommt es, durch eine solche Traumatisierung, häufig zu einer Veränderung oder Schädigung.

Eine weitere Einteilung kann nach dem Alter stattfinden, in dem das traumatische Ereignis auftritt. Traumata, die in frühen Phasen des Lebens auftreten, fallen häufig in Phasen der besonderen Verletzbarkeit in denen die Persönlichkeit des Betroffenen noch nicht vollständig ausge-reift ist. Traumatisierungen in solchen Phasen hinterlassen häufig tiefere Folgen für die seelische Gesundheit.

2.3 Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

PTBS

Die Bezeichnung PTBS ist ein Akronym und ergibt sich aus den Anfangsbuchstaben des Begriffes Post-Traumatische Belastungs-Störung. Der Begriff lässt sich folgendermaßen erklären: Nach (also „post“) dem Erleben eines Traumas kommt es zu einer Belastungsreaktion bzw. -störung, also einer gestörten Verarbeitung. Im angelsächsischen und immer wieder auch im deutschen Sprachraum wird die Bezeichnung Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) verwendet.

Die Tatsache, dass ein Mensch ein oder mehrere Traumata erlebt hat, lässt nicht den Schluss zu, dass der Betroffene deshalb auch gleich eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entwickeln muss.

➤ Es gilt der Grundsatz: „Trauma bedeutet nicht gleich PTSD!“

Häufig wird nicht PTBS als Begriff verwendet, sondern Traumafolgestörung. Die Bezeichnung Traumafolgestörung ist viel weiter gefasst und beinhaltet einen viel größeren Bereich an Symptomen, Syndromen, Störungen und Reaktionsmöglichkeiten auf traumatische Ereignisse, wobei das Trauma hierbei meist nicht als alleinige Ursache, sondern eher als Risikofaktor, anzusehen ist.

Die Posttraumatische Belastungsstörung stellt eine spezifische Form einer Traumafolgestörung dar. Weitere Formen bzw. verwandte Störungsbilder sind die akute Belastungsreaktion, die Anpassungsstörung und die Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung.

Traumatisierungen, welche intentional sind (also von einem Menschen verursacht), häufig und über längere Zeit passieren, sehr früh im Leben eines Betroffenen beginnen, ein sehr hohes Maß an Gewalt beinhalten oder sogar sexualisierte Gewalt, führen häufig zu einer Symptomatik, welche über die der PTBS hinausgeht. Die Folgen einer solchen Traumatisierung sind meist auch eine gestörte Persönlichkeitsentwicklung.

Da die Folgen einer solch komplexen Traumatisierung nicht mehr deckungsgleich sind mit dem, was unter einer PTBS gemeint ist, werden häufig die Begriffe „komplexe Traumafolgestörung“ oder „komplexe Präsentation einer PTBS“ verwendet.

Als weitere Traumafolgestörungen sind die Dissoziativen Störungen, die somatoforme Schmerzstörung, die Dissoziative Persönlichkeitsstörung (oder besser bezeichnet als Dissoziative Identitätsstruktur) und die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung zu nennen.

Zudem gibt es einige Störungen, bei deren Entstehung das Vorhandensein eines Traumas oder mehrerer Traumata eine wichtige Rolle spielt. Hierzu zählen die Essstörungen, die affektiven Störungen und die Abhängigkeitserkrankungen.

Posttraumatische Belastungen können, vor allem wenn sie chronifiziert sind, zu einer dauerhaften Stressreaktion im Körper führen. Durch einen solchen „Dauerstress“ können körperliche Erkrankungen mitverursacht oder in ihrem Verlauf negativ beeinflusst werden. In den aktuellen Studien hierzu zeigt sich dies besonders für kardiovaskuläre und immunologische Erkrankungen.

2.4 Traumafolgestörungen in den verschiedenen Klassifikationen

In Deutschland werden, wie in allen anderen europäischen Ländern auch, alle psychischen und auch somatischen Erkrankungen nach dem Klassifikationssystem der WHO, der Internationalen statistischen Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen (englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; **ICD**) eingeteilt. Die aktuell gültige Ausgabe ist die 10. Version und deshalb wird dieses Klassifikationssystem kurz als ICD-10 bezeichnet.

Innerhalb dieser Einteilung wird die PTBS (ICD-10: F43.1) zu den Belastungs- und Anpassungsstörungen gezählt. Das ICD-10 gibt genaue Kriterien vor, welche erfüllt sein müssen, damit die Diagnose einer PTBS gestellt werden darf. Diese diagnostischen Kriterien sind folgende:

- „traumatisches Ereignis von außergewöhnlicher Schwere“
- Auftreten der Symptome „innerhalb von 6 Monaten nach“ dem traumatischen Ereignis
- „wiederholte unausweichliche Erinnerungen oder Wiederinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen“ (sogenanntes **Wiedererleben/Intrusionen**)
- „Vermeidung von Reizen, die eine Wiedererinnerung an das Trauma hervorrufen könnten“ (sogenanntes **Vermeidungsverhalten**) sowie „Gefühlsabstumpfung“ (sogenanntes **Numbing**)
- „vegetative Störung“ in Form von Übererregtheit (sogenanntes **Hyperarousal/Übererregung**)
- (ICD-10, Dilling et al. 2011)

Wiedererleben, Vermeidungsverhalten und Übererregung stellen die drei Kernsymptome der PTBS dar.

Häufig zeigen sich auch sogenannte subsyndromale Erkrankungsbilder. Hierbei sind nicht alle diagnostischen Kriterien der PTBS erfüllt, die Störung ist sozusagen nicht in ihrer ganzen Form ausgeprägt. Dennoch ist das Störungsbild aber PTBS-nahe anzusiedeln.

Weitere Reaktion und diagnostische Einteilungen nach dem ICD-10 auf eine schwere Belastung sind die **akute Belastungsreaktion** und die **Anpassungsstörung**.

Diagnostische Kriterien der **akuten Belastungsreaktion**:

- „ungewöhnliche Belastung“
- Beginn der Symptome „sofort“ oder „innerhalb von Minuten“ nach der Belastung
- „gemischtes“ und „wechselndes Bild“ mit emotionaler „Betäubung“, „Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität und Rückzug“, wobei kein Symptom längere Zeit vorherrschend ist
- Die Symptome sind „rasch rückläufig“ und „gewöhnlich nach 3 Tagen nur noch minimal vorhanden“
- (ICD-10, Dilling et al. 2011)

Die akute Belastungsreaktion stellt zunächst eine physiologische Reaktion der Psyche auf eine außergewöhnliche Belastung dar.

Diagnostische Kriterien der **Anpassungsstörung**:

- „ungewöhnliche Belastung“
- Beginn der Symptome innerhalb eines Monats nach Beginn der ungewöhnlichen Belastung
- Es zeigen sich unterschiedliche, z. B. depressive oder ängstliche, Symptome oder Veränderungen im Sozialverhalten (z. B. aggressives oder dissoziales Verhalten). Keine Symptome erfüllen die Kriterien der einzelnen Störungen, wie z. B. einer sozialen Phobie. Es können gemischte Störungsbilder auftreten.
- Symptome dauern nicht länger als sechs Monate
- (ICD-10, Dilling et al. 2011)

Kommt es neben den Symptomen der „klassischen“ PTBS zu weiteren Symptomen, kann es sein, dass eine zusätzliche psychische Erkrankung vorhanden ist, z. B. eine Angststörung. Diese zweite Störung kann sich auch, bedingt durch ein traumatisches Ereignis, ausgebildet haben.

Betroffene, welche nicht eine, sondern mehrere schwerwiegende traumatische Situationen erlebt haben, die vielleicht sogar über mehrere Jahre andauern, zeigen häufig ein Störungsbild, welches die PTBS enthält (es sind also alle diagnostischen Kriterien der PTBS erfüllt), jedoch in seiner Symptomatik noch darüber hinausgeht und weitere Beschwerden aufweist. Dieses Störungsbild wird häufig als „komplexe Traumafolgestörung“, „komplexe Präsentation einer PTBS“ oder „komplexe PTBS“ bezeichnet, ohne dass eine dieser Bezeichnungen allgemeingültig wäre oder es hierfür klare und feste Kriterien gäbe. Der Begriff „komplexe PTBS“ wurde erstmalig von der US-amerikanischen Psychiaterin Judith Herman 1992 verwendet. Eine diagnostische Einteilung für diese Form der Erkrankung gibt es im ICD-10 aber leider noch nicht und somit auch keine allgemeingültigen Kriterien für die Diagnosestellung.

Andreas Maercker hat in seinem Buch „Posttraumatische Belastungsstörungen“ (1998) folgende diagnostischen Kriterien für die komplexe PTBS vorgeschlagen:

- **Traumakriterium:** Vorliegen einer lang andauernden traumatischen Belastung (z. B. Opfer von organisierter Gewalt, von häuslicher Gewalt, von schwerer sexualisierter oder körperlicher Gewalt in der Kindheit)
- **Kernsymptome einer PTBS** (Wiedererleben, Vermeidungsverhalten, Numbing, Übererregung)
- Beeinträchtigung zusätzlicher Bereiche wie
 - Regulation von Gefühlen: Emotionen werden als unaushaltbar, unkontrollierbar erlebt und es kommt zu häufigen Gefühlsausbrüchen, zu Phasen der „Gefühllosigkeit“, zu depressiven Episoden sowie zu Selbstverletzung und Suizidgedanken.
 - Veränderungen des Selbstbildes: Die Betroffenen erleben sich als wertlos, minderwertig, schlecht, schuldig und unterlegen. Zudem kommt es zu Schamgefühlen.
 - Störung der Beziehungsgestaltung: Beziehungen können aufgrund von Angst, Misstrauen usw. schwer aufgenommen werden, es können schwer Nähe und Distanz reguliert werden und Beziehungen werden häufig abrupt abgebrochen.
 - Auftreten von Dissoziationen.

Eine weitere diagnostische Einteilung von komplexen Traumafolgestörungen kann in die Gruppe der andauernden Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung im ICD-10 erfolgen. Im DSM findet sich keine diesem entsprechende Kategorie. Im Rahmen von Felduntersuchungen für das DSM-IV wurden der Begriff und die diagnostische Entität der DESNOS („Disorder of Extrem

Stress Not Otherwise Specified“; deutsch: Störung durch Extrembelastung nicht anderweitig bezeichnet) geschaffen. Einen letztendlichen Einzug in das Klassifikationssystem DSM fand diese Diagnose jedoch nicht. Dennoch bezeichnet das, was unter diesem Begriff verwendet wird, sehr gut die komplexe Traumafolgestörung. Aufgrund dessen findet sie im psychiatrischen, psychotherapeutischen Alltag und in der Forschung häufig Verwendung.

Diagnostische Kriterien für **DESNOS** (nach Luxenberg et al. 2001):

- Veränderungen in Affektregulation und mindestens 1 Symptom von Umgang mit Ärger, autodestruktives Verhalten, Suizidalität, Störungen der Sexualität, exzessives Risikoverhalten.
- Amnesien oder transiente dissoziative Episoden und Depersonalisation
- Veränderungen der Selbstwahrnehmung mit mindestens 2 Symptomen von Ineffektivität, Stigmatisierung, Schuldgefühle, Scham, Isolation, Bagatellisierung
- Veränderungen in Beziehungen zu anderen mit mindestens 1 Symptom von Unfähigkeit, zu vertrauen, Reviktimisierung, Viktimisierung anderer
- Somatisierung mit mindestens 2 Symptomen von gastrointestinalen Symptomen, chronischen Schmerzen, kardiopulmonalen Symptomen, Konversionssymptome, sexuellen Symptomen.
- Veränderungen bezüglich der Lebenseinstellungen mit Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit oder/und Verlust früherer stützender Grundüberzeugungen.
- Je früher es im Leben eines Menschen zu Traumatisierungen kommt und je länger diese bestehen, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich ein DESNOS ausprägt
- (Pelcovitz et al. 1997).

Auf jeden Fall ist bei dem Verdacht auf eine (komplexe) PTBS und/oder eine andere psychische Erkrankung eine fundierte diagnostische Abklärung durch einen qualifizierte Fachkraft, am besten mit guter traumatherapeutischer Erfahrung und Qualifikation, durchzuführen.

In den Vereinigten Staaten von Amerika werden psychische Erkrankungen nach dem Klassifikationssystem **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)**; deutsch: „Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen“), herausgegeben von der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (American Psychiatric Association, APA), eingeteilt. 2013 wurde eine neu überarbeitete 5. Auflage (deshalb DSM-5) veröffentlicht.

In der zuvor, seit 1994 gültigen Version, dem DSM-IV, war die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung den Angststörungen zugeordnet und es wurden folgende Kriterien gefordert:

- erleben oder beobachten eines traumatischen Ereignisses mit möglicher oder realer Todesgefahr, ernsthafter Verletzung, Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder anderen (sogenanntes **A1-Kriterium**, oder objektives Charakteristikum).
- Reaktion mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit, Schrecken auf dieses Ereignis (sogenanntes **A2-Kriterium**, oder subjektives Charakteristikum).
- **Wiedererleben** (mindestens 1 Symptom von Intrusionen, belastende (Alp-)Träume, Flashbacks, Belastung durch Auslöser, physiologische Reaktion auf Erinnerungen).
- **Vermeidung** (mindestens 3 Symptome von Vermeidung von bestimmten Gedanken/Gefühlen, Vermeidung von bestimmten Aktivitäten/Situationen, Amnesien, Vermeidung von bestimmten Interessen, Entfremdungsgefühl, eingeschränkter Affektspielraum).
- **Übererregung** (mindestens 2 Symptome von Ein-/Durchschlafstörungen, erhöhte Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, übergroße Schreckhaftigkeit).
- **Zeitkriterium**: Dauer der obigen Symptome für mindestens 4 Wochen.
- (DSM-IV-TR, Saß et al. 1996)

In der neuen Version, dem DSM-5 (jetzt mit arabischer und nicht mehr römischer Ziffer) von 2013, gab es einige kleine, aber wichtige Veränderungen.

Erstens wurde die PTBS nicht mehr den Angststörungen zugeordnet, sondern es wurde eine eigene **Gruppe für trauma- und stressbezogene Störungen** geschaffen. In diese Gruppe gehören nun neben der posttraumatischen Belastungsstörung auch die akute Belastungsreaktion und die Anpassungsstörung. Die beiden Letztgenannten stellen Reaktionen auf schwere Belastungen dar, welche unterschiedliche Symptome (z. B. depressive Stimmung, Angst, Flashbacks) zeigen, die jedoch nach 1 Monat (akute Belastungsreaktion) bzw. nach 6 Monaten (Anpassungsstörung) wieder verschwinden.

Zweitens wurde das A2-Kriterium, also die subjektive Reaktion mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken auf das traumatische Ereignis aufgegeben. Durch diese Entscheidung hat die amerikanische psychiatrische Gesellschaft als Herausgeber des DSM-5 die diagnostischen Kriterien der PTBS ein großes Stück der Realität der Betroffenen angepasst. Sehr häufig ist die traumatische Situation so überwältigend, dass es durch diese deutliche Überforderung eben nicht zu einer emotionalen Reaktion kommt. Die Psyche der Betroffenen ist derart überfordert, dass die potenziell erlebten Emotionen unaushaltbar wären und somit jegliche Emotion „abgestellt“ wird. Man könnte sagen, dass das „Nicht-Gefühl“ als Reaktion eine Steigerung der intensiven Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken darstellt.

Leider wurde im DSM-5 keine eigene Diagnose für die komplexe posttraumatische Belastungsstörung geschaffen. Die Hoffnungen auf eine solche Diagnose liegen nun auf der Neuversion des ICD, welche voraussichtlich 2018 von der WHO verabschiedet werden wird.

2.5 Was ist wie häufig? – Epidemiologie der PTBS

Die Wahrscheinlichkeit, dass man in Deutschland Opfer einer Traumatisierung wird, ist gar nicht so niedrig, wie vielleicht vermutet wird. Zwischen einem Viertel und einem Drittel aller in Deutschland lebenden Menschen erleben mindestens ein Trauma im Laufe ihres Lebens (Maercker et al. 1998). In den Vereinigten Staaten von Amerika ist die Zahl noch deutlich höher, hier erleben ca. 60 % aller Menschen mindestens ein Trauma im Lauf ihres Lebens. Von diesen 60 % erkranken nur ca. 8 % der Männer und 20 % der Frauen an einer PTBS (Kessler et al. 1995).

Nach einer Studie von Kessler et. al aus dem Jahre 1995 waren von den 5877 Probanden 9,2 % der Frauen und 0,7 % der Männer Opfer einer Vergewaltigung. Davon zeigten 45 % der Frauen und 65 % der Männer das Bild einer PTBS. Des Weiteren erlebten 12,3 % (Frauen), bzw. 2,8 % (Männer) einen sexuellen Missbrauch in der Kindheit. Hiervon entwickelten 26,5 % (Frauen), bzw. 12,2 % (Männer) eine PTBS. Ebenso zeigten diejenigen, welche in der Kindheit Vernachlässigung erlebten (3,4 % der Frauen; 2,1 % der Männer) zu 19,7 % (Frauen)/23,9 % (Männer) eine PTBS. Diejenigen, welche körperliche Gewalt erlebten (11,1 % Männer; 6,9 % Frauen), entwickelten zu 1,8 % (Männer), bzw. zu 21,3 % (Frauen) eine PTBS. Gewaltandrohung mit einer Waffe erlebten 19,0 % der Männer und 6,8 % der Frauen. Hiervon entwickelten 32,6 % der Frauen und 1,9 % der Männer eine PTBS.

Ob es nach einer traumatischen Erfahrung zur Entwicklung einer PTBS kommt oder nicht, hängt von vielen Faktoren ab, einer davon ist die Art des Traumas.

- Nach einer Vergewaltigung kommt es bei 50 bis 80 % der Betroffenen zu einer PTBS.
- Nach einem Gewaltverbrechen nicht-sexueller Art entwickeln ca. 25 % eine PTBS.
- Opfer von Krieg, Vertreibung und Folter zeigen in ca. 50 bis 70 % der Fälle eine PTBS.
- 15 % bis 39 % der Opfer eines Verkehrsunfalls bilden Symptome einer PTBS aus.

- Menschen, welche an schweren körperlichen Erkrankungen (z. B. Krebserkrankung, Herzinfarkt) leiden, zeigen auch in ca. 10 % der Fälle das Bild einer PTBS.
- (Siol et al. 2001; Yule 2001; Perkonig et al. 2000)

Zeuge einer traumatischen Situation zu werden oder von einem traumatischen Ereignis zu erfahren, kann auch zur Ausbildung einer PTBS führen.

In einer Untersuchung von Breslau et al. aus dem Jahre 1998 (insgesamt 2181 Probanden) gaben 40,1 % (Männer) bzw. 18,6 % (Frauen) an, Zeuge eines Unfalls oder einer Gewalttat geworden zu sein. Hiervon erfüllten 9,1 % (Männer)/2,8 % (Frauen) die Kriterien einer PTBS. Von einem traumatischen Erlebnis erfahren zu haben, gaben 61,8 % der Frauen und 63,1 % der Männer an, davon litten wiederum 1,4 % der Männer und 3,2 % der Frauen unter den Symptomen einer PTBS. Des Weiteren wurden die Probanden befragt, ob es einen plötzlichen und unerwarteten Tod einer wichtigen Bezugsperson gab (63,1 % der Männer und 61,8 % der Frauen). Betroffene hiervon erfüllten zu 12,6 % (Männer) und zu 16,2 % (Frauen) die Kriterien der PTBS.

Wenn man sich ansieht, wie viele Menschen in Deutschland an einer PTBS leiden, so zeigt sich, dass dies ca. 1,5 bis 2 % der Allgemeinbevölkerung sind. Die Anzahl derer, welche PTBS-ähnliche Symptome (also jene, die ein subsyndromales Krankheitsbild haben), aber nicht das Vollbild einer PTBS haben, dürfte wesentlich höher sein. Sowohl ein subsyndromales Krankheitsbild, als auch die PTBS haben eine sehr hohe Tendenz zur Chronifizierung, sprich, die Beschwerden bleiben, wenn sie unbehandelt sind, unverändert bestehen oder verstärken sich.

In einer US-amerikanischen Untersuchung aus dem Jahre 1995 wurden Betroffene einer PTBS über mehr als 10 Jahre in ihrem Krankheitsverlauf beobachtet. Bei der gesamten beobachteten Gruppe wurden keine therapeutischen Interventionen durchgeführt. Nur ein Drittel der beobachteten Menschen zeigte eine deutliche Symptombesserung nach 12 Monaten. Die beiden anderen Drittel hatten nach einem und fünf Jahren weiterhin Symptome einer PTBS. Ein Drittel der Betroffenen hatte sogar nach 10 Jahren noch deutliche Symptome, welche sie in ihrem Alltag einschränkten (Kessler et al. 1995).

2.6 Die Geschichte der PTBS als Diagnose

Die Geschichte der Posttraumatischen Belastungsstörung als Diagnose ist, im Vergleich mit manch anderen Diagnosen wie z. B. der Depression, eine relativ junge Geschichte und dies, obwohl es sie wohl gegeben hat, seit es Menschen gibt, welche in traumatische Situationen kommen können.

Josef Breuer und Sigmund Freud beschrieben in ihrer Veröffentlichung „Studien über die Hysterie“, 1895 eine Unterklassifizierung der hysterischen Erkrankung, welche die Spätfolgen einer Traumatisierung darstellt. Der deutsche Psychiater Emil Kraepelin, welcher die Grundlagen für die heutige Klassifizierung psychischer Erkrankungen schuf, beschrieb die Symptome, welche nach schweren Unfällen, vor allem Eisenbahnunfällen, auftraten, als Schreckneurose. Die ersten Untersuchungen einer PTBS aus wissenschaftlicher Sicht wurden bei Überlebenden von schweren Eisenbahnunfällen durchgeführt (sogenanntes „railway spine syndrome“).

Während und nach dem Ersten Weltkrieg zeigten zurückgekehrte Soldaten Symptome einer PTBS. Die Betroffenen wurden als „Kriegszitterer“ bezeichnet. Nach dem Zweiten Weltkrieg zeigten die heimgekehrten Soldaten ebenfalls PTBS-typische Symptome.

William G. Niederland, ein niederländischer Psychiater, beschrieb die psychischen Folgen der KZ-Inhaftierten und Verfolgten des nationalsozialistischen Regimes als Überlebenden-Syndrom (Niederland 1980).

Bei vielen Veteranen aus dem Vietnamkrieg zeigten sich dieselben Symptome wie bei den Soldaten nach dem Ersten und Zweiten Weltkrieg. Dies war der Anlass für eine genauere Erforschung der PTBS. Judith Lewis Herman, eine US-amerikanische Psychologin, schuf letztendlich den Begriff der (komplexen) PTBS, nachdem sie lange mit Veteranen des Vietnamkriegs gearbeitet hatte. 1992 veröffentlichte sie ihr Buch „Trauma and Recovery“, in den Vereinigten Staaten, in dem sie über therapeutische Arbeit mit traumatisierten Kriegsveteranen schreibt.

In ein diagnostisches Manual – d. h. in das US-amerikanische DSM-III – wurde die PTBS erstmalig 1980 aufgenommen. Dies markiert auch den Zeitpunkt, ab dem die PTBS immer mehr Aufmerksamkeit erhielt. Die Forschungsarbeiten und die Veröffentlichungen stiegen in den letzten 25 Jahren deutlich an.

In das Klassifikationssystem der WHO, das ICD, wurde die PTBS erst 1991, mit Veröffentlichung der 10. Version, aufgenommen.

Friedmann et al. veröffentlichten 2007 mit dem „Handbook of PTSD: Science and Practice“ das erste Kompendium, welches sich ausschließlich mit der PTBS beschäftigt.

Der Begriff Trauma wurde originär für körperliche Verletzungen verwendet. Erst ab 1880 wurde diese Bezeichnung auch zunehmend für psychische Verletzungen verwendet.

Literatur

-
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (5. Aufl.). Bern: Huber.
- Friedmann, M.J., Keane, T.M., & Resick, P.A. (2007). *Handbook of PTSD: Science and Practice*. New York: Guilford Press.
- Judith Lewis Herman, J. L (1992). *Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence from Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Crossroad.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048–1060.
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., & van der Kolk, B.A. (2001). Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment. *Directions in Psychiatry*, 21, 373–415.
- Maercker, A. (1998). Kohärenzsinn und persönliche Reifung als salutogenetische Variablen. In Margraf, J., Neumer, S., & Siegrist, J. (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 187–199). Berlin: Springer.
- Niederland, W. G. (1980). *Folgen der Verfolgung: Das Überlebenden-Syndrom, Seelenmord*. Frankfurt/M.: Suhrkamp-Verlag.
- Pelcovitz, D., Van der Kolk, B.A., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10(1), 3–16.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 46–59.
- Saß, H., et al. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen*. Göttingen: DSM-IV.
- Siol, T., Flatten, G., & Wöller, W. (2001). Epidemiologie und Komorbidität der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Flatten, G., Galley, N., Hofmann, A., Liebermann, P., Petzold, E.R., Siol, T., & Wöller, W. (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinie und Quellentext* (S. 41–58). Stuttgart: Schattauer.
- Yule, W. (2001). Posttraumatic stress disorder in the general population and in children. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl 17), 23–28l

Trauma und Traumafolgestörung
In Medien, Management und Öffentlichkeit
Pausch, M.J.; Matten, S.J.
2018, XI, 116 S., Softcover
ISBN: 978-3-658-17885-7