

ANDREA B. HORN UND ANDREAS MAERCKER

3. Psychologische Theorien zum Verständnis der Posttraumatischen Belastungsstörung

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist definiert als eine Störung von diversen psychischen Prozessen infolge eines traumatischen Erlebnisses. In diesem Kapitel soll ein kurzer Überblick über die in diesem Zusammenhang relevanten Prozesse und deren konzeptionellen Fassung im Rahmen der Forschung zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und zur komplexen PTBS (kPTBS) gegeben werden. Dabei wird zunächst kurz auf die konstituierenden psychischen Phänomene eingegangen und dann eine Reihe psychischer Risiko- und Schutzfaktoren vorgestellt, die im Rahmen der Entwicklung dieser Störungen diskutiert werden. Dieses Kapitel schließt mit einem kurzen Überblick über bestehende psychologische Modelle der Störungen. Einige dieser Modelle werden dann in den Kapiteln »Posttraumatische Belastungsstörung und Verhaltenstherapie« von Birgit Kleim (Kap. B2) sowie »Trauma und Gedächtnis« von Marie Roxanne Sopp et al. (Kap. A1) in diesem Handbuch vertieft beschrieben.

3.1 Psychische Phänomene im Rahmen der Posttraumatischen Belastungsstörung

Die PTBS und die kPTBS zeichnen sich durch vielschichtige Muster von Störungen diverser psychischer Prozesse aus. Neben Störungen des affektiven Erlebens, sind spezifische Konditionierungs- und Gedächtnisphänomene zu beobachten. Dissoziative Phänomene sind für die PTBS und kPTBS – im Unterschied zu vielen anderen psychischen Störungen – charakteristisch, während ihr mit anderen Störungen gemein ist, dass kognitive Bewertungsprozesse eine ätiologisch zentrale Rolle spielen. Zudem ist eine Veränderung der sozialen Wirklichkeit infolge des Traumas durch Einflüsse auf sozio-interpersonelle Prozesse eine wichtige weitere Ebene psychischer Prozesse, die es im Rahmen dieser Störungen zu beachten gilt.

3.1.1 Affekte und Emotionsregulation

Nach dem früher maßgeblichen DSM-IV war eine Voraussetzung für die Diagnose einer PTBS das Erleben von *Furcht* bis *Todesangst*, *Hilflosigkeit* oder *Horror* während des Traumas. Die Begrenzung auf diese Kri-

terien wird diskutiert, denn in der neueren Forschung ergibt sich, dass auch *Scham*, *Ärger* und *Ekel* vorherrschende Affekte im Rahmen von durchaus als im engeren Sinne als traumatisch zu bezeichnenden Ereignissen sein können (siehe zusammenfassend Brewin & Holmes, 2003). Entsprechend hat man im DSM-5 – wie auch im ICD-Klassifikationssystem – auf die emotionalen Reaktionen als Voraussetzung für die PTBS verzichtet, was der beobachteten Vielfalt möglicher emotionaler Reaktionen auf ein Trauma Rechnung trägt. Weiterhin hat sich der affektiv geprägte Zustand der völligen *Selbstaufgabe*, *mental defeat*, während des Traumas als wichtiger Risikofaktor für eine schwerere Ausprägung der PTBS erwiesen (Ehlers et al., 2000).

Traumatische Erlebnisse sind aber auch dadurch gekennzeichnet, dass ihre emotionalisierende Wirkung über die Situation des Traumas selber hinaus wirksam wird – eine Erkenntnis, der in den neueren Konzepten über die Ausprägung und Aufrechterhaltung von psychischen Folgeerscheinungen eines traumatischen Erlebnisses immer mehr Raum gegeben wird. Hier spielen insbesondere *Ärger*, *Scham*, *Schuld-*, *Rache-* und *Un- gerechtigkeitsgefühle* eine wichtige Rolle, weil sie häufig im Rahmen der Störungen auftreten. Diese affektiven Erlebensweisen zählen zu den sogenannten *sozialen Affekten*, da ihr Erleben immer in einem sozialen Bezugsrahmen stattfindet (siehe zusammenfassend Maercker & Horn, 2013). Weiterhin wird in der aktuellen PTBS-Forschung ein unspezifisches Cluster *dysphorischer Affekte* infolge eines Traumas als ein bisher vernachlässigter Symptombereich der PTBS, der einer depressiven Symptomatik nahe ist, diskutiert (Yufik & Simms, 2010). Neuerdings wird hierbei zwischen unterschied-

lichen Aspekten klinisch bedeutsamer Ausprägung negativen Affekts unterschieden. Armour et al. (2015) schlagen vor, ängstliche und dysphorische Erregung (*arousal*) im Rahmen der posttraumatischen Symptomatik ebenso getrennt zu betrachten wie Anhedonie (der Mangel an Freude) und den Anstieg an negativem Affekt.

Der verstärkte Fokus auf genuin affektive Prozesse im Kontext der Traumafolgen macht den Umgang mit diesen Affekten, der zu Aufrechterhaltung, Verstärkung oder eben Abflachung dieses affektiven Erlebens führt, zu einem zentralen Mechanismus für die Erklärung von einigen posttraumatischen Phänomenen. Dieser Umgang mit eigenen emotionalen Reaktionen wird als Emotionsregulation begrifflich gefasst (Aldao et al., 2010) und ist von transdiagnostischer Bedeutung; d. h., es handelt sich um einen grundlegenden Mechanismus, der in unterschiedlichen Problemen psychischer Gesundheit eine Rolle spielt. Die in der ICD-11 eingeführte Diagnose der kPTBS beinhaltet affektive Dysregulation, also die ungünstig funktionierende Regulation von Gefühlen, als Diagnosekriterium.

Gestörte Emotionsregulation kann als wichtiger grundlegender Mechanismus im Kontext insbesondere der komplexen posttraumatischen Symptomatik angesehen werden. Eine theoretische Annahme hierbei ist, dass die Entwicklung und Aufrechterhaltung eines funktionalen Umgangs mit Emotionen und Stimmungen, deren Grundlagen in der sozio-affektiven Entwicklung der Kindheit und Jugend liegt, nachhaltig durch traumatische Erlebnisse beeinträchtigt wird, insbesondere, wenn diese früh in der Entwicklung und gehäuft auftraten (Cloitre et al., 2009). Aus entwicklungspsychologischer Perspektive sind dabei die Entwick-

lung sozialer und emotionaler Kompetenzen untrennbar miteinander verbunden. Eine Störung des Aufbaus dieser Kompetenzen lässt entsprechend nicht nur affektive, sondern auch soziale Einschränkungen erwarten, was bei der kPTBS-Diagnose auch in deren Diagnosekriterien berücksichtigt wird (Maercker, 2017).

3.1.2 Konditionierung

Die PTBS wurde ursprünglich den Angststörungen zugerechnet, da in Reaktion auf die zunächst in der traumatisierenden Situation spontan auftretenden Angst Prozesse vermutet werden, die denen bei Angststörungen vergleichbar sind. Eine zentrale Theorie in diesem Zusammenhang ist die *Zwei-Faktoren-Theorie* von Mowrer (1960). Der erste Faktor repräsentiert die *klassische Konditionierung*. Ein zunächst neutraler Reiz wird aufgrund zeitlich und räumlich kontigenten Auftretens mit einem Aspekt der traumatisierenden Situation assoziiert, der direkt – also ohne vorherige Lernerfahrung – Angst oder andere vegetativ geprägte Reaktionen auslöst, wie beispielsweise die direkte Bedrohung von körperlicher oder physischer Unversehrtheit. Dies führt im ungünstigen Fall zu einer Generalisierung der Reaktion auf verschiedene Reize, die während der Traumatisierung mit der Reaktion gekoppelt waren oder konditioniert wurden (z. B. Alarm-sirengeräusche mit Angst und Schrecken bei Fliegerangriffen). Nach Mowrers Zwei-Faktoren-Theorie spielt aber auch eine *operante Konditionierung* bei der Entstehung und insbesondere Aufrechterhaltung von Angststörungen eine Rolle: Die *Vermeidung* von konditionierten angstausslösenden Stimuli (z. B. der Ort, wo die Traumatisierung stattfand) führt zeitlich kontigently zu einer

sogenannten *negativen Verstärkung*, da ein negativer Zustand (ängstlich, unruhig) unterbrochen wird. So wird das Vermeidungsverhalten operant verstärkt und eine Löschung der klassischen Konditionierungsprozesse höchst unwahrscheinlich.

Für die Therapie von Angststörungen im Allgemeinen aber auch der PTBS ist diese frühe Theorie sehr einflussreich. Vermeidung und vegetatives Hyperarousal als konstituierende Merkmale bei der Diagnose einer PTBS sind über die genannten Prozesse gut erklärbar, während komplexere Wiedererlebensphänomene sowie kognitive und sozioaffektive Prozesse bei einer Reduktion auf Konditionierungsprozesse nicht befriedigend konzeptionalisiert werden können. Entsprechend erscheint es als wichtig, höherstehende kognitive Prozesse wie Gedächtnis und kognitive Bewertungsprozesse im Zusammenhang mit der PTBS zu diskutieren.

3.1.3 Gedächtnis

Die PTBS ist durch ein verstärktes Auftreten von beunruhigenden intrusiven Erinnerungen gekennzeichnet, gleichzeitig werden häufig Amnesien in Bezug auf die Details des traumatischen Ereignisses berichtet. Dieses als widersprüchlich erscheinende Muster konnte in einer Vielzahl von Studien repliziert werden: Hoch emotionalisierte traumatische Erinnerungen tendieren dazu, in der Folge häufig und lebendig wiedererlebt zu werden (Pillemer, 1998), sind aber eben auch disorganisierter und mit Lücken behaftet (Foa et al., 1995). Eine besondere Form von Gedächtnisphänomenen sind sogenannte *Flashbacks*, die durch das unmittelbare Wiedererleben sensorischer Details wie lebendiger Bilder oder Geräusche aus dem Traumakontext gekennzeichnet sind,

die aber auch sehr fragmentiert auftreten können. Sie sind besonders belastend, da sie nicht das Ergebnis von gezielten Versuchen des Wiedererinnerns (*unwanted trauma memories*) sind, sondern sich unvermittelt aufdrängen. Sie gelten als klinisches Phänomen, das *charakteristisch für die Symptomatik* einer PTBS ist und zu dessen Kennzeichen ein *gestörtes Zeiterleben* (*nowness* der wiedererlebten Erinnerungen) und eine *Kontextlosigkeit* in Bezug auf den Zusammenhang sonstiger autobiographischer Erinnerungen gehören (siehe dazu die Übersicht bei Ehlers, 2010, und das duale Repräsentationsmodell von Brewin et al., 2010, siehe Abschnitt 3.3.2).

3.1.4 Dissoziation

Dissoziation kann definiert werden als jede Art von zeitweisem Zusammenbruch dessen, was wir als relativ kontinuierliche, aufeinander bezogene Prozesse des Erlebens der Welt um uns herum, der Vergangenheit sowie der eigenen Identität – als kontinuierlichstiftende Instanz zwischen der eigenen Vergangenheit und Zukunft – wahrnehmen (Spiegel & Cardena, 1991). Als dissoziative Phänomene im Rahmen der PTBS sind folgende Symptome zu nennen: *emotionale Taubheit* (*numbing*), *Derealisierung*, *Depersonalisierung* und *out of body*-Erfahrungen. Die Dissoziation wird häufig als evolutionär sinnvolles, defensives Reagieren des Organismus auf eine massive Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit konzeptionalisiert, eine Reaktion, die insbesondere dann auftritt, wenn die Bedrohung als nicht – etwa durch kämpferische Verteidigung – beeinflussbar erlebt wird und mit Phänomenen vergleichbar ist, wie sie bei Tieren in Bedrohungssituationen als *freezing* auftauchen.

3.1.5 Kognitive Bewertung

Die genannte Bewertung des Bedrohungsgehalts und der eigenen Ressourcen, damit umzugehen, ist ein Beispiel für *kognitive Bewertungsprozesse* (*appraisal*, Lazarus & Folkman, 1984). Die Bewertung erlebter Ereignisse als nicht kontrollierbar und vorhersehbar führt in der Folge zum Auftreten von Passivität und Ängstlichkeit, ein Zusammenhang, der im Tierversuch wiederholt belegt worden ist (*Erlerntheorie*; vgl. Peterson & Seligman, 1983); eine solche Bewertung wurde später als Erklärung zumindest für Taubheits- und Passivitätsphänomene im Rahmen einer PTBS angenommen (siehe zusammenfassend Foa et al., 1989). Der Komplexität der als Folge eines Traumas auftretenden kognitiven Prozesse eher gerecht werden spätere Ansätze wie das kognitive Modell von Ehlers und Clark (2000): Die nach dem Trauma vorherrschende negative Bewertung des Traumas und seine Konsequenzen (»Ich bin nirgends sicher«, »Ich habe es nicht anders verdient«) führen zu einer anhaltenden Wahrnehmung von Bedrohung und Beschädigung und den entsprechenden affektiven Korrelaten, was als Faktor interpretiert wird, der die posttraumatischen Symptome aufrechterhält.

Auf diese Modelle wird im Folgenden und in weiteren Kapiteln dieses Handbuchs (Kap. A1 und B2) noch eingegangen werden. Dabei steht die Bewertung des Traumas im Zusammenhang mit allgemeinen Einstellungen im Vordergrund. Schon in den frühen theoretischen Fassungen posttraumatischer Phänomene haben Janoff-Bulman (1985) und Horowitz (1976/1997) auf die Wichtigkeit der Folgen von Traumaerlebnissen für allgemeine Einstellungen – wie den Glauben an eine gerechte, kon-

trollierbare, bedeutungsvolle Welt und die eigene Unverletzlichkeit – verwiesen, Grundannahmen, die im Rahmen von Bewertungsprozessen nach dem Trauma empfindlich gestört werden (siehe den Begriff der *shattered assumptions* bei Janoff-Bulman, 1985).

3.1.6 Sozio-interpersonelle Prozesse

Welch große Bedeutung es für die psychische Gesundheit insbesondere nach dem Erleben eines Traumas hat, ob die Welt, das Selbst und insbesondere die soziale Umgebung als freundlich bzw. positiv oder feindlich bzw. negativ gesehen wird, ist schon seit den ersten Konzeptionalisierungen der PTBS diskutiert worden (Horowitz, 1976/1997). Neuere Metaanalysen unterstreichen die Wichtigkeit von sozio-interpersonellen Prozessen: Soziale Unterstützung erweist sich in der Metaanalyse von Brewin und Kollegen (2000) als protektiver Faktor in Bezug auf die Ausprägung einer klinisch signifikanten PTBS und zeigt dabei eine Effektstärke, die größer ist als bei »harten« Kriterien, zu denen Charakteristika des Traumas oder im Rahmen der Theorie erwartete Phänomene wie bestimmte kognitive Vulnerabilitäten gehören. Soziale Unterstützung wird meistens über das subjektive Erleben erhoben, dass man sich unterstützt und nicht allein fühlt, wenn es darauf ankommt. Somit spiegelt dieses Maß so etwas wie das Erleben eines allgemeinen sozio-interpersonellen Eingebettetseins wider, und was tatsächlich eine Vielzahl von Aspekten beinhaltet. In neuerer Zeit wird entsprechend dafür plädiert, differenziertere Maße für derartige Prozesse zu entwickeln (Bolger et al., 2000) und auch in der PTBS-Forschung einzusetzen (Maercker & Horn, 2013). Eine aktuelle konzeptionelle Fassung von sozio-

interpersonellen Prozessen im Rahmen der PTBS stellt das Modell der Autoren dar (Maercker & Horn, 2013; Maercker & Hecker, 2016). Hier wird auch darauf hingewiesen, dass Emotionsregulation nicht nur in der Kindheit, sondern in der ganzen Lebensspanne mit sozio-interpersonellen Prozessen verbunden ist, wie neuere Erkenntnisse aus der Attachmentforschung zeigen (Mikulincer & Shaver, 2018), die das Wechselverhältnis zwischen der sozialen Wirklichkeit (z.B. dem Paarverhalten) und dem individuellem emotionalen Erleben der Betroffenen erklären (z.B. Horn & Maercker, 2016; Krutolewitsch et al., 2016). Auf Symptomebene kann man starke interpersonelle Probleme als Zeichen für eine besonders komplexe Symptomatik interpretieren – entsprechend werden persistierende Probleme im sozialen Bereich als ein Kriterium für eine komplexe PTBS, wie sie in der ICD-11 eingeführt wurde, angesehen.

3.2 Psychische Risiko- und Schutzfaktoren in Bezug auf die Entwicklung einer PTBS

Da die komplexe PTBS nach ICD-11 noch sehr neu ist, bezieht sich die hier und in den folgenden Abschnitten referierte Literatur auf die »klassische« PTBS. Zum Verständnis des Phänomens PTBS kann mittlerweile eine Vielzahl von Studien, die im Rahmen ihrer psychosozialen Erforschung durchgeführt wurden, beitragen. Die Frage nach Risiko- und Schutzfaktoren in Bezug auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen stellt sich generell im Rahmen von entwicklungspsychopathologischen Fragestellungen. Aber bei der PTBS drängt sich die Frage ganz besonders auf, da hier ein eindeutiger ätiologischer

Faktor – das Trauma – als Bedingung für die Diagnose definiert ist. Die Reaktion auf ein Trauma ist immer emotionalisierend und tiefgreifend, aber nicht jede Exposition gegenüber einem Trauma führt zu einer psychischen Störung. Die Frage, welche Faktoren hier protektiv wirken und welche Vulnerabilitäten für die Entwicklung einer späteren psychischen Störung verstärken, erscheint hier besonders zentral, auch für präventive und therapeutische Ansätze. Das Rahmenmodell von Maercker (1998) schlägt eine Struktur für die konzeptionelle Einordnung der bestehenden empirischen Befunde vor und fasst diese zusammen (siehe in diesem Handbuch Kap. A6: Risikofaktoren, Resilienz und posttraumatische Reifung). Einen wichtigen Beitrag zur Untersuchung der empirischen Evidenz auf diesem Gebiet stellen die vorliegenden Metaanalysen dar, insbesondere die von Brewin und Kollegen (2000).

Im Vergleich zu den sogenannten Ereignis- (wie Traumadauer und -schwere) und Aufrechterhaltungsfaktoren (wie kognitive Veränderungen) war in der Metaanalyse von Brewin et al. (2000) der Zusammenhang zwischen Risiko- und Schutzfaktoren, die zur Person gehören (wie niedriges Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung, weibliches Geschlecht, niedriger Bildungsstand und niedriger IQ), und der Entwicklung einer PTBS weniger ausgeprägt. Ein weiterer relevanter Bereich sind prätraumatisch bestehende *Persönlichkeitseigenschaften*, die aber methodisch schwer zu untersuchen sind, da man eine Erhebung vor dem Erleben des Traumas durchführen müsste, um traumainduzierte Persönlichkeitsveränderungen auszuschließen. Zusammenfassend kann man aber sagen, dass es Hinweise darauf gibt – wie diese Hinweise erfasst wur-

den, ist auf unterschiedliche Weise unstritten und damit kritikwürdig –, dass prätraumatische Persönlichkeitseigenschaften wie niedrigere emotionale Reife (Lee et al., 1995), Neigung zur Rumination (gedankliches »Wiederkäuen«, ein Konzept ursprünglich aus der Depressionsforschung, wie nachzulesen bei Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991), niedrige Selbstwirksamkeit und stärkere Tendenzen zur Feindseligkeit gegenüber anderen Menschen (Heinrichs et al., 2005) sowie höherer Trait-Ärger (d. h. Ärger als Persönlichkeitseigenschaft; Meffert et al., 2008) Risikofaktoren darstellen, dass nach einem Trauma eine stärkere PTBS-Symptomatik entwickelt wird.

Die objektivierbaren Aspekte der Traumaschwere (Dauer, Schadensausmaß, Verletzungsgrad, Anzahl der Toten) stehen, wie eine Vielzahl von Studien zeigt, erwartungsgemäß in einer direkten Beziehung zur Schwere der posttraumatischen Symptomatik; die Effektstärken liegen jedoch nur im niedrigen bis mittleren Bereich, was die Wichtigkeit subjektiver Bewertungsprozesse und sozialer Faktoren einmal mehr unterstreicht (Brewin et al., 2000). Denn das subjektive Erleben – das von psycho-sozialen Faktoren mit abhängt – während des Traumas scheint sehr zentral zu sein: Zeigen sich beispielsweise stärkere Initialreaktionen (Maercker et al., Schützwohl & Beauducel, 2000), Selbstaufgabe (siehe oben, Ehlers et al., 2000) oder peritraumatische Dissoziation (Marmar et al., 1998), ist die Wahrscheinlichkeit infolge des Traumas eine stärkere Symptomatik zu entwickeln, größer.

3.2.1 Aufrechterhaltungsfaktoren nach dem Trauma

Wie ein traumatisches Erlebnis verarbeitet wird, ist zu einem großen Teil von Aspekten abhängig, die erst nach dem Trauma relevant werden. So ist ganz allgemein eine erhöhte Stressbelastung (z. B. familiärer, beruflicher, finanzieller Stress) ein Risikofaktor für die Entwicklung einer PTBS (Brewin et al., 2000).

Zentral für die Psychotherapie und deren zugrunde liegende Modelle der PTBS (siehe das erwähnte Kapitel von B. Kleim) sind *kognitiv-emotionale Veränderungen* infolge des Traumas. Schon in den ersten Formulierungen des Störungsbildes durch Horowitz (1976) wurde dem Erleben von Schuld, insbesondere der sogenannten Überlebensschuld (*survivor guilt*), eine wichtige Rolle bei der Aufrechterhaltung von Belastungssymptomen zugesprochen: Kognitive Bewertungen wie »Ich habe Mitschuld an dem, was vorfiel. Ich hätte vielleicht andere, die nicht überlebt haben, retten können...«, implizieren, dass eine Kontrollmöglichkeit über die traumatische Situation bestand, die altruistisch zu nutzen gewesen wäre. Solche Bewertungen, die zum ersten Mal im Zusammenhang mit Holocaust-Überlebenden beschrieben wurden, sind sehr belastend und werden häufig bei Überlebenden zahlreicher ganz unterschiedlicher traumaauslösender Situationen berichtet, bei denen andere zu Tode kamen. Im Weiteren werden die wichtigsten Aspekte der das Trauma aufrechterhaltenden Faktoren noch näher beschrieben, die im Zentrum von Ehlers' und Clarks Modell (2000) stehen und die im sozio-interpersonellen Modell von Maercker und Horn (2013) diskutiert werden.

3.3 Wichtige Modelle

Die psychologischen Modelle der PTBS mussten und müssen sich immer auch dem Anspruch stellen, das klinische Phänomen der PTBS hinlänglich zu beschreiben und dabei heuristisch wertvoll und für die therapeutische Behandlung handlungsleitend zu sein. Die nun kurz vorzustellenden Modelle werden, entsprechend vertieft, auch in den erwähnten Kapiteln zu PTBS und Verhaltenstherapie bzw. Trauma und Gedächtnis (Kap. B2 und A1) vorgestellt werden. Im Folgenden werden die wichtigsten Modelle kurz dargestellt, wobei auf die anfangs dargestellten grundlegenden psychischen Phänomene der PTBS Bezug genommen wird.

3.3.1 Gedächtnismodelle

Erste Konzepte

Wegweisend für die Theoriebildung der Traumafolgestörung waren die Reflexionen von Mardi Horowitz (1976/1997): Von Haus aus Psychoanalytiker, hob er die große Bedeutung hervor, die das Ringen um eine Integration des erschütternden traumatischen Erlebnisses in die vorher bestehenden Gedächtnisrepräsentanzen vom Selbst, den anderen und der Welt im Rahmen des posttraumatischen Geschehens hat. Häufig überfordert dieser Prozess das psychische System, so dass zur Reduktion der Spannung, die entsteht, weil mit dem Trauma kein zu bisherigen Sichtweisen passender Sinn verbunden werden kann, vermeidende Abwehrmechanismen zum Zuge kommen. Gleichzeitig besteht ein fundamentales Bedürfnis nach Assimilation des Geschehenen, was wiederum die Phänomene des Wiedererlebens erklären könnte.

Lerntheoretische Ansätze: das Furchtstrukturmodell

Aus lerntheoretischer Perspektive wurde von Foa und Kozak (1986) zur Erklärung der PTBS das Furchtstrukturmodell vorgeschlagen, auf dem die Expositionsbehandlung bei einer PTBS beruht: Unter Berufung auf die *Zwei-Faktoren-Theorie* von Mowrer (1960) wird hier eine konditionierte Koppelung von Angst an kognitive Repräsentanzen von traumarelevantem Gedächtnismaterial angenommen. Bezugnehmend auf die Studien von Lang (1979) wird darüber hinaus von einem *Netzwerkmodell* des Traumagedächtnisses ausgegangen. Die sogenannten Knoten des semantischen Netzwerks des Gedächtnisses repräsentieren neben den konditionierten emotionalen und physiologischen Reaktionen auf das Ereignis auch Gedächtnisinhalte – insbesondere bezüglich des Bedrohungsgehalts des Traumas. Dieses Gedächtnismodell geht also von einer integrierten Repräsentation von emotionalen und kognitiven Informationen aus, die Teil eines allgemeinen Reaktionsprogramms ist: Je umfassender das Furchtnetzwerk, von desto mehr Schlüsselreizen – sensorischer wie inhaltlicher Art – kann es aktiviert werden, und desto ausgeprägter ist die Symptomatik. Foas *Furchtstrukturmodell* integriert damit neben den basalen konditionierten Reaktionen auch die subjektive Bedeutung, die dem Trauma zugeordnet wird, und öffnet sich somit gegenüber konzeptionell kognitiven ätiologischen und therapeutischen Ansätzen (siehe auch die vertiefende Darstellung in Kap. A1 von Sopp et al. in diesem Handbuch).

Die Dual Representation Theory (duales Repräsentationsmodell)

Während in den bisher dargestellten Gedächtnismodellen keine qualitativen Unterschiede zwischen normalen und trauma-bezogenen Gedächtnisstrukturen postuliert wurden, geht die Dual Representation Theory (Brewin et al., 2010) von zwei qualitativ distinkten, parallel arbeitenden Gedächtnissystemen aus. Sogenannte VAM-Erinnerungen (*»verbally accessible memory«*) sind, wie der Name sagt, verbal zugänglich und in den Kontext anderer autobiografischer Erinnerungen eingebettet. Bei traumatischen Erinnerungen im VAM-System wäre also von einer Repräsentation innerhalb des Kontexts von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Person auszugehen. Diese Erinnerungen sind aufgrund ihrer verbalen Kodierung kommunizierbar und Bewertungen und Umbewertungen zugänglich, aber insofern limitiert, als sie nur die bewusst zugänglichen Anteile der traumatischen Erfahrung abspeichern. Dahingegen sind die Erinnerungen im SAM-System (*»situational accessible memory«*) nicht im verbalen Code abgespeichert, sondern repräsentieren die auf basaler Ebene und nicht notwendigerweise bewusst wahrgenommenen Sinneseindrücke aufgrund internaler und externaler Stimuli. Im Rahmen eines traumatischen Erlebnisses kann es sich hierbei genauso um körperliche Angst- und Erregungssymptome wie um visuelle, akustische, olfaktorische Details des Ereignisses handeln. Diese Erinnerungen sind weitgehend dekontextualisiert und nicht in die autobiografische Erinnerung integriert, was die sensorische Unmittelbarkeit und den gestörten Zeitbezug im Rahmen des Erlebens von Flashbacks erklären kann. Auch die häufig nicht bewusst zu-

gänglichen Assoziationen zwischen Auslöserreizen und Flashbacks wären so nachvollziehbar. Brewin und Kollegen (2010) formulieren in der aktuellen Form der *Dual Representation Theory* auch Hypothesen über die neuroanatomischen Korrelate der beiden Systeme und ihrer Mechanismen. Klinisch impliziert das Modell, dass die PTBS eine hybride Störung ist, bei der sowohl im VAM-System verbal zugängliche, kontextualisierte Bewertungsprozesse zu modifizieren sind wie auch sich in Flashbacks äußernde, rein sensorisch gespeicherte SAM-Erinnerungen mit neuen SAMs überschrieben werden müssen, wenn eine Symptomreduktion angestrebt wird. Diese Sicht auf post-traumatisches Wiedererleben informierte auch die Veränderungen zu DSM-5 und ICD-11, bei denen Flashbacks nun sauberer getrennt von kognitiven Intrusionen als exklusiv posttraumatisch definiert und bewertet wurden (Brewin, 2015).

3.3.2 Kognitive Modelle

Kognitive Schemata sind im Gedächtnis vorliegende Informationsmuster, welche die Informationsverarbeitung steuern und organisieren. Wie bereits erwähnt, spielen sie bereits bei den ersten Konzeptionalisierungen der PTBS von Horowitz eine Rolle (Horowitz 1976/1997), der auf die Wichtigkeit der Integration neuer Erfahrungen in die bestehenden Strukturen der Sicht von sich selbst, Welt und Mitmenschen hinwies. Auch im ursprünglichen Furchtstrukturmodell von Foa war die Bedeutung von kognitiven Bewertungsprozessen bereits theoretisch angelegt. Folgerichtig entwickelten Foa und Rothbaum (1998) ihr Furchtstrukturmodell weiter: In dem erweiterten Modell werden bereits vor dem Trauma vorliegende ri-

gide positive kognitive Schemata bezüglich eigener Kontrollmöglichkeiten und einer Sicht auf die Welt als sicheren Ort als Faktoren mit einbezogen, welche die Vulnerabilität für die Entwicklung einer klinisch signifikanten PTBS und insgesamt eine ungünstige Entwicklung posttraumatischer Symptome wahrscheinlicher machen. Diese rigiden Annahmen, die schon vor dem Trauma bestanden, werden dann durch bestimmte kognitive Bewertungsmuster nach dem Trauma noch verstärkt und führen letztlich zum anderen Extrem, dem Erleben von andauernder Schwäche, Verletzlichkeit und Bedrohung. Janoff-Bulman (1985) spricht in diesem Zusammenhang von erschütterten Einstellungen (*shattered assumptions*), die einen chronischen Verlauf der posttraumatischen Symptomatik begünstigen.

Das Modell von Ehlers und Clark (2000) baut auf diesen Überlegungen auf. Die Autoren weisen besonders auf das Paradox hin, dass sich bei der PTBS, obwohl das Trauma in der Vergangenheit liegt, die starke Angst oft auch auf die Zukunft erstreckt. Sie erklären dies durch eine bestimmte Tendenz der Informationsverarbeitung, die zu der Bewertung führt, dass weiterhin eine akute Bedrohung für die Person und deren Zukunft besteht. Der Beitrag des Modells von Ehlers und Clark hinsichtlich der Relevanz bestimmter negativer Bewertungen der Situation (»Ich bin und bleibe ein Opfer«), der eigenen Person (»Ich verdiene es, dass mir schlimme Sachen passieren«), aber auch der posttraumatischen Symptomatik (»Meine Symptome werden nie vergehen, mein Leben ist ruiniert«) ist von großer klinischer Bedeutung. Weiterhin weisen Ehlers und Clark (2000) auf die Gefahr des »Nicht-zu-Ende-Denkens« aufgrund kognitiver Ver-

meidung hin und sehen die Integration der fragmentierten traumabezogenen Gedächtnisinhalte – neben der Überschreibung von konditionierten Stimulus-Antwort-Assoziationen – als wichtiges therapeutisches Ziel an.

3.3.3 Das sozio-interpersonelle Kontextmodell

Alle bisher vorgestellten psychologischen Modelle gehen von einem primär individuenzentrierten Ansatz aus. Im Mittelpunkt stehen innerpsychische Prozesse wie gedankliche Bewertungen und Repräsentationen, Gedächtnis, Affekt und Dissoziation. Diese Prozesse passieren aber nicht im luftleeren Raum, vielmehr ist das Individuum eingebettet in einen sozio-interpersonellen Kontext. Ein Beispiel mag dies verdeutlichen: Eine Person wird aus politischen Gründen inhaftiert und wird gefoltert, was sie stark traumatisiert. Sie kehrt aus der Haft in ihren vorherigen sozialen Kontext zurück und wird dort von einem liebenden, verständnisvollen Partner unterstützt, von einem Freundeskreis voll Anerkennung für ihr mutiges Verhalten willkommen geheißen und mit aufrichtigem Interesse eingeladen, über ihre Erfahrungen und Erlebnisse zu sprechen, wenn sie das möchte. In den Medien wird währenddessen unterstrichen, wie wichtig die Zivilcourage der ehemaligen politischen Häftlinge war.

Ein Gegenbeispiel könnte folgendermaßen aussehen: Nach der exakt selben Art der Traumatisierung kehrt der ehemalige Häftling zurück, fühlt sich von seinen nahestehenden Vertrauten missverstanden, die ihn »überbeschützen« und wegen seiner Traumafolgesymptome für wunderlich und nicht wirklich lebensfähig halten. Seine

Umgebung scheint nicht gut auszuhalten, wenn er von seinen Erlebnissen spricht. Er erlebt dies als ungerecht, schämt sich für seine Symptome und gewöhnt sich ab, über seine Erlebnisse und deren Folgen zu sprechen. Gleichzeitig muss er um eine Rente kämpfen, während seine Peiniger selbstverständlich berentet werden, und die gesellschaftlichen Reaktionen und Haltungen, die er gegenüber politisch Gefangenen wahrnimmt, sind sehr heterogen.

Die genannten Faktoren – sozialer Affekt auf individueller Ebene, interpersonelle Prozesse wie soziale Unterstützung und Disclosure auf der Ebene der *nahen Beziehungen* sowie Haltungen und Tendenzen auf der Ebene von *Gesellschaft und Kultur* – spielen eine zentrale Rolle für die Ausprägung einer posttraumatischen Symptomatik (siehe Abb. 1).

Das von Maercker und Horn (2013) vorgeschlagene sozio-interpersonelle Modell legt einen Fokus auf die beschriebenen Prozesse.

Deren Bedeutung verdeutlichen die genannten Beispiele: Die soziale Wirklichkeit der Betroffenen beeinflusst und formt nicht nur genuin interpersonelle Prozesse, die in bisherigen Modellen häufig gänzlich vernachlässigt wurden. Sie steht auch in engem Wechselspiel mit intrapsychischen Prozessen wie kognitiver Umstrukturierung, Unterbrechung von vermeidenden kognitiven, verhaltensbezogenen und emotionsregulatorischen Strategien und damit Ermöglichung von Habituation sowie der Integration fragmentierter Gedächtnisinhalte. Ein Gedanke, der naheliegend ist, wenn man die interaktionellen Prozesse einer Psycho-

therapie betrachtet, die ebenso in interpersonellen Interaktionen des Alltags von Betroffenen zu erwarten sind, der allerdings konzeptionell bisher unterrepräsentiert war.

Zentrale Begriffe des Modells sind Abbildung 1 zu entnehmen. Es folgt einem Kontextebenenansatz, der zwischen individueller Ebene und der Ebene der nahen Beziehungen und entfernterer Gruppenzugehörigkeit unterscheidet. Soziale Affekte gelten in diesem Zusammenhang als wichtige Phänomene auf *individueller Ebene*. Auf der Ebene der *nahen Beziehungen* wird – unter Bezugnahme auf die bestehende Forschung – neben der *sozialen Unterstützung* besonderer Wert auf die Rolle von *Disclosure* (Selbst-

öffnung) und empathiebezogenen Prozessen gelegt (Müller & Maercker, 2006).

All diese Prozesse finden zwischen mindestens zwei Personen in Interaktion statt; diesen interaktionellen Charakter interpersoneller Prozesse gilt es zu berücksichtigen, was konzeptionelle wie methodische Implikationen hat. Wie am Beispiel neuerer Forschung zur sozialen Unterstützung schon dargelegt, ändert sich das Bild sozialer Einflüsse auf Traumafolgephänomene, wenn man beide Perspektiven – die des empfangenden Traumatisierten und die des gebenden Nahestehenden – berücksichtigt. Auf der Ebene distanter Gruppenzugehörigkeit können der kollektive Charakter von Trau-

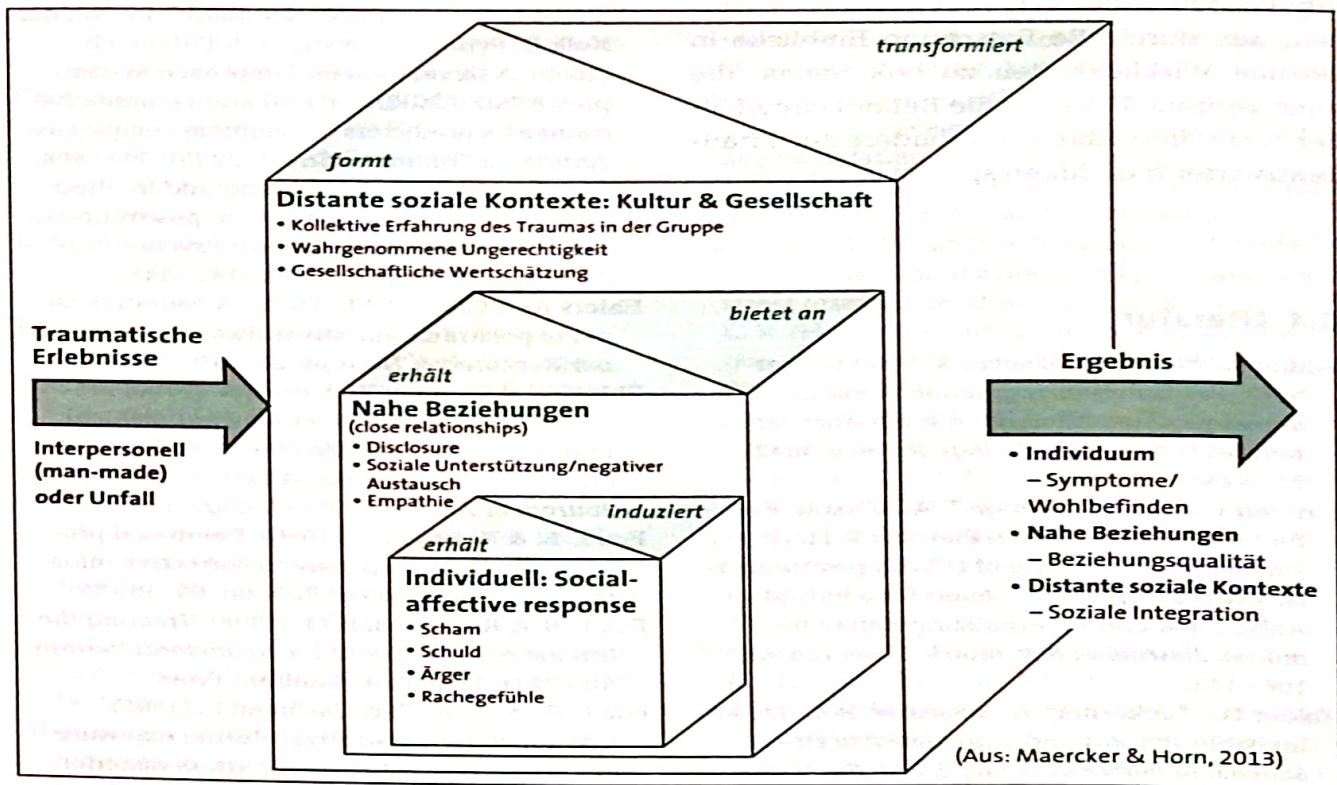


Abb. 1: Das sozio-interpersonelle Kontextmodell der PTBS

maerfahrungen, neben anderen kulturellen Einflüssen aber auch *gesellschaftliche Wertschätzung (social acknowledgement)*, Maercker & Müller, 2004) und *Ungerechtigkeits-erleben* eine wichtige Rolle für die Symptomentwicklung infolge eines Traumas spielen.

Neuere durch das Modell informierte Studien belegen dessen Annahmen auf der Ebene des nahen sozialen Umfelds (z. B. Krutolewitsch et al., 2016) wie auf der Ebene »traumatisierter Gesellschaften« (Maercker & Hecker, 2016) und erweitern es auch auf die Anpassungsreaktion auf starke Stressoren (Lorenz et al., 2018). Für die künftige Traumafolgenforschung möchte das Modell weiterhin dazu inspirieren, die genannten Prozesse über die Zeit und auf ökologisch valide Art und Weise zu erfassen, um durch die Forschung Einblicke in soziale Wirklichkeiten zu bekommen, die eine zentrale Rolle für die Befindlichkeit aller Menschen, aber insbesondere auch traumatisierter Individuen spielen.

3.4 Literatur

- Aldao A., Nolen-Hoeksema S. & Schweizer S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30 (2), 217–237.
- Armour C., Tsai J., Durham T. A., Charak R., Biehn T. L., Elhai J. D. & Pietrzak R. H. (2015). Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress symptoms: Support for a hybrid Anhedonia and Externalizing Behaviors model. *Journal of Psychiatric Research*, 61, 106–113.
- Bolger N., Zuckerman A. & Kessler, R. C. (2000). Invisible support and adjustment to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 953–961.
- Brewin C. R. (2015). Re-experiencing traumatic events in PTSD: New avenues in research on intrusive memories and flashbacks. *European Journal of Psychotraumatology*, 6 (1), 10.3402/ejpt.v6.27180. Im Internet: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/ejpt.v6.27180> (Zugriff: 26. 6. 2018).
- Brewin C. R. & Holmes E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339–376.
- Brewin C. R., Andrew B. & Valentine J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748–766.
- Brewin C. R., Gregory J. D., Lipton M. & Burgess N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: Characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological Review*, 117, 210–232.
- Cloitre M., Stolbach B. C., Herman J. L., van der Kolk B, Pynoos R., Wang, J. & Petkova E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (5), 399–408.
- Ehlers A. (2010). Understanding and treating unwanted trauma memories in posttraumatic stress disorder. *Zeitschrift für Psychologie/ Journal for Psychology*, 218, 141–145.
- Ehlers A. & Clark D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 38, 319–345.
- Ehlers A., Maercker A. & Boos A. (2000) Predictors of chronic PTSD following political imprisonment: The role of mental defeat, alienation, and perceived permanent change. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 45–55.
- Foa E. B. & Kozak M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.
- Foa E. B. & Rothbaum B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Foa E. B., Molnar C. & Cashman L. (1995). Change in rape narratives during exposure to therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 675–690.

- Foa E. B., Steketee G. & Rothbaum O. B. (1998). Behavioral/cognitive conceptualization of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155–176.
- Heinrichs M., Wagner D., Schoch W., Soravia L. M., Hellhammer D. H. & Ehlert U. (2005). Predicting posttraumatic stress symptoms from pretraumatic risk factors: A 2-Year prospective follow-up study in firefighters. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2276–2286.
- Horn A. B. & Maercker A. (2016). Intra- and interpersonal emotion regulation and adjustment symptoms in couples: The role of co-brooding and co-reappraisal. *BMC Psychology*, 4 (1), 51.
- Horowitz M. J. (1976/1997). *Stress response syndromes* (1. Aufl. 1976; 3., erw. Aufl. 1997). Northvale, NJ: Aronson.
- Janoff-Bulman R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In: Figley C. R. (Hrsg.). *Trauma and its wake*. New York: Brunner/Mazel, 15–35.
- Krutolewitsch A., Horn A. B. & Maercker A. (2016). Co-Rumination im Kontext des sozio-interpersonellen Modells der PTBS. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 45 (2), 121–131.
- Lang P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Journal of Psychophysiology*, 16, 495–512.
- Lazarus R. S. & Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lee K. A., Vaillant G. E., Torrey W. C. & Elder G. H. (1995). A 50-year prospective study of the psychological sequelae of World War II combat. *American Journal of Psychiatry*, 152, 516–522.
- Lorenz L., Perkonig A. & Maercker A. (2018). A socio-interpersonal approach to adjustment disorder: The example of involuntary job loss. *European Journal of Psychotraumatology*, 9 (1), 1425576. Im Internet: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008198.2018.1425576> (Zugriff: 26. 6. 2018).
- Maercker A. (1998). *Posttraumatische Belastungsstörungen: Psychologie der Extrembelastungsfolgen bei Opfern politischer Gewalt*. Lengerich: Pabst (ab 2002: eBook bei www.ciando.de).
- Maercker A. (2009). *Posttraumatische Belastungsstörungen* (3., neu bearb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Maercker A. (2017). *Trauma und Traumafolgestörungen*. München: C. H. Beck.
- Maercker A. & Hecker T. (2016). Broadening perspectives on trauma and recovery: A socio-interpersonal view of PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 7 (1), 10.3402/ejpt.v7.29303. Im Internet: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/ejpt.v7.29303> (Zugriff: 26. 6. 2018).
- Maercker A. & Horn A. B. (2013). A socio-interpersonal perspective on PTSD: The case for environments and interpersonal processes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20 (6), 465–481.
- Maercker A. & Müller J. (2004). Social acknowledgement as a victim or survivor: A scale to measure a recovery factor of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 345–351.
- Maercker A., Schützwohl M. & Beauducel A. (2000). Trauma severity and initial reactions as precipitating factors for posttraumatic stress disorder and chronic dissociation. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 651–660.
- Marmar C. R., Weiss D. S. & Metzler T. J. (1998). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder. In: Bremner J. D. & Marmar C. R. (Hrsg.). *Trauma, memory, and dissociation*, Washington: American Psychiatric Press, 229–252.
- Meffert S. M., Metzler T. J., Henn-Hase C., McCaslin S., Inslicht S., Chemtob C., Neylan T. & Marmar C. (2008). A prospective study of trait anger and PTSD symptoms in police. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 410–416.
- Mikulincer M. & Shaver P. R. (2018). Attachment orientations and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 25, 6–10.
- Mowrer O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Müller J. & Maercker A. (2006). Disclosure und wahrgenommene gesellschaftliche Wertschätzung als Opfer als Prädiktoren von PTB bei Kriminalitätsoffern. *Zeitschrift für Klini-*

- sche Psychologie und Psychotherapie, 35, 49–58.
- Nolen-Hoeksema S. & Morrow J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115–121.
- Peterson C. & Seligman M. E. P. (1983). Learned helplessness and victimization. *Journal of Social Issues*, 2, 103–116.
- Pillemer D. B. (1998). *Momentous events, vivid memories*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Spiegel D. & Cardena E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366–378.
- Yufik T. & Simms L. J. (2010). A meta-analytic investigation of the structure of posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 764–776.