

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNGEN WISSENSCHAFTLICH GESEHEN

Diagnose – Differenzialdiagnose – Klassifikation – Ätiopathogenese- Therapie

Posttraumatische Belastungsstörungen, d. h. eine seelische Verwundung nach Extremlastung sind so alt wie die Menschheit. Früher wurden sie jedoch nicht akzeptiert, ja als Schwäche lächerlich gemacht oder als Simulation verdächtigt. Heute weiß man, dass sie nicht nur ein seelisches oder psychosoziales Phänomen sind, sondern mit biologischen Veränderungen von Gehirn-Struktur und -Funktion einhergehen. Deshalb stellen sich die Fragen:

Wie definiert und klassifiziert man heute posttraumatische Belastungsstörungen? Wie häufig sind sie und zwar unterteilt nach Alter (eine bis vor kurzem völlig vernachlässigte Forschungs-Aufgabe) und Geschlecht? Vor allem aber nach Ursachen: Kriegshandlungen, Flucht, Vertreibung, Gefangenschaft, Geiselnahme u. a. Oder zivil: Vergewaltigung, Kindesmissbrauch, Unfall, Krankheit usw. Oder durch technische bzw. Natur-Katastrophen.

Wichtig, dabei weitgehend unterschätzt, was seelische, geistige, psychosoziale, psychosomatisch interpretierbare und körperliche Folgen anbelangt: das Beschwerdebild. Vielleicht sogar in Kombination mit einer anderen seelischen Krankheit (Stichwort: Ko-Morbidität).

Und schließlich: was kann man tun? Welche psychotherapeutischen, soziotherapeutischen, ggf. pharmakotherapeutischen Möglichkeiten gibt es, einschließlich Grenzen oder gar Gefahren?

Dazu ein komprimierter Beitrag in Ergänzung zu bereits vorliegenden Hinweisen in dieser Serie, diesmal aus spezifisch-wissenschaftlicher Sicht.

Erwähnte Fachbegriffe:

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) – posttraumatische Belastungsreaktion – post-traumatic stress disorder (PTSD) – Trauma – seelische

Verwundung – Extrembelastung – „railway spine syndrome“ – „Schreckneurose“ – „Kriegsneurose“ – „Granatenschock“ – „Überlebenden-Syndrom“ – „Kriegszitterer“ – „Kompensations-Neurose“ – „Rückenmarks-Irritation infolge heftiger Stoß-Verletzungen“ – „Traumatische Neurose“ – „Willenskrankheit“ – „Renten-Neurose“ – Vulnerabilitäts-Theorien – Simulations-Theorien – Naturkatastrophen: Erdbeben, Vulkan-Ausbrüche, Groß-Brände, Damnbrüche, Lawinen, Wirbelstürme, Tsunamis u. a. – technische Katastrophen – individuelle Gewalteinwirkung: Überfall, Entführung, Vergewaltigung, sexueller Missbrauch u. a. – familiäre Real-Traumatisierung – „rape trauma syndrome“ – „battered child syndrome“ – „broken home syndrome“ – somatopsychische Störung – psychosomatische Störung – posttraumatische Belastungsstörung und Gehirnstruktur – posttraumatische Belastungsstörung und Gehirnstoffwechsel – Traumatisierungs-Klassifikationen – frühe Traumatisierungen – direkte Traumatisierung – indirekte Traumatisierung – komplexe Traumata – familiäre Traumatisierung – außer-familiäre Traumatisierung – Typ I-Traumata – Typ II-Traumata – kurz dauernde heftige Traumatisierung – komplexe lang andauernde Traumatisierung – Typ I-Traumatisierung: Naturereignisse, technische Katastrophen, Unfälle, Raubüberfälle, plötzlicher Tod nahe stehender Menschen u. a. – Typ II-Traumatisierung: politische Haft, Geiselhäft, Kriegsgefangenschaft, Folter, KZ-Haft, Flucht, wiederholte sexuelle Gewalt, Kindesmissbrauch u. a. – posttraumatische Belastungsstörung nach WHO in der ICD-10 – posttraumatische Belastungsstörung nach APA in der DSM-IV-TR – akute Belastungsreaktionen – Anpassungsstörungen – Beschwerdebild der posttraumatischen Belastungsstörung – diagnostische Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung – Viktimisierung – Re-Viktimisierung – Häufigkeit von posttraumatischen Belastungsstörungen – kriegs-bezogene Traumen – Zivil-Traumen – geschlechtsspezifische Unterschiede – alters-bezogene Unterschiede – Generationen-Unterschiede – Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung – partielle Belastungsstörung – Mehrfach-Traumatisierung – Traumatisierungs-Mess-Instrumente – posttraumatic symptoms scale (PSS) – modifizierte PTSD-Symptom-Skala nach Breslau – traumatische Lebenserfahrung – Kriegs-Veteranen-Symptome – Zivil-Opfer-Symptome – Ko-Morbidität – posttraumatische Belastungsstörungen mit anderen seelischen Störungen – Vorbeugungs-(Präventions)-Maßnahmen – Rehabilitation – Reintegration – Psychotrauma-Therapie – Debriefing – Stabilisierungs-Techniken – Trauma-Bearbeitung – psychosoziale Reintegration – EMDR – kognitiv-behaviorale Therapie – Suizidalität bei posttraumatischer Belastungsstörung – Psychotherapie bei posttraumatischer Belastungsstörung – Pharmakotherapie posttraumatischer Belastungsstörungen: Antidepressiva, Neuroleptika, Tranquilizer, Antikonvulsiva u. a.

In den Jahrtausenden der Menschheits-Geschichte gab es Millionen Erdenbürger, die von einem besonders harten Schicksal betroffen wurden. Und es gibt sie selbstverständlich noch heute – und wird sie immer geben.

Früher musste man es jedoch schicksalhaft hinnehmen, musste Trauer, Schmerz, seelisches und körperliches Leid ertragen lernen. Und ob einem Trost, Hilfe oder Gerechtigkeit zuteil wurde, es war sehr unterschiedlich verteilt. Heute ist es zwar nicht viel anders, dafür bietet sich ein neuer Gesichtspunkt an: die wissenschaftliche Aufarbeitung solcher Extrembelastungen und ihrer seelischen, geistigen, körperlichen und psychosozialen Folgen.

Das mag sich zwar für das einzelne Opfer nicht allzu segensreich auswirken, wird mancher denken, und dabei hat er natürlich Recht. Andererseits kann man es aber als Fortschritt werten, wenn das Leid plötzlich wissenschaftlich erforscht wird. Denn zum einen gerät es damit eher in das Bewusstsein der Allgemeinheit und könnte deshalb im Einzelfall auch mehr Unterstützung mobilisieren. Zum anderen zeichnen sich dabei auch konkrete Hilfsmaßnahmen ab, sicher nicht für die Mehrzahl der Betroffenen, das wäre so oder so eine Illusion, aber für eine wachsende Zahl der Opfer. Diejenigen also – sie dürften zumeist der westlichen Welt angehören –, die in den Genuss konkreter diagnostischer, differenzialdiagnostischer, therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen kommen, haben dann doch eine bessere Chance, damit fertig zu werden (Stichworte: erkennen – verstehen – unterscheiden lernen – handeln – verhüten – nachbetreuen).

Nachfolgend deshalb der Versuch, in einer kurzen Übersicht das zu schildern, was man heute eine *posttraumatische Belastungsstörung* nennt (lat.: post = danach, griech.: trauma = Verwundung, in diesem Fall eine seelische Verwundung mit psychosozialen Folgen). Zuerst jedoch einige historische Aspekte zum besseren Verständnis:

ZUR GESCHICHTE DER POSTTRAUMATISCHEN BELASTUNGSSTÖRUNGEN

Dass sich schon frühere Generationen zu den seelischen, körperlichen und psychosozialen Konsequenzen von Extrembelastungen in jeder Form Gedanken gemacht haben, versteht sich von selber. Sicher wurde im Einzelfall auch konkrete Hilfe geleistet, die unseren modernen Methoden in nichts nachstehen dürften. Das aber waren wohl Einzelfälle, die überwiegende Mehrzahl war zu ihrem Leiden verdammt – ohne Verständnis, Schutz, Unterstützung, konkrete Hilfe, und das zumeist bis zum bitteren Ende.

Das dürfte – wie erwähnt – auch heute die unerbittliche Regel sein. Aber es tut sich etwas. Erste wissenschaftliche Überlegungen, Untersuchungen und gezielte Empfehlungen, entsprechend publiziert und damit auch der (vor allem fachlichen) Allgemeinheit zugänglich, finden sich Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts. Sie konzentrieren sich vor allem auf die kognitiven (geistig-seelischen) und körperlichen (insbesondere psychosomatischen) Folgen nach entsprechenden Extrembelastungen. Kernpunkt solcher Untersu-

chungen waren in der Mehrzahl die Unfallopfer schwerer Eisenbahn-Unglücksfälle, insbesondere in den angelsächsischen Ländern („railway spine syndrome“), die Soldaten der beiden Weltkriege und die Holocaust-Überlebenden. Dabei wurden Fachbegriffe vorgeschlagen, die dem Schwerpunkt der jeweiligen Studien entsprachen. Beispiele: „Schreckneurose“, „Kriegsneurose“, „Granatenschock“, „Überlebenden-Syndrom“ u. a.

Lange, erstaunlich und eigentlich auch unverständlich lange hielt dabei die wissenschaftliche Diskussion an, ob das belastende Ereignis wirklich die wesentliche Ursache des Beschwerdebildes sei – oder wahrscheinlich nicht. Die Dispute kreisten um vielerlei mögliche Ursachen, je nach Einstellung der überwiegend wissenschaftlich orientierten und weniger an der „Front des Alltags“ tätigen Autoren. Einen bedeutsamen Anteil nahmen organische (körperlich bedingte) Aspekte ein. Noch häufiger aber war es der Verdacht auf Simulation (bewusste Vortäuschung seelischer und körperlicher Symptome) bzw. der Wunsch nach finanzieller Kompensation (deshalb auch als „Kompensations-Neurose“ bezeichnet). Am häufigsten aber nahm man vorbestehende seelische Störungen an, also einen seelisch-körperlichen Schwachpunkt, der durch das belastende Ereignis gleichsam ausgeklinkt und danach nicht mehr rückbildungsfähig wurde. Dabei gab es interessanterweise nicht nur unterschiedliche Meinungsbilder je nach ärztlich-psychologischer Untersucher, sondern auch nach Nation, was vor allem die Zahl der von der Kriegsfront vorzeitig zurückgezogenen Soldaten je nach Armee erklärt.

Um zu zeigen, wie sich die Erklärungs-Modelle im Verlauf von mehr als 100 Jahren entwickelten, einige historische Stichworte:

Bei den erwähnten Eisenbahnunfällen diskutierte man eine „Rückenmarks-Irritation in Folge heftiger Stoßverletzungen“ (J. E. Erichsen, 1866). Zur gleichen Zeit kamen aber auch psychologische Ursachen ins Gespräch, gleichsam „nervöse Gründe“, wobei man auch an hysterische Aspekte dachte (H. Page, 1885). Immerhin gab es schon in dieser Zeit Überlegungen, dass sich die Opfer eine „mikrostrukturelle Schädigung des Gehirns“ zugezogen haben könnten, was sich dann als „traumatische Neurose“ niederschlug (H. Oppenheim, 1889).

Diese, durchaus den heutigen Erkenntnissen nahe kommenden Überlegungen, wurden aber während des Ersten Weltkrieges wieder verworfen. Das hatte nicht nur erkenntnis-theoretische, sondern auch militär-strategische Gründe, was sich dann in den eher abschätzigen Diagnosen „Kriegszitterer“, „Willens-Krankheit“ oder „Renten-Neurose“ niederschlug (R. Gaupp, 1916, M. Nonne, 1916).

Das wurde erst wieder anders, als sich die psychologischen, konkret: neurosen-psychologischen bzw. psychodynamischen Erkenntnisse anbahnten, die unser heutiges Verständnis lange Zeit prägten, verbunden mit dem Namen berühmter Ärzte wie J. M. Charcot, P. Janet und S. Freud. Vor allem Sigmund

Freud (1896) leitete mit seinem „Modell der unerträglichen Situation“ eine Akzent-Verschiebung ein, die besonders der innerseelischen (Fachbegriff: intrapsychischen) Realität mehr Aufmerksamkeit schenkte. Dort ging es aber vor allem um so genannte „inakzeptable Wünsche“, die das psychogene (seelisch ausgelöste) Beschwerdebild lenkten sollten, wobei die reale Traumatisierung in den Hintergrund geriet.

Das fand endlich seine adäquate Berücksichtigung in den militär-psychologischen bzw. -psychiatrischen Untersuchungen, insbesondere der US-amerikanischen Ärzte und Psychologen, die sich erstmals konsequent der Nöte ihrer Soldaten in Korea und noch ausgeprägter dann im Vietnam-Krieg widmeten.

Wissenschaftlich gesprochen kam es zu einem „Umdenken“ von den Vulnerabilitäts-Theorien (besondere Verwundbarkeit in seelischer Hinsicht) oder gar Simulations-Theorien (s. o.) zu den modernen Überlegungen, Ergebnissen und Konsequenzen (s. u.). Dabei wurden – vor allem in den USA in den 70er Jahren – endlich auch Ähnlichkeiten hinsichtlich der psychosozialen Folgen zwischen kriegerischen Auseinandersetzungen und entsprechender Belastungen im Zivilleben akzeptiert. Und die lauteten nicht nur: Naturkatastrophen wie Erdbeben, Vulkan-Ausbrüche, Großbrände, Dammbürche, Lawinen, Wirbelstürme sowie technische Katastrophen in jeglicher Form, sondern auch individuelle Gewalteinwirkungen, d. h. Überfall, Entführung, Vergewaltigung, sexueller Missbrauch usw. Dabei ging es vor allem um so genannte familiäre Real-Traumatisierungen (Stichworte in der angelsächsischen Literatur: „rape trauma syndrome“, „battered child syndrome“, „broken home syndrome“ usf.).

Es sollte aber noch einige Zeit wissenschaftlicher Dispute vergehen, bis es schließlich die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) war, die die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ erstmals in ihr Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM) aufnahm (1980, in der deutschen Ausgabe des DSM-III 1984).

Posttraumatische Belastungsstörungen als somatopsychische Störungen

Zur Frage: Was sind nun eigentlich posttraumatische Belastungsstörungen, seelisch, körperlich und psychosozial gesehen, sind wir aber noch nicht am Ende der wissenschaftlichen Diskussion. Heute werden sie immerhin als *somatopsychische Störungen* verstanden.

Zum Verständnis dieses Fachbegriffs sei auf einen anderen verwiesen, nämlich die *psychosomatischen Störungen*. Dabei handelt es sich um unverarbeitete seelische (psychische) Probleme, die sich dann somatisch (körperlich) äußern. Beispiele: Atemnot ohne Lungenkrankheit, Herzschmerzen ohne Herz-

leiden, Magen-Darm-Beschwerden ohne Entzündung oder Geschwüre u. ä.
Kurz: psycho → somatisch.

Bei den *somatopsychischen Störungen* ist es genau umgekehrt. Hier sind es somatische (körperliche) Einflüsse, die zu einem seelischen (psychischen) Beschwerdebild führt. Nun muss man dabei aber an eine Besonderheit denken: Bei der posttraumatischen Belastungsstörung handelt es sich möglicherweise auch um körperliche Folgen (z. B. sichtbare Verletzungen), im Wesentlichen oder gar ausschließlich aber um seelisch-geistige Einflüsse, bei denen – populär gesprochen – weder Blut fließt noch eine sichtbare Schädigung zu erkennen ist. Warum also somatisch (= körperlich)? Weil das Extrem-Ereignis im Gehirn nachweisbare Folgen hinterlässt, wie die heutigen technischen Möglichkeiten (Stichwort: bildgebende Verfahren) sowohl strukturell (Gehirnstruktur) als auch psychophysiologisch (Gehirnstoffwechsel) mit entsprechenden Funktionsstörungen nahelegen – beweisbar. Dabei scheinen einige spezielle Gehirnstrukturen besonders betroffen zu sein (Stichworte: Amygdala, Hippocampus, limbisches System, orbitofrontale kortikale Areale u. a.). Einzelheiten dazu siehe später bzw. vor allem die entsprechende Fachliteratur.

Auch genetische Wurzeln bei posttraumatischer Belastungsstörung?

Natürlich diskutiert die Wissenschaft auch die Frage, ob es genetisch (also erblich) bedingte Ursachen gibt, die dann zumindest partiell darüber (mit-)entscheiden, ob und wie heftig mit einer posttraumatischen Belastungsstörung zu rechnen ist. Denn eines fällt natürlich seit jeher auf: Selbst unter vergleichbaren Extrem-Belastungen reagiert nicht jeder gleich.

In der Tat gibt es Hinweise darauf, dass die unterschiedliche Anfälligkeit offensichtlich durch genetisch bedingte Veränderungen z. T. mit-erklärt werden könnte. Diskutiert wird in der Fachwelt eine so genannte Glukokortikoid-Rezeptor-Sensitivität. Dadurch sollen Traumata vor allem im Kindesalter zu Anpassungsstörungen im Bereich der so genannten Hypophysen-Nebennieren-Achse führen. Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur.

Neben den neuro- und psycho-physiologischen bzw. -strukturellen Überlegungen, Modellen und inzwischen realen Erkenntnissen gab und gibt es aber auch verschiedene Klassifikations-Vorschläge. Hier ist das Spektrum besonders reichhaltig:

- Dabei lassen sich beispielsweise frühere Traumatisierungen während Kindheit und Jugend von späteren Traumatisierungen nach Abschluss der Persönlichkeits-Entwicklung abgrenzen.
- Oder direkte Traumatisierungen, die das Opfer selber betreffen von einer indirekten Traumatisierung, bei der andere Personen beteiligt sind, das

Trauma-Opfer aber als Helfer oder Zeuge diese Extrembelastung nicht zu verkraften vermag.

- Oder komplexe Traumata versus singuläre (spezifische, einmalige) Traumata.
- Oder familiäre und außer-familiäre Traumatisierungen.
- Schließlich eine häufig verwendete Einteilung nach Typ I-Traumata (kurz dauernde heftige) und Typ II-Traumata (komplexe, lang andauernde Traumatisierungen).

Trauma-Typisierung nach entsprechenden Trauma-Ereignissen

- **Typ I:** kurzfristig, unerwartet und heftig. Beispiele: Naturereignisse, technische Katastrophen, Unfälle, vorsätzliche Übergriffe wie Raubüberfälle, plötzlicher Tod von nahe stehenden Menschen u. a.
- **Typ II:** anhaltend, wiederholt und komplex. Beispiele: politische Haft, Geiselnhaft, Kriegsgefangenschaft, Folter, KZ-Haft, Flucht, wiederholte sexuelle Gewalt wie Kindesmissbrauch u. ä.

Nach L. C. Terr, 1991

Wie werden nun posttraumatische Belastungsstörungen definiert und klassifiziert? Nachfolgend die wichtigsten Aspekte, wie sie augenblicklich gelten (wobei ständige Überarbeitungen und damit neue klassifikatorische Vorschläge anstehen, auch hier):

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNGEN – WAS SIND DAS?

Wie in dieser Serie immer wieder erläutert, wird die „psychiatrische Welt heute“, d. h. ihre Denk- und Handlungsweisen, ihre Klassifikationen, Definitionen und aetiopathogenetischen Erkenntnisse (Ursache und Verlauf) von zwei großen Institutionen geprägt: Das eine ist die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrer Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10, das andere die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung (APA) mit ihrem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen – DSM-IV-TR. Beide bieten zwar nicht immer deckungsgleiche Angaben zu den erwähnten Aspekten, liegen aber im Allgemeinen auch nicht weit auseinander und nä-

hern sich zudem immer mehr einander an. Die ICD-10 gilt als verpflichtend für die Klassifikation im deutschsprachigen Bereich (und im Übrigen auch in der Mehrzahl der anderen Nationen), das DSM-IV-TR dominiert vor allem in den USA und gewinnt insbesondere in wissenschaftlicher Hinsicht auch generell immer mehr Bedeutung.

Im vorliegenden Fall nutzen wir der Einfachheit halber die klinisch-diagnostischen Leitlinien der WHO mit ihrer ICD-10 und führen die Besonderheiten der APA nur cursorisch an. Im Einzelnen:

Die diagnostischen Aspekte der posttraumatischen Belastungsstörungen nach ICD-10

In dem Kapitel *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* (Belastungs- und Anpassungsstörung F43) differenziert man in akute Belastungsreaktionen, posttraumatische Belastungsstörungen sowie Anpassungsstörungen.

- Die **akuten Belastungsreaktionen** gehen auf eine vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad zurück, die sich aufgrund einer außergewöhnlichen körperlichen und / oder seelischen Belastung entwickelt. Das kann jeden treffen, also sowohl psychisch bereits Vorbelastete, als auch seelisch nicht gestörte Mitmenschen.

Das auslösende Ereignis – so die Hinweise der ICD-10 – kann ein überwältigendes traumatisches Erlebnis mit einer ernsthaften Bedrohung für die Sicherheit und/oder körperlichen Unversehrtheit des Betroffenen oder auch „nur“ einer anderen (vor allem nahe stehenden) Person sein. Beispiele: Naturkatastrophe, Unfall, Kriegereignisse, Verbrechen, Vergewaltigung u. a. Oder eine ungewöhnlich plötzliche und bedrohliche Veränderung im zwischenmenschlichen Bereich. Beispiele: Todesfall, Unfall, Hausbrand u. ä.

Das Risiko, in eine solche Störung hineinzugeraten, ist natürlich bei bereits vorbestehender körperlicher Erschöpfung oder wenn bestimmte organische Beeinträchtigungen belasten ausgeprägter; dies vor allem im höheren Lebensalter. Dabei spielen insbesondere die individuelle seelisch-körperliche Stabilität oder Labilität eine große Rolle (Fachbegriffe: Vulnerabilität = Verletzbarkeit /Verletzlichkeit sowie entsprechende Coping-Strategien = Bewältigungsmechanismen).

Dies wird schon dadurch deutlich, dass nicht jeder, den eine außergewöhnliche Belastung getroffen hat, eine solche Störung entwickelt. Deshalb sind auch die Krankheitszeichen sehr unterschiedlich ausgeprägt, allerdings mehr bezüglich ihres Schweregrades, weniger was die zu erduldenen Symptome generell anbelangt. Beispiele: eine gewisse Bewusstseins-Einengung im Sinne einer „Betäubung“ mit eingeschränkter Aufmerksamkeit, der Unfähigkeit, die

Umgebungsreize so zu verarbeiten wie bisher, ggf. bis hin zu Orientierungsstörungen usw. Meist sind vegetative Angst-Reaktionen zu ertragen, d. h. Herzrasen, Schweißausbrüche, Erröten, weiche Knie oder Beine u. a. Einzelheiten dazu siehe später.

Das Beschwerdebild tritt innerhalb kurzer Zeit nach dem belastenden Ereignis auf und geht in der Regel nach zwei oder drei Tagen, oft schon nach Stunden, wieder zurück. Manchmal findet sich auch eine teilweise oder vollständige Erinnerungslosigkeit (Fachbegriff: Amnesie).

Nach der anfänglichen Belastungsreaktion (s. o.) kann es aber auch zu Trauer, depressiven Zuständen, Furcht-Reaktionen, Verzweiflung, zu Reizbarkeit, Ärger oder Aggressivität, im psycho-motorischen (Bewegungs-)Bereich ggf. zu fahriger Überaktivität oder stumpfem Rückzug mit Isolationsneigung kommen.

- **Posttraumatische Belastungsstörungen** entstehen durch eine verzögerte oder verlängerte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung bzw. katastrophentypigen Ausmaßes, das bei fast jedem eine tiefe Verunsicherung oder gar Verstörung provozieren würde. Dazu gehören einerseits die Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophen. Zum anderen Kampfhandlungen, Folter, Terrorismus, Vergewaltigung oder andere Verbrechen.

Betroffen sein kann jeder, ob von stabiler oder labiler Persönlichkeitsstruktur, das hängt wiederum von vielen Faktoren ab (nicht zuletzt vom Schweregrad des Ereignisses). Bestimmte Persönlichkeitszüge können die Schwelle für die Entwicklung eines solchen Beschwerdebildes senken, das Leiden verstärken und den Verlauf verlängern. Beispiele: asthenisch, d. h. „schwächlich“, von rascher Ermüdbarkeit oder gar Kraftlosigkeit, auf jeden Fall unfähig zu großen seelischen oder geistigen Anstrengungen u. a. Ähnliches gilt für eine zwanghafte Wesenart. Entscheidend sind diese Faktoren aber zumeist nicht, so die Experten nach der derzeitigen Erkenntnislage.

Typisch für posttraumatische Belastungsstörungen sind die sich immer wieder aufdrängenden Erinnerungen bzw. das traumatische Wiedererleben (Nachhall-Erinnerungen, flash-backs), ja Alpträume oder ein andauerndes Gefühl von „Betäubung“, wenn nicht gemütsmäßiger Dumpfheit bzw. Abgestumpftheit. Das wird oft voreilig als Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen interpretiert, ja als kalte, wenn nicht rücksichtslose Teilnahmslosigkeit. Dies pflegt dann – besonders wenn man nicht weiß, woher diese für andere ernüchternde Einstellung kommt – nachhaltige Konsequenzen im Alltag zu entwickeln.

Nachvollziehbar auch die Tendenz traumatisierter Opfer, entsprechende Aktivitäten, Situationen oder Regionen/Räumlichkeiten zu meiden, die die Erinnerung an das Erlebte wieder wachrufen könnten.

Mitunter kann es auch zu dramatischen Ausbrüchen von Angst, Panik oder Aggressionen kommen, ausgelöst durch plötzliche Erinnerungen und/oder vergleichbare Situationen. Nicht zu vergessen ist eine sich langsam entwickelnde Schreckhaftigkeit, Schlafstörung, Angst-Bereitschaft und depressive Herabgestimmtheit, wenn nicht gar Lebensmüdigkeit. Tragisch ist der Versuch, durch übermäßigen Alkoholkonsum oder gar Rauschdrogen, nicht selten auch durch Medikamente (und hier ohne konsequente ärztliche Kontrolle) das Leidensbild erträglicher zu machen.

Die posttraumatische Belastungsstörung macht sich in der Regel mit einer Zeit-Verschiebung von Wochen bis Monaten bemerkbar (selten aber mehr als 6 Monate danach). Der Verlauf ist wechselhaft, die Heilungsaussichten aber in der Regel günstig. In einigen Fällen kann die Störung jedoch bis zu Jahren anhalten, manchmal sogar für den Rest des Lebens Gesundheit und Leistungsfähigkeit beeinträchtigen und das Umfeld belasten.

Weitere Einzelheiten dazu siehe später.

- Unter den **Anpassungsstörungen** versteht die WHO Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler (gemütsmäßiger) Beeinträchtigung, die das soziale Funktionieren und die Leistung behindern. Der Grund sind einschneidende Lebensveränderungen oder belastende Lebensereignisse, aber auch schwere körperliche Erkrankungen.

Auch hier spielt eine individuelle Disposition (Neigung) oder Vulnerabilität eine große Rolle, bisweilen nachhaltiger als bei den oben erwähnten Leiden. Allerdings hätte sich dieses Krankheitsbild ohne eine solche Belastung wohl nicht entwickeln können.

Das Beschwerdebild umfasst depressive Verstimmungen, Angst, Besorgnis (zumeist eine Mischung aus diesen Symptomen) sowie das Gefühl, unmöglich zurechtzukommen, voranzuplanen oder in der gegenwärtigen Situation so fortzufahren, als wäre nichts geschehen. Kurz: Die alltägliche Routine ist beeinträchtigt. Einzelheiten zu diesem Phänomen siehe die spezifischen Kapitel in dieser Serie über Anpassungsstörungen (einschließlich Kritik aus wissenschaftlicher Sicht).

Auf jeden Fall kann man sich vorstellen, dass man hier ggf. noch weiter differenzieren muss, weshalb die WHO auch unterscheidet in

- *kurze depressive Reaktion* (vorübergehender leichter depressiver Zustand, der nicht länger als einen Monat dauert) oder
- *längere depressive Reaktion* (leichter depressiver Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation, die aber nicht länger als zwei Jahre dauert) sowie

- *Angst und depressive Reaktion gemischt* (sowohl Angst als auch depressive Symptome, aber nicht so ausgeprägt, dass man daraus eine eigene Angststörung oder depressive Störung machen könnte); außerdem zusätzliche Symptome bzw. psychosoziale Folgen, nicht zuletzt mit Auswirkung auf das Sozialverhalten.

Die Anpassungsstörungen sind als klassifikatorisches Konstrukt der WHO nach wie vor umstritten, was sich auch dadurch äußert, dass man Begriffe wie „Kulturschock“, Trauerreaktion oder Hospitalismus bei Kindern dazu rechnen kann (wohl weil man sie sonst klassifikatorisch kaum zweckmäßig unterbringen könnte). Hier herrscht also noch Forschungs- und Einigungsbedarf (z. B. durch so genannte Konsensus-Konferenzen u. a.), vor allem wenn – wie erwähnt – WHO und APA zukunftsweisend aufeinander zugehen sollten (müssen).

Die posttraumatische Belastungsstörung nach DSM-IV-TR der APA

Wie bereits erwähnt bietet die Amerikanische Psychiatische Vereinigung (APA) in ihrem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störung – DSM-IV-TR eine leicht abweichende Klassifikation, die im Wesentlichen folgende Unterscheidungen enthält:

Zum einen werden die posttraumatischen Belastungsstörungen unter den Angststörungen geführt. Zum anderen wird nach DSM-IV-TR-Kriterien eine Persistenz (Fortdauer) der Symptome über eine Zeitspanne von mindestens einem Monat gefordert. Hinsichtlich der Symptom-Ausprägung lassen sich Störungs-Bilder unterscheiden, die vor allem durch depressive Krankheitszeichen, anhaltendes physiologisches Hyperarousal (z. B. Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit und Reizbarkeit), dissoziative Phänomene oder auch somatoforme Ausprägungen charakterisiert sind. Einzelheiten dazu siehe das DSM-IV-TR, spezielle Fachliteratur zum Thema und die entsprechenden Kapitel in dieser Serie.

Komplexe posttraumatische Belastungsstörungen

Das wissenschaftliche Bemühen um eine möglichst umfassende Erforschung, Darstellung und Behandlung entsprechender Belastungs-Faktoren schreitet fort, davon war schon mehrfach die Rede. So auch hier. Deshalb machte man sich bereits Ende des letzten, des 20. Jahrhunderts Gedanken zur Frage: Was geschieht mit jenen Opfern, die mit den Folgen ihrer Extrem-Belastung über längere Zeit nicht mehr fertig werden, ggf. das gesamte Leben lang?

Die WHO benennt in ihrer ICD-10 die irreversiblen, d. h. nicht mehr rückbildungsfähigen und damit ggf. dauerhaften Konsequenzen extremer Belastung.

Beispiele: Misstrauen, sozialer Rückzug, Leere-Gefühl, Hoffnungslosigkeit, chronische Anspannung, Entfremdungsgefühle, ja Feindseligkeit u. a., d. h. eine andauernde *Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung*, wenn das tragische Phänomen mindestens 2 Jahre andauert. Die APA führt dieses Leidenbild in ihrem DSM-IV-TR als besondere Form der posttraumatischen Belastungsstörungen nach frühen, wiederholten und schweren Traumata.

Einige Wissenschaftler sprechen von einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung als Konsequenz prolongierter (verlängerter) Traumatisierung (englischer Fachbegriff: Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified – DESNOS; deutsch: Störung durch Extrembelastung nicht anderweitig bezeichnet).

Dazu gehören als diagnostische Kriterien in der Fachsprache (nach J. L. Herman, 1992):

1. Veränderungen der Regulation von Affekten und Impulsen: Affektregulation, Umgang mit Ärger, autodestruktives (selbstzerstörerisches) Verhalten, Suizidalität, Störungen der Sexualität, exzessives Risikoverhalten u. a.
2. Veränderungen von Aufmerksamkeit und Bewusstsein: Amnesie (Erinnerungslosigkeit), dissoziative Episoden (z. B. zeitweilige Bewusstseinsveränderungen ohne organische Ursache mit entsprechenden Folgen für Gedächtnis, Sinneswahrnehmung u. a.) und Depersonalisations-Erleben (ich bin nicht mehr ich selber).
3. Veränderung der Selbstwahrnehmung: Ineffektivität, Stigmatisierung, Schuldgefühle, Scham, Isolation, Bagatellisierung.
4. Veränderungen der Beziehungen zu anderen: Unfähigkeit zu vertrauen, Re-Viktimisierung, Viktimisierung anderer Personen (Fachbegriff mit mehreren Bedeutungen: 1. zumindest Teil-Schuldzuweisung an das Opfer, 2. ständige Opfer-Rolle und 3. Umstand, dass psychisch Kranke häufiger Verbrechen-Opfer werden als Gesunde).
5. Somatisierung: gastrointestinale (Magen-Darm-)Symptome, chronische Schmerzen, kardiopulmonale (Herz-Lungen-)Symptome, Konversions-symptome (Umwandlung seelischer Belastungen in körperliche Krankheitszeichen ohne organischen Grund), sexuelle Symptome.
6. Veränderungen von Lebenseinstellungen: Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, Verlust stützender Grundüberzeugungen.

Man sieht: Ein Leiden, das Jahrtausende so gut wie keine Berücksichtigung, geschweige denn Trost und Hilfe kannte, wird um so komplexer und damit komplizierter, je mehr man sich wissenschaftlich damit beschäftigt.

Posttraumatische Belastungsstörungen und ihre Folgen - eine alltags-relevante Übersicht

Nach diesen Ausführungen, basierend auf neueren Erkenntnissen und entsprechenden Einteilungs-Vorschlägen, soll nun eine allgemeinverständliche Übersicht folgen, die das Phänomen der posttraumatischen Belastungsstörung noch einmal aus alltags-relevantem Blickwinkel beleuchtet (übernommen aus dem Taschenbuch von Volker Faust: *Psychische Störungen heute*. Verlag C.H. Beck, München 2007 in 3. Auflage):

Eine Extrembelastung kann also bezüglich Schweregrad, Häufigkeit und Folgen einer ganz unterschiedlichen, eben individuellen, den Möglichkeiten und Grenzen der jeweiligen Person entsprechenden Wertung unterliegen. Das sollte man nie vergessen, wenn man in die Gefahr gerät, mit subjektiven Maßstäben zu messen („denken Sie doch an...“). Was kann alles dazu gehören und vor allem was kann es auslösen? Nachfolgend noch einmal eine komprimierte Ursachen-Übersicht im Kasten.

Was zählt zu den Ursachen einer Extrembelastung?

- *Individuelle Gewalteinwirkung*: Überfall (Raubüberfall, Straßenüberfall u.a.), Entführung/Geiselnahme, Folterung, Terroranschlag, Kriegsgefangenschaft, Konzentrationslager, Folterung, Vergewaltigung, sexueller Missbrauch, andere Gewalttaten, selbst ein schwerer Unfall (siehe unten), aber auch
- *Augenzeuge einer Gewalteinwirkung*, wie sie oben aufgeführt wurde: Überfall, Krieg, Katastrophe, Unfall usw.
- *Kollektive Gewalt*: kriegerische Auseinandersetzungen, vor allem Bürgerkrieg, Vertreibung, Flucht u. a.
- *Naturkatastrophen*: Erdbeben (wirkt besonders verunsichernd, da sich das scheinbar festeste und sicherste, der Erdboden als unzuverlässig erweist, ferner Vulkanausbrüche, Großbrände, Blitzschlag, Dammbüche mit Überschwemmungen, Lawinen, Gebirgsunfällen u. a.
- *Technische Katastrophen*: Verkehrsunfälle im Straßenverkehr, Schiffs- und Bahn-Verkehr, Nuklearunfälle, Chemie- und Elektrounfälle usw.

- *Schwere körperliche und seelische Belastungen:* Verbrennungen, Herzinfarkt, Herzstillstand, Hirnschlag, Schock, schwerste Schmerzzustände, Verletzungen, Verstümmelungen, ggf. schon die Diagnose/Mitteilung eines belastenden Ereignisses, einer schweren Erkrankung. Dies auch bei anderen (vor allem nahe stehenden) Personen: Krankheit, Tod, Gewalttat, Katastrophe. Manchmal auch der unerwartete Anblick eines toten Körpers oder Körperteils.

Zu den häufigsten und wichtigsten, d. h. belastendsten Folgen im seelischen, geistigen, körperlichen und psychosozialen Bereich zählen:

- Ständiges, fast zwanghaftes, überwältigendes, jedenfalls nicht abschüttelbares Wiedererinnern mit ängstlicher Erregung, Anspannung, mit Alpträumen (siehe unten), starker Furcht oder gar Panikanfällen
- Gelegentlich Gefühl, als ob sich das belastende Ereignis gerade wiederholt hätte – mit allen (früheren) Reaktionen. Manchmal nur aufgrund eines belanglosen Auslöse-Reizes aus der Umgebung oder aufgrund reiner Vorstellung, bisweilen auch plötzlich und ohne nachvollziehbare Ursache
- Verlust an Lebensfreude, Interesse, Aktivität, Initiative, Kreativität, Schwung, Dynamik usw.
- Zunahme von Resignation, unbestimmter Angstbereitschaft, Unlust, Gleichgültigkeit bis zur Teilnahmslosigkeit (siehe unten)
- Nachlassende Schwingungsfähigkeit im Gemütsleben. Zunehmende Unfähigkeit, die früheren Gefühle zu empfinden und zu äußern („psychische Abgestumpftheit“, „emotionale Ertaubung“). Dadurch Eindruck der Ablösung und Entfremdung von den anderen. Zuletzt resigniert, hoffnungslos, ja wie betäubt, mit dem Ausdruck einer dauernden Gefühlsabstumpfung
- Meiden von Aktivitäten und Situationen, sogar Vermeidung aller Gedanken und Gefühle, die an das erlittene Ereignis erinnern können, selbst im weitesten Sinne. Selbst Furcht vor entsprechenden Stichworten. Trotzdem Unfähigkeit, sich von Ursache, Schrecknissen und Ängsten willentlich zu distanzieren oder gar zu befreien
- Schwindende Anteilnahme an aktuellen Ereignisse bzw. an der Umwelt schlechthin, damit Rückzugs- und Isolationsgefahr
- Durch die emotionale Ertaubung und damit reduzierte Fähigkeit, Gefühle zu empfinden, Einbußen im Intim- und Sexualbereich, beginnend mit der Unfähigkeit, Zärtlichkeit zu empfinden und endend mit Libido- und Potenzstörungen

- Vegetative Übererregbarkeit mit übersteigerter Wachsamkeit, Anspannung, dadurch zunehmend nervös, fahrig und vermehrt schreckhaft
- Ein- und Durchschlafstörungen sowie Früherwachen. Im Schlaf immer wieder aufdringliche, belastende Träume, in denen das Erlebnis nachgespielt wird
- Bisweilen dramatische Ausbrüche von Angst und Aggressionen, ausgelöst durch entsprechende Erinnerungen (z. B. Jahrestagreaktionen) oder ähnliche Situationen. Verstärkung der Beschwerden, die dem Ereignis auch nur von Ferne gleichen oder es symbolisieren könnten: bestimmte Witterungslagen (Hitze, Schnee), Uniformen, Böllerschüsse, Umzüge, Stacheldraht-Einfriedungen, kasernenähnliche Gebäude, Baracken, Wald, enge und dunkle Ecken, Aufzüge, Fahrzeuge usw.
- Zwangsgedanken, ggf. Zwangshandlungen
- Merk- und Konzentrationsstörungen, die fast organisch anmuten (z.B. wie nach Kopfunfall oder wie bei Gehirngefäßverkalkung), dadurch zunehmende Leistungsminderung
- Versuch, die eigene prekäre Lage gegenüber Mitmenschen zu verbergen. In bestimmten Situationen allerdings (z. B. Gedenktage, symbolische Geschehnisse – s. o.) kommt es manchmal zu heftigen, anklagenden, wütenden, aber auch resignierten Reaktionen, ggf. auch zu Selbsttötungsgedanken (z. B. wegen Schuldgefühlen als Überlebender)
- Bisweilen eigentümliche Phänomene, besonders nach plötzlichen Todeskonfrontation, die mit „Todesnähe-Erfahrungen“ (Nahtod-Erlebnisse), Empfindung der „Außer-Körperlichkeit“, „Rückblick- oder Panorama-Erlebnissen“ usw. umschrieben werden.

WIE HÄUFIG SIND POSTTRAUMATISCHE BE- LASTUNGSSTÖRUNGEN IN DEUTSCHLAND?

Auch wenn posttraumatische Belastungsstörungen so alt sind wie die Menschheit und in jedem Erdteil, in jedem Volk, in jeder Familie auftreten können (und natürlich millionenfach schon aufgetreten sind – s. o.), muss man wohl doch auch nach Nationen differenzieren. Die meisten epidemiologischen Studien dazu kommen aus dem angelsächsischen Bereich, insbesondere den USA. (Psychiatrische Epidemiologie: Zweig der Psychiatrie, der die Häufigkeit psychischer Erkrankungen und den Einfluss kultureller und sozialer Bedingungen auf sie untersucht: Zeit, Lebensraum, Alter, Beruf, soziale Schicht, Mobilität, Einkommen, Bildung u. a.)

Einige stammen auch aus Spanien, Frankreich, Belgien, Portugal, ja Mexiko und Australien – und natürlich aus Deutschland. Dabei fanden sich überraschend große Unterschiede, die bei einigem Nachdenken aber nicht vor unüberwindbare Erklärungs-Möglichkeiten stellen.

Wenn man sich nämlich die verschiedenen Ursachen und Auslöser einer posttraumatischen Belastungsstörung vor Augen hält (siehe Einleitung), dann kommt es auf verschiedene Faktoren an, von denen zwei aber besonders berücksichtigt werden müssen, nämlich

1. das Alter (je älter, desto größer die Gefahr, rein statistisch in ein solches Ereignis hineingezogen zu werden) sowie
2. das Land, in dem man wohnt (z. B. Naturkatastrophen-Risiko, Kriegs-Ereignisse, Kriminalitäts-Rate usw.).

Jetzt kann man sich gut vorstellen, warum solche Unterschiede möglich sind (wobei natürlich auch methodische Erfassungs-Probleme eine Rolle spielen, was aber bei exakten wissenschaftlichen Vergleichen ohnehin berücksichtigt wird).

Inzwischen liegt für Deutschland eine Studie vor, die von einer gesamt(!)-deutschen epidemiologischen Untersuchung berichten kann und die eine repräsentative Stichprobe der 14- bis 93-Jährigen bietet. Bei Letzteren kann man sich übrigens gut vorstellen, dass hier sogar noch traumatische Erfahrungen aus dem 2. Weltkrieg einen entsprechenden Stellenwert erlangen („die langen Schatten der Vergangenheit“).

Was berichten nun die Autoren, nämlich die Professoren und Doktoren A. Maercker, S. Forstmeier und B. Wagner von der Fachrichtung Psychopathologie und Klinische Intervention der Universität Zürich sowie H. Glaesmer und E. Brähler von der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Leipzig in der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* 5 (2008) 577?

Einzelheiten zu dieser repräsentativen Stichprobe aus 2426 Deutschen der alten und neuen Bundesländer zwischen 14 und 93 Jahren (44% Frauen, 46% Männer) sowie der verwendeten Mess-Instrumente (posttraumatic symptom scale PSS, modifizierte PTSD-Symptomsskala nach Breslau usw.) siehe der zitierte Fachartikel.

Dabei unterschieden die Autoren zum einen eine Lebenszeit-Prävalenz (die Häufigkeit für die gesamte bisherige Lebenszeit) und zum anderen eine Ein-Monats-Prävalenz (die Häufigkeit im zuletzt vergangenen Lebens-Monat Opfer einer posttraumatischen Belastungsstörungen geworden zu sein). Außerdem

unterschieden sie einerseits das Vollbild und andererseits eine partielle (d. h. teilweise) posttraumatische Belastungsstörung.

Nachgefragt wurde beispielsweise nach

- *kriegs-bezogenen Traumen*: direkte Kriegshandlungen, ausgebombt im Krieg, heimatvertrieben, Gefangenschaft oder Geiselnahme usw.
- *zivilen Traumen*: Vergewaltigung, Kindesmissbrauch (unter dem 14. Lebensjahr), schwerer Unfall, körperliche Gewalt, lebensbedrohliche Krankheit, Naturkatastrophe, Zeuge eines Traumas usw.

Was fand man in der repräsentativen Stichprobe der *deutschen* Bevölkerung?

28% der Frauen und 21% der Männer berichteten über mindestens ein traumatisches Ereignis.

Bezogen auf die Altersgruppen waren es 10% der jungen Erwachsenen, 13% im mittleren Erwachsenen-Alter sowie 47% der über 60-Jährigen, die von mindestens einem traumatischen Ereignis erzählten.

Bei der Frage nach einer so genannten Mehrfach-Traumatisierung gaben 12% aller Untersuchten nur ein Trauma an, 6% berichteten von zwei Traumata, 3% von drei Traumata, 2% von vier und 2 weitere Prozent von fünf oder mehr Traumata. Hier ließ sich kein geschlechtsspezifischer Unterschied errechnen (im Gegensatz zum Gesamt-Kollektiv – s. o.).

Zur differenzierteren Auswertung der traumatischen Ereignisse wurden die beiden erwähnten Kategorien (kriegs-bezogen und zivil) herangezogen.

- Von den *kriegs-bezogenen Traumen* waren in der Gruppen der Älteren die direkten Kriegserlebnisse mit 24% am häufigsten, gefolgt vom Ausgebombtsein (d. h. völlige Zerstörung von Haus und Hof, Wohnung, Besitz usw.) im Krieg (21%) und traumatischen Ereignissen im Zusammenhang mit der Heimatvertreibung (18%).
- Die *zivilen Traumen* waren ebenfalls in der Gruppe der Älteren am häufigsten. Dort gaben 16% an, Zeuge eines Traumas gewesen zu sein, gefolgt von 9% mit erlebter körperlicher Gewalt. In der Gruppe der mittleren Lebensjahrzehnte bzw. der Jüngeren waren ebenfalls die Trauma-Zeugen (5% bzw. 4%) sowie die schweren Unfälle (5% bzw. 3%) am häufigsten.

Geschlechtsspezifische Unterschiede gab es vor allem

- bei Frauen mit Vergewaltigung und Kindesmissbrauch sowie

- bei Männern für schwere Unfälle und körperliche Gewalt.

Wie sieht es nun mit der so genannten Ein-Monats-Prävalenz aus (wir erinnern uns: die Häufigkeit im zuletzt vergangenen Lebens-Monat Opfer geworden zu sein)?

Hier liegt die Gefahr bei 2%, Frauen etwas häufiger. Im Altersgruppen-Vergleich wieder ein Anstieg von 1% (bei den Jungen) über 2% (mittleres Lebensalter) bis zu 3% (bei den Älteren). Ähnlich liegen die Verhältnisse bei den so genannten partiellen posttraumatischen Belastungsstörungen.

Partielles oder Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung

Da die seelischen, geistigen, psychosozialen und ggf. körperlichen Folgen einer Extrembelastung mit dem Endzustand einer posttraumatischen Belastungsstörung ein weites Spektrum von Ursache und Wirkung beinhalten, versucht man das Leidensbild so differenziert wie möglich zu erfassen und schafft im Rahmen des wissenschaftlichen Fortschritts inzwischen auch vermehrt Untergruppen, beispielsweise die partiellen, auch subsyndromalen Störungsbilder genannt. Sie unterscheiden sich je nach Beeinträchtigungs-Kriterien vom Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung, werden ihrerseits noch differenzierter unterteilt und sollen damit der Komplexität von Ursachen und Wirkung eher gerecht werden.

Die so genannte „gemittelte bedingte Wahrscheinlichkeit“ eine aktuelle posttraumatische Belastungsstörung bei einem im Lebenszeitraum vorliegenden traumatischen Erlebnis zu entwickeln, lag bei 12% für das Vollbild und zusätzlichen 13% für die partielle posttraumatische Belastungsstörung.

- Die größte Wahrscheinlichkeit, Opfer einer traumatischen Lebenserfahrung mit entsprechendem Vollbild zu werden, droht nach Vergewaltigung, Kindesmissbrauch sowie lebensbedrohlichen Erkrankungen.
- Die Ursachen für eine partielle posttraumatische Belastungsstörung liegen eher bei schweren Unfällen sowie körperlicher Gewalt.

Ursachen und damit Häufigkeit je nach Generation?

Interessant die Überlegungen und damit Schlussfolgerungen der Experten der Universitäten Zürich und Leipzig, die vor allem eines vor Augen führen: Posttraumatische Belastungsstörungen sind auch eine Frage der Generationen-Zugehörigkeit.

Zum einen weisen sie daraufhin, dass der von ihnen untersuchte Altersbereich umfassender ist als in allen vergleichbaren internationalen Studien, nämlich bis über das 90. Lebensjahr hinaus. Das ist wichtig, besonders angesichts einer wachsenden Gruppe von Hochbetagten.

Wichtig ist aber auch die Unterscheidung zwischen Lebenszeit-Prävalenz und Ein-Monats-Prävalenz (auch Punkt-Prävalenz genannt). Es versteht sich von selber, dass die Lebenszeit-Prävalenz-Rate naturgemäß höher ist als die Punkt-Prävalenz-Rate, da sie ja das gesamte Leben und damit auch die ggf. mehr oder weniger verarbeiteten („ausgeheilten“?) Fälle umfasst.

Noch bedeutsamer jedoch ist das Hauptergebnis der deutschen Studie, nämlich die Erfassung der auch weit über 60-Jährigen (in diesem Fall bis über 90 Lebensjahre hinweg). Denn diese Generationen zeigen sich um das 2- bis 3-fache häufiger betroffen. Dieser Befund ist auch in der internationalen Fachliteratur ein Novum. Bisher sprach man nur von erhöhten Inzidenz-(Häufigkeits-)Raten während der Zeit der Adoleszenz (der Heranwachsenden) und jüngeren Erwachsenen. Dagegen versteht sich von selber, dass die plötzlich ins Blickfeld geratenen relativ hohen Raten bei Älteren (bisher nicht adäquat erfasst) mit entsprechenden Kriegs-Erfahrungen zusammenhängen müssen, in Deutschland beispielsweise durch den 2. Weltkrieg.

Diese Kriegs-Erfahrungen müssen zwar nicht in direktem Zusammenhang mit aktuellen Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung stehen, räumen die Experten ein. Sie können aber das Risiko für das Auftreten eines neuen Beschwerdebildes nach einem weiteren Trauma erhöhen. Das ist nebenbei eine alte Erkenntnis. Und es können diese – durch Kriegserfahrungen hervorgerufenen – Symptome auch durch spätere Traumatisierungen aufrechterhalten werden.

Das ahnten übrigens schon die US-amerikanischen Untersuchungsgruppen, die sich mit den Folgen des Korea- und vor allem Vietnam-Kriegs und neuerdings auch des Irak-Kriegs bei ihren Kriegs-Veteranen beschäftigten (wobei natürlich schon alle andere kriegerische Ereignisse zuvor die gleichen Folgen nach sich zogen – wissenschaftlich aber unerforscht). In Europa wird dies nebenbei gestützt durch repräsentative Studien aus Portugal mit vergleichsweise höheren Häufigkeits-Angaben posttraumatischer Belastungsstörungen, ausgelöst durch die Kolonial- und Bürgerkriege des Landes in den 1960er und 1970er Jahren. Umgekehrt findet man in einer Studie der Züricher Experten für die Schweiz bei Älteren zwischen 65 und 95 deutlich weniger Belastungen, da es sich hier um ein von Kriegereignissen verschontes Land handelt.

Dagegen wurde gerade für Deutschland deutlich, „dass das direkte Erleben von Kriegereignissen in Form von Kriegshandlungen, Verlust des Zuhauses durch Bombardierung, Vertreibung und Gefangenschaft, selbst nach mehr als 60 Jahren einen negativen Effekt auf das psychische Befinden hat“, so die Autoren.

Dagegen sind die „Menschen, die nach dem 2. Weltkrieg geboren wurden, durch die Kriegsfolgen in der Nachkriegszeit zwar ebenfalls noch belastet, jedoch deutlich weniger, als die vorangegangenen Jahrgänge. Bei den jüngeren Generationen sind es dann vor allem die Folgen sexualisierter Gewalt, d. h. Kindes-Missbrauch und Vergewaltigung mit der vergleichsweise höchsten Pathogenität (Erkrankungsursache).

Auf jeden Fall hat der Alters-Gipfel der posttraumatischen Belastungsstörung in Deutschland wichtige psychiatrisch-psychotherapeutische Konsequenzen. Deshalb sollte bei der Diagnose älterer Menschen die posttraumatische Belastungsstörung häufiger in Erwägung gezogen werden, auch wenn die älteren Patienten nicht selber darauf kommen (bei entsprechenden Nachfragen aber durchaus ihr „schweres Herz öffnen“).

KO-MORBIDITÄT: WENN EINE KRANKHEIT ZUR ANDEREN KOMMT

In dieser Serie über seelische Störungen aus den verschiedensten Gründen wird immer wieder darauf hingewiesen, dass es ein Phänomen gibt, dem leider noch immer zu wenig Beachtung geschenkt wird (obgleich es bei körperlichen Krankheiten die Regel ist): Gemeint ist die Ko-Morbidität, d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt. Dies ist bei organischen Leiden – wie erwähnt – häufig, besonders mit zunehmendem Alter (Sinnesorgane, Herz-Kreislauf, Magen-Darm, vor allem Wirbelsäule und Gelenke, Stoffwechsel u. a.).

In seelischer Hinsicht ist es aber nicht anders, jedoch zu selten registriert bzw. diagnostiziert. Es ist halt ein Unterschied, ob man eine einzelne Krankheit durchzustehen hat (was schon Last genug sein mag) oder gar deren mehrere. Dadurch verbreitet sich natürlich das Spektrum der Beschwerden und verringert sich die Chance einer gezielten Therapie, vor allem wenn diese Multi-Morbidität (d. h. Mehrfach-Erkrankung) nicht erkannt wird.

So auch bei den posttraumatischen Belastungsstörungen, die vor allem mit einem erhöhten Risiko für Depressionen sowie Angststörungen einhergehen. Letztere noch unterteilt in Agoraphobie, soziale und spezifische Phobien, vor allem aber Panikattacken. Auch Zwangsstörungen, Essstörungen und Somatisierungsstörungen werden häufig gefunden, von der schon mehrfach erwähnten Gefahr einer zusätzlichen Alkohol-, Nikotin-, Rauschdrogen – und vor allem Medikamenten-Abhängigkeit ganz zu schweigen. Einzelheiten zu diesen Krankheitsbildern siehe die spezifischen Kapitel in dieser Serie.

Ein besonderes Problem, dem erst in letzter Zeit vermehrt die notwendige Aufmerksamkeit gewidmet wird, sind so genannte dissoziative Symptom-Bildungen, eine spezifische Verarbeitungsmöglichkeit psychosozialer Belastungen und Konflikte. Posttraumatische Belastungsstörungen sind deshalb im besonderen Maße durch dissoziative Phänomene gekennzeichnet, wie es die Experten ausdrücken. Einzelheiten dazu siehe das Beschwerdebild und das besondere Kapitel über dissoziative Störungen in dieser Serie.

Auf jeden Fall gilt es zu berücksichtigen: Die Mehrfach-Belastung (Ko-Morbidität) führt dazu, dass man die mögliche (Haupt-)Ursache einer früheren Extrembelastung, d. h. eine posttraumatische Belastungsstörung nicht (rechtzeitig) erkennt – was vom Patienten oft wohl auch nicht akzeptiert werden würde. Wer mag sie schon als „Schwächling wegen einer alten Geschichte“ hinstellen lassen. Und deshalb werden viele Betroffene unnötig lange oder gar dauerhaft (chronisch) mit einem Leidensbild belastet, das durch rechtzeitige Diagnose und gezielte Therapie spürbar gemildert werden könnte. Dies findet sich vor allem bei den erwähnten komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen (s. o.).

WAS KANN MAN TUN?

Die Therapie einer posttraumatischen Belastungsstörung ist nicht einfach. Die nachfolgenden Überlegungen werden dies bestätigen (müssen). Wie bei so vielen seelischen Leiden geht es erst einmal um eine ganz einfache Sequenz, die zumeist übersehen, gerne ignoriert oder abgewertet und nur selten gezielt praktiziert bzw. unterstützt wird. Gemeint ist:

Erkennen → Akzeptieren → konsequent betreuen, behandeln und bei Rückfallgefahr verhüten (wenn irgend möglich ohne, im Bedarfsfall aber ebenfalls konsequent mit professioneller therapeutischer Hilfe).

Im Einzelnen:

Die Bewältigung posttraumatischer Belastungsstörungen im Alltag

Hier sind die Bedingungen besonders schwierig, im positiven Falle aber besonders effektiv. Außerdem ist ja am ehesten mit stets verfügbarer Zuwendung und Hilfe zu rechnen – wenn die Voraussetzungen entsprechend günstig sind. Doch wer seinen Hausarzt in dieser Hinsicht konsultieren will, wird schon mit weniger Einsatz rechnen können, am besten mit einer Überweisung an einen darauf spezialisierten Psychiater, Nervenarzt oder Psychologen.

Das mag am wirkungsvollsten erscheinen, ist aber im Alltag nicht immer gewährleistet. Einzelheiten dazu, vor allem was die zeitliche Verfügbarkeit dieser meist überlasteten Experten anbelangt, würden hier zu weit führen, ein Problem können sie schon werden.

Also erst einmal zurück zum eigenen Umfeld (fachliche Hinweise s. später). Was bereitet Probleme?

- Zum einen schmerzt das Unverständnis der Umgebung, nicht aus Gleichgültigkeit oder Abwehr, nein, es fehlt einfach die Erfahrung der in dieser Hinsicht glücklicher Gestellten. Was muss man sich unter einer Traumatisierung vorstellen, besonders wenn sie noch weiter zurückliegt und damit „eigentlich bzw. endlich überwunden sein sollte“. Hier gibt es tatsächlich oft keine Brücke der Verständigung, wobei man je nach Traumatisierungs-Ursache durchaus Unterschiede registrieren kann (interessanterweise große Probleme bei Folter-Opfern, nicht zuletzt von den Betroffenen selber ausgelöst – Einzelheiten siehe die entsprechenden Hinweise in dieser Serie).

- Zum anderen die erwähnten Selbstbehandlungsversuche. Einige sind allgemein akzeptiert und sinnvoll. Beispiele: Entspannungsmethoden, durchaus auch manche spirituelle Empfehlungen. Andere kompensieren auf bestimmten Genuss-Feldern (z. B. Essen). Wieder andere versuchen es mit anfangs durchaus mildernden, später ggf. unkontrollierbar ausufernden und schließlich gefährlichen Betäubungs-Versuchen wie mit Nikotin, Alkohol, Medikamenten (ohne ärztliche Kontrolle) oder gar Rauschdrogen, nicht selten mehrere zugleich. Dabei kommen Alkohol (am ehesten erkannt und sanktioniert) und Medikamenten (am besten zu verheimlichen, zumal oft erst einmal ärztlich verordnet und erst später entgleist) die verhängnisvollsten, weil häufigsten Rollen zu.

- Das alles führt zu zusätzlichen zwischenmenschlichen, d. h. partnerschaftlichen, familiären, aber auch beruflichen und sonstigen Komplikationen. Hat man deshalb eine „wirkliche Vertrauensperson“, dann sollte diese auch zu entlastenden Gesprächen verfügbar sein. Das ist nebenbei für keine Seite einfach. Zum einen ist der Inhalt meist unangenehm, zum anderen dreht sich nach und nach alles im Kreise, wiederholen sich die Ängste bis hin zu entsprechenden Sturz- und Katastrophenträumen, vor allem die ständig offenen, zu meist aber unterschwelligem Vorwürfe, ja, die hilflosen, vielleicht sogar wütenden Reaktionen; zuletzt die Neigung zu Rückzug und selbstgewählter Isolation.

Manchmal ist es deshalb besser, man kann sein Problem auf mehrere Vertrauenspersonen verteilen, weil eine einzige oft überfordert ist. Besonders wichtig sind solche entlastenden Gespräche (reden-reden-reden), wenn das Opfer beginnt, sich ängstlich und resigniert zurückzuziehen; oder wenn es Schuldgefühle entwickelt (z. B. Überlebens-Schuldgefühle: „warum gerade ich?“).

Wichtig bei solchen Gesprächen ist es auch, dass der „Hilfs-Therapeut“ eine verständnisvolle, nicht wertende und dafür positive Gesprächs-Atmosphäre schaffen kann, so gut es eben geht. Wichtig ist es auch, Verständnis aufzubringen, Zuwendung zu signalisieren, den Patienten reden lassen (s. o.), aber auch Schweigen und vor allem stumme Vorwürfe zu akzeptieren, gleichsam stellvertretend für das „grausame Schicksal“.

Wenn es übrigens an Gesprächspartnern mangelt und sie gerade dann nicht verfügbar sind, wenn man sie braucht, sind auch Selbstgespräche eine stets bereite und durchaus effektive Maßnahme, die man allerdings zuvor trainieren muss, dann aber jederzeit nutzen kann (Fachbegriff: Soliloqui, vom lat.: solus = allein und vom griech.: loqui = reden).

Neben dem erwähnten „reden-reden-reden“, allein oder miteinander, ist eine zweite Therapieform in eigener Regie heilsam, ebenfalls bewegungs-abhängig. Konkret: viel körperliche Bewegung im Sinne von *gehen-gehen-gehen* (im Schnitt 100 Schritte pro Minute, was sich erst einmal als viel anhört, aber im Allgemeinen problemlos leistbar ist).

Nicht wenige Betroffene sind aber erst einmal wie gelähmt. Das provoziert einen Teufelskreis. Also müssen sie behutsam, aber konsequent zur körperlichen Aktivität animiert werden: tägliches(!) „Marschieren“ (heute Walking genannt), ggf. Fahrrad fahren, Joggen usw. Tatsächlich sind am günstigsten jene Tätigkeiten, bei denen man eine Wegstrecke hinter sich lassen kann, gleichsam damit auch die Erinnerung an die leidvolle Ursache.

Auf jeden Fall ist körperliche Aktivität angst-, depressions- und spannungslösend, das ist inzwischen wissenschaftlich vielfach bewiesen und gilt es zu nutzen (der berühmte Theologe und Philosoph Romano Guardini: „Wenn ich gehe, geht's!“)

Fachliche therapeutische Ansätze

Die professionellen Behandlungs-Verfahren bei einer posttraumatischen Belastungsstörung konzentrieren sich vor allem auf die zwei Haupt-Angebote Psychotherapie und Pharmakotherapie, d. h. eine Behandlung mit seelischen oder medikamentösen Mitteln. Im Einzelnen (in Anlehnung an die Übersicht von C. Roestel und A. Kersting von der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Münster in der Fachzeitschrift *Nervenarzt* 7/2008):

Die *Psychotrauma-Therapie* ist als Drei-Phasen-Modell konzipiert, in das trauma-adaptierte Behandlungstechniken aus unterschiedlichen Verfahren in ein schulen-übergreifendes Gesamtkonzept integriert werden. Einer individuell va-

riabel lang andauernden Stabilisierungs-Phase folgt die eigentliche Traumabearbeitung, an die sich eine psychosoziale Reintegration anschließt, so die Ausführungen der Experten. Das heißt auf Deutsch: Die Therapie muss sich nach der Ursache richten, sollte unterschiedliche Behandlungs-Verfahren nutzen, die sich in dieser Hinsicht bewährt haben (und nicht an einzelnen Schulmeinungen hängen bleiben, die den Betroffenen gleichsam übergestülpt werden). Oder kurz: Es sind die auslösenden Ursachen und das Opfer, die die Form der Behandlung (mit-)bestimmen.

Nach der ersten Intervention folgt also eine individuell lange Stabilisierungs-Phase; danach die Bearbeitung des Traumas und am Schluss die psychosoziale Reintegration (d. h. sich wieder unbelastet in sein Umfeld einfügen können).

- Die erwähnte Intervention beginnt mit einem psychologischen **Debriefing**, was im direkten Anschluss an ein Trauma angeboten wird, falls sich dies ergibt. Diese Methode ist wissenschaftlich nicht unumstritten, wird aber nach wie vor und offensichtlich im wachsenden Ausmaß angewandt. Dazu gehört beispielsweise die Vermittlung entsprechender Kenntnisse über normale Stressreaktionen und Umgangs-Strategien, konkret also die Auseinandersetzung mit dem Trauma zur Verhinderung emotionaler und kognitiver Unterdrückung trauma-assoziiertener Reize (auf Deutsch: die geistig-seelischen, vor allem gemütmäßigen Folgen des Ereignisses sollen nicht unterdrückt, sondern zugelassen und möglichst bald aktiv, wenn auch mit professioneller Unterstützung verarbeitet werden, um die gefürchteten Langzeit-Konsequenzen zu vermeiden).

- Die eigentliche Arbeit beginnt dann mit der **Stabilisierung**. Das fängt mit dem Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung zwischen Patient und Therapeuten an und mündet schließlich in eine trauma-spezifische *Psychoedukation*, also eine Kombination aus Aufklärung, Erläuterung, Verhaltenshinweisen u. a. Damit soll die äußere und innere Sicherheit wiederhergestellt werden.

Eine besondere Rolle spielt die Kontrolle über die belastenden Wieder-Erlebenszustände. Wir erinnern uns: ständiges, fast zwanghaftes, überwältigendes, jedenfalls kaum abschüttelbares Wieder-Erinnern mit ängstlicher Erregung, Anspannung, mit Albträumen, ausgeprägtem Furcht-Erleben oder gar Panikanfällen. Dazu das gelegentliche Gefühl, als ob sich das belastende Ereignis gerade wiederholt hätte, mit allen (auch früheren) Reaktionen.

Dafür gibt es eine Reihe von spezifischen Übungen (Fachbegriffe: z. B. „imaginatives Probe-Handeln“) bzw. so genannte Distanzierungs-Techniken (Gedanken- und Dissoziations-Stopp). Auch so genannte Beobachtungs- oder Screen-Techniken gehören zum Bewältigen wiedererlebter traumatischer Ereignisse.

- Danach folgt die konkrete **Trauma-Bearbeitung**. Traumatische Ereignisse sind – wie wir gehört haben – im Gedächtnis förmlich „eingegraben“. Und dies mit einer 1. hohen Detail-Genauigkeit (der Begriff spricht für sich) und 2. ausgeprägten Lösungs-Resistenz (d. h. man wird sie kaum mehr los, kann sie lange nicht mehr aus dem Gedächtnis drängen oder gar dauerhaft löschen).

In der Trauma-Bearbeitung sollte man deshalb darauf achten, traumatische Ereignisse nicht erneut in Erinnerung zu rufen, sonst wird das belastende Geschehen noch stabiler abgespeichert und kann dann aus der Erinnerung heraus immer wieder diese „Wiederbelebungs-Attacken“ lancieren. Denn das Ziel der Trauma-Bearbeitung ist die Veränderung der gemütsmäßigen und geistig-seelischen Bewertung des belastenden Geschehens in Richtung positive Verhaltensmuster (oder kurz: weg vom „früher“, hin zu „neuen Ufern“).

Dem dienen bestimmte Techniken, die sich im praktischen Alltag bewährt und wissenschaftlich bestätigt haben. Beispiele: Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR), ferner kognitiv-behaviorale Therapie-Elemente und schließlich psychodynamisch-imaginative Therapie-Verfahren.

Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur. Was aber auf jeden Fall berücksichtigt werden muss, sind die absoluten *Kontraindikationen* (Gegenanzeigen) einer solchen Trauma-Bearbeitung, nämlich

- psychotisches Erleben (Psychose = Geisteskrankheit, gemeint ist zu- meist eine Schizophrenie oder organisch begründete Psychose, wobei psychotische Symptome wie Sinnestäuschungen, Wahn u. a. auch im Rahmen anderer Krankheitsbilder auftreten können),
- Suizidalität (Selbsttötungs-Gefahr), aus welcher Ursache heraus auch immer sowie
- ein anhaltender Täter-Kontakt (z. B. im Rahmen von sexuellem Missbrauch oder sonstigen Gewaltanwendungen).

Zu den relativen Kontraindikationen zählen instabile psychische und somatische Symptome (immer wieder aufbrechende seelische und körperliche Krankheitszeichen), eine mangelnde Affekt-Toleranz (d. h. unzureichende Gemüts-Stabilität), anhaltende schwere Dissoziations-Phänomene (siehe die entsprechenden Kapitel), unkontrolliertes auto-aggressives Verhalten (Selbstbeschädigung bis hin zur erwähnten Suizidalität) und eine unzureichende Distanzierungsmöglichkeit gegenüber dem traumatischen Ereignis.

- Der letzte Schritt ist die **psychosoziale Reintegration**. Hier geht es vor allem um die vorhandenen oder leider nicht mehr verfügbaren sozialen Unterstützungsmöglichkeiten im Umfeld des Opfers.

Weitere Betreuungs-Aspekte

Eine besondere Bedeutung kommt den *Angehörigen* zu. Denn in emotionaler Hinsicht sind es vor allem die Gefühle von Scham und Schuld, die die erfolgreiche Nutzung möglicher Ressourcen (Hilfsquellen) behindern oder gar in die Isolation treiben.

Auch *juristische Aspekte* sind von Bedeutung, beispielsweise die Aufklärung über rechtliche Ansprüche (z. B. Opferschädigungs-Gesetz). Und natürlich berufliche Rehabilitations-Möglichkeiten.

Zur Pharmakotherapie posttraumatischer Belastungsstörungen

Zur Frage, ob Arzneimittel bei posttraumatischen Belastungsstörungen sinnvoll sind oder nicht, gilt: Eine alleinige Behandlung mit Psychopharmaka, also Arzneimittel mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem und damit Seelenleben, ist höchstens eine Notlösung. Als Unterstützungs-Maßnahme zur Psychotherapie kann sie aber durchaus wirkungsvoll sein.

Entsprechende neuro- bzw. psycho-physiologische Untersuchungen traumatisierter Patienten zeigen biologische Veränderungen im Gehirnstoffwechsel, was vor allem das so genannte noradrenerge und serotonerge Neurotransmitter-System betrifft, ergänzt durch die Cortisol- und Opioid-Regulation, wie es die Experten nennen. Oder kurz: Man findet bei den Opfern in der Tat bestimmte Veränderungen im Gehirn-Stoffwechsel.

Wenn dem so ist, dann müssen auch die psychotherapeutischen Maßnahmen diese biologischen Regulations-Störungen mildern bzw. schließlich aufheben. Das Gleiche wurde schon früher für die Einwirkung von Psychopharmaka bewiesen. Dies gilt vor allem für die Antidepressiva (stimmungsaufhellenden Psychopharmaka) aus der Wirkgruppe der *selektiven Serotonin-Wieder-aufnahmehemmer (SSRI)*. Sie gelten deshalb inzwischen als Mittel der ersten Wahl, wie der Fachbegriff lautet. Ihre Wirksamkeit für bestimmte Symptome aus dem weiten Spektrum des posttraumatischen Belastungs-Syndroms ist bewiesen. Darüber hinaus entwickeln sie eine gute Wirksamkeit auf weitere Störungen, die in diesem Zusammenhang auftreten oder zusätzlich beeinträchtigen können. Beispiele: Depressionen, Angststörungen, Störungen der Impulskontrolle (bis hin zu Fremd- und Selbst-Aggressivität) u. a.

Auch die früher gängigen, so genannten *tri- und tetrazyklischen Antidepressiva* fanden und finden noch immer ihre Anwendung, wobei jedoch deren Wirkung begrenzt (und die Nebenwirkungen leider deutlich ausgeprägter) sind. Ähnliches gilt für die alte und jüngere Generation der so genannten *Mono-Amino-Oxidase-Hemmer (MAO-H)*. Was die Wirkung neuerer Substanzen an-

belangt, vor allem solche mit so genanntem dualem Wirkprinzip, so laufen noch entsprechende Studien, die aber z. T. ebenfalls erfreuliche Therapie-Aussichten signalisieren.

Auch die *Antikonvulsiva* (antiepileptisch wirksamen Arzneimittel) lassen sich – zumindest teilweise – nutzen. Dazu gehören beispielsweise die Substanzen Carbamazepin, Valproat und Lamotrigin. Auch sie können zumindest einen Teil des Beschwerdebildes lindern.

Dagegen wird der früher öfter propagierte Einsatz von *Neuropleptika* (antipsychotisch wirksamen Psychopharmaka, z. B. hochpotente Neuroleptika gegen psychotische Zustände, niederpotente Neuroleptika zur Dämpfung) inzwischen zurückhaltender beurteilt. Außerdem gilt es hier die z. T. belastenden Nebenwirkungen zu verkraften.

Schließlich stehen noch *Tranquilizer*, also Beruhigungsmittel, zur Verfügung, wobei nur die so genannten Benzodiazepine von Bedeutung sind. Auch sie können bestimmte Trauma-Symptome mildern helfen, wie nicht nur der ärztlich verordnete Einsatz, sondern auch die leider meist unkontrollierten Selbstbehandlungsversuche beweisen (insbesondere gegen innere Unruhe und Anspannung, aber auch Angst bis hin zu Panikattacken).

Die Gefahr liegt aber in der drohenden Abhängigkeit. Die ärztliche Verordnung begrenzt deshalb den zeitlichen Einsatz und nutzt ihn auch meist nur parallel zu den SSRI-Antidepressiva (s. o.).

LITERATUR

Eines der praktisch bedeutsamsten Alltags-Probleme – seit jeher, aber erst in den letzten Jahrzehnten wissenschaftlich aufgearbeitet. Damit wird auch die große, ja wachsende Bedeutung dieses Leidens immer augenscheinlicher, und zwar nicht nur individuell oder zwischenmenschlich, z. B. Partnerschaft, Familie und Freundeskreis, sondern auch beruflich und damit wirtschaftlich (Kosten!). Und sogar juristisch. Nachfolgend deshalb eine komprimierte Übersicht deutschsprachiger Fachbücher, wobei sich der größte Teil natürlich auf englischsprachige Literatur erstreckt.

Adam, H.: Terror und Gesundheit. Beltz-Verlag, Weinheim 1993

Amann, G., R. Wipplinger (Hrsg.): Sexueller Missbrauch. DGVT-Verlag, Tübingen 1997

Amnesty International. Nicht die Erde hat sie verschluckt. Fischer-Verlag, Frankfurt 1982

APA: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – DSM-IV-TR. Hogrefe-Verlag, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle 2003

Bachmann, K.-M., W. Böcker (Hrsg.): Sexueller Missbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie. Verlag Hans Huber, Göttingen 1994

Bamberg, E. u. Mitarb. (Hrsg.): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen 1998

Bengel, J. (Hrsg.): Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1997

Brähler, E. und Mitarb.: Posttraumatische Belastungsstörungen bei deutschen Seniorinnen und Senioren – Ergebnisse einer Repräsentativ-Befragung. Manuskript 2006

Braunmiller, S.: Gegen unseren Willen – Vergewaltigung und Männerherrschaft. Fischer-Verlag, Frankfurt 1980

Bruder K. J., S. Richter-Unger: Monster oder liebe Eltern? Sexueller Missbrauch in der Familie. Aufbau-Verlag, Berlin-Weimar 1993

Brunswig, H.: Feuersturm über Hamburg. Die Luftangriffe auf Hamburg im 2. Weltkrieg und ihre Folgen. Motorbuch-Verlag, Stuttgart 1994

Buchmann, K. E., M. Hermanutz (Hrsg.): Trauma – Opfer oder Helden? Tagungsband der Fachhochschule Villingen-Schwenningen, Hochschule für Polizei 2000

Butollo, W. u. Mitarb.: Leben nach dem Trauma. Über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen. Pfeiffer-Verlag, München 1998

Calhoun, K. S., B. M. Atkeson: Therapie mit Opfern von Vergewaltigung. Verlag Hans Huber, Göttingen 1994

Degener, G.: Sexueller Missbrauch. Die Täter. PsychologieVerlagsUnion, Weinheim 1994

Denis, D. u. Mitarb.: Psychische Störungen nach politischer Inhaftierung in der DDR. Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin, Berlin 2000

Dutton M. A.: Gewalt gegen Frauen. Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 2002

Enzmann, D., D. Kleiber: Helfer-Leiden: Stress und Burn-out in psychosozialen Berufen. Verlag Asanger, Heidelberg 1989

Eschenröder, C. T. (Hrsg.): EMDR. Eine neue Methode zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. DGVT-Verlag, Tübingen 1997

Fertig, B., H. v. Wietersheim (Hrsg.): Menschliche Begleitung und Krisenintervention. Verlag Stumpf & Kossendey, Edewecht 1994

Fischer, G.: Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie (MPTT). Verlag Asanger, Heidelberg 2000

Flatten, G. u. Mitarb. (Hrsg.): Posttraumatische Belastungsstörung. Schattauer-Verlag, Stuttgart 2001

Graessner, S. u. Mitarb. (Hrsg.): Folter. An der Seite der Überlebenden. Verlag C. H. Beck, München 1996

Gschwend, G.: Notfallpsychologie und Trauma-Akuttherapie. Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 2004

Hecht, K., H.-U. Balzer (Hrsg.): Stressmanagement, Katastrophenmedizin, Regulationsmedizin, Prävention. Pabst-Verlag, Lengerich 2000

Herman, J. L.: Die Narben der Gewalt. Kindler-Verlag, München 1994

Hermanutz, M. und Mitarb. (Hrsg.): Moderne Polizei-Psychologie. Bourberg-Verlag, Stuttgart 1996

Hofmann, A.: EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Thieme-Verlag, Stuttgart 1999

Holk van der, B. A. u. Mitarb. (Hrsg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Junfermann-Verlag, Paderborn 2000

Hüls, E., H. J. Oestern (Hrsg.): Die ICE-Katastrophe von Eschede. Springer-Verlag, Berlin 1999

Igel, A., J. Müller-Lange: Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen. Zur Prävention psychischer Traumatisierungen. Verlag Stumpf & Kossendey, Edewecht 1998

Jatzko, H. und Mitarb.: Das durchstoßene Herz. Rammstein 1988. Beispiel einer Katastrophen-Nachsorge. Verlag Stumpf & Kossendey, Edewecht 1995

Keilson, H.: Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Enke-Verlag, Stuttgart 1979

Konuk, A. A.: **Folter**. Fischer-Verlag, Frankfurt 1990

Lasogga, F., B. Gasch: **Psychische Erste Hilfe bei Unfällen. Kompensation eines Defizits**. Verlag Stumpf & Kossendey, Edewecht 1997

Maercker, A. (Hrsg.): **Erscheinungsbild, Erklärungsansätze und Therapie-forschung. Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen**. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2003

Maercker, A. (Hrsg.): **Posttraumatische Belastungsstörung und komplizierte Trauer**. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2002

Maercker, A., U. Ehlert (Hrsg.): **Psychotraumatologie**. Hogrefe-Verlag, Göttingen 2001

Milgram, St.: **Das Milgram-Experiment**. Rowohlt-Verlag, Reinbek 1992

Mitschell, J. T., G.S. Everly: **Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen. Zur Prävention psychischer Traumatisierung**. Verlag Stumpf & Kossendey, Edewecht 1998

Moecke, H., F. W. Ahnefeld (Hrsg.): **Qualitätsmanagement im Rettungsdienst**. Blackwell-Verlag, Berlin 1995

Müller, K.-D., A. Stephan (Hrsg.): **Die Vergangenheit lässt uns nicht los**. Berlin-Verlag Spitz, Berlin 1998

Müller-Lange, J. (Hrsg.): **Notfallseelsorge-Handbuch**. Verlag Stumpf & Kossendey, Edewecht 2001

Niederland, W. G.: **Folgen der Verfolgung: Das Überlebenden-Syndrom**. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt 1980

Overbeck, A., G. Overbeck (Hrsg.): **Seelischer Konflikt und körperliches Leiden**. Rowohlt-Verlag, Reinbek 1955

Perrn-Klingler, G. (Hrsg.): **Trauma. Vom Schrecken des Einzelnen zu den Ressourcen der Gruppe**. Haupt-Verlag, Bern 1995

Priebe, S. u. Mitarb.: **Eingesperrt und nie mehr frei. Psychisches Leiden nach politischer Haft in der DDR**. Steinkopff-Verlag, Darmstadt 1996

Puzicha, K. J. u. Mitarb. (Hrsg.): **Psychologie für Einsatz und Notfall**. Verlag Bernard & Greve, Bonn 2001

Reinhold, M.: **Unverheilte Wunden**. Heyne-Verlag, München 1994

Resick, P.: **Stress und Trauma.** Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 2003

Saigh, P. A. (Hrsg.): **Posttraumatische Belastungsstörung. Diagnose und Behandlung psychischer Störung bei Opfern von Gewalttaten und Katastrophen.** Verlag Hans Huber, Bern 1995

Sander, H., B. Johr (Hrsg.): **Befreier und Befreite – Krieg, Vergewaltigungen, Kinder.** Fischer-Verlag, Frankfurt 1995

Schnyder, U.: **Die psychosozialen Folgen schwerer Unfälle.** Steinkopff-Verlag, Darmstadt 2000

Seidler, C., M J. Froese (Hrsg.): **Traumatisierungen in (Ost-)Deutschland.** Psychosozial-Verlag, Gießen 2009

Seifert, R.: **Krieg und Vergewaltigung.** Fischer-Verlag. Frankfurt 1993

Shapiro, F.: **EMDR – Grundlagen und Praxis.** Junfermann-Verlag, Paderborn 1998

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): **Statistisches Jahrbuch 2006 für die Bundesrepublik Deutschland.** Verlag im Eigendruck, Wiesbaden 2006

Teegen, F.: **Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen.** Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto-Seattle 2003

Wicker, H.-R.: **Die Sprache extremer Gewalt.** Verlag Hans Huber, Bern 1991

Wicker, H.-R.: **Die Sprache extremer Gewalt.** Institut für Ethnologie an der Universität Bern, Bern 1993

Wittchen, H.-U., H. Pfister (Hrsg.): **DIA-X-Interviews: Manual für Screening-Verfahren und Interview.** Verlag Swets & Zeitlinger, Frankfurt 1997

Zielke, M., N. Mark (Hrsg.): **Fortschritte der angewandten Verhaltensmedizin.** Springer-Verlag, Heidelberg 1990

Zielke, M. u. Mitarb. (Hrsg.): **Angewandte Verhaltensmedizin in der Rehabilitation.** Verlag Pabst Science Publishers, Lengerich 2001

Zielke, M. u. Mitarb. (Hrsg.): **Das Ende der Geborgenheit?** Verlag Pabst Science Publishers, Lengerich 2003

Zischer G., P. Riedesser: **Lehrbuch der Psychotraumatologie.** Reinhardt-Verlag, München 1998