

utb.

Eichenberg | Zimmermann

# Einführung Psychotraumatologie



PsychoMed  
compact

UTB 4762



**Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage**

Böhlau Verlag · Wien · Köln · Weimar  
Verlag Barbara Budrich · Opladen · Toronto  
facultas · Wien  
Wilhelm Fink · Paderborn  
A. Francke Verlag · Tübingen  
Haupt Verlag · Bern  
Verlag Julius Klinkhardt · Bad Heilbrunn  
Mohr Siebeck · Tübingen  
Ernst Reinhardt Verlag · München · Basel  
Ferdinand Schöningh · Paderborn  
Eugen Ulmer Verlag · Stuttgart  
UVK Verlagsgesellschaft · Konstanz, mit UVK/Lucius · München  
Vandenhoeck & Ruprecht · Göttingen · Bristol  
Waxmann · Münster · New York

PsychoMed compact – Band 10

Die Reihe wurde begründet von Prof. Dr. Hans Peter Rosemeier (†) und Prof. Dr. Nicole von Steinbüchel; sie wird herausgegeben von Prof. Dr. Elmar Brähler und Prof. Dr. Nicole von Steinbüchel.

Christiane Eichenberg · Peter Zimmermann

# **Einführung Psychotraumatologie**

Mit 6 Abbildungen und 5 Tabellen

Ernst Reinhardt Verlag München Basel

Univ.-Prof. Dr. phil. habil. *Christiane Eichenberg*, Dipl.-Psych., Psychotherapeutin (Psychoanalyse), Leiterin des Instituts für Psychosomatik an der Fakultät für Medizin der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien, lehrt und forscht zu Psychotraumatologie, E-Mental Health und Psychotherapie.

PD Dr. med. *Peter Zimmermann*, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, leitet das Psychotraumazentrum der Bundeswehr im Bundeswehrkrankenhaus Berlin.

**Hinweis:** Soweit in diesem Werk eine Dosierung, Applikation oder Behandlungsweise erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autoren große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen oder sonstige Behandlungsempfehlungen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. – Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnungen nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

UTB-Band-Nr.: 4762  
ISBN 978-3-8252-4762-1

© 2017 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany  
Einbandgestaltung: Atelier Reichert, Stuttgart  
Covermotiv: © antonsov85/Fotolia  
Satz: Rist Satz & Druck GmbH, 85304 Ilmmünster

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München  
Net: [www.reinhardt-verlag.de](http://www.reinhardt-verlag.de) E-Mail: [info@reinhardt-verlag.de](mailto:info@reinhardt-verlag.de)

*Für meine Kinder (CE)*

*Für meine Frau in Dankbarkeit für ihre Unterstützung (PZ)*



# Inhalt

Hinweise zur Benutzung dieses Lehrbuches . . . . .	10
<b>1 Einführung – Epidemiologie, Prävention und Pathogenese . . . . .</b>	<b>11</b>
1.1 Allgemeines zur Psychotraumatologie . . . . .	11
1.2 Definitionen und Begriffsbestimmungen . . . . .	12
1.3 Wissenschaftsgeschichte und Konzepte der Psychotraumatologie . . . . .	14
<i>Der traumazentrierte Ansatz Janets</i> . . . . .	15
<i>Psychoanalyse</i> . . . . .	15
<i>Stressforschung</i> . . . . .	17
1.4 Epidemiologische Daten . . . . .	18
1.5 Prävention psychischer Erkrankungen nach Traumatisierungen . . . . .	20
<i>Allgemeine Grundsätze der Primärprävention von Traumafolgestörungen</i> . . . . .	21
<i>Spezielle Inhalte und Bewertung präventiver Ansätze</i> . . . . .	21
1.6 Pathogenese und Verlauf trauma-induzierter Störungsbilder . . . . .	25
1.7 Psychobiologie trauma-induzierter Störungsbilder . . . . .	30
<i>(Neuro-)hormonale Veränderungen</i> . . . . .	31
<i>Veränderungen im fMRT und PET</i> . . . . .	32
<i>(Epi-)genetische Dispositionen und Veränderungen</i> . . . . .	32
1.8 Fragen zu Kapitel 1 . . . . .	33
<b>2 Diagnostik im Spektrum der Traumafolgestörungen . . . . .</b>	<b>34</b>
2.1 Diagnostik und Differenzialdiagnostik . . . . .	34
2.2 Testdiagnostische Verfahren . . . . .	36
<i>Allgemeine Trauma-Skalen</i> . . . . .	37
<i>Skalen für spezielle psychotraumatische Syndrome</i> . . . . .	40
<i>Skalen zur Erfassung von allgemeiner psychischer Symptombelastung und Komorbidität</i> . . . . .	41
2.3 Traumatisierung im spezifischen Kontext: Situationstypologie . . . . .	42
<i>Holocaust</i> . . . . .	42
<i>Folter und Exil</i> . . . . .	44
<i>Flüchtlinge</i> . . . . .	45



	<i>Traumatisierungen im militärischen Kontext und bei Einsatzkräften</i> . . . . .	47
	<i>Traumatisierung in der Kindheit</i> . . . . .	50
	<i>Traumatisierung im höheren Lebensalter</i> . . . . .	54
	<i>Vergewaltigung</i> . . . . .	56
	<i>Lebensbedrohliche Erkrankung als Faktor psychischer Traumatisierung</i> . . . . .	58
	<i>Mobbing</i> . . . . .	60
2.4	Spektrum der Traumafolgestörungen . . . . .	62
2.5	Diagnostische Konzepte im Rahmen der Frühintervention und zielgruppenspezifische Intervention (ZGI) . . . . .	66
2.6	Fragen zu Kapitel 2 . . . . .	70
<b>3</b>	<b>Ressourcen und Stabilisierung in der Psychotraumatologie</b> . . . . .	71
3.1	Was sind Ressourcen? . . . . .	71
3.2	Ressourcen in der Stabilisierung traumatisierter Patienten . . . . .	72
	<i>Ziele von Stabilisierung</i> . . . . .	73
	<i>Therapeutische Grenzen</i> . . . . .	84
3.3	Fragen zu Kapitel 3 . . . . .	85
<b>4</b>	<b>Behandlung: Allgemeine Grundsätze</b> . . . . .	86
4.1	Was wirkt in der Traumatherapie? . . . . .	87
4.2	Hinweise zur Gesprächsführung mit traumatisierten Menschen . . . . .	88
	<i>Allgemeine Grundsätze</i> . . . . .	88
	<i>Therapeutische Grundhaltung in der Psychotraumatologie – Parteiliche Abstinenz</i> . . . . .	90
	<i>Umgang mit Grenzen in der Psychotraumatologie</i> . . . . .	91
4.3	Regeln für die Traumatherapie . . . . .	92
	<i>Aufbau eines hilfreichen Arbeitsbündnisses und Umgang mit typischen Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen in der Traumatherapie</i> . . . . .	97
4.4	Psychohygiene der Traumahelfer . . . . .	98
4.5	Fragen zu Kapitel 4 . . . . .	101
<b>5</b>	<b>Behandlung: Spezifische Konzepte</b> . . . . .	102
5.1	Akutinterventionen nach Traumatisierung . . . . .	102
5.2	Psychodynamische Verfahren . . . . .	105
	<i>Psychodynamische Kurztherapie nach Horowitz</i> . . . . .	106
	<i>Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie (MPTT)</i> . . . . .	108
	<i>Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT) nach Reddemann</i> . . . . .	110

5.3	Verfahren der Verhaltenstherapie . . . . .	113
	<i>PTBS-Therapie nach Scrignar</i> . . . . .	113
	<i>Kognitive Verhaltenstherapie</i> . . . . .	114
5.4	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) . . . . .	116
5.5	Narrative Expositionstherapie (NET) . . . . .	118
5.6	Trauma und Spiritualität . . . . .	119
	<i>Umgang mit Wertorientierungen, Schuld und Scham</i>	
	<i>in der Traumatherapie</i> . . . . .	122
	<i>Therapeutische Ansätze</i> . . . . .	124
5.7	Komplementäre Verfahren . . . . .	126
	<i>Kreativ-künstlerische Verfahren</i> . . . . .	126
	<i>Körperorientierte und alternativ-therapeutische Verfahren</i> . . . . .	128
5.8	Medikamentöse Unterstützung des therapeutischen Prozesses. . . . .	128
5.9	Weitere Traumafolgestörungen, komorbide Erkrankungen und ihre Behandlung . . . . .	130
5.10	Interventionen mit modernen Medien. . . . .	137
	<i>Internet</i> . . . . .	138
	<i>Virtuelle Realitäten</i> . . . . .	140
	<i>Serious Games und Apps</i> . . . . .	141
5.11	Risiken und Nebenwirkungen von Traumatherapie . . . . .	143
5.12	Zusammenfassendes Fallbeispiel . . . . .	145
5.13	Fragen zu Kapitel 5. . . . .	148
<b>6</b>	<b>Begutachtung von Traumafolgestörungen</b> . . . . .	150
6.1	Allgemeine Grundsätze der Begutachtung von Traumafolgestörungen . . . . .	150
6.2	Spezielle gutachterliche Fragestellungen . . . . .	151
	<i>Entschädigungsrecht</i> . . . . .	152
	<i>Strafrecht</i> . . . . .	154
	<i>Dienst- und Erwerbsfähigkeit</i> . . . . .	155
	<i>Ausländerrecht</i> . . . . .	155
6.3	Fragen zu Kapitel 6. . . . .	156
	<b>Anhang</b> . . . . .	157
	Weiterführende Internetadressen . . . . .	157
	Literatur . . . . .	160
	Sachregister . . . . .	175

# Hinweise zur Benutzung dieses Lehrbuches

Zur schnelleren Orientierung werden in den Randspalten Piktogramme benutzt, die folgende Bedeutung haben:



**Begriffserklärung, Definition**



**(Fall-)Beispiel**



**Literaturempfehlung**



**Informationsquelle**



**Forschungen, Studien**



**Fragen zur Wiederholung am Ende des Kapitels**

# 1 Einführung – Epidemiologie, Prävention und Pathogenese

Wie die verschiedenen somatischen Systeme des Menschen in ihrer Widerstandskraft überfordert werden können, so kann auch das seelische System durch punktuelle oder dauerhafte Belastungen in seinen Bewältigungsmöglichkeiten überfordert und schließlich traumatisiert, d.h. verletzt werden. Von dem was geschieht, wenn eine solche Verletzung eingetreten ist, oder was zur Heilung geschehen sollte, handelt eine psychologische und psychosomatische Traumatologie als Lehre von Struktur, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten seelischer Verletzungen und ihrer Folgen.

In einer ersten Arbeitsdefinition kann ein psychisches Trauma daher als seelische Verletzung verstanden werden (von dem griechischen Wort Trauma= Verletzung), wobei zentral ist, dass diese von außergewöhnlicher Bedrohung ist oder ein katastrophales Ausmaß hat, das nahezu bei jedem tief greifende Verzweiflung auslösen würde.

## 1.1 Allgemeines zur Psychotraumatologie

Die Beobachtung, dass extreme Ereignisse ebenso extreme Reaktionen verursachen, ist bereits sehr alt. Gleiches gilt für die ersten systematischen Beschreibungen der Symptome, die nach traumatischen Erlebnissen auftreten, wie sie beispielsweise noch aus dem Ende des 19. und Anfängen des 20. Jahrhunderts von Beteiligten schwerer Unglücke, Soldaten der beiden Weltkriege und Überlebenden des Holocausts vorliegen. Es gab eine Reihe von Bezeichnungen wie Kriegs- oder Gefechtsneurose, Granatenschock („Shell Shock“) oder Kampfesmüdigkeit. Aber auch Opfer von sexuellen Übergriffen wiesen ein vergleichbares psychisches Störungsbild auf (Herman, 1993), und in ihren Beschreibungen finden sich die typischen Symptome, die noch heute als charakteristisch für Reaktionen auf traumatische Erlebnisse betrachtet werden:

- ungewolltes Wiedererleben von Aspekten des Traumas, z.B. in Form von „Flashbacks“ (auch „Nachhallerinnerungen“; das plötzliche und häufig intensive Wiedererleben früherer Erlebnisse und der damit verbundenen Emotionen) oder Albträumen;

- Anzeichen einer erhöhten Erregung, z.B. Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen;
- Vermeidung von Situationen, Gesprächen und anderen Reizen, die an das Trauma erinnern.

Hinzu kommt emotionale Taubheit, die sich in Interessenlosigkeit oder Entfremdung von anderen Menschen ausdrücken kann.

Im Jahr 1980 hat die Amerikanische Psychiaterische Gesellschaft die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in ihr Krankheitsklassifikationssystem (DSM-III) aufgenommen. Seit den frühen 1990er Jahren ist die Diagnose auch im Internationalen Krankheitsklassifikationssystem (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation vertreten. Inzwischen hat sich die Psychotraumatologie zu einer eigenen wissenschaftlichen Disziplin entwickelt.



**Psychotraumatologie** kann definiert werden als die „[...] Erforschung seelischer Verletzungen in Entstehungsbedingungen, akutem Verlauf sowie ihren unmittelbaren und Langzeitfolgen“ (Fischer & Riedesser, 2009, S. 392).

Zu den Meilensteinen neuer Disziplinen gehört die Gründung wissenschaftlicher Fachgesellschaften (im deutschsprachigen Raum z. B. das Deutsche Institut für Psychotraumatologie ([www.psychotraumatologie.de](http://www.psychotraumatologie.de)) sowie die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie ([www.degpt.de](http://www.degpt.de)), für internationale Fachgesellschaften siehe z.B. International Society for Trauma Stress Studies ([www.istss.org](http://www.istss.org)), European Society for Trauma Stress Studies ([www.estss.org](http://www.estss.org)) und Fachzeitschriften (z.B. Trauma ([www.asanger.de/zeitschriftzppm/](http://www.asanger.de/zeitschriftzppm/)), Trauma & Gewalt ([www.klett-cotta.de/zeitschrift/Trauma\\_Gewalt/7821](http://www.klett-cotta.de/zeitschrift/Trauma_Gewalt/7821)), Journal of Traumatic Stress (<http://www.istss.org/education-research/journal-of-traumatic-stress.aspx>).

## 1.2 Definitionen und Begriffsbestimmungen

Die Psychotraumatologie hat sich inzwischen ausdifferenziert in die *Allgemeine und Differenzielle Psychotraumatologie* sowie die *Spezielle Psychotraumatologie*.



Die **Allgemeine Psychotraumatologie** behandelt allgemeine Gesetzmäßigkeiten traumatischen Erlebens und dadurch bedingten Verhaltens, die Differenzielle Psychotraumatologie befasst sich mit

interindividuellen und intersituativen Unterschieden und Dispositionen von Traumaerleben und -verarbeitung. Die **Spezielle Psycho-traumatologie** ist auf typische Situationen ausgerichtet wie Gewaltkriminalität, sexueller Kindesmissbrauch etc.

Durch die intensive Beschäftigung mit psychischer Traumatisierung seit einigen Jahrzehnten hat sich das Wissen inzwischen sehr vergrößert. So weiß man beispielsweise heute, dass es nicht lediglich die sog. Posttraumatische Belastungsstörung als Folgeerkrankung nach einem potenziell traumatischen Erlebnis gibt. Vielmehr kann man von einem „Traumaspektrum“ aus Störungsbildern sprechen, bei denen eine psychotraumatische Verursachung diskutiert wird oder bereits nachgewiesen ist (Kap. 2.4). Ihnen gemeinsam ist eine psychische Traumatisierung, die sich nach Fischer und Riedesser (2009, S. 395) wie folgt definieren lässt:

„Psychische Traumatisierung ist ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“.

### Traumasppektrum



Heute zählen nach den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachverbände (Flatten et al., 2011) zu den traumatischen Ereignissen:

### Situationstypen

- erlebte körperliche und sexualisierte Gewalt, auch in der Kindheit (sog. sexueller Missbrauch),
- Vergewaltigung,
- gewalttätige Angriffe auf die eigene Person,
- Entführung,
- Geiselnahme,
- Terroranschlag,
- Krieg,
- Kriegsgefangenschaft,
- politische Haft,
- Folterung,
- Gefangenschaft in einem Konzentrationslager,
- Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen,
- Unfälle oder
- die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit.

Diese verschiedenen *traumatischen Situationstypen* werden grob in sog. *man-made-disaster* und *natural-disaster* unterteilt.



**Man-made-disaster** bezeichnen menschlich verursachte Traumatisierungen (z.B. Vergewaltigung, Folter, Mobbing) während unter **Natural-disaster** Naturkatastrophen (wie Erdbeben) oder auch Unfälle gefasst werden.

#### Arten traumatischer Erfahrungen

Eine weitere Unterscheidung betrifft den Aspekt der Art der traumatischen Erfahrung.



So ist ein **Monotrauma** (Typ-I-Trauma) ein einmaliges belastendes Ereignis, z. B. eine sexuelle Gewalttat oder ein Verkehrsunfall. **Komplexe Traumatisierungen** (Typ-II-Trauma) sind fortgesetzte seelische und evtl. auch körperliche Verletzungen, die oft bereits in frühen Lebensjahren beginnen, wie Misshandlungen oder Vernachlässigung durch eine Person, die auch aus dem familiären Umfeld stammen kann.

#### Beziehungstraumata

Solche Traumatisierungen werden auch als **Beziehungstraumata** bezeichnet. Diese werden paradoxerweise durch die engen Bindungsfiguren hervorgerufen, die eigentlich Sicherheit und Schutz gegen Traumatisierung gewährleisten sollen.



Unter **kumulativer Traumatisierung** versteht man „eine Traumatisierung in einzelnen Schritten, deren jeder für sich subtraumatisch verbleiben würde. In der einsetzenden Erholungsphase wird jedoch jedes Mal die Restitutionstätigkeit der Person durch erneute Ereignisse gestört und somit auf Dauer das psychische System zum Zusammenbruch gebracht“ (Fischer & Riedesser 2009, S. 397).

### 1.3 Wissenschaftsgeschichte und Konzepte der Psychotraumatologie

Unter den wissenschaftlichen Pionierleistungen, die in der Psychotraumatologie zusammenfließen, sind u. a. der sehr eigenständige Ansatz von Pierre Janet zu nennen, die Psychoanalyse und die auf den ungarischen Internisten und Biochemiker Hans Selye zurückgehende Stress- und Copingforschung (ausführlich bei Fischer & Riedesser, 2009).

## Der traumazentrierte Ansatz Janets

Pierre Janet (1859–1947) und Sigmund Freud (1856–1939) waren Zeitgenossen. Janet, französischer Philosoph, Psychiater und Psychotherapeut, hatte seinerzeit ebenso wie zeitweilig auch Freud mit dem berühmten Hypnosearzt Jean-Martin Charcot an der Pariser Salpêtrière zusammengearbeitet. Aus den Hypnoseexperimenten und den therapeutischen Ansätzen Charcots ging hervor, dass zahlreiche psychopathologische Auffälligkeiten und Symptombildungen, unter denen die psychiatrischen Patienten litten, mit verdrängten Erinnerungen an traumatische Erlebnisse zusammenhingen.

Janet zog als erster den Begriff der Dissoziation als Erklärungskonzept heran. Dissoziationen ergeben sich nach Janet als Folge einer Überforderung des Bewusstseins bei der Verarbeitung traumatischer, überwältigender Erlebnissituationen. Er führte aus, dass die Erinnerung an eine traumatische Erfahrung oft nicht angemessen verarbeitet werden kann: Sie wird daher vom Bewusstsein abgespalten, dissoziiert, um zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufzuleben, entweder als emotionaler Erlebniszustand, als körperliches Zustandsbild, in Form von Vorstellungen und Bildern oder von Reinszenierungen im Verhalten. Die nicht integrierbaren Erlebniszustände können im Extremfall zur Ausbildung unterschiedlicher Teilpersönlichkeiten führen, was der dissoziativen Identitätsstörung (siehe z. B. Putnam, 2013) entspricht. Janet hat als erster Gedächtnisstörungen beschrieben, die mit Traumatisierung einhergehen (Veränderungen des Gehirns, Kap. 1.7).

### Dissoziation

Bedeutsam auch heute noch für die Psychotraumatologie ist zum einen Janets Entdeckung, dass traumatische Erfahrungen, die nicht mit Worten beschrieben werden können, sich in Bildern, körperlichen Reaktionen und im Verhalten manifestieren (der „unaussprechliche Schrecken“). Zum anderen hat seine Konzeption des 3-Phasen-Modells der Traumabehandlung heute noch große Bedeutung (Janet, 1889).

## Psychoanalyse

Freuds Traumakonzeption stellt den Beginn der psychoanalytisch orientierten Psychotraumatologie dar. In seiner Beschäftigung mit dem psychischen Trauma hat Freud sehr unterschiedliche Epochen durchlaufen. In einer frühen Phase, wie sie sich z. B. in den Studien zur Hysterie (Freud & Breuer, 1875) widerspiegelt, war er davon überzeugt, dass eine reale traumatische Erfahrung, insbesondere sexuelle

### Trauma und Hysterie



Verführung von Kindern, jeder späteren hysterischen Störung zugrunde liege. In einer späteren Forschungsperiode (etwa ab 1905) relativierte er diese Auffassung. Heute wissen wir, dass sexueller Missbrauch in der Kindheit zwar auch zu einer hysterischen Störung führen kann, ebenso gut aber auch zu anderen Störungsbildern wie der Borderline-Störung oder dissoziativen Störungen (Kap. 2.4).

**Trauma und  
Triebimpulse**

In einer späteren Epoche entwickelt Freud einen zweiten Traumbegriff. Neben unerträglichen Situationsfaktoren werden inakzeptable und unerträglich intensive Triebwünsche und -impulse als Traumafaktoren untersucht. Wenn somit auch nach Freud der traumabezogene Standpunkt nicht verlassen wird, so wird er doch in eine breitere ätiologische Konzeption einbezogen, die „innere“ Faktoren wie die physische Konstitution und den Verlauf der Kindheit berücksichtigt. Trauma wird jetzt Bestandteil einer Geschichte als Lebensgeschichte und als Geschichte der Entwicklung von Triebwünschen und Lebenszielen. In dieser weiten Konzeption der Neuroseentstehung ist das Trauma ein ätiologisches Moment unter anderen, das sich in einem Ergänzungsverhältnis mit Erbfaktoren und Triebchicksal befindet, wobei sich diese pathogenetischen Faktoren aufsummieren und damit anschaulich machen können.

Unter den psychoanalytischen Autoren, die das Traumakonzept weiter entwickelt haben, sind u. a. folgende zu nennen: Abram Kardiner, Masud M. Khan, John Bowlby und Donald Winnicott (Übersicht bei Brett, 1993).

**Trauma und Krieg**

Der Amerikaner Abram Kardiner (1891–1981) verfasste sein Werk „The Traumatic Neuroses of War“ während des Zweiten Weltkrieges im Jahre 1941 (Kardiner, 1941). Seine klinische Erfahrung ging zurück auf die psychotherapeutische Arbeit mit amerikanischen Soldaten, die im Krieg gegen Nazi-Deutschland und Japan kämpften. Er war der erste, der die massiven physiologischen Begleiterscheinungen traumatischer Reaktionen schon in der Namensgebung berücksichtigte, indem er von der traumatischen Neurose als einer „Physioneurose“ sprach. Kardiner formulierte ein Syndrom von Folgeerscheinungen, das in Vielem bereits als Vorläufer der heutigen Psychotraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gelten kann.

**Bindungstrauma**

Masud Khan (1924–1989) erweiterte Freuds Traumbegriff mit seinem Begriff des kumulativen Traumas (Khan, 1963) (Kap. 1.2). Er war Schüler von Donald Winnicott (1896–1971), englischer Kinderarzt und Psychoanalytiker, der die Auswirkungen von frühen Bindungstraumata in einflussreichen Werken beschrieb.

Der Brite John Bowlby (1907–1990) war einer der ersten Psychoanalytiker, die empirische Forschung mit psychoanalytischer Theorie und Praxis verbanden. So entstand das auch heute noch bedeutendste Standardwerk zum Deprivationstrauma, in dem die Auswirkungen von frühkindlicher Deprivation wie z. B. früher Elternverlust, häufig wechselnde Beziehungserfahrungen und Trennungstraumata zusammengefasst sind (Bowlby, 1976, 1987). Seine Forschungen waren der Beginn der heute sehr etablierten Bindungsforschung (Strauß, Buchheim & Kächele, 2002).

**frühkindliche  
Deprivation**

## Stressforschung

Eine dritte Forschungsrichtung, die wesentlich zur Entstehung der Psychotraumatologie beigetragen hat, ist die Stressforschung mit den Pionierarbeiten des Mediziners Hans Selye (1907–1982). Selye näherte sich der Frage belastender Umweltfaktoren als Internist unter dem Gesichtspunkt der körperlichen Reaktionen und der Krankheiten, die durch kurz- oder langfristige Belastung hervorgerufen werden können.

**belastende  
Umweltfaktoren**

Im Jahre 1936 formulierte er sein Modell der Stressreaktion mit den drei Phasen des Alarms, des Widerstandsstadiums und schließlich des Erschöpfungsstadiums. Die Alarmreaktion ist gekennzeichnet durch einen erhöhten Sympathicotonus und eine sympathicoton gesteuerte „Bereitstellungsreaktion“. Im Widerstandsstadium werden alle Reserven des Körpers mobilisiert, um die massive Belastung kompensieren zu können. So kommt es physiologisch etwa zur Produktionssteigerung von Nebennierenhormonen wie Cortisol und zur Erhöhung des Blutzuckerstoffwechsels (Kapitel 1.7).

**Modell der  
Stressreaktion**

Dauert der pathogene Umweltreiz, der „Stressor“, wie Selye ihn nannte, weiter an, so treten massive und zum Teil irreversible Folgen wie Dekompensation der Reproduktionsfunktionen und Sexualfunktionen, der Wachstumsvorgänge und der Immunkompetenz (Erschöpfungsstadium) auf.

**Dekompensation  
wichtiger Funktionen**

### Stressreaktion

Eine 28-jährige verheiratete Frau arbeitet als Chefsekretärin in einem großen Konzern. Sie begibt sich zu ihrem Hausarzt, da sie seit einigen Monaten unter Symptomen leidet, die ihr zunehmend Besorgnis bereiten. So ist sie häufig, insbesondere vor großen Besprechungen, sehr angespannt und nervös, leidet unter Herzklopfen und schwitzt stark. Zusätzlich sieht sie dann verschwommen und empfindet ein schwankendes Schwindelgefühl, das meist noch einige Stunden danach andauert. Nach einer organischen

**B**

Ausschlussdiagnostik berät der Arzt sie dahingehend, ihre Arbeitsprozesse klarer zu strukturieren und Aufträge, für die sie nicht zuständig ist, konsequent abzulehnen. Zudem soll sie sich mehr bewegen und ein Entspannungstraining erlernen.

Nach sechs Monaten stellt sie sich erneut vor. Sie habe die Hinweise „aus Zeitmangel“ nicht umsetzen können. Sie sei nun täglich schon während der Arbeit erschöpft, fühle sich ständig unter Druck, sie schlafe nicht mehr richtig, sei immer wieder erkältet und auch die Sexualität mit ihrem Partner habe deutlich nachgelassen. Der Hausarzt empfiehlt nun die Durchführung einer Kur.

Die Untersuchungen Selyes haben sich auf die Erforschung der Psychosomatik innerer Krankheiten sehr fruchtbar ausgewirkt. Da Selye auch schon psychologische Symptome beschrieben hat, die dem physiologischen Stressverlauf entsprechen, hat diese Forschungsrichtung insgesamt einen wichtigen Beitrag zu einer psychologischen und psychosomatischen Traumatologie geleistet.

Für die Traumaforschung wertvoll regte das Modell zur Analyse von Umweltfaktoren an, allerdings wurden erst sehr viel später, z.B. im sog. „transaktionalen Stressmodell“ nach Lazarus und Folkman (1984), subjektive „Vermittlungsgrößen“ wie z.B. Abwehr- und Copingprozesse berücksichtigt. Es entstand eine Forschungsrichtung, die sog. „Stress- und Coping-Forschung“, in der sich kognitiv-behaviorale Ansätze mit Konzepten der Anpassungs- und Bewältigungsmechanismen aus der psychoanalytischen Ich-Psychologie verbinden.

## 1.4 Epidemiologische Daten

**Prävalenz der PTBS** Die Angaben zur *Prävalenz der PTBS* schwanken in der Literatur zwischen 1,3 % bis 7,8 % der Allgemeinbevölkerung (Kessler et al., 1995), wobei bei Frauen von einer doppelt so hohen Inzidenzrate wie bei Männern ausgegangen wird (10 % vs. 5 %). Der aktuelle Deutsche Gesundheitssurvey beziffert die 12-Monats-Prävalenz für PTBS mit 2,4 %, wobei Frauen (3,8 %) deutlich häufiger betroffen sind als Männer (0,95 %) (Wittchen & Jacobi, 2012). Dieser geschlechtsspezifische Befund wurde in einer Reihe von Studien belegt. Die höhere Prävalenzrate bei Frauen begründen Kessler et al. (1995) damit, dass diese mehr schwerwiegende traumatische Ereignisse erleben (z.B. Kindesmisshandlung, Vergewaltigungen). Eine ebenfalls höhere Prävalenz des weiblichen Geschlechts konnte von Giaconia et al. (1995) unter Kindern und Jugendlichen festgestellt werden. Die Lebenszeitpräva-