

## Posttraumatische Belastungsstörung ((ICD-10: F43.1)

### 1. Diagnostische Kriterien

#### Symptomatik:

- sich aufdrängende, affektiv belastende Gedanken (Intrusionen) und Erinnerungen bis hin zu einem realitätsnahen Wiederleben des Traumas (Bilder, Alpträume, Flash-backs, Nachhallerinnerungen) oder auch Erinnerungslücken (partielle Amnesie)
- Übererregbarkeitssyndrome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen)
- Vermeidungsverhalten (Vermeidung traumaassoziierter Stimuli)
- Emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit)
- im Kindesalter teilweise veränderte Symptomausprägungen (z. B. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens)

#### Begriffsbestimmung/Definition

- Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS; engl.: Posttraumatic Stress Disorder → PTSD) sind Reaktionen auf singuläre wie mehrfache traumatische Ereignisse, die außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrungen liegen und das Selbstverständnis wie auch das „Weltverständnis“ eines Menschen erschüttern. Dazu können zählen:
- Erleben von körperlicher u. sexualisierter Gewalt (in der Kindheit → sexueller Mißbrauch), Vergewaltigung
- Gewalttätigkeit wie: Folter, KZ-Haft, politische Haft, Krieg u. Kriegsgefangenschaft; Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag
- Unfälle, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen

#### Weitere Kriterien

nach klinischen Kriterien (s.o.) → siehe ICD-10 (F 43.1):

- Hinweis: PTSD ausgelöst unabhängig von prämorbidem Persönlichkeitsfaktoren und neurotischen Erkrankungen in der Vorgeschichte
- Zeitkriterium: typische Symptome mit einer Latenz von Tagen bis (höchstens) 6 Monaten
- Berücksichtigung traumatischer Auslöser bei der Beschwerdeentwicklung
- Berücksichtigung traumaassoziierter und komorbider Störungen (Angststörungen, Depression, somatoforme Störungen, Suchterkrankungen, Substanzmißbrauch, Organerkrankungen)
- Diagnosesicherung vorzugsweise durch PTSD-spezifisches Interview bzw. ergänzende psychometrische Diagnostik (cave: Verstärkung der Symptomatik durch unangemessene Exploration)
- Berücksichtigung subsyndromaler Störungsbilder mit klinischer Relevanz (z. B. Intrusionen u. Übererregungssymptome ohne Vermeidungsverhalten)

Cave: Übersehen einer PTSD bei:

- lange zurückliegender Traumatisierung (z. B. sexueller Mißbrauch)
- klinisch auffälliger Komorbidität (Depression, Angst, Somatisierung, Sucht, Dissoziation)
- unklaren, therapieresistenten Schmerzsyndromen (z. B. anhaltende somatoforme Schmerzstörung)
- Persönlichkeitsstörungen (traumareaktives Mißtrauen kann Diagnostik erschweren)

**Differentialdiagnostisch** ist die **PTSD** von den anderen, unter dem Oberbegriff: „**posttraumatischer Störungen**“ subsumierten Störungsbildern (*akuter Traumareaktion; posttraumatischer Spätreaktion; chronischer posttraumatischer Störung*) **abzugrenzen**: hierbei handelt es sich um die **akute Traumareaktion**, die das Trauma unmittelbar begleitet, darüber hinaus noch einige Zeit anhalten kann (Leitaffekte: Wut, Furcht, Erstarrung). Bei der **posttraumatischen Spätreaktion** tritt eine bereits abgeklungene posttraumatische Reaktion spontan, ohne erkennbaren Anlaß oder in evozierenden

Situationen (z. B. Jahrestage) wieder in Erscheinung, um dann erneut abzuklingen. Schließlich sind die **chronischen posttraumatischen Störungen** anzuführen, die als bleibende Nachwirkungen i.R. der Traumaverarbeitung mit multiplen Störungsbildern und Syndromen assoziiert sind (Depressive u. Angstsyndrome; Dissoziationen; Konversionen; Verhaltensstörungen). Dazugehören z. B. die „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ (**ICD-10: F 62.0**; Kennzeichen u.a.: Mißtrauen, phobischer Rückzug, Gefühle von Leere, Hoffnungslosigkeit u. Bedrohung; Spaltung, Identifikation mit Angreifer) bzw. die sog. **posttraumatischen Borderlinestörungen**.

## 2. Epidemiologie

(→ **PTSD-Häufigkeit** variiert nach Art des Traumas):

- ca. 50 % Prävalenz nach Vergewaltigung
- ca. 25 % Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen
- ca. 20 % bei Krieger- u. 15 % bei Verkehrsunfallopfern
- durch Menschen verursachte Traumata (man made disaster) schwerwiegender und mit höherer Inzidenz verbunden als Naturkatastrophen
- Lebenszeitprävalenz für PTSD i. d. Allgemeinbevölkerung liegt zwischen 1 % bis 7 %
- Subsyndromale Störungsbilder wesentlich häufiger; PTSD mit hoher Chronifizierungstendenz

## 3. Ätiologie, Störungsmodell

Die zumeist unerwartet, von katastrophalem Ausmaß und mit großer Intensität eintretenden Erlebnisse führen zum Zusammenbruch basaler seelischer Funktionen, bewirken extreme Ängste und Hilflosigkeit bzw. → eine Art „seelischer Ohnmacht“

**psychoanalytischer Erklärungsansatz** (posttraumatische Psychodynamik): Erlebnis kann nicht als Angstsignal wahrgenommen werden (Durchbrechung d. Reizschutzes) → traumatische Situation als erzwungene Regression (Hilflosigkeit; Reinfantilisierung) → Affektisolierung (Leugnung der affektiven Bedeutung) u. Dissoziation (Abwehrmodus der Selbstspaltung)

**verhaltenstherapeutisches Erklärungsmodell** der PTSD: durch Trauma konditioniertes Fehlverhalten, das durch ähnliche Ereignisse wiederausgelöst werden kann; wie bei Modell der „erlernten Hilflosigkeit“ → Trauma führt zu psychovegetativem Reaktionsmuster, das unter Belastung mobilisiert wird (Alarmreaktion)

## 5. Behandlung

- Primäre Maßnahmen → hierzu zählen das Herstellen einer sicheren Umgebung (Prophylaxe weiterer Traumaeinwirkung), die Organisation des psycho-sozialen Helfersystems, die Informationsvermittlung und Psychoedukation bzgl. traumatischer Symptome sowie das frühe Hinzuziehen eines mit PTSD-Behandlung erfahrenen Psychotherapeuten
- Traumaspezifische Stabilisierung → Anbindung zur engmaschigen diagnostischen/therapeutischen Betreuung, Krisenintervention, ressourcenorientierte Interventionen (z. B. Distanzierungs-Techniken; Imaginative Verfahren) sowie auch adjuvante pharmakotherapeutische Abschirmung
- Bei bestimmten Patienten mit PTSD kann eine ausschließlich durch dafür qualifizierte Psychotherapeuten durchzuführende Traumabearbeitung indiziert sein. Innerhalb eines Gesamtbehandlungsplans kommen dabei (traumadaptierte) kognitiv-behaviorale oder psychodynamische Therapieverfahren zum Einsatz; spezifisches Verfahren: Eye Movement Desensitisation and Reprocessing [EMDR] ). Bisher noch keine ausreichende Evaluation der unterschiedlichen Ansätze.

## 6. Literatur

Fischer G u. Riedesser P: Lehrbuch der Psychotraumatologie, München 1998; Maercker v. A: Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen, Berlin 1997;

AWMF-Leitlinien für PTSD: [www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/psyt010.htm](http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/psyt010.htm)