

Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie

A. Maercker

2.1 Traumadefinition, Traumaarten und Retraumatisierung – 14

2.1.1 Traumadefinition – 14

2.1.2 Klassifikation von Traumata – 15

2.1.3 Retraumatisierung – 15

2.2 Symptomatik der Traumafolgestörungen – 16

2.2.1 Erscheinungsbild der PTBS – 17

2.2.2 Symptomatik weiterer Traumafolgestörungen – 21

2.2.3 Klassifikation und Differenzialdiagnosen – 26

2.2.4 Epidemiologie, Komorbidität und Verlauf der PTBS – 29

Literatur – 32

Die Beobachtung, dass extreme Ereignisse extreme Reaktionen verursachen, ist schon alt. So lässt Shakespeare in »Heinrich IV.« Lady Percy zu ihrem Ehemann sagen:

» O mein Gemahl, ...

Was heftest du die Augen auf die Erde

Und fährst so oft, wenn du allein bist auf? ...

Warum verlorst du Deiner Wangen Frische?

Gabst meine Schätze und mein Recht an dich

Starrseh'nden Grübeln und verhasster

Schwermut? ...

Dein Geist in dir ist so im Krieg gewesen

Und hat im Schlaf so dich aufgeregt,

Dass Perlen Schweißes auf der Stirn dir standen.

(Shakespeare 1989, S. 208) «

Im Gefolge der beiden Weltkriege wurde eine Reihe von Bezeichnungen für solche Störungen geprägt, wie Kriegs- oder Gefechtsneurose, Granatenschock (»shell shock«) und Kampfesmüdigkeit (► Kap. 1). Nach dem 2. Weltkrieg zeigte sich, dass auch andere traumatische Erlebnisse sehr ähnliche psychische Symptome verursacht hatten. Die Überlebenden aus Konzentrations- und Vernichtungslagern zeigten diese Symptome. Später entdeckte man, dass auch die Opfer von sexueller Gewalt ein vergleichbares psychisches Störungsbild aufwiesen.

Diese verschiedenen klinischen Beobachtungen führten zu der Annahme, dass es nach dem Erleben von Extremsituationen ein gemeinsames klinisches Bild von posttraumatischen Belastungsstörungen gibt, das als eine gemeinsame Endstrecke nach ganz verschiedenen traumatischen Erlebnissen aufgefasst werden kann.

Seit ihrer Erstbeschreibung wird die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in den international gebräuchlichen Krankheitsklassifikationssystemen (DSM und ICD) in einer weitgehend übereinstimmenden Form definiert.

■ Fünf Hauptkriterien der posttraumatischen Belastungsstörung

1. Erlebnis eines Traumas
2. Intrusionen (unwillkürliche und belastende Erinnerungen an das Trauma)
3. Vermeidungsverhalten und allgemeiner emotionaler Taubheitszustand

4. Anhaltendes physiologisches Hyperarousal (Übererregung)
5. Die Symptome dauern länger als einen Monat

Das letztgenannte Kriterium weist darauf hin, dass die zeitlich unmittelbaren psychischen Folgen nach einem traumatischen Ereignis (nach Stunden bzw. einigen Tagen) nicht als posttraumatische Belastungsstörungen aufgefasst werden. Sie werden hingegen als akute Belastungsreaktion (ICD-10: F43.0) oder akute Belastungsstörung (DSM-IV/DSM-5: 308.3) diagnostiziert (► Kap. 10).

2.1 Traumadefinition, Traumaarten und Retraumatisierung

2.1.1 Traumadefinition

Traumadefinitionen

- Das erste der 5 Hauptkriterien ist das sog. **Traumakriterium**. Nach diesem Kriterium sind Traumata definiert als
 - kurz- oder langanhaltende Ereignisse oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, die nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde (ICD-10; Weltgesundheitsorganisation 1994, S. 124).
- Die Definition des amerikanischen DSM-Systems beschreibt Traumata folgendermaßen:
 - ein Ereignis oder Ereignisse, die eine Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder Gefahr für eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit beinhalten (A1-Kriterium nach DSM-IV-TR: American Psychiatric Association 2000, S. 491).

Andere Erlebnisse, die umgangssprachlich ebenfalls als **persönliches Trauma** bezeichnet werden können (z. B. enttäuschte Erwartungen, Auseinanderbrechen einer Beziehung), entsprechen nicht dem o. g. Traumakriterium, in dessen Mittelpunkt

eine Todeskonfrontation oder andere extreme Gefahrensituationen stehen.

Die 4. Fassung des amerikanischen DSM-Systems unterschied zwischen **2 Teilen des Traumakriteriums** (sog. A1- und A2-Kriterien). Das A1-Kriterium umfasst die objektive Ereigniskonstellation, während das A2-Kriterium die subjektive Erlebniskonstellation definiert: »Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen« (ebd., S. 491). Aufgrund einiger Konstellationen, in denen trotz traumatischer Erlebnisse das A2-Kriterium nicht vorliegt, sehen das ICD-System und das DSM-5 diese Unterscheidung nicht vor. Dabei handelt es sich um

- wiederholte Gewalterfahrungen bei Typ-II-Traumata,
- Gewalterfahrungen bei
 - Kindern und Jugendlichen,
 - trainierten professionellen Einsatzkräften und
 - veränderten Bewusstseinszuständen schon während des Traumas.

Im **DSM-5** gilt als neues Traumakriterium die (tatsächliche oder drohende) Konfrontation mit

- Tod,
- schwerer Verletzung,
- sexueller Gewalt.

Als 4 mögliche Formen werden spezifiziert:

- direkte Erfahrung,
- persönliche Zeugenschaft,
- in der nahen Familie bzw. bei nahen Freunden,
- die wiederholte Konfrontation mit aversiven Details.

2.1.2 Klassifikation von Traumata

Die vielen unterschiedlichen traumatischen Ereignisse, auf die solche Definitionen zutreffen, lassen sich nach verschiedenen Gesichtspunkten zusammenstellen bzw. einteilen. Als orientierendes Schema bewährt haben sich Einteilungen in

- **menschlich verursachte vs. zufällige Traumata,**
- **kurz-(Typ-I-) vs. langfristige (Typ-II-)Traumata** – seit Neuerem erweitert um

- **medizinisch bedingte Traumata** (■ Tab. 2.1; Erstfassung in Maercker 1998).

Die Typ-I-Traumata sind meist durch akute Lebensgefahr, Plötzlichkeit und Überraschung gekennzeichnet, während die Typ-II-Traumata durch Serien verschiedener traumatischer Einzelereignisse und durch geringe Vorhersagbarkeit des weiteren traumatischen Geschehens gekennzeichnet sind (Terr 1989).

Der Status der medizinisch-bedingten Traumata ist noch nicht endgültig geklärt, obwohl sie im DSM-IV-TR ausdrücklich als traumatische Erlebnisse qualifiziert werden. Besonderheiten der PTBS-Prävalenz und im Verlauf dieser Traumata sind allerdings die Gründe für eine separate Behandlung (► Kap. 23) und weiteren Forschungsbedarf dieser Traumakategorie.

Für alle genannten Traumata sind die gleichen psychischen Symptome beschrieben worden, wie sie in den Hauptkriterien der PTBS definiert wurden (Intrusionen, Vermeidung, emotionale Taubheit, Hyperarousal). Es hat sich allerdings gezeigt, dass einerseits die willentlich durch Menschen verursachten Traumata und andererseits die zeitlich länger andauernden Typ-II-Traumata in vielen Fällen zu stärker beeinträchtigenden und chronischeren psychischen Folgen führen können als die anderen Formen.

Insbesondere für die Folgen der länger andauernden, wiederholten Typ-II-Traumata sind eine Reihe zusätzlicher Symptomgruppen beschrieben worden, die in ► Abschn. 2.2 »Komplexe PTBS« dieses Kapitels genauer dargestellt werden.

2.1.3 Retraumatisierung

In verschiedenen Zusammenhängen, z. B. im juristischen oder polizeilichen Kontext, im Bezug auf Medienaktivitäten gegenüber Opfern sowie in der Diskussion um therapeutische Vorgehensweisen wird der Begriff der Retraumatisierung gebraucht. Damit sind Zustände des Patienten/Betreffenden gemeint, in der eine erneute Erinnerung an das traumatische Erlebnis direkt zu einer erhöhten Symptombelastung führt.

■ Tab. 2.1 Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse

	Typ-I-Traumata (einmalig/kurzfristig)	Typ-II-Traumata (mehrfach/langfristig)	Medizinisch bedingte Traumata
Akzidentelle Traumata	Schwere Verkehrsunfälle	Langdauernde Naturkatastrophen (z. B. Erdbeben, Überschwemmung)	Akute lebensgefährliche Erkrankungen (z. B. kardi-ale, pulmonale Notfälle)
	Berufsbedingte Traumata (z. B. Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte)	Technische Katastrophen (z. B. Giftgaskatastrophen)	Chronische lebensbedrohliche/schwerste Krankhei-ten (z. B. Malignome, HIV/ Aids, Schizophrenie)
	Kurzdauernde Katastrophen (z. B. Wirbelsturm, Brand)		Als notwendig erlebte medizinische Eingriffe (z. B. Defibrillationsbe-handlung)
Interpersonelle Trauma-ta (man made)	Sexuelle Übergriffe (z. B. Vergewaltigung)	Sexuelle und körperliche Gewalt/Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachse-nenalter	Komplizierter Behand-lungsverlauf nach an-genommenem Behand-lungsfehler*
	Kriminelle bzw. körperliche Gewalt	Kriegserleben	
	Ziviles Gewalterleben (z. B. Banküberfall)	Geiselhaft	
		Folter, politische Inhaftie-rung (z. B. KZ-Haft)	

* Der Status dieser Eingruppierung ist noch Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen.

Definition

Als Retraumatisierung werden Vorgehenswei-sen bezeichnet, die die Patienten nur emotio-nal belasten und keine nachhaltigen Erleichte-rungen verschaffen. In ihrer schlimmsten Form können sie, bedingt durch die mangelnden emotionalen Stabilisierungsmöglichkeiten des Traumatisierten, zu einer lang anhalten-ten Verschlechterung führen. In der weniger schwerwiegenden Form kommt es zu einer Reaktualisierung des Traumas, die der Betrof-fene zwar selbst zu bewältigen imstande ist, die aber kurzfristig zu einer Verschlechterung führen kann (Maercker u. Rosner 2006).

Techniken der **therapeutischen Traumaexposi-tion** sind begrifflich klar von einer Retraumatisie-rung zu unterscheiden, da sie einem heilenden und

unterstützenden Zweck dienen, dem Patienten eine Transformation des Traumagedächtnisses ermög-lichen und innerhalb eines stützenden Kontextes stattfinden.

2.2 Symptomatik der Traumafolgestörungen

Unter dem Begriff Traumafolgestörungen – auch Traumaspektrum-Störungen – werden die PTBS sowie andere relevante Störungsphänomenologien nach traumatischen Erlebnissen zusammengefasst:

- akute Belastungsstörung,
- komplexe PTBS (bzw. Entwicklungstrauma-störung) sowie
- somatoforme Traumafolgestörung (bzw. soma-toforme Dissoziation).

2.2.1 Erscheinungsbild der PTBS

■ Fallbeispiel: Opfer eines kriminellen Überfalls

Der 60-jährige Patient berichtet:

»Seit dem Überfall bin ich ein völlig anderer Mensch geworden. Abends liege ich im Bett und dann kommen diese Gedanken und Bilder, und dann liege ich ewig wach. Ich habe jetzt einen Punkt erreicht, wo ich merke, es geht einfach nicht mehr weiter ...

Wenn ich irgendwo bin, und es gibt ein plötzliches Geräusch, da zucke ich zusammen. Da ist es wieder. Man kann's nicht abstellen. Man muss es sich mal so vorstellen: Das ist wie ein elektrischer Schlag. Und der geht sofort nach oben und löst bei mir einen Schweißausbruch aus. Ich bin nervlich völlig am Ende ...

Meine Freunde versuchen immer wieder, mich aufzumuntern. Sie sagen, ich soll das jetzt vergessen und mir doch mal ein schönes Leben machen. Das tut unheimlich weh. Das schmerzt, weil ich mir das gar nicht mehr richtig vorstellen kann ...

Ich habe keine Hoffnung mehr. Meine Freunde wollen mir ja wirklich helfen, aber das geht ja nicht. Es kann mir ja niemand helfen. Ich muss das selber schaffen. Aber ich muss immer an diesen Sonabend zurückdenken. Und dann merke ich immer, dass ich diese Belastung jetzt bis zu meinem Tod ertragen muss ... Ich tu' meinen Freunden ja so leid. Der Kontakt mit mir ist für sie deshalb sehr belastend. Ich ziehe mich deshalb von meinen Freunden zurück.«

Symptomatik

Die 3 Symptomgruppen der PTBS, Intrusion, Vermeidung/Betäubung und Hyperarousal, können jeweils in Form vieler Einzelsymptome bzw. -beschwerden auftreten. ■ Tab. 2.2 nennt und beschreibt diese Symptome nacheinander in der Reihenfolge, in der sie im amerikanischen DSM-System aufgelistet sind.

Beschreibung der drei Hauptsymptomgruppen

Intrusionen/Wiedererleben Patienten mit PTBS sind durch eine ungewollte Gebundenheit an das schreckliche Erlebte gekennzeichnet. Diese Gebundenheit zeigt sich in Bildern, Geräuschen oder anderen lebhaften Eindrücken des traumatischen Ereignisses, die unbeabsichtigt in den wachen

Bewusstseinszustand als auch in den Schlaf »eindringen«. Oftmals kommt es zu einem subjektiv erlebten Überflutungszustand durch diese inneren Bilder. Die Erinnerungen und Bilder erscheinen häufiger, als der Betroffene es vertragen kann, was zu einem Belastungsgefühl führt. Im Traum tauchen die Erlebnisse in verschiedenen Formen auf. Das Spektrum reicht dabei von lebhaften Wiederholungen in Träumen in sehr realistischer Form (»Flashbacks«) bis hin zu extremen Verzerrungen des Erlebten in den Albträumen.

Vermeidung/Numbing Die Betroffenen versuchen oft mit aller Macht, die sie überflutenden Gedanken »abzuschalten«, d. h. nicht mehr an das Geschehene zu denken. Trotz dieser intensiven Versuche gelingt die Vermeidung der Gedanken an das Erlebte in den meisten Fällen nicht. Möglicherweise kann extremes Bemühen oder bestimmte automatisierte (unbewusste) Einstellungen, die bedrängenden Erinnerungen abzuschalten, im Resultat zu dissoziativen Zuständen wie Teilamnesien führen, bei denen man sich nur sehr unscharf an das Erlebte erinnern kann. Die Vermeidungssymptome umfassen auch die Scheu davor, Aktivitäten durchzuführen bzw. Orte aufzusuchen, die an das Trauma erinnern.

Das **Numbing** (dt.: Abflachung der allgemeinen Reagibilität) ist mit den Vermeidungssymptomen assoziiert. Die Betroffenen beklagen eine Beschädigung ihrer Gefühlswelt, alle eigenen Gefühle erscheinen ihnen nivelliert. Man fasst unter Numbing auch das anhaltende Gefühl der Entfremdung von anderen Menschen sowie den allgemeinen sozialen Rückzug zusammen. Forscher (Foa et al. 1995; Frewen u. Lanius 2006) sind sich aufgrund verschiedener Studienresultate nicht einig, ob die Numbing-Symptome eine eigenständige Symptomgruppe bilden. Konzeptionell macht die Trennung der Symptomgruppen deshalb Sinn, da die Vermeidungssymptome eher phobischen Charakter haben und Numbingsymptome verschiedene Merkmale negativer Affektivität zusammenfassen.

Hyperarousal Der Körper reagiert nach einem Trauma mit, auch wenn die Betroffenen die körperlichen Folgen oftmals nicht im Zusammenhang mit dem Trauma sehen. Die Erregungsschwelle des

■ Tab. 2.2 Einzelsymptome der posttraumatischen Belastungsstörung

Kurzbezeichnung	Erläuterungen (an DSM-IV angelehnt)
Intrusionen/Wiedererleben	Ungewollt wiederkehrende und belastende Erinnerungen oder Erinnerungsbruchstücke; treten spontan auf (außer wenn durch Schlüsselreize hervorgerufen). Ihre Intensität reicht von Einzelerinnerungen bis zum Überwältigtwerden von der Erinnerung
Belastende Träume bzw. Alpträume	Wiederkehrende Träume, die Erinnerungen oder Erinnerungsbruchstücke des Traumas beinhalten. In Alpträumen können die Erinnerungen sehr verzerrt sein. Verlaufen oft jahrelang nach dem gleichen Muster
Flashbacks (Nachhallerlebnisse)	Erinnerungsattacken, die durch ihre Plötzlichkeit und Lebendigkeit gekennzeichnet sind. Sind meist nur kurzdauernd und gehen mit dem Gefühl einher, das traumatische Ereignis noch einmal zu durchleben. Nähe zu Illusionen, Halluzinationen und dissoziativen Verknennungszuständen
Belastung durch symbolisierende Auslöser	Schlüsselreize wie gleiche Gegenstände, Geräusche, Düfte rufen regelmäßig belastende Erinnerungen an das Trauma wach. Zu den Schlüsselreizen gehören auch Jahrestage und Darstellungen des Schicksals anderer (z. B. im Film)
Physiologische Reaktionen bei Erinnerung	Unwillkürliche Körperreaktion wie Schwitzen, Zittern, Atembeschwerden, Herzklopfen oder -rasen, Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden oder starke Ängste beim plötzlichen Konfrontiertwerden mit traumatischen Schlüsselreizen sowie Erinnerungen bzw. Erinnerungsbruchstücken
Gedanken- und Gefühlsvermeidung	Bewusstes Vermeiden von Gedanken und Gefühlen, die an das Trauma erinnern (z. B. eigene Gedankenstopppversuche bzw. Selbstkommentare: »Ich mache mich sonst nur selbst verrückt«). Unabhängig vom Erfolg der Vermeidungsbemühungen
Aktivitäts- oder Situationsvermeidung	Phobisches Vermeiden von Aktivitäten oder Situationen, die Erinnerungen an das Trauma bewirken (z. B. Ort des Traumas umgehen; nicht mehr aus dem Haus gehen zur Tageszeit, an dem das Trauma passierte)
(Teil-)Amnesien	Wichtige Elemente des traumatischen Geschehens können nicht mehr erinnert werden (z. B. von Ort x nach Ort y gekommen zu sein). Im Extremfall kann das ganze traumatische Geschehen nicht mehr erinnert werden; es herrschen nur unscharfe Erinnerungen oder Erinnerungsbruchstücke vor. Die Amnesien dürfen nicht durch einfache Vergesslichkeit oder durch organische Ursachen (z. B. Schädel-Hirn-Trauma) erklärbar sein
Interesseverminderung	Deutlich vermindertes Interesse an wichtigen Aktivitäten des täglichen Lebens oder an individuell vor dem traumatischen Erlebnis gern ausgeführten Aktivitäten (z. B. Karrierebemühungen, Hobbies)

■ Tab. 2.2 Fortsetzung

Kurzbezeichnung	Erläuterungen (an DSM-IV angelehnt)
Entfremdungsgefühl	Gefühl der Losgelöstheit oder Fremdheit von anderen Personen, die nicht das gleiche traumatische Ereignis erlebt haben. Subjektiv unüberwindlich empfundene Kluft zwischen den anderen und einem selbst (und entsprechenden Leidensgefährten). Selbst Familienmitgliedern gegenüber herrscht das Entfremdungsgefühl vor
Eingeschränkter Affektspielraum	Empfindung, dass das Trauma das eigene Gefühlsleben zerstört hat, z. B. die Fähigkeit jemanden zu lieben, sich zu freuen aber auch die Fähigkeit zu Trauer
Eingeschränkte Zukunft	Sowohl das Gefühl, dass nichts Wichtiges mehr im eigenen Leben passieren kann, als auch das Gefühl, das Trauma bzw. seine Verursacher haben Jahre (oder »die beste Zeit«) des Lebens zerstört und diese können nie wieder ersetzt werden. Zukunftspläne werden nicht mehr gemacht
Ein- und Durchschlafschwierigkeiten	Nach dem Trauma einsetzende Schlafstörungen beider Arten, teilweise – aber nicht notwendigerweise – im Zusammenhang mit Intrusionen bzw. belastenden Träumen oder Alpträumen
Erhöhte Reizbarkeit	Leichtes »Auf-180-Kommen«, oftmals Wutausbrüche, wozu vor dem Trauma noch keine Neigung bestand. Kann oft von den Betroffenen schlecht selbst beurteilt werden und ist nur indirekt über die Frage »Würden Ihre Angehörigen das so sehen?« zu explorieren
Konzentrationsschwierigkeiten	Ausgeprägte Schwierigkeiten, sich auf einfache Abläufe zu konzentrieren (z. B. Buch lesen, Film sehen, Formular ausfüllen). Den Betroffenen kann klar oder auch selbst unklar sein, dass sie in solchen Momenten intrusive Erinnerungsschübe haben
Übermäßige Wachsamkeit	Fachwort: Hypervigilanz: ständiges Gefühl des Nicht-Trauen-Könnens. Fortdauerndes und unrealistisches Gefährdungsgefühl. Kann (nach durch Menschen verursachten Traumata) dazu führen, dass Waffen zur möglichen Verteidigung mitgeführt werden bzw. Überwachungseinrichtungen installiert werden
Übermäßige Schreckreaktion	Nach dem Trauma vorhandene, sehr leichte Erschreckbarkeit, die schon durch leichte Geräusche und Bewegungen ausgelöst werden kann

autonomen Nervensystems senkt sich, d. h. Belastungen wirken früher und nachhaltiger. Auch kleinere nachfolgende Belastungen führen zu stärkerer Erregung. Diese Erregungssteigerung beeinträchtigt das Schlafverhalten: Sowohl das Einschlafen als auch das Durchschlafen werden nachhaltig gestört. Am Tage sind die Betroffenen hypervigilant

bzw. erhöht wachsam gegenüber allen möglichen Reizen (z. B. Geräuschen, fremden Gesichtern). Die Schreckreaktion wird heftiger: Schon kleinste körperliche Berührungen oder Geräusche führen zu extremem Erschrecken. Eine posttraumatische Belastungsstörung wird diagnostiziert, wenn einige der Einzelsymptome der genannten Symp-

tomgruppen gemeinsam auftreten. Die beiden gebräuchlichen Klassifikationssysteme (ICD-10 und DSM-5) erfordern eine unterschiedliche Symptomanzahl zur Festlegung der Diagnose. Das ICD-10 ist dabei etwas weniger strikt als das amerikanische DSM-System (zu Letzterem liegen allerdings die meisten Forschungsbefunde vor). Die folgenden Übersichten zeigen die jeweiligen Diagnosedefinitionen im Detail.

Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung nach dem DSM-IV (leicht modifizierte Formulierungen; Weglassen der Kriterien für Kinder)

- A) Ereigniskriterium: Die Person hat ein traumatisches Ereignis erlebt, das beiden folgenden Bedingungen genügt:
 - Die Person erlebte oder beobachtete ein oder mehrere Ereignisse, in der eine potenzielle oder reale Todesbedrohung, ernsthafte Verletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder anderen geschah.
 - Die Person reagierte mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken.
- B) Symptomgruppe: Wiedererleben (1 Symptom für Diagnose notwendig)
 - Intrusionen
 - Belastende Träume bzw. Albträume
 - Flashbacks (Nachhallerlebnisse)
 - Belastung durch Auslöser
 - Physiologische Reaktionen bei Erinnerung
- C) Symptomgruppe: Vermeidung/Numbing (3 Symptome für Diagnose notwendig)
 - Gedanken- und Gefühlsvermeidung
 - Aktivitäts- oder Situationsvermeidung
 - (Teil-)Amnesien
 - Interesseverminderung
 - Entfremdungsgefühl
 - Eingeschränkter Affektspielraum
 - Eingeschränkte Zukunft
- D) Symptomgruppe: chronische Übererregung (2 Symptome für Diagnose notwendig)
 - Ein- und Durchschlafschwierigkeiten

- Erhöhte Reizbarkeit
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Hypervigilanz
- Übermäßige Schreckreaktion
- E) Dauer der Beeinträchtigungen (Symptome der Kriterien B, C und D) ist länger als 1 Monat.
- F) Die Störung verursacht klinisch bedeutsame Belastungen oder Beeinträchtigungen im sozialen und Berufsbereich sowie anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung nach dem ICD-10

- A) Die Betroffenen sind einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
- B) Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung mit Hier-und-Jetzt-Qualität (Flashbacks, Nachhallerinnerungen), sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen.
- C) Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Vermeiden bestand nicht vor dem belastenden Ereignis.
- D) Entweder 1. oder 2.
 1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.
 2. Anhaltende Symptome (nicht vorhanden vor der Belastung) mit 2 der folgenden Merkmale:
 - Ein- und Durchschlafstörungen
 - Reizbarkeit oder Wutausbrüche
 - Konzentrationsschwierigkeiten
 - Hypervigilanz
 - Erhöhte Schreckhaftigkeit
- E) Die Kriterien B, C und D treten innerhalb von 6 Monaten nach dem Belastungsereignis

nis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf (in einigen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden).

Untersuchungen zur Kohärenz des Störungsbildes

Seit der Erstbeschreibung der PTBS wurden viele Studien durchgeführt, um zu untersuchen, ob die verschiedenen traumatischen Auslöserereignisse zum gleichen Störungsbild führen. Außerdem sollte mit diesen Untersuchungen abgesichert werden, dass die Störung diagnostisch zuverlässig erfassbar ist und alle wesentlichen Merkmale und Symptome berücksichtigt sind. Bei der Untersuchung großer Gruppen von Betroffenen wurde übereinstimmend bestätigt, dass Symptome aus den Hauptsymptomgruppen bei den verschiedensten Traumaarten gefunden werden, unabhängig davon, ob bei den Betroffenen ein Trauma z. B. durch Naturkatastrophen, Kriminalität, Vergewaltigung oder ein anderes traumatisches Ereignis ausgelöst wurde (Davidson u. Foa 1993).

■ Abb. 2.1 zeigt, dass es ein ähnliches Symptomprofil bei verschiedenen Traumata gibt, was die Annahme eines einheitlichen Störungsbildes stützt.

Symptommuster bei Kindern Für traumatisierte Kinder zeigen sich einige Abweichungen im Symptommuster, was zur Beschreibung einiger Besonderheiten für PTBS im Kindesalter führte (Landolt 2004; ► Kap. 19). Bei jüngeren Kindern können sich die quälenden Träume von dem Ereignis innerhalb mehrerer Wochen zu generalisierten Albträumen von Monstern, davon, andere zu retten oder Bedrohungsträumen verändern. Kleine Kinder nehmen meist nicht wahr, dass sie das Vergangene wiedererleben. Das Wiedererleben des Traumas zeigt sich eher durch wiederholtes Durchspielen des Erlebten: Ein Kind z. B., das einen Autounfall mitgemacht hat, spielt immer wieder Zusammenstöße mit Spielzeugautos nach. Da es für Kinder schwierig sein kann, über vermindertes Interesse an bedeutsamen Aktivitäten oder eine Einengung der Affekte zu berichten, sind diese Symptome nur von außen zu beobachten, z. B. durch Familienmitglieder oder Lehrer.

2.2.2 Symptomatik weiterer Traumafolgestörungen

Akute Belastungsreaktion oder -störung

Die akute Belastungsreaktion (ABR) wird hier nur kurz vorgestellt, da sie v. a. in der Notfallpsychologie (► Kap. 10) relevant ist. Sie ist zwischen dem 2. Tag und höchstens 4 Wochen nach einem traumatischen Ereignis diagnostizierbar. Für die Diagnose einer akuten Belastungsreaktion sind neben dem Trauma- und Zeitkriterium das Vorliegen von Intrusions-, Vermeidungs- und Hyperarousal notwendig. Zusätzlich wird für die akute Belastungsreaktion gefordert, dass mindestens 3 dissoziative Symptome vorliegen:

- subjektives Gefühl von emotionaler Taubheit, von Losgelöstheit oder Fehlen emotionaler Reaktionsfähigkeit,
- Beeinträchtigung der bewussten Wahrnehmung der Umwelt (z. B. »wie betäubt sein«),
- Derealisationserleben,
- Depersonalisationserleben oder
- dissoziative Amnesie (z. B. Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern).

Das Störungsbild der ABR legt damit einen Schwerpunkt auf die dissoziative Symptomatik – und damit die früher sog. psychische Schocksymptomatik. Ihr Auftreten ist in der überwiegenden Zahl der Fälle aber kein Vorhersagefaktor für spätere Langzeitfolgen (Bryant 2005), so dass das eine ABR nicht mit einer signifikant erhöhten Wahrscheinlichkeit verbunden ist, später an einer Traumafolgestörung zu leiden. Im Entwurf des ICD-11 ist die ASR folgerichtig keine krankheitswertige Störung mehr, sondern wird als Z-Code (Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen) gelistet.

Komplexe PTBS

Einige der Personen, die ein Trauma erlebt haben, können ein klinisches Bild entwickeln, dass über die genannten Symptomgruppen der PTBS (Intrusionen, Vermeidung, Numbing, Hyperarousal) hinausgeht. Es existieren verschiedene Formulierungsvorschläge für diese Traumafolgestörung:

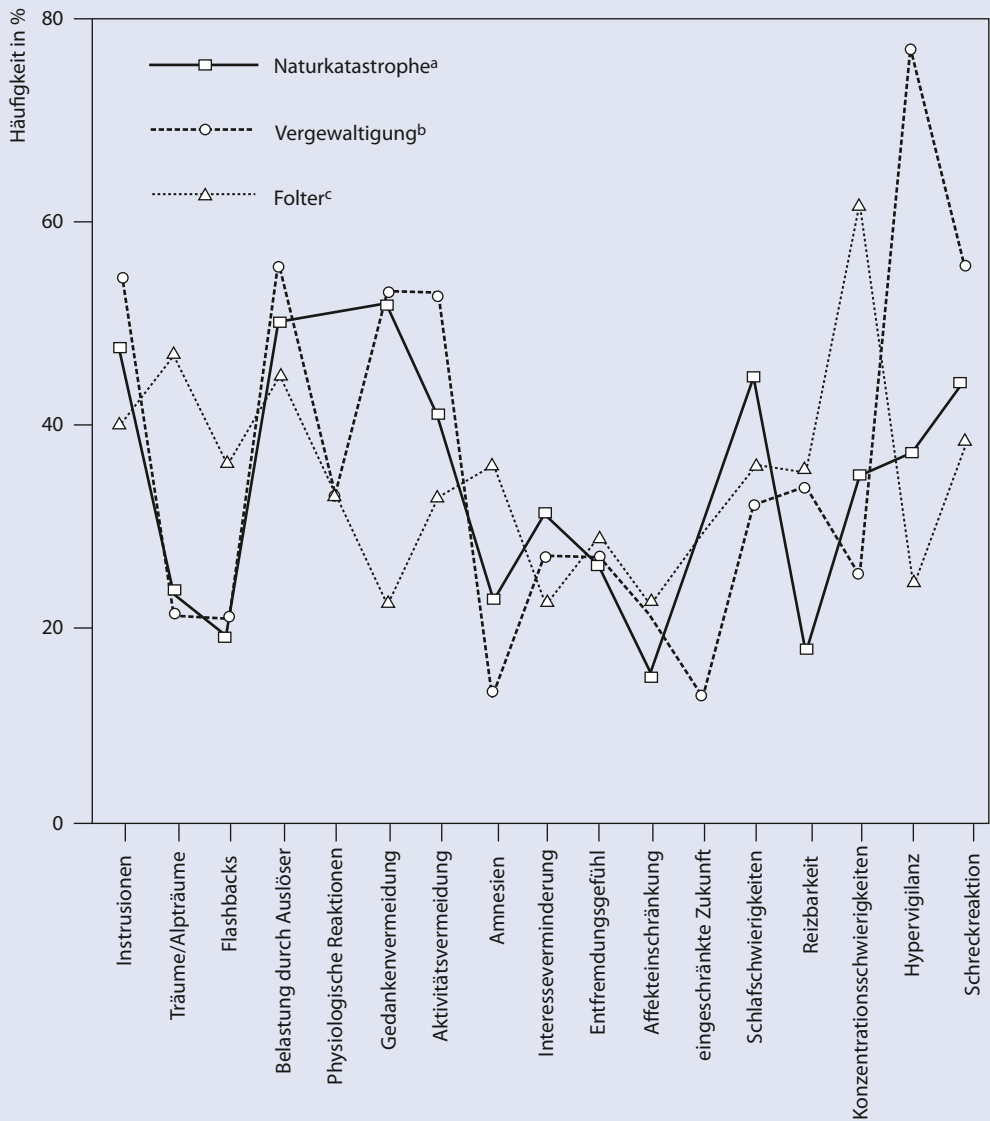


Abb. 2.1 Symptomprofile über verschiedene Traumaarten. Mod. nach a Green et al. (1990), b Foa et al. (1995), c Basoglu et al. (1994)

- andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10, F62.0),
- **komplexe PTBS** (Complex PTSD; Herman, 1992) und
- Entwicklungstraumastörung (Developmental trauma disorder; van der Kolk 2005).

Die andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung wird im internationalen Schrifttum kaum genutzt und wird im ICD-11-Entwurf als komplexe PTBS weiter geführt. PTBS und komplexe PTBS gelten als Unterdiagnosen einer neuen systematischen Oberdiagnose »Traumatic Stress Disorders«. Wichtig erscheint, dass die bisherige

ge PTBS im klinischen Alltag nicht als »einfache PTBS«, sondern als »klassische PTBS« bezeichnet werden sollte. In der US-Fachliteratur wird die Diagnose der komplexen PTBS ebenfalls stark diskutiert (Weiss 2012), in das DSM-5 wurde sie allerdings nicht aufgenommen.

Einige typische Veränderungen dieser Traumafolgestörung werden in den folgenden Aussagen von zwei Patienten beschrieben, die entweder in der Kindheit oder dem jungen Erwachsenenalter traumatisiert wurden.

■ Fallbeispiel 1: Opfer sexualisierter Gewalt

Die 23-jährige Patientin, die im Alter von 9–14 Jahren wiederholter sexualisierter Gewalt ausgesetzt war, berichtet:

»Lange habe ich nicht darüber reden können, was ich damals erlebt habe. Ich hab's irgendwie nicht zusammenbekommen ... Bis heute bin ich mehr auf meine Mutter sauer als auf den M. [ihren Stiefvater]; die [Mutter] hätte mich doch da raus holen müssen. Ich kann bis heute nichts empfinden beim Miteinander-Schlafen. Die ganze Sache ist für mich völlig verkorkst. Ich weiß, andere könnten mich als »Nutte« bezeichnen, weil ich jetzt so oft in so was reinstolpere. Ich weiß auch nicht ... An den Tagen danach – jetzt bin ich völlig neben der Spur, man hat mich schon irgendwo in der Stadt angefundenes und nach Hause gebraucht, und ich weiß von nichts. Völliger Filmriss ohne Alkohol oder Drogen ...

Ich komme mir so schmutzig vor – direkt, und deswegen muss ich mich so oft duschen. Aber irgendwie bin ich auch als Mensch völlig schmutzig und verdorben. Ich ziehe die anderen mit in den Dreck. Ja, ich habe damals auch den M., der eigentlich ein guter Mensch war, kaputt gemacht, der hat ja viel geheult wegen mir ...

Meine Gefühle sind ein Scheißdreck. Ich kann nichts damit anfangen. Ich liege immer falsch damit. Die [Menschen, die] mir gut sind, auf die werd' ich unglaublich aggressiv und verletzend, da geht's mir erst gut, wenn's denen schlecht geht. Und andersrum ...

Das weiß ja keiner, wie das ist, wenn man sich selber nicht spürt. Ich schau mir meinen Arm an – es ist nicht meiner. Ich habe keinen Körper, jedenfalls fühle ich keinen ...

Man hat mir gesagt, dass ich begabt bin und aus mir was werden könnte – und ich versuche es auch, aber ich glaube, ich hab' doch nicht die innere Kraft, dass ich das schaffe. Irgendwie habe ich nichts, worauf ich aufbauen kann ...«

(Ergänzungen vom Maercker)

■ Fallbeispiel 2: Inhaftierung aus politischen Gründen

Der 45-jährige Patient, der mit 21 Jahren aus politischen Gründen in der ehemaligen DDR inhaftiert wurde und 2½ Jahre im Gefängnis war, berichtet:

»Ich bin nicht mehr so, ich bin anders geworden. Ich versuche, vieles nicht mehr an mich herankommen zu lassen. Vieles interessiert mich einfach nicht mehr. Aber wenn was rankommt, überreagiere ich, aggressiv zum Teil und intoleranter dadurch. Wenn mich was erwischt, dann muss ich darum kämpfen, hab' meinen Stolz und meine Ehre. Und das bereitet mir schon Probleme ...

Ich habe Probleme mit allem, was so irgendwie an Zwangsmechanismen erinnert. Entweder erstarrt man davor und wagt nicht, sich zu rühren, oder man begehrt dagegen auf und nimmt das absolut nicht ernst. Die Zwischenform, das, was angemessen wäre, das fehlt bei mir. Und das wirkt sich natürlich am Arbeitsplatz aus. Ich bin mehr arbeitslos, als dass ich einen Job habe, weil ich die Hierarchien nicht verinnerlichen kann. Da schaffe ich es irgendwie nicht, die angemessene Reaktion zu finden ...

Und wenn ich dann wieder sehe, dass die [ehemaligen Täter] es gut haben, das verursacht bei mir so ein massives Bauchgrimmen, dann bin ich zwei, drei Tage nicht ansprechbar, weil ich den Eindruck habe, die haben plötzlich wieder den Sieg ...

Ich bin dann dort hingegangen und habe die Räume vollgesprayt ... Das braucht man für die eigene psychische Gesundheit. Man muss doch die Leute auch mal ein bisschen foltern ...

Solange wie ich lebe, werde ich alles hassen, was mit denen zu tun hat. Ich bin ein Kämpfer und das hat mir wenig Freunde geschaffen ...

Meiner Frau gegenüber bin ich im Nichtverstehen manchmal sehr böse gekommen, sehr sehr böse ...

Man hatte die Opfermentalität, man hat einfach von der Umwelt erwartet, dass man verstanden wird. Aber das war ja nicht vorhanden, da gab es so eine

Mauer des Schweigens, eine Mitschuld des Schweigens. Da hat man sich weiter eingegelt ...«
(Ergänzungen von Maercker)

■ Diagnostische Kriterien der komplexen PTBS

Der Diagnosevorschlag für die komplexe PTBS gliedert sich in

- A. Traumakriterium: Vorliegen einer langdauernden traumatischen Belastung,
- B. Kernsymptome einer PTBS,
- C. weitere Beeinträchtigungsbereiche: Emotionsregulation, Selbstkonzept, Beziehungsfähigkeit einschließlich einer Dissoziationsneigung.

In **Tab. 2.3** werden die Definitionsbestandteile erläutert.

Komplexe posttraumatische Belastungsstörung

Die komplexe PTBS entwickelt sich nach dem Erleben eines Belastungsereignisses, das typischerweise extremer bzw. langdauernder Art ist und aus dem eine Flucht schwierig oder unmöglich ist (Cloitre et al. 2012). Die Störung ist gekennzeichnet durch

- die Kernsymptome der PTBS,
- die Ausbildung anhaltender und tiefgreifender Beeinträchtigungen in affektiven, Selbst- und Beziehungsfunktionen,
- Schwierigkeiten in der Emotionsregulation,
- die Überzeugung, minderwertig, unterlegen oder wertlos zu sein sowie
- Schwierigkeiten, Beziehungen aufrecht zu erhalten.

Diagnostische Richtlinien

- Erleben einer Belastung, die typischerweise extremer bzw. langdauernder Art ist und aus dem eine Flucht schwierig oder unmöglich ist wie Folter, Konzentrationslager, Sklaverei, Genozid-Kampagnen oder andere Formen organisierter Gewalt, häuslicher Gewalt, sexuellem Kindesmissbrauch

oder schwerer körperlicher Gewalt in der Kindheit.

- Vorhandensein der Kernsymptome der PTBS (Wiedererleben des Traumas in der Gegenwart, Vermeidung von Erinnerungen an das Trauma, anhaltendes Gefühl der Bedrohung).
- Nach dem Beginn des Belastungserlebens und begleitend zur PTB-Symptomatik entwickeln sich anhaltende und tiefgreifende Beeinträchtigungen in der Affektregulation, persistierende Überzeugungen vom eigenen Selbst als minderwertig, unterlegen oder wertlos und persistierende Schwierigkeiten, Beziehungen aufrecht zu erhalten.
- Die Probleme der affektiven Dysregulation sind durch erhöhte emotionale Reaktivität gekennzeichnet, durch Schwierigkeiten, sich von kleineren Belastungen zu erholen, durch gewalttätige Ausbrüche, selbstgefährdendes oder selbstverletzendes Verhalten und eine Neigung zu dissoziativen Zuständen unter Belastungen. Zusätzlich kann emotionales Betäubtsein vorkommen, insbesondere das Fehlen der Fähigkeit, Freude oder positive Gefühle zu erleben.

■ Differenzialdiagnose in Bezug auf die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die komplexe PTBS kann von der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) dadurch unterschieden werden, dass die letztgenannte durch Furcht vor dem Verlassenwerden, Wechsel der Identitäten und häufiges suizidales Verhalten charakterisiert ist. Für die komplexe PTBS ist die Furcht vor dem Verlassenwerden keine erforderliche Bedingung, und das Selbstkonzept ist andauernd negativ und nicht in wechselndem Ausmaß. Suizidales Verhalten kann vorkommen, allerdings seltener als bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung, und dieses ist gewöhnlich nicht der Fokus einer Therapie. BPS erfordert nicht das Vorliegen einer traumatischen Belastung und die PTBS-Kernsymptome liegen ebenfalls nicht vor.

■ **Tab. 2.3** Einzelsymptome der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. (Mod. nach Cloitre et al. 2012, van der Kolk 2005)

Kriterium/Symptome (Kurzbezeichnung)	Erläuterungen
A. Traumakriterium	Vorliegen eines Man-made-Typ-II-Traumas, z.B. als sexualisierte Gewalt oder Folter
B. Kernsymptome der PTBS	Wiedererleben in der Gegenwart (Flashbacks), Vermeidungsverhalten und Übererregung sind vorhanden, müssen klinisch aber nicht dominieren (z. B. durch Dissoziationsneigung kupiert)
C. weitere Beeinträchtigungsbereiche	
Emotionsregulationsprobleme	Keine Feinabstufung der Gefühlsausdrücke möglich. Leichte Erregbarkeit in zwischenmenschlichen Situationen und Kommunikationen. Ärger und Zorn dominieren. Selbstschädigende Verhaltensweisen
Selbstkonzeptveränderungen	Beeinträchtigt Identitätsgefühl: ausgeprägte Überzeugung, ein beschädigtes Leben zu führen, das nicht mehr zu reparieren ist bzw. ausgeprägte Überzeugungen, im Leben etwas falsch gemacht zu haben und minderwertig zu sein. Permanentes Schuld- und Schamgefühl
Probleme der Beziehungsfähigkeit	Unfähigkeit zur gleichberechtigten partnerschaftlichen Interaktion. Anfälligkeit für überspannte Ansichten. Unfähigkeit zu vertrauen
Dissoziationsneigung (fakultativ)	Dissoziative Symptomatik: anhaltende Aufmerksamkeitsstörungen und wiederholte psychogene Bewusstseinsstörungen. Ausgeprägte und häufige Amnesien und zeitweises Depersonalisationserleben

■ **Präsentation im Kindes- und Jugendalter**

Bei Kindern können die Kernsymptome der PTBS insofern variieren, als die Wiedererlebens-Symptome in Form von repetitivem Spielen auftreten, während sich die Beeinträchtigungen der Emotionsregulation und der Beziehungsfähigkeit in Form von regressivem und/oder aggressivem Verhalten gegen sich selbst und andere zeigen. Bei Jugendlichen kommt es häufig zu Substanzmissbrauch, risikoreichem Verhalten (ungeschützter Sex, gefährliches Fahren); das aggressive Verhalten kann sich besonders in der Emotionsregulation und der Beziehungsaufnahme ausdrücken.

Das frühere Konzept von van der Kolk und Kollegen (2005) kann zur Zeit als Richtlinie für die klinische Operationalisierung der einzelnen Kriterien genutzt werden, wie sie in strukturierten klinischen Explorationen eingesetzt werden. Die Erfassung mittels Fragebogen kann sich des »Traumatic Stress Inventories« bedienen, das für alle Symptomberei-

che mehrere Fragen beinhaltet (englischsprachige Originalversion: Briere 1996; deutschsprachige Version: Krammer et al. 2012).

Explizite systematische Untersuchungen zur Validität des neuen Konzepts der komplexen PTBS werden zurzeit erarbeitet. Studien zum früheren Konzept der komplexen PTBS, in dem wesentliche Symptomformulierungen schon beschrieben waren, belegen die Validität dieses Störungsbildes bei Opfern sexuellen Kindesmissbrauchs, Folteropfern sowie ehemaligen Widerstandskämpfern (Boroske-Leiner et al. 2008; Ebert u. Dyke 2004; Jongedijk et al. 1996).

Somatoforme Traumafolgestörung bzw. somatoforme Dissoziation

Neben den genannten Traumafolgestörungen, deren Symptomatik vorwiegend mentalisierend (d. h. mit subjektiv bewussten Symptomen) in Erscheinung tritt, zeigt die klinische Erfahrung, dass es Pa-

tienten gibt, die im Unterschied dazu eher somatoform auf erlebte Traumata reagieren. Sie reagieren z. B. mit

- Schmerzen in den Geschlechtsorganen,
- zeitweisen sensorischen Ausfällen,
- zugleich sind die klassischen PTBS-Kriterien des intrusiven Wiedererlebens und eines selbst berichtbaren Vermeidungsverhaltens nicht gegeben.

Die Phänomene dieser Störung können sehr variabel sein und neben dem Spektrum somatoformer Störungsbilder (Somatisierungsstörung, undifferenzierte somatoforme Störung, somatoforme Schmerzstörung, Hypochondrie) die dissoziativen Störungen sowie die Konversionsstörungen umfassen.

Das Konzept der **somatoformen Dissoziation** wurde von Nijenhuis et al. (1996, 2004) beschrieben, um das klinische Bild der typischen somatoformen Traumafolgesymptomatik zusammenzufassen. In den jetzigen Störungsklassifikationssystemen kann diese Störung als dissoziative Störung der Bewegung und der Sinnesempfindung (F44.4–44.7; ICD-10) oder dissoziative Störung, nicht näher bezeichnet (300.15; DSM-IV-TR) kodiert werden.

Zum somatoformen Dissoziationsstörungskonzept liegen eine Reihe empirischer Untersuchungen vor. Die jeweiligen Patientensamples wurden dabei allerdings nicht durch Kliniker diagnostiziert sondern aufgrund von Fragebogenwerten (»Somatoform Dissociation Questionnaire 20«; Nijenhuis et al. 1996) nur diagnostisch zugeordnet. Es fand sich, dass somatoforme Dissoziation nicht durch Alter und Geschlecht beeinflusst wird. Der Zusammenhang zwischen der Anzahl erlebter Traumata und dem Ausmaß der somatoformen Dissoziation in mehreren großen Risikogruppenstudien war hoch (Korrelationen $>0,65$; Nijenhuis 2009). Die Symptomatik war dann besonders ausgeprägt, wenn lebensgeschichtlich eine früh begonnene Typ-II-Traumatisierung vorlag.

Kriterien der somatoformen Traumafolgestörung (somatoforme Dissoziation) (nach Nijenhuis 2009)

- A. **Traumakriterium^a** (entspricht der ICD- oder DSM-Definition)
- B. Vorliegen **negativer dissoziativer Symptome** (mentale Stigmata)
 1. Anästhesie: zeitweiser Sensibilitätsverlust in allen sensorischen Modalitäten
 2. Analgesie: zeitweiser Verlust der Schmerzempfindung
 3. Verlust der motorischen Kontrolle: Bewegungen, Stimme, Schlucken etc.
- C. Vorliegen **positiver dissoziativer Symptome** (mentale Akzidenzen)
 1. Somatoforme Komponenten nicht bewusster Prozesse, hysterische Phänomene und fixe Ideen: einzelne somatoforme Symptome
 2. Somatoforme Komponenten hysterischer Attacken und reaktiver traumatischer Erinnerungen (z. B. lokalisierte psychogene Schmerzen)
 3. Somnambulismus (Schlafwandeln): dissoziativ bedingte Bewegungsabläufe
 4. Verwirrtheit (Delirien): dissoziativ bedingte Zustände, akut psychotische Zustände, groteske somatoforme Veränderungen
- D. **Zeitkriterium^{*}**: nicht spezifiziert
- E. **Funktionelle Beeinträchtigungen^a**, bezogen auf Bildung, Familie, persönliche Beziehungen und Beruf

(* Kriterienbezeichnungen A bis E von Maercker hinzugefügt)

2.2.3 Klassifikation und Differenzialdiagnosen

Die Einordnung der PTBS in eine übergeordnete Gruppe psychischer Störungen war zunächst kontrovers diskutiert worden. Die verschiedenen Alternativen für eine Zuordnung waren die dissoziativen Störungen, Angststörungen oder Belastungsstörungen. Für eine eventuelle Zuordnung zur Gruppe

der dissoziativen Störungen sprach, dass bei PTBS und den anderen Traumafolgestörungen prominent dissoziative Symptome vorliegen. Dagegen sprach, dass Intrusions- und weitere Symptome nicht durch eine solche Zuordnung erklärt werden können, so dass diese Klassifikationsüberlegungen heute veraltet sind.

Wenn im Folgenden die Gründe für die Zuordnung zu den Angst- bzw. Belastungsstörungen beschrieben werden, sollen zugleich auch relevante weitere Störungen aus diesen Kategorien kurz gekennzeichnet werden.

Angststörungen

Im DSM-System (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association 2000) wird die PTBS zu den Angststörungen gerechnet (s. Übersicht). Dafür sprechen zunächst die beiden angstgetönten Bereiche der PTBS-Symptomatik:

1. Die körperlichen Reaktionen bei Konfrontationen mit Erinnerungen an das Trauma (z. B. Schwitzen, Atemnot, Herzbeschwerden) und
2. die phobische Vermeidung von Gedanken, Aktionen und Situationen, die an das Trauma erinnern.

Auf der physiologischen Ebene haben Angststörungen und PTBS die ausgeprägte sympathikotone Hyperreaktivität gemeinsam. Ein wesentliches Gegenargument gegen die Einordnung in die Angststörungsgruppe ist jedoch, dass bei einer PTBS immer eine äußere Verursachung vorhanden ist, was bei den übrigen Angststörungen eher selten vorkommt.

Klassifikation der Angststörungen nach dem DSM-IV-TR

- Panikstörung mit/ohne Agoraphobie
- Agoraphobie ohne Panikstörung
- Soziale Phobie
- Spezifische (einfache) Phobie
- Zwangsstörung
- Akute Belastungsstörung
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Generalisierte Angststörung
- Angststörung NNB (nicht näher bezeichnet)

Häufige Differenzialdiagnose: **Unfallbedingte spezifische Phobie**. Insbesondere bei Verkehrsunfällen ist beschrieben worden, dass ohne das Vorliegen eines PTBS-Vollbildes oder einer sub-syndromalen Störung gravierendes Vermeidungsverhalten auftritt, z. B. die Phobie, ein Fahrzeug zu führen oder mitzufahren (► Kap. 28). Falls intrusive Erinnerungen sowie ein chronischer Hyperarousal fehlen, sollte deshalb die Diagnose einer spezifischen Phobie vergeben werden.

Belastungsstörungen bzw. Stress- und Traumastörungen

Im ICD-System wird die PTBS in die Gruppe der Belastungsstörungen eingeordnet; im DSM-5 ist geplant, eine Stress- und Traumastörungskategorie zu bilden. Andere spezifische Störungen dieser Gruppe sind

- akute Belastungsreaktion und
- Anpassungsstörungen.

Die prolongierte Trauerstörung wurde bisher als Forschungsdiagnose diskutiert und wird im ICD-11 ergänzt werden.

Die Gruppe der Belastungsstörungen Die Belastungsstörungsgruppe ist im ICD sehr unspezifisch definiert. Gemeinsam ist diesen Störungen, dass sie durch ein Indexereignis (Bezugsereignis) definiert werden. Zudem unterstellt die Gruppenzuordnung implizit, dass die Störungen nur transitorisch sind und nach gewissen Zeiträumen spontan heilen. Solche Spontanheilungen sind allerdings bei PTBS nicht häufiger als bei Angststörungen und Depressionen.

Anpassungsstörungen Die Anpassungsstörungen (AS) sind insbesondere differenzialdiagnostisch für PTBS relevant. Einige Patienten – sowie einige der von ihnen konsultierten Ärzte und Psychologen – bezeichnen auch solche Lebensereignisse und Belastungen als traumatisch, die nicht der fachsprachlichen Traumadefinition entsprechen, z. B. Trennungen/Scheidungen, Arbeitsplatzverlust bis hin zu Burnout- oder Mobbingkonstellationen. Für diese Konstellationen kommt eine AS-Diagnose infrage. Sie wird aber meist aufgrund verschiedener Nachteile dieser Diagnose nicht gewählt:

- Die AS gilt als Verlegenheitsdiagnose.
- Sie ist anders als andere Diagnosen fast nur durch Ausschlusskriterien und nicht durch eine eigene Symptomatik gekennzeichnet.
- Außerdem wird sie in Lehrbüchern und der Forschung noch vernachlässigt.

Als neues AS-Konzept für das ICD-11 haben Maercker et al. (2007) sie als »genuine Belastungsstörung« forschungsbasiert neu formuliert. Danach gehören zu ihrer Symptomatik:

- **Kernsymptome** der Präokkupation (bzw. Intrusionen), Fehlanpassung (z. B. Erholungsunfähigkeit, Konzentrationsprobleme) sowie Vermeidung (z. B. Problem-, Personenvermeidung);
- **Begleitsymptome** der Angst, depressive Stimmung und Impulskontrollprobleme – diese bestimmen den AS-Subtyp;
- **Zeitkriterien** (unverändert): Dauer der Symptomatik 6 Monate für alle AS-Subtypen, maximal 2 Jahre für den depressiven Subtyp).

Diese evidenzbasierten Symptome/Syndrome finden sich bei vielen Patienten mit den genannten Lebensereignissen (wie Trennung/Scheidung, Arbeitsproblemen etc.; Maercker et al. 2008), aber auch bei körperlichen Erkrankungen (► Kap. 23; Bley et al. 2008).

Die (**posttraumatische**) **Verbitterungsstörung** (Linden et al. 2004) gehört nach systematischen Gesichtspunkten zu den Anpassungsstörungen. Hierbei handelt es sich um spezifisch veränderte Kognitions- und Affektivitätsmuster. Der Ereignisbezug ist definiert durch folgende Kriterien:

1. Einmaliges schwerwiegendes negatives Lebensereignis, in dessen Folge sich die psychische Störung entwickelt hat.
2. Einsicht in den Zusammenhang von Ereignis und jetzigem Zustand.
3. Der Patient erlebt das kritische Lebensereignis als ungerecht.

Klinische Symptome sind u. a.:

- Verbitterung und emotionale Erregung beim Erinnern des Ereignisses,
- wiederholte Intrusionen,

- dysphorisch-aggressiv-depressive Grundstimmung,
- phobische Symptomatik, verbunden mit dem Ort oder Urheber des kritischen Ereignisses,
- der Antrieb wird als blockiert erlebt.

Die genannten neuen Anpassungsstörungs(sub)typen können bisher nur als **Forschungsdiagnosen** eingesetzt werden.

Anhaltende Trauerstörung (ATS; engl. Prolonged grief disorder; auch: komplizierte oder pathologische Trauer) Früher eine Forschungsdiagnose, im ICD-11 als eigenständige Diagnose vorgesehen und im DSM-5 als Unterform der Anpassungsstörung. Relevant im psychotraumatologischen Kontext ist die ATS immer dann, wenn Personen vom traumatischen, dramatischen oder unerwarteten Tod eines nahen Angehörigen erfahren (z. B. Angehörige von Terror- oder Naturkatastrophenopfern); in diesem Fall ist das PTBS-Traumakriterium nicht erfüllt, denn die Betroffenen waren keine unmittelbaren Zeugen des Geschehens.

Kriterien der komplizierten Trauerstörung nach einem Expertenkonsens (Prigerson et al. 2009)

- A. Ereigniskriterium: Tod einer nahen Bezugsperson
- B. Kernsymptome (mindestens 1 der folgenden 3):
 - Intrusive Gedanken bzgl. Verlust (Präokkupation)
 - Überflutung durch Gefühle des Schmerzes und der Trauer
 - Verlangen nach Verstorbenem
- C. Begleitsymptome (mindestens 5 der folgenden 9):
 - Gefühl, ein Teil des Selbst sei gestorben
 - Schwierigkeit, den Tod zu akzeptieren
 - Vermeiden von Personen, Plätzen, Aktivitäten, die an den Verlust erinnern
 - Unfähigkeit, anderen zu vertrauen
 - Verbitterung oder Wut über den Tod
 - Schwierigkeit, das Leben weiter zu leben
 - Emotionale Taubheit

- Gefühl, dass das Leben leer und sinnlos ist
- Gefühl der Benommenheit oder Erschütterung
- D. Dauer der Symptome: mindestens 6 Monate
- E. Erhebliche Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen

Weiteres zur Diagnostik und Therapie der Anhaltenden Trauerstörung ► Kap. 25.

2.2.4 Epidemiologie, Komorbidität und Verlauf der PTBS

Epidemiologie

Informationen über die Verbreitung, über möglicherweise gekoppeltes Auftreten mit anderen psychischen Störungen sowie über den Verlauf der PTBS sind von großer Bedeutung für ein volles Verständnis der Störung. Der jeweilige Einzelfall eines Patienten, der sich zur Behandlung vorstellt, kann mit diesem Hintergrundwissen über häufige Auftretenskonstellationen und Komorbiditäten besser diagnostiziert und behandelt werden.

Die Verbreitung der PTBS hängt von der Häufigkeit traumatischer Ereignisse ab. Zumindest für einen Teil der Traumata ist es offensichtlich, dass sie in verschiedenen Weltregionen oder politischen Regionen in ihrer Häufigkeit variieren. Es gibt Regionen mit häufigeren Naturkatastrophen (z. B. auch einige Teile der USA) und Länder, in denen politische Gewalt und Folterungen politischer Gegner an der Tagesordnung sind. Bei den epidemiologischen Angaben zu PTBS muss man deshalb auf die regionale Herkunft der Prävalenzraten achten. Außerdem ist zu unterscheiden, ob Daten eine Periodenprävalenz, z. B. die 1-Jahresprävalenz, oder die Lebenszeitprävalenz wiedergeben – letzte umfasst auch die ausgeheilten Fälle und ist in der Regel höher als die 1-Jahresprävalenz.

In Deutschland wurde in der Studie, die die gesamte Erwachsenenaltersspanne umfasste (18- bis 97-Jährige), eine 1-Jahresprävalenz von 2,3 % gefunden (keine signifikanten Geschlechtsunter-

schiede; Maercker et al. 2008). Die Altersgruppenunterschiede waren erheblich: bei den 14- bis 29-jährigen jungen Erwachsenen war diese Prävalenz 1,4 %, bei den 30- bis 59-jährigen mittelalten Erwachsenen 1,9 % und bei den über 60-jährigen Älteren betrug sie 3,8 %. Dieser altersbedingte Prävalenzanstieg wurde mit den Nachwirkungen der Traumatisierungen in der Kriegszeit in Verbindung gebracht. Nach ICD-Definition der PTBS (die liberaler ist, ► Abschn. 2.1) liegen die Prävalenzen ca. jeweils um das 2-fache höher.

Die US-amerikanische National Comorbidity Study (Kessler et al. 1995) fand eine Lebenszeitprävalenz von 7,8 % mit einem starken Geschlechtsunterschied (bei Frauen 10,4 %, bei Männern 5,0 %; Altersgruppenunterschiede nicht untersucht). Die National Comorbidity Study-Replication fand 12 Jahre später eine etwas geringere Lebenszeitprävalenz von 6,3 % mit einem ähnlichen Geschlechtsunterschied.

Aus ■ Tab. 2.4 und ■ Tab. 2.5 ist ersichtlich, was die häufigsten Traumata sind und welche Traumata mit der höchsten Wahrscheinlichkeit mit einer PTBS einhergehen.

Häufige Traumata sind in den genannten Untersuchungen Kriegshandlungen, (schwere) Unfälle sowie das Zeuge-Sein von Unfällen oder Gewalt. Diese häufigsten Traumata sind allerdings nicht zugleich diejenigen, nach denen sich am häufigsten eine PTBS herausbildet.

- **Liste der 3 pathogensten Traumata in den oben zitierten Untersuchungen**
- Vergewaltigung (enge Definition ohne sexuelle Belästigung)
- Misshandlungen und sexueller Missbrauch in der Kindheit
- Kriegsteilnahme (nicht nach Soldat oder Zivilist unterschieden)
- **Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass sich aus epidemiologischen Daten immer nur Wahrscheinlichkeitsangaben ergeben. Auch im Falle eines »weniger« pathogenen Traumas kann sich das volle Symptombild einer PTBS herausbilden.**

Tab. 2.4 Häufigkeiten verschiedener Traumata und 1-Jahresprävalenz von PTBS in einer repräsentativen deutschen Stichprobe (Frauen und Männer gemittelt). (Mod. nach Maercker et al. 2008)

Art	Traumahäufigkeit* [%]	Störungshäufigkeit nach Trauma [%]
Kindesmissbrauch (<14. Lebensjahr)	1,2	35,3
Vergewaltigung	0,75	37,5
Kriegshandlungen	8,2	7,9
Kriegsbedingte Gefangenschaft	1,6	0
Schwere körperliche Gewalt	3,8	10,5
Schwere Unfälle	4,6	12,8
Zeuge (von Unfällen, Gewalt)	8,5	6,9
Feuer/Naturkatastrophen	0,79	0
Lebensbedrohliche Krankheit	3,0	23,4
Andere Traumata	3,6	12,1
Mehrere Traumata	8,2	2,1
* Mehrfachangaben möglich		

Komorbidität

Ein konsistentes Ergebnis der epidemiologischen Untersuchungen von Traumatisierten ist die hohe Komorbidität mit anderen Diagnosen. Folgende Störungen oder Krankheiten sind die häufigsten Folge- und Begleitprobleme von PTBS:

- **Komorbidie Störungen bei posttraumatischen Belastungsstörungen**
 - Angststörungen
 - Depressionen
 - Suizidalität
 - Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch oder -sucht
 - Somatisierungsstörungen
 - Borderline- oder antisoziale Persönlichkeitsstörung
 - Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Je nach Untersuchung wird angegeben, dass bei 50–100 % der Patienten mit PTBS komorbide Störungen vorliegen. Meist haben Patienten mit PTBS mehr als eine weitere komorbide Störung (Brunello et al. 2001).

Verschiedene Autoren haben darauf hingewiesen, dass die anderen Störungen selbst in einem pathogenetischen Zusammenhang mit dem Trauma stehen, also keine unabhängigen Störungen sind (Sutker et al. 1994). Sozialphobien oder spezifische Phobien können sich in einem zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang mit dem Trauma herausbilden (z. B. Klaustrophobie, die Furcht vor engen Räumen bei Geiselnopfern).

Die erhöhte Rate von Selbstmorden bzw. Selbstmordversuchen bei Patienten mit PTBS stellt ein besonderes Problem dar. Suizidversuche wurden z. B. bei ehemaligen Soldaten im Kriegseinsatz 8-mal häufiger gefunden als in der Normalbevölkerung (Davidson et al. 1991). Hier ist eine aktiv auf die Betroffenen zugehende psychotherapeutische Betreuung bzw. die Suizidprophylaxe von Traumaopfern von großem Wert.

Zur Komorbidität mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) gibt es eine wissenschaftliche Debatte, ob und inwieweit die BPS und die komplexe PTBS sich überlappen oder sogar identisch sind (Driessen et al. 2002). Studien zeigten aber, dass

■ **Tab. 2.5** Häufigkeiten verschiedener Traumata und Lebenszeitprävalenz von PTBS

Studie	US-amerikanische Studie: 15- bis 65-Jährige (Kessler et al. 1995)		Münchener Studie: 14- bis 24-Jährige (Perkonig et al. 2000)	
Art	Traumahäufigkeit [%]	Lebenszeitprävalenz nach Trauma [%]	Traumahäufigkeit [%]	Lebenszeitprävalenz nach Trauma [%]
Vergewaltigung	5,5	55,5	1,3	50,0
Sexuelle Belästigung	7,5	19,3	*	*
Krieg	3,2	38,8	0,2	25,0
Waffengewaltandrohung	12,9	17,2	^a	^a
Körperliche Gewalt	9,0	11,5	9,6	1,7
Unfälle	19,4	7,6	7,5	0
Zeuge (von Unfällen, Gewalt)	25,0	7,0	4,2	2,4
Feuer/Naturkatastrophen	17,1	4,5	0,5	0
Misshandlung/sexueller Missbrauch in der Kindheit	4,0	35,4	1,9	30,6
Vernachlässigung in der Kindheit	2,7	21,8	^a	^a
Andere Traumata	2,5	23,5	1,8	15,5
Irgendein Trauma	60,0	14,2	27,2	7,8
* Diese Kategorie wurde nicht erfasst.				

- nicht alle BPS-Patienten in ihrer Entwicklung Traumata erlebt haben (aber 65–80% berichten ein oder mehrere Traumata) und
- nicht alle Symptombereiche übereinstimmen (Bohus & Kienast 2010; Golier et al. 2003).

Über 50 % der Patienten mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung haben ebenfalls traumatische Ereignisse in ihrer Entwicklung erlebt (Semiz et al. 2007). Die häufige Komorbidität zur BPS ist für Therapieplanungen relevant (Affektregulation und Stabilisierung, ► Kap. 11).

Ein ausgeprägter Zusammenhang besteht zwischen chronischer PTBS und einer höheren Rate körperlicher Krankheiten sowie einer ausgeprägten

Nutzung medizinischer Behandlungseinrichtungen (Schnurr u. Green 2004).

Verlauf

Nach dem Erlebnis von Traumata können PTBS in jedem Lebensalter auftreten. Sie wurden sowohl in der Kindheit als auch im hohen Lebensalter beschrieben (Maercker 1999).

Die eigentlichen PTBS-Symptome treten üblicherweise innerhalb der ersten Monate nach dem Traumazeitpunkt oder -zeitraum auf. In den unmittelbaren Stunden und Tagen nach einem Trauma herrschen oft psychische Schock- oder akute Belastungszustände vor (► Abschn. 2.1.1 und ► Kap. 10).

Bildet sich nach diesen Anfangszuständen eine PTBS-Symptomatik heraus, kann sich diese durch spontane Heilung in den nächsten Wochen und Monaten wieder zurückbilden. Über die Häufigkeit von Spontanheilung der PTBS gibt es Angaben aus einer epidemiologischen Studie (Kessler et al. 1995): Ein Drittel der Betroffenen war danach innerhalb der ersten 12 Monate beschwerdefrei. Insgesamt die Hälfte der Betroffenen war nach ca. 4 Jahren störungsfrei. Zehn Jahre nach den traumatischen Ereignissen bestand die Symptomatik weiterhin bei ca. einem Drittel der Personen, die ursprünglich PTBS ausgebildet hatten.

Von den Personen, die irgendeine Form von Therapie erhielten, war die Hälfte nach 3 Jahren symptomfrei, während die andere Hälfte weiter Symptome zeigte. Die genannten Daten der Heilungsraten sind allerdings nicht spezifisch, da sie über alle möglichen verschiedenen Traumaarten gemittelt sind. Außerdem sind die genannten Zahlen durch ihre retrospektive Erhebung methodisch unsicher.

Es kann in seltenen Fällen (ca. 7 %) zu einer verzögerten Form der PTBS nach symptomfreien Monaten, Jahren oder Jahrzehnten kommen (Andrews et al. 2007). Eine Verstärkung der Symptomatik kann nach kritischen Lebensereignissen oder Rollenwechseln in der Biografie (z. B. Berentung) auftreten. Es gibt Belege dafür, dass im höheren Lebensalter unbehandelte posttraumatische Symptome in Häufigkeit und Belastungsgrad zunehmen (► Kap. 24), jedoch sind Langzeituntersuchungen individueller Verläufe noch sehr selten.

Literatur

- Adler, A. B., Wright, K. M., Bliese, P. D. et al. (2008). A2 diagnostic criterion for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 21 (3), 301–308.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – text revision (DSM-IV-TR)*. (4th ed.). Washington: American Psychiatric Press.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Philpott, R. & Stewart, L. (2007). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 164 (9), 1319–1326.
- Başoğlu, M., Paker, M., Paker, O. et al. (1994). Psychological effects of torture: a comparison of tortured with nontortured political activists in Turkey. *Am J Psychiatry*, 151, 76–81.
- Bley, S., Einsle, F., Maercker, A. et al. (2008). Anpassungsstörungen – Die Erprobung eines neuen diagnostischen Konzepts in einem ambulanten psychosomatischen Setting. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58, 446–453.
- Bohus, M. & Kienast, T. (2010). Primat der ambulanten Behandlung der Persönlichkeitsstörung? *Psychiatrische Praxis*, 37, 108–110.
- Boroske-Leiner, K., Hofmann, A. & Sack, M. (2008). Ergebnisse zur internen und externen Validität des Interviews zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58(5), 192–199.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Rose, S. (2000). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (3), 499–509.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Inventory: Professional Manual*. Odessa, FL: PAR.
- Brunello, N., Davidson, J. R., Deahl, M. et al. (2001). Posttraumatic stress disorder: diagnosis and epidemiology, comorbidity and social consequences, biology and treatment. *Neuropsychobiology*, 43(3), 150–162.
- Bryant, R. A. (2005). Predicting posttraumatic stress disorder from acute reactions. *Journal of Traumatic Dissociation*, 6 (2), 5–15.
- Cloitre, M., Maercker, A., Reed, G. and ICD-10 revision group on disorders associated with stress (2012). Complex PTSD – a new disorder concept for ICD-11. Genf WHO: unpublished manuscript.
- Davidson, J. R., Hughes, D., Blazer, D. G. & George, L. K. (1991). Posttraumatic stress disorder in community. An epidemiological study. *Psychological Medicine*, 21, 713–721.
- Davidson, J. R. & Foa, E. B. (1993). *Posttraumatic stress disorder. DSM-IV and beyond*. Washington: American Psychiatric Press.
- Driessen, M., Beblo, T., Reddemann, L. et al. (2002). Is the borderline personality disorder a complex post-traumatic stress disorder? – The state of research. *Nervenarzt*, 73(9), 820–829.
- Ebert, A. & Dyck, M. J. (2004). The experience of mental death: the core feature of complex posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 24(6), 617–635.

- Foa, E. B., Riggs, D. S. & Gershuny, B. S. (1995). Arousal, numbing, and intrusion: symptom structure of PTB following assault. *American Journal of Psychiatry*, 152, 116–120.
- Frewen, P. A. & Lanius, R. A. (2006). Toward a psychobiology of posttraumatic self-dysregulation: reexperiencing, hyperarousal, dissociation, and emotional numbing. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 110–124.
- Golier, J. A., Yehuda, R., Bierer, L. M. et al. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 2018–2024.
- Green, B. L., Grace, M. C., Lindy, J. D. et al. (1990). Risk factors for PTSD and other diagnoses in a general sample of Vietnam veterans. *Am J Psychiatry*, 147, 729–733.
- Herman, J. (1992). Complex PTB: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377–391.
- Jongedijk, R. A., Carlier, I. V., Schreuder, B. J. & Gersons, B. P. (1996). Complex posttraumatic stress disorder: an exploratory investigation of PTSD and DES NOS among Dutch war veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (3), 577–586.
- Kessler, R. C., Sonnega, A. et al. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.
- Kolk, B.A. van der, Roth, S., Pelcovitz, D. et al. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389–399.
- Krammer, S., Simmen, K. & Maercker, A. (2012). In Richtung »Komplexe PTBS«: die deutsche Version des Trauma Symptom Inventory (TSI) zur Erfassung komplexer Traumafolgen. Universität Zürich: unpubliziertes Manuskript.
- Landolt, M. A. (2004). *Psychotraumatologie des Kindesalters*. Göttingen: Hogrefe.
- Linden, M., Schippan, B., Baumann, K. & Spielberg, R. (2004). Die posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED). Abgrenzung einer spezifischen Form der Anpassungsstörungen. *Nervenarzt*, 75, 51–57.
- Maercker, A. (1998). *Posttraumatische Belastungsstörungen: Psychologie der Extrembelastungsfolgen bei Opfern politischer Gewalt*. Lengerich: Pabst. (ab 2002: eBook bei www.ciando.de)
- Maercker, A. (1999). Lifespan psychological aspects of trauma and PTSD: Symptoms and psychosocial impairments. In: A. Maercker, M. Schützwohl & Z. Solomon (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: A lifespan developmental perspective* (pp. 7–42). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Maercker, A. & Rosner, R. (2006). Was wissen wir über die posttraumatische Belastungsstörung und wohin gehen zukünftige Entwicklungen? – Zur Psychologie der Traumafolgestörungen. In A. Maercker & R. Rosner (Hrsg.), *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 3–17). Stuttgart: Thieme.
- Maercker, A., Einsle, F. & Köllner, V. (2007). Adjustment disorders as stress response syndromes: A new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology*, 40, 135–146.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B. et al. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland: Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt*, 5, 577–586.
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R. et al. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ–20). *Journal of Nervous and Mental Disorder*, 184(11), 688–694.
- Nijenhuis, E. R. S., Van der Hart, O., Kruger, K. & Steele, K. (2004). Somatoform dissociation, reported abuse and animal defence-like reactions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(9), 678–686.
- Nijenhuis, E. R. S. (2009). Somatoform dissociation and somatoform dissociative disorders. In P. F. Dell & J. O'Neil (Eds.), *Dissociation and dissociative disorders: DSM–IV and beyond* (pp. 245–273). New York: Routledge.
- Perkonig, A., Kessler, R.C., Storz, S. & Wittchen, H.U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 45–59.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C. et al. (2009). *Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11*. PLoS Med. 6(8):e1000121. Epub 2009 Aug 4.
- Schnurr, P., Green, B. L. (2004). *Trauma and health: physical health consequences of exposure to extreme stress*. Washington: American Psychological Association.
- Semiz, U. B., Basoglu, C., Ebrinc, S. & Cetin, M. (2007). Childhood trauma history and dissociative experiences among Turkish men diagnosed with antisocial personality disorder. *Society of Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 42 (11), 865–873.
- Shakespeare, W. (1989). *König Heinrich IV*. 1. Teil. In *Sämtliche Werke* (übersetzt v. A. W. Schlegel, D. Tieck & W. Graf Baudissin). Berlin: Aufbau.

- Sutker, P. B., Uddo, M., Brailey, K. et al. (1994). Psychopathology in war-zone deployed and nondeployed operation desert storm troops assigned graves registration duties. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 383–390.
- Terr, L. C. (1989). Treating psychic trauma in children. *Journal of Traumatic Stress, 2*, 3–20.
- Weiss, D. S. (2012). PTSD: Constructs, diagnoses, disorders, syndromes, symptoms, and structure. *Journal of Traumatic Stress, 25*, 237–240.
- Weltgesundheitsorganisation (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. ICD-10, Kapitel V. Bern: Huber.