

## Kapitel 4

# Posttraumatische Belastungsstörung

Regina Steil, Jena

## Einführung

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) ist eine gravierende psychische Störung, die nach besonders belastenden Erlebnissen wie z. B. Unfällen, Naturkatastrophen oder dem Erleben sexueller oder nichtsexueller Gewalt auftreten kann. Die auslösenden traumatischen Ereignisse sind dadurch gekennzeichnet, daß die Person direkt eine oder mehrere Situationen erlebt, die eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit ihrer selbst oder eines anderen Menschen beinhalten. Diese Situation oder Situationen erlebt sie mit intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen. Eingeschlossen in diese Trauma-Kriterien ist auch die Zeugenschaft bei Verletzung oder Tod anderer Personen. Die Symptome der PTB lassen sich drei Gruppen zuordnen:

- *Symptome des Wiedererlebens des Traumas im Wachen oder Schlafen:* Der Betroffene erlebt das Geschehene auf belastende Weise als Bilder, Filmszenen, Gerüche, Geräusche oder andere Sinnesempfindungen wieder. Diese Erinnerungen werden Intrusionen genannt und können an Intensität stark variieren bis hin zu dem subjektiven Eindruck, das Trauma aktuell wieder zu durchleben (sog. Flashbacks). Es treten Alpträume auf, die Teile des traumatischen Geschehens zum Inhalt haben. Wird der Betroffene mit Dingen konfrontiert, die an das traumatische Erlebnis erinnern, so erlebt er dies als belastend und/oder reagiert mit körperlichen Symptomen der Erregung wie z. B. Zittern, Übelkeit, Herzrasen oder Atemnot.
- *Symptome der Vermeidung traumabezogener Reize:* Der Betroffene vermeidet Situationen, die ihn an das traumatische Erlebnis erinnern oder es symbolisieren. Oft wird ein Abstumpfen des emotionalen Empfin-

dens berichtet oder ein deutlich vermindertes Interesse an Dingen wie Freizeitaktivitäten, Beruf etc., die vor dem Trauma von großer persönlicher Bedeutung waren. Der Betroffene fühlt sich weit entfernt von anderen Menschen und emotional abgestumpft. Diese Symptome werden von einigen Autoren als Formen unbewußter kognitiver Vermeidung gedeutet (March, 1990).

- *Symptome des Übererregt-Seins*: Eine allgemeine Übererregtheit äußert sich in Symptomen wie Konzentrationsproblemen, übermäßiger Wachsamkeit, Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder großer Schreckhaftigkeit.

Diese Symptome liegen mindestens vier Wochen lang vor und verursachen oft eine erhebliche Beeinträchtigung in Lebensbereichen wie Beruf, Freizeit, Sozialkontakten oder Familie. Der Verlauf der Störung kann akut (weniger als 3 Monate andauernd) oder – in ca. 40 bis 50 % der Fälle – chronisch (länger als 3 Monate andauernd) sein. Dauert die Symptomatik kürzer als vier Wochen an, so sehen DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) und ICD-10 (World Health Organization, 1991) die Diagnose einer akuten Belastungsstörung vor. Die Symptomatik kann auch mit Verzögerung – in einigen in der Literatur berichteten Fällen sogar erst Jahre nach dem Trauma – einsetzen. Anders als das DSM-IV erlaubt die ICD-10 jedoch eine eindeutige Diagnose der Störung nur bei einem Einsetzen der Symptomatik bis zu 6 Monate nach dem Trauma, danach wird eine „wahrscheinliche“ Diagnose vergeben.

Aus großen epidemiologischen Studien wird geschätzt, daß die Lebenszeitprävalenz für die PTB um ca. 8 % liegt (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995). Männer haben ein höheres Risiko als Frauen, Traumatisierung zu erleben, Frauen wiederum haben ein höheres Risiko als Männer, im Laufe ihres Lebens an einer PTB zu erkranken. Erklärt wird dieser Geschlechterunterschied dadurch, daß Frauen häufiger als Männer Opfer sexueller Traumatisierung werden, die mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit zur Ausbildung einer PTB führt. Es besteht eine hohe Komorbidität der PTB mit anderen Angststörungen, Depression, Somatisierung oder Substanzmißbrauch (Kessler et al., 1995).

Die folgende Fallbeschreibung kann als typisch für die PTB gelten.

### *Biographische Angaben*

Frau P. ist 30 Jahre alt, von Beruf Sachbearbeiterin bei einer großen Versicherungsgesellschaft und lebt mit ihrem 35jährigen Mann und dem drei-

einhalbjährigen Sohn in einem eigenen Haus in einem Vorort einer mittelgroßen Stadt. Finanzielle Probleme hat die Familie nicht.

Frau P. beschreibt ihre Kindheit und Jugend als getrübt durch die Scheidung ihrer Eltern, als sie 12 Jahre alt gewesen ist. In den zwei Jahren davor stritten die Eltern sehr häufig, auch in ihrem Beisein. Geschwister hat sie keine. Sie lebte zunächst mit ihrer Mutter alleine, bis die Mutter 5 Jahre nach der Scheidung einen neuen Partner fand, mit dem sie bis heute zusammenlebt. Frau P. schildert ihre Jugendzeit im Alter von 13 bis 17 Jahren als sehr schwierige und belastende Zeit. Sie verstand sich mit der Mutter überhaupt nicht gut und fühlte sich häufig niedergeschlagen und bedrückt. Mit dem Vater hat die Patientin seit der Scheidung der Eltern nur sporadisch Kontakt und keine besonders enge Beziehung. Die Beziehung zur Mutter und deren Partner ist heute nicht besonders eng, aber auch nicht konflikthaft.

Frau P. lernte ihren Mann vor acht Jahren kennen, vor fünf Jahren hat sie ihn geheiratet. Ihr Mann ist von Beruf Bauingenieur, hat eine verantwortungsvolle Position und ist recht häufig beruflich unterwegs. Ihre Ehe beschreibt sie als glücklich und ihr Familienleben als sehr innig. Sie fühlt sich sehr abhängig von ihrem Mann und braucht ihn sehr. Nach der Geburt des Sohnes, der ein Wunschkind gewesen ist, blieb Frau P. für ein Jahr Zuhause. Anschließend begann sie wieder, halbtags bei ihrer Firma zu arbeiten, was ihr großen Spaß macht. Der Sohn entwickelt sich prächtig und geht nun in den Kindergarten.

Neben ihrer beruflichen Tätigkeit und der Familie hatte Frau P. schon immer viel Spaß an Gymnastik in einer Frauensportgruppe und am Singen in einer Kantorei. Beides tat sie regelmäßig, selbst während der Schwangerschaft und während der ersten Zeit mit dem Kind. Sie und ihr Mann haben viele Bekannte, die sie üblicherweise am Wochenende treffen und mit denen sie häufig etwas unternehmen. Sie selber hat eine sehr gute Freundin, der sie vertraut und mit der sie sich häufig trifft.

## 1 Beschreibung der Störung

Frau P. wendet sich auf Anraten einer Freundin, die einen Bericht über die seelischen Folgen von belastenden Erlebnissen wie Unfällen im Fernsehen sah, an die Psychotherapeutin. Sie berichtet von „extremen Angstzuständen“, die seit einem dreiviertel Jahr auftreten. Sie gibt an, seit einigen Monaten nur mit großer Mühe selber Auto fahren zu können. Ihre Mutter, die im selben Ort lebt, ihr Mann oder ihre Schwägerin müssen sie zur Zeit

fast täglich zur Arbeit bringen. Auch der Sohn muß von einer dieser Personen zum Kindergarten im Nachbarort gebracht und abgeholt werden.

Erst auf genaues Befragen hin schildert Frau P. – allerdings mit Stocken und langen Pausen und mit starrem Gesicht – daß sie vor vier Monaten Zeugin eines Suizids wurde: Sie fuhr mit dem Auto, in dem sich auch ihr kleiner Sohn befand, gegen Abend auf dem Weg von ihrer Freundin nach Hause auf einer zweispurigen Schnellstraße, die sie üblicherweise täglich passiert. In der Dunkelheit – es war Spätherbst – stürzte sich direkt vor ihr ein 17jähriger Junge von einer Brücke auf die Fahrbahn. Frau P. sah ihn „wie einen Sack vom Himmel fallen“. Sie konnte, wie zunächst die nachfolgenden Verkehrsteilnehmer auch, ausweichen, und kam auf dem Seitenstreifen zum Stehen. Bei diesem Ausweichmanöver rammte sie allerdings einen anderen Wagen. Es entstand Blechschaden an beiden Fahrzeugen, verletzt wurde jedoch niemand. Frau P. hielt auf dem Standstreifen, stieg aus und überlegte mit einem anderen Zeugen, wie sie am besten den zerschmetterten Körper des Jungen von der Fahrbahn bergen könne. Während sie am Fahrbahnrand stand, sah sie in der Dunkelheit die Lichter eines großen Lkws näherkommen, der, obwohl schon bremsend, den Körper des Jungen erfaßte und über einige Meter mitschleifte. Als der LKW zum Stehen kam, sah Frau P. Teile des Körpers des Jungen verstreut auf der Fahrbahn liegen. Sie erkannte, daß sein Kopf getrennt vom Rumpf war. Frau P. berichtet, daß sie in dieser Situation anfang zu zittern. Ihr Herz raste, und sie schwitzte stark. Sie wußte nicht, wie sie sich am besten verhalten sollte, fühlte sich aber verpflichtet, bei ihrem kleinen Sohn zu bleiben, der durch den Schreck des Zusammenstoßes nun sehr weinte. Ein anderer Zeuge holte mit Hilfe eines Mobiltelefons Hilfe, nach wenigen Minuten trafen Polizei und Rettungswagen ein. Frau P. verblieb noch einige Zeit am Ort, ihre Personalien wurden aufgenommen, sie tauschte Adressen mit dem Fahrer des Fahrzeuges, das sie gerammt hatte. Sie erlebte mit, wie die Leiche bzw. Leichenteile des Jungen geborgen wurden. Auch den LKW-Fahrer sah sie, der wie vor Schock gelähmt am Straßenrand stand und von der Polizei befragt wurde. Mit zitternden Knien und völlig erschöpft fuhr Frau P. dann nach Hause. Während Frau P. von diesem traumatischen Erlebnis berichtet, weint sie sehr.

Frau P.s Symptome seit diesem Erlebnis lassen sich drei Ebenen zuordnen:

#### *Verhaltensebene*

Frau P. vermeidet Situationen und Dinge, die sie an das traumatische Erlebnis erinnern könnten. Seit dem Unfall umgeht sie, wann immer es ihr möglich ist, selbst bzw. allein Auto zu fahren. Ihr Mann oder andere Fa-

milienmitglieder bringen sie seit ihrer Zeugenschaft bei dem Suizid zur Arbeit und holen sie wieder ab. Dies bedeutet zwar einen hohen organisatorischen Aufwand, sie erfährt dabei aber sehr viel liebevolle Unterstützung. Sie umgeht, die Strecke zu fahren, auf der sie das traumatische Erlebnis hatte – obwohl das von vielen Zielen aus der kürzeste und bequemste Weg zu ihrem Haus ist. Sie nimmt einen recht weiten Umweg, auf dem man die Brücke und die Schnellstraße umfährt. Seit dem Erlebnis ist sie die Strecke nur ein einziges Mal mit ihrem Mann gefahren, und das hat sie als furchtbar in Erinnerung. Als Beifahrerin vermeidet sie ebenfalls, im Dunkeln oder unter Brücken zu fahren. Sie hat die Gymnastikgruppe und das Singen in der Kantorei aufgegeben, weil sie dazu jedesmal in die Stadt fahren müßte. Es ist für sie schon schwierig genug, die notwendigen Fahrten zu organisieren, und außerdem hat sie nach ihren Angaben das Interesse an diesen Aktivitäten verloren. Auch will sie dieses Jahr nicht in Urlaub fahren, obwohl die Reise schon gebucht war. Frau P. schaltet den Fernseher aus, wenn in den Nachrichten über Verkehrsunfälle oder Mord berichtet wird, oder wenn Krankenwagen oder Polizeiwagen zu sehen sind. Sie vermeidet, mit Freunden, Arbeitskollegen oder ihren Familienmitgliedern über ihre Zeugenschaft bei dem Suizid zu sprechen.

### *Kognitiv-emotionale Ebene*

Bereits kurz nach dem Unfall hatte Frau P. belastende Erinnerungen und Gedanken an das Erlebte, die sich ihr gegen ihren Willen aufdrängten. Ganz besonders schrecklich ist für sie, wenn sie sich an das Geräusch erinnert, das sie hörte, als der LKW den Körper des Jungen erfaßte. Wenn diese Erinnerungen auftreten, versucht Frau P., sie zu verscheuchen, oder sie beginnt zu grübeln. Sie grübelt oft darüber nach, warum sie nicht versuchte, den Jungen von der Fahrbahn zu ziehen, und was sie hätte anders machen können. Auch grübelt sie häufig darüber, warum der Junge wohl Selbstmord verübt hat. Aus einem Artikel in der örtlichen Zeitung erfuhr sie, daß der Junge sich schon länger von seinen Freunden und seiner Familie zurückgezogen hatte. Sie überlegt, ob er wohl keine guten Eltern hatte. Sie hat große Sorge, daß sie ihrem kleinen Sohn keine gute Mutter sein wird, daß er dadurch „auf die schiefe Bahn“ geraten und im Teenageralter ebenfalls einen Selbstmord verüben könne. Sie befürchtet, daß sie nichts tun kann, um dies zu verhindern. Wenn sie solche Gedanken hat, fühlt Frau P. sich häufig niedergeschlagen und matt. Frau P. hat große Angst, sich an das Erlebte genau zu erinnern, weil sie dann befürchtet, sie könnte überhaupt nicht mehr aufhören zu weinen, oder sie könnte die Kontrolle über sich verlieren. Sie hat Sorge, daß die immer wiederkehrenden Erinnerungen bedeuten, daß sie verrückt wird.

Frau P. leidet unter starken Schuldgefühlen, weil sie glaubt, in der Situation dort am Straßenrand nicht schnell genug und richtig gehandelt zu haben. Vielleicht lebte der Junge nach dem Aufprall noch, vielleicht hätte sie ihn retten können, wenn sie nur schnell genug auf die Fahrbahn gelaufen wäre und ihn geborgen hätte! Sie träumt circa 2 bis 3 mal pro Monat davon, daß der tote Junge wiederkommt und ihr Vorwürfe macht, daß sein Körper nicht heil geblieben ist, sondern völlig zerstört wurde. Solche Erinnerungen und Träume belasten sie dann sehr.

Frau P. hat sehr große Angst, wieder in eine ähnliche Situation zu kommen. Sie hat das Gefühl, beim Benutzen des Autos potentiellen Selbstmördern hilflos ausgeliefert zu sein: Was kann sie schon tun, um zu verhindern, daß sie etwas ähnliches wieder erlebt? Wenn sie Erinnerungen an den Aufprall ihres eigenen Fahrzeuges, in dem ja auch ihr Kind war, hat, dann denkt sie oft, wie schnell das Leben vorbei sein kann, wie gefährdet ihr Leben und das ihrer Familie zu jeder Zeit ist.

Ganz im Gegensatz zu der Zeit vor dem Unfall ist sie sehr besorgt, wenn ihr Mann beruflich unterwegs ist, er könnte einen Unfall haben. Sie bittet ihn daher, sie regelmäßig zweimal am Tag anzurufen. Auch um ihren kleinen Sohn sorgt sie sich viel mehr als früher – so sehr, daß sie sich oft bei der Arbeit durch diese Sorge beeinträchtigt fühlt. Sie verabschiedet sich nie mehr von ihm, ohne ihm zu sagen, wie sehr sie ihn liebt. Eigentlich hatte sie vor dem Suiziderlebnis gemeinsam mit ihrem Mann geplant, ein zweites Kind zu bekommen. Nun aber fühlt sie sich so ängstlich und niedergeschlagen, daß sie befürchtet, dem Kind eine sehr schlechte Mutter zu sein und hat sich gegen ein zweites Kind entschieden.

### *Körperliche Ebene*

Frau P. berichtet, daß sie bei der Konfrontation mit Reizen, die an den Suizid erinnern, und beim Auftreten von intrusiven Erinnerungen und Gedanken eine große körperliche Belastung verspürt – ihr Herz fängt an zu rasen und sie hat Schweißausbrüche. Wenn sie sich deutlich an den zerstörten Körper erinnert, verspürt sie manchmal auch Übelkeit. Sie empfindet eine große Unruhe und hat das Gefühl, dann nicht stillsitzen oder stillstehen zu können. Sie beobachtet, daß sie sich seit dem Suizid in ihrem Beruf oft nicht gut konzentrieren kann und für Arbeiten, die ihr früher leicht von der Hand gingen, lange Zeit benötigt. Sie kann häufig nicht einschlafen, liegt wach und grübelt. Diese Symptome beeinträchtigen sie besonders in ihrem Beruf. Wenn sie am Straßenverkehr teilnimmt, ist sie sehr schreckhaft. Sie hat häufig den Eindruck, daß nun wieder von oben etwas auf die Fahrbahn fällt.

### *Verhalten der Angehörigen*

Frau P.s Mann und ihre Familie versuchen dafür zu sorgen, daß sie sich möglichst selten an das Geschehene erinnert: So wechselt ihr Mann beim Fernsehen beispielsweise schnell das Programm, wenn Verletzte oder Tote zu sehen sind. Wenn Frau P. – was sehr selten vorkommt – von selber über den Suizid des Jungen spricht, versuchen ihre Angehörigen, sie abzulenken und von anderen Dingen zu reden.

### *Bisherige Interventionen*

Frau P. suchte vier Wochen nach ihrer Zeugenschaft bei dem Suizid wegen ihrer anhaltenden Ängste beim Autofahren und der inneren Unruhe ihren Hausarzt auf. Dieser verordnete ihr ein Anxiolytikum, das sie bei Bedarf einnehmen sollte. Frau P. gibt an, daß das Medikament sie zwar in akuten Belastungssituationen beruhigen kann, daß ihre Beschwerden insgesamt aber nicht besser geworden sind. Auch kurz vor dem Erstgespräch mit der Therapeutin hat sie das Medikament genommen.

## 2 Differentialdiagnostik

Das diagnostische Vorgehen beinhaltet zur Feststellung der Diagnose die Durchführung eines strukturierten diagnostischen Interviews (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I und II, SKID, Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) sowie eine Selbstbeurteilung der Patientin mit Hilfe der Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS, Ehlers, Steil, Winter & Foa, 1996). Es handelt sich um die deutsche Übersetzung eines amerikanischen Fragebogens (im Original von Foa, 1995), der Häufigkeit bzw. Schweregrad der 17 Symptome der PTB nach DSM-IV (bezogen auf die letzten vier Wochen) von den Befragten selber auf einer 4-Punkte-Likert-Skala von 0 (niemals) bis 3 (5 mal oder öfter pro Woche, sehr stark, fast immer) einschätzen läßt. Als vorhanden wird ein Kriterium gewertet, wenn es mit einem Punktwert von 1 oder mehr angegeben wurde. Der Schweregrad der Störung wird über den Summenwert der 17 Items berechnet und reicht von 0 (keinerlei Symptomatik) bis 51. Mit der Erfassung aller PTB-Kriterien nach DSM-IV ermöglicht die PDS auf der Basis der Selbstbeurteilung die Diagnosestellung für eine PTB sowohl nach DSM-IV als auch nach ICD-10 (eine Übersicht zu deutschsprachigen Instrumenten zur Diagnose der PTB findet sich bei Schützwohl, 1997). SKID und PDS ergeben

übereinstimmend, daß bei Frau P. die Kriterien für eine chronische PTB nach DSM-IV (309.81) erfüllt sind:

- *Kriterien für das Vorliegen eines traumatischen Ereignisses:* Frau P. hat sowohl den Selbstmord des Jungen als auch eine Bedrohung ihrer selbst und ihres Kindes durch den Auffahrunfall erlebt. Sie hat während dieser Erlebnisse große Hilflosigkeit und Entsetzen empfunden.
- *Symptome des Wiedererlebens (mindestens ein Symptom muß vorhanden sein):* Frau P. berichtet sehr belastende und quälende Erinnerungen an den Unfall. Für einen Teil dieser Erinnerungen erkennt die Patientin deutlich als Auslöser äußere Reize, die sie an das Trauma erinnern (z. B. Fernsehsendungen, in denen es um Unfälle, Katastrophen oder Selbstmorde geht, unter der betreffenden Brücke hindurchfahren, der Anblick ihres weinenden Sohnes etc.). Einen Teil der Intrusionen erlebt sie jedoch als „aus heiterem Himmel“ kommend. Auf diese Erinnerungen reagiert sie mit starker körperlicher Erregung, wobei besonders Herzrasen und Schweißausbrüche im Vordergrund stehen.
- *Symptome der Vermeidung (mindestens 3 Symptome müssen vorhanden sein):* Frau P. vermeidet Situationen, die mit dem Suizid, den sie als Zeugin erlebte, in Zusammenhang stehen. Sie umgeht es, mit ihrer Familie oder Freunden und Kollegen über den Unfall zu sprechen, sie vermeidet es, selber Auto zu fahren bzw. die Unfallstrecke unter der Brücke hindurch zu fahren. Freizeitaktivitäten wie den Gymnastikkurs und den Chor, die ihr vor dem Unfall viel bedeuteten, hat sie aufgegeben, um Autofahren zu vermeiden. Manchmal, so berichtet sie, fühlt sie sich zu keinem positiven Gefühl mehr fähig und sehr niedergeschlagen.
- *Symptome der Übererregung (mindestens 2 Symptome müssen vorhanden sein):* Frau P. hat häufig Probleme, abends einzuschlafen und ist, besonders bei Autofahrten sowohl als Fahrerin als auch als Beifahrerin, sehr leicht schreckhaft. In ihrem Beruf hat sie Schwierigkeiten, sich auf Arbeiten zu konzentrieren, die sehr viel Aufmerksamkeit erfordern.
- *Beeinträchtigung in wichtigen Lebensbereichen:* Frau P. hat Freizeitaktivitäten aufgegeben, die an längere Autofahrten gebunden sind und ihr vor dem Unfall viel Spaß machten. Auch ihr Familienleben hat sich ihrer Einschätzung nach durch ihre übergroße Ängstlichkeit und das Vermeiden von Situationen wie Ausflügen, die mit Autofahrten verbunden sind, negativ verändert.
- *Dauer der Symptomatik (mindestens vier Wochen):* Die berichteten Symptome begannen unmittelbar nach dem Unfall und dauern seit knapp vier Monaten an.  
Es liegt somit gemäß DSM-IV eine chronische PTB ohne verzögerten

Beginn vor. Zur Diagnose einer PTB nach ICD-10 ist das Vorliegen eines traumatischen Ereignisses sowie das Vorhandensein intrusiver belastender Erinnerungen an das Trauma hinreichend – bei Frau P. liegt somit auch bei Diagnose nach ICD-10 eine chronische PTB (F 43.1) vor. Die PDS ergab als Maß für den Schweregrad der PTB einen Summenwert von 33, der für eine schwere posttraumatische Symptomatik spricht (die Werte reichen von 0 bis 51).

- *Abgrenzung von anderen Störungsbildern:* Differentialdiagnostisch muß die PTB abgegrenzt werden von affektiven Störungen und anderen Angststörungen wie spezifischer Phobie oder Panikstörung mit und ohne Agoraphobie, die möglicherweise in der Folge eines Traumas auftreten können. Dabei sollte bedacht werden, daß Überlappungen von Symptomen affektiver Störungen und anderer Angststörungen mit denen der PTB bestehen. Flashbacks, die bisweilen mit dem subjektiven Gefühl des Realitätsverlustes einhergehen, müssen von Symptomen psychotischer Störungen unterschieden, immer wiederkehrende quälende Intrusionen von Zwangsgedanken unterschieden werden. Die organisch bedingten Folgen einer – auch minderschweren – Kopfverletzung können bisweilen als PTB-Symptome imponieren: so können z. B. nach einer Gehirnerschütterung Symptome wie Irritabilität, Angst, Schlaf- und Konzentrationsstörungen auftreten. Symptome der Vermeidung, der Empfindungslosigkeit oder der Übererregung, die schon *vor* dem Auftreten des Traumas vorhanden waren, dürfen generell nicht als Symptome der PTB gewertet werden.

Das Vorliegen eines traumatischen Ereignisses ist Bedingung für die Diagnose einer PTB. Findet man in der Folge von belastenden Lebensereignissen wie z. B. Trennung vom Partner oder Verlust des Arbeitsplatzes, welche *nicht* als traumatisches Ereignis nach ICD-10 oder DSM-IV gelten können, Symptome der Angst und/oder Depression oder Symptome, die denen der PTB ähneln, so kann die Diagnose einer Anpassungsstörung (309.0–309.9 bzw. F43.20-F43.28) gegeben sein. Auch in Fällen, in denen als Reaktion auf ein traumatisches Erlebnis Symptome auftreten, die aber nicht die Kriterien einer PTB erfüllen, kann diese Diagnose vergeben werden. Abgegrenzt werden muß die PTB ebenfalls von der Trauer über den Verlust eines geliebten Menschen. Als Teil der Reaktion auf den Verlust können Symptome auftreten, die charakteristisch sind für eine Schwere depressive Episode oder auch eine PTB. Eine PTB sollte nur dann diagnostiziert werden, wenn der Tod dieser nahestehenden Person unter traumatischen Bedingungen geschah.

Bei Frau P. lagen außer der chronischen PTB keine weiteren psychischen Störungen vor. Zwar berichtet Frau P. von affektiven Symptomen wie Niedergeschlagenheit oder Appetitlosigkeit, diese Symptome sind aber in Zusammenhang mit der PTB zu sehen – die Kriterien einer

schweren depressiven Episode oder einer dysthymen Störung sind nicht erfüllt. Es liegen zwar Hinweise darauf vor, daß Frau P. als Jugendliche in der Krisensituation der Scheidung ihrer Eltern unter depressiver Stimmung litt, die nach dem Miterleben des Suizids auftretenden affektiven Symptome sind jedoch nicht als Verschlimmerung dieser 15 Jahre zurückliegenden Beschwerden zu sehen. Eine Persönlichkeitsstörung liegt laut SKID nicht vor.

- *Besondere Probleme bei der Diagnose der PTB:* Oft zeigt sich nach einem Trauma, das mit schweren Verletzungen einherging, erst bei der Entlassung aus dem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung das volle Störungsbild, da erst im Alltag die Situationen wieder auftreten, die das Wiedererinnern und das damit verbundene Leid auslösen bzw. auf die die Patienten mit Vermeidung reagieren (Roca, Spence & Munster, 1992). Juristische Aspekte, wie der Wunsch nach Kompensation für erlittenes Leid oder Unrecht, können unter Umständen zu Simulation oder Verzerrungen bei der Darstellung der Symptomatik durch den Patienten führen. Allerdings implizieren die Ergebnisse einschlägiger Studien, daß dies nur in sehr seltenen Fällen zu berücksichtigen ist (Burstein, 1986 a und b, Jordan, Nunley & Cook, 1992). Andererseits wiederum kann ein sehr ausgeprägtes Vermeidungsverhalten die Diagnose der PTB erschweren, wenn der Patient zu sehr fürchtet, bei den Erinnerungen an das Trauma von negativen Gefühlen überwältigt zu werden, und deshalb seine traumatischen Erlebnisse zunächst verschweigt. So hatte Frau P. schon kurz nach dem Unfall wegen ihrer Ängste ihren Hausarzt aufgesucht, der ihr auch ein Anxiolytikum verschrieben hat – sie hat dort aber über das Miterleben des Suizids als Auslöser ihrer Ängste beim Autofahren nicht berichtet.

### 3 Erklärungsansätze

Zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung der PTB werden neben psychobiologischen Konzepten vor allem lerntheoretische Prinzipien und kognitive Modelle herangezogen. Ein Überblick über verschiedene ätiologische Modelle der PTB sowie deren empirische Fundierung findet sich bei Steil und Ehlers (1997) bzw. bei Steil, Ehlers und Clark (1997) sowie bei Maercker (1997).

## Prädisponierende Faktoren (PTB)

Zu prädisponierenden Faktoren für die Ausbildung posttraumatischer Symptomatik nach einem Trauma liegen derzeit nur wenige gesicherte Forschungsergebnisse vor. Es liegt in der Natur der Störung, daß nur einige wenige Studien Angaben zur psychischen Anpassung der Patienten vor dem Trauma einbeziehen konnten. Vor dem Trauma bestehende psychische Störungen gelten als Risikofaktor für die Entwicklung einer PTB nach einem traumatischen Ereignis (Breslau, Davis, Andreski & Peterson, 1991; Smith, North, McCool & Shea, 1990). Frau P. berichtet über depressive Symptomatik im Alter von 13 bis 17 Jahren, die in diesem Sinne als prädisponierender Faktor gewertet werden kann.

## Auslösende Faktoren

Die PTB stellt zusammen mit der Anpassungsstörung insofern in den diagnostischen Klassifikationssystemen eine Ausnahme dar, als hier im Gegensatz zu den anderen psychischen Störungen klar eine Ursache der Beschwerden (in Form des traumatischen bzw. belastenden Erlebnisses) angenommen wird. Gemäß lerntheoretischer Modelle stellt Frau P.s posttraumatische Symptomatik eine konditionierte emotionale Reaktion dar. Stimuli, die den beim Trauma vorhandenen Reizen ähnlich sind (z. B. Anblick der Autobahnbrücke, Vorbeifahren am Ort des Geschehens, Anblick des weinenden eigenen Kindes, internale Auslöser wie Erhöhung der körperlichen Erregung durch familiären Streit), lösen bei Frau P. in der Folge emotionale und physiologische Reaktionen aus, die denen während des Traumas ähnlich sind (z. B. Zittern, Herzrasen, Schweißausbrüche, Entsetzen, Furcht, Grauen, Hilflosigkeit; Keane, Zimering & Caddell, 1995; Keane, Fairbank, Caddell, Zimering & Bender, 1985; Kilpatrick, Veronen & Best, 1985). Während des Traumas erfolgt – durch die Stärke der physiologischen Reaktion auch bei einmaliger Traumatisierung (One-trial-learning, Quirk, 1985) – eine klassische Konditionierung (Traumatische Situation – emotionale und körperliche Reaktion). Eine Löschung dieser Reaktion bleibt in der Folge aus, weil Frau P. die Erinnerung an das Trauma durch die hohe subjektive Belastung, mit der sie einhergeht, abbricht oder vermeidet. Es kommt weiterhin zur Stimulusgeneralisation: Immer mehr Reize – auch solche, die nicht den während der ursprünglichen Situation anwesenden entsprechen – können bei Frau P. die Erinnerung an das Trauma und die damit einhergehenden emotionalen und physiologischen Reaktionen auslösen (z. B. Fernsehsendungen, die Bilder über Unfälle oder Suizid zeigen, Autofahren an anderen Orten).

Kognitive Modelle postulieren, daß bei der Traumatisierung ein PTB-spezifisches Furchtnetzwerk entsteht, das sehr leicht aktivierbar ist (Chemtob, Roitblat, Hamada, Carlson & Twentyman, 1988; Foa, Steketee & Rothbaum, 1989). Bei Frau P. sind diesen Modellen folgend in einem solchen Furchtnetzwerk Sinnesempfindungen und Eindrücke während des Traumas (z. B. Geräusch des herannahenden LKWs) verbunden mit Merkmalen der traumatischen Situation (z. B. Anblick der Leiche des Jungen) und den emotionalen und körperlichen Reaktionen während des Traumas (z. B. Entsetzen, Hilflosigkeit, körperliche Erregung). Die Informationsverarbeitung weist bei PTB-Patienten insofern Besonderheiten auf, als viele objektiv wenig gefährliche Situationen in der Folge des Traumas als potentiell bedrohlich bewertet werden. So schätzt z. B. Frau P. nach dem Trauma Autofahren generell als sehr gefährlich ein.

## Aufrechterhaltende Faktoren

Zur Aufrechterhaltung chronischer posttraumatischer Symptomatik trägt – darüber besteht über die verschiedensten ätiologischen Modelle hinweg Konsens – vor allem die Vermeidung traumarelevanter Stimuli bei. Sie verhindert bei Frau P. die Löschung der konditionierten Reaktion und die Habituation an die Reize, welche Furcht, Entsetzen und eine Erhöhung der körperlichen Erregung hervorrufen. Dem Zwei-Faktoren-Modell von Mowrer (1947) folgend wird die Vermeidung traumarelevanter Reize, die Frau P. schon kurz nach dem Erlebnis zeigte, operant über den Mechanismus der negativen Verstärkung aufrechterhalten (vgl. Keane, Zimering & Cadell, 1985).

Während kurz nach einem Trauma fast alle Betroffenen die typischen posttraumatischen Symptome zeigen, bleibt die anfängliche Belastung aber nur bei einer relativ kleinen Gruppe langfristig aufrechterhalten. Nicht alle Menschen entwickeln nach einem vergleichbaren traumatischen Erlebnis eine PTB – nach Zeugenschaft bei einem Unfall oder bei Gewalttätigkeit erkranken z. B. nur circa 7 % der Betroffenen an einer PTB (Kessler et al., 1995). Neben objektiven Merkmalen des Traumas, wie z. B. der Verletzungsschwere der eigenen Person oder anderer Personen, vermitteln demnach auch subjektive Faktoren, wie z. B. die subjektiv wahrgenommene Lebensbedrohung der eigenen Person bzw. anderer Personen, die wahrgenommene Hilflosigkeit oder die Unvorhersehbarkeit des Ereignisses das Ausmaß der posttraumatischen Symptomatik. Auch die idiosynkratische Bedeutung des traumatischen Ereignisses für den Betroffenen mediiert die Stärke der posttraumatischen Symptomatik (Ehlers & Steil, 1995).

Diese Aspekte lassen sich bei Frau P. an folgenden Beispielen nachvollziehen: Frau P. erlebte ihre Zeugenschaft beim Suizid des Jungen mit großem Entsetzen und mit großer Hilflosigkeit. Sie war Zeugin des gewaltsamen Todes eines jungen Menschen und der grauenhaften Verstümmelung seiner Leiche. Diese beiden Aspekte scheinen als Auslöser der PTB von besonderer Bedeutung zu sein (vgl. Ursano & McCarroll, 1990). Ihr eigenes Leben und das ihres Sohnes war beim Ausweichmanöver und bei dem Zusammenstoß mit einem anderen Auto danach ebenfalls in Gefahr. Zudem fühlt Frau P. sich in der Folge des Erlebnisses schuldig am Tod und an der Zerstückelung des Körpers des Jungen. Besondere Bedeutung, so wird später im Laufe der Behandlung deutlich, hat die Zeugenschaft beim Suizid eines jungen Menschen für Frau P. insofern, als sie selbst in ihrer Jugend bisweilen Suizidgedanken hatte, sie diese aber nie in die Tat umsetzte und heute bei dem Gedanken, sie hätte sich damals vielleicht das Leben nehmen können, sehr erschrickt. Sie geht – obwohl sie darüber keine Informationen hat, davon aus, daß der Junge sich ebenfalls nicht wirklich das Leben nehmen wollte, sondern seine Tat ein Hilfeschrei war. Dies läßt ihr den Suizid als ein um so tragischeres Ereignis erscheinen. Darüberhinaus ist für sie bedeutsam, daß sie selber einen Sohn hat, dem ein ähnliches Schicksal widerfahren könnte.

In kognitiven Modellen der Aufrechterhaltung der PTB wird postuliert, daß die negative idiosynkratische Bedeutung des Traumas oder seiner Folgen das Ausmaß des Gebrauches von Vermeidungsstrategien beeinflusst (Ehlers & Steil, 1995; Steil, Ehlers & Clark, 1997). Bei Frau P. treten zusammen mit den Erinnerungen dysfunktionale Kognitionen zum Trauma oder zu ihrer Symptomatik auf (z. B. „Ich bin schuld am Tod des Jungen.“ oder „Daß diese Erinnerungen immer wieder kommen, bedeutet, daß ich verrückt werde.“). Diese Kognitionen können die Belastung, die bei Frau P. mit den Erinnerungen einhergeht, erhöhen, und damit ihr Bedürfnis, auf diese Erinnerungen vermeidend zu reagieren. Zu den Strategien, die Frau P. zur Beendigung oder Vermeidung der belastenden Erinnerungen an das Erlebnis einsetzt, gehören z. B. auch Gedankenunterdrückung (Frau P. lenkt sich ab, wenn die Erinnerungen auftreten, sie zwingt sich, etwas anderes zu tun oder zu denken) und Grübeln (wenn die Erinnerungen auftreten, dann grübelt sie darüber nach, wie der Junge hätte gerettet werden können). Diese Strategien sind jedoch bekannt dafür, daß sie die Auftretenswahrscheinlichkeit der kognitiven Inhalte, die vermieden werden sollen, erhöhen statt sie zu senken. Frau P. erlebt dies („Obwohl ich immer wieder versuche, die Gedanken zu verscheuchen, kommen sie wieder und wieder!“) und interpretiert diesen Effekt wiederum als bedrohlich („Das bedeutet, daß ich vielleicht verrückt werde.“).

## 4 Intervention

### Grundlegendes zu Beginn der Behandlung

Zu Beginn der Behandlung steht das Schaffen einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Frau P. und der Therapeutin im Mittelpunkt. Die Therapeutin vermittelt Frau P. durch detailliertes Fragen nach dem Ablauf der Ereignisse und nach ihren Gefühlen, Gedanken und Handlungen während des Traumas das Gefühl, daß sie ohne Scheu und ohne Sorge, ihr Gegenüber zu überfordern, von dem Schrecken, den sie erlebt hat, berichten kann. Frau P. und ihre Therapeutin erarbeiten gemeinsam ein persönlich auf die Patientin zugeschnittenes Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung ihrer Beschwerden, das auf den oben beschriebenen lerntheoretischen und kognitiven Konzepten fußt (vgl. Steil, Ehlers & Clark, 1997). Frau P. erhält Informationen zu üblichen Folgen traumatischer Ereignisse, um dem Katastrophisieren, das Frau P. in Bezug auf ihre Symptomatik zeigt („Manchmal denke ich, meine Symptome bedeuten, daß ich verrückt werde.“) entgegenzuwirken. Ein realistisches Therapieziel wird festgelegt: Frau P. möchte nicht mehr so stark unter den Erinnerungen an den Suizid leiden und wieder ohne Einschränkungen Auto fahren. Frau P. erhält Informationen über Inhalt und Ablauf der Behandlung – auch darüber, daß es unter der kognitiv-behavioralen Behandlung kurzfristig zu einer Verschlimmerung der Symptomatik kommen kann.

### Therapiespezifische Diagnostik

Neben der oben beschriebenen Eingangsdiagnostik werden folgende Informationen erhoben, die für die Planung der Therapie von Wichtigkeit sind:

- Situationen und Dinge, die Frau P. seit dem Suiziderlebnis vermeidet bzw. die die belastenden Erinnerungen auslösen können, hierarchisch nach Grad der Belastung geordnet
- typische kritische Kognitionen, die zusammen mit den Erinnerungen auftreten
- Strategien, die Frau P. zur Beendigung der Erinnerungen einsetzt.

Hierzu werden sowohl Fragebögen eingesetzt wie auch ein Tagebuch der Erinnerungen und Gedanken an das Trauma. Frau P. führt das Tagebuch über eine Woche und erfaßt darin die Häufigkeit der Erinnerungen, die mit ihnen verbundene Belastung, mögliche Auslöser, die mit den Erinnerungen verbundenen Kognitionen und ihre Reaktionen auf die Erinnerungen (z. B. sich ablenken, Grübeln).

## Konfrontation

Kernstück der Behandlung ist die Konfrontation in sensu mit den belastenden Erinnerungen an das Erlebte und die Konfrontation in vivo mit Situationen und Dingen, die diese Erinnerungen auslösen können (vgl. Foa, Rothbaum, Riggs & Murdock, 1991; Keane, Fairbank, Caddell & Zimering, 1989; Rothbaum & Foa, 1997). In der zweiten Sitzung erarbeitet die Therapeutin gemeinsam mit Frau P. das Rational des konfrontativen Vorgehens, das sich auf die lerntheoretischen Annahmen zu Habituation und Löschung stützt. Sie instruiert Frau P., sich in der Sitzung an den schlimmsten Teil des traumatischen Erlebnisses (Frau P. sieht die Lichter des LKW näherkommen, hört das Motorengeräusch und sieht dann, wie der Körper des Jungen zerstückelt wird) genau zu erinnern, die Augen zu schließen, und von dieser Situation in der Ichform zu berichten, so als ob diese gerade passiere. Bedeutsam ist hierbei, daß während der Konfrontation Frau P.s Empfindungen und Gedanken während des Traumas so intensiv wie möglich reaktiviert werden (Foa, Riggs, Massie & Yarczower, 1995). Daher wird Frau P.s anxiolytische Medikation zu Beginn der Behandlung abgesetzt. Diese Form der Konfrontation in sensu wird bis zum Ende der Behandlung zu Beginn jeder einzelnen Sitzung wiederholt. Frau P.s Bericht wird jeweils auf Band aufgenommen. Die Patientin erhält die Aufgabe, zwischen den Sitzungen diese Schilderung der Situationen mehrfach am Tage anzuhören, um die Expositionszeiten auch auf die Zeit zwischen den Sitzungen auszuweiten.

Frau P. erhält die Instruktion zu Verhaltensexperimenten, die die paradoxe Wirkung von Gedankenunterdrückung und Grübeln demonstrieren. So z. B. bittet die Therapeutin Frau P., die Augen zu schließen und sich dabei zu verbieten, an grüne Elefanten zu denken – so wird demonstriert, daß man keine vollständige Kontrolle über die eigenen Gedanken haben kann bzw. der verbotene Gedanke um so häufiger wiederkommt. Es wird vereinbart, daß Frau P. die Strategien, welche sie zur Beendigung der belastenden Erinnerungen und Gedanken einsetzt, unterläßt. Die Therapeutin ermuntert Frau P., auch andere Arten der Konfrontation in sensu anzuwenden, indem sie z. B. ihre Erlebnisse aufschreibt oder mit ihren Angehörigen und Freunden darüber spricht. Parallel dazu wird Frau P. zur Konfrontation in vivo angeleitet, die sie zu Beginn in Begleitung der Therapeutin, dann zunehmend alleine durchführt. In der siebten Sitzung z. B. begleitet die Therapeutin Frau P. dabei, als sie sich mit der Situation konfrontiert, für die sie zu Beginn die höchste Schwierigkeit angab: sie fährt zum erstenmal seit dem Unfall – selber das Auto lenkend – unter der fraglichen Brücke hindurch.

## Kognitive Restrukturierung

Ab der zweiten Sitzung lernt Frau P., ihre negativen und dysfunktionalen Kognitionen zum Trauma und seinen Folgen zu identifizieren. Mit Hilfe klassischer Methoden der kognitiven Therapie sensu Beck (1986) diskutieren und erörtern Frau P. und die Therapeutin gemeinsam diese Einstellungen und Überzeugungen und prüfen sie auf ihre Angemessenheit (vgl. Nishith & Resick, 1997; Resick & Schnicke, 1992; Steil, Ehlers & Clark, 1997). Die Therapeutin bedient sich dabei des sokratischen Dialogs: sie stellt gezielte Fragen und unterstützt Frau P. dabei, Argumente für und wider kritische Einstellungen wie z. B. die zu ihrer Schuld am Tod des Jungen zu überprüfen. Dabei versucht sie nicht, Frau P. zu überzeugen, sondern sie zu eigenen Schlüssen kommen zu lassen. Der Identifizierung und Restrukturierung dysfunktionaler Kognitionen wird in den folgenden 12 Sitzungen ein Großteil der Zeit gewidmet. Frau P. gelingt es, ihre kritischen Überzeugungen in Frage zu stellen und zu verändern (z. B. „Ich trage nicht die Schuld am Tod des Jungen, sondern es war ein Selbstmord. Der Junge war möglicherweise schon tot, als er von der Brücke auf die Fahrbahn fiel. Neben mir standen andere Zeugen, die auch nicht versuchten, den Jungen von der Fahrbahn zu ziehen – diese tragen mindestens genauso viel Verantwortung wie ich. Es gab gute Gründe dafür, daß ich nicht versuchte, den Jungen von der Fahrbahn zu ziehen: Wäre ich kopflos auf die Fahrbahn gerannt, dann wäre möglicherweise ich selber getötet worden, oder ein nachfolgendes Fahrzeug wäre ausgewichen und hätte die am Fahrbahnrand Stehenden gefährdet. Ich hätte den Jungen alleine nur sehr langsam über die Straße ziehen können.“). Frau P. erhält die Aufgabe, zwischen den Sitzungen das Anwenden der kognitiven Techniken zur Prüfung kritischer Annahmen selbständig zu üben.

## Einbeziehung des Partners

Auch Frau P.s Mann wird nach Ablauf von fünf Therapiesitzungen in einer gemeinsamen Sitzung das Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik seiner Frau vermittelt, um ihn in die zwischen den Sitzungen stattfindende, von Frau P. selbst gesteuerte Konfrontation mit bisher von ihr vermiedenen Situationen und Dingen einzubinden. So wird gemeinsam erarbeitet, daß Herrn P.s Absicht, seine Frau vor Erinnerungen an das Trauma zu schützen (er fährt sie zur Arbeit und holt sie ab, er nimmt dabei den großen Umweg in Kauf, er ist damit einverstanden, daß bei der gemeinsamen Freizeit- und Urlaubsplanung unnötige Autofahrten vermieden werden) zur Aufrechterhaltung des Kreislaufes der Vermeidung bei-

trägt. Während der gemeinsamen Sitzung berichtet Herr P., daß es ihm schwerfalle, den Erzählungen seiner Frau vom Suizid des Jungen zuzuhören und dabei die sichtliche Belastung seiner Frau zu ertragen. Er sei unsicher, wie er dann am besten reagieren solle. Er sei eigentlich der Ansicht, daß „die Zeit alle Wunden heilt“ und es besser sei, seine Frau nicht an das Erlebte zu erinnern. Paar und Therapeutin planen gemeinsam, wie Herr P. seine Frau bei der Konfrontation unterstützen kann. Es wird vereinbart, daß er ihr keine Autofahrten mehr abnimmt, daß er keine Umwege mehr mit ihr fährt und daß er mit seiner Frau über das Trauma spricht, wenn sie es möchte. Die Therapeutin achtet besonders darauf, daß Herr P. nicht das Gefühl vermittelt bekommt, er habe bisher alles ganz falsch gemacht – genauso, wie seine Frau bisher die Lösungsversuche ausprobiert hat, die ihr am plausibelsten erschienen, hat auch er mit dem Wunsch gehandelt, seine Frau zu unterstützen. Die Patientin informiert auch ihre Mutter und ihre Schwägerin, die ihr häufig Autofahrten abnehmen, über die Prinzipien der konfrontativen Behandlung.

### Rückfallprophylaxe

In der 13. und 14. Sitzung rekapitulieren Frau P. und die Therapeutin die Techniken der Prüfung und Veränderung kritischer Einstellungen und der Konfrontation, die Frau P. während der Therapie erlernt hat. Belastende Situationen, die möglicherweise in der Zukunft auftreten können, spielt Frau P. unter Anleitung der Therapeutin im Geiste durch. Frau P. erarbeitet, welche der Techniken sie selbst in zukünftigen kritischen Situationen einsetzen kann. Eine Sitzung zur Wiederauffrischung des Gelernten nach 6 Wochen und ein Katamnesetermin nach 6 Monaten werden vereinbart.

### Katamnese nach 6 Monaten

Bei der Katamnese 6 Monate nach Ende der Behandlung berichtet Frau P., daß es ihr sehr gut geht. Sie ist im dritten Monat schwanger mit ihrem zweiten Kind. Sie erklärt, daß sie immer noch recht häufig (circa 5 mal pro Tag) Intrusionen hat und über den Suizid des Jungen nachdenkt. Allerdings hat sich die Bedeutung der Erinnerungen verändert: Sie sieht sie nun als Symbol für ein Erlebnis, das grausam und schrecklich war, das aber nun vorbei ist. Frau P. versucht nicht mehr, die Erinnerungen zurückzudrängen, sondern denkt im Gegenteil nun auch oft willentlich darüber nach. Sie fährt seit Ende der Behandlung selber wieder ohne Einschränkungen Auto und redet mit ihrem Mann, ihrer Familie und Freunden über

das Erlebnis, wenn es ihr in den Sinn kommt. Sie hat kurz nach dem Unfall das Grab des Jungen im Nachbarort besucht. Das fiel ihr noch sehr schwer, aber im Nachhinein ist sie sehr froh darüber und stolz auf sich, daß sie ihre Angst überwunden hat. Daß ihr Mann sie auf ihren Wunsch hin bis an die Friedhofsmauer begleitet hat, hat sie sehr gefreut. Sie hat innerlich mit dem toten Jungen am Grab gesprochen und ihm gesagt, daß ihr sein Selbstmord zwar sehr leid tut, daß sie ihn aber akzeptiert. Ihre Ängstlichkeit, wenn ihr Mann beruflich unterwegs ist oder sie sich von ihrem Sohn verabschiedet ist zwar noch vorhanden, aber nicht in einem Ausmaß, das ihr Leben einschränkt wie zu Beginn der Behandlung. Der Gedanke, daß das Leben auch sehr schnell zu Ende sein kann, bringt sie oft dazu, die Zeit mit ihrer Familie um so mehr zu genießen und schöne Dinge mit ihrem Mann und ihrem Sohn zu unternehmen. Die Selbstbeurteilung der posttraumatischen Symptomatik mit Hilfe der PDS ergibt, daß die Diagnose der PTB nun nicht mehr gegeben ist, der Summenwert liegt bei 7. Das Kriterium des Wiedererinnerns ist noch vorhanden, die Kriterien der Vermeidung oder der Übererregung liegen jedoch nicht mehr vor. Auch fühlt sich Frau P. durch die verbleibende intrusive Symptomatik nicht in wichtigen Lebensbereichen beeinträchtigt.

## 5 Resümee

In der ärztlichen und psychologischen Versorgung von Patienten kann das Störungsbild der PTB leicht übersehen werden: häufig bringen Patienten ihre Beschwerden nicht unmittelbar mit einem traumatischen Erlebnis in Zusammenhang, sie suchen unter Umständen aufgrund ganz anderer Beschwerden (wie z. B. chronischem Schmerz) Hilfe.

Für die Behandlung der PTB liegen heute effektive und auf ihre Wirksamkeit hin überprüfte Behandlungsverfahren vor. Kernelemente sind die Konfrontation mit den Erinnerungen an das traumatische Erlebnis sowie die Restrukturierung kritischer Kognitionen. Ziel der Behandlung kann nicht sein, daß der Patient keine Erinnerungen und Gedanken an das traumatische Ereignis hat – obwohl zu Beginn der Intervention viele Patienten dieses Therapieziel äußern (im Sinne von „Helfen Sie mir dabei, alles zu vergessen!“). Ziel ist vielmehr, daß der Patient die Erinnerungen nicht mehr als so bedrohlich und belastend erlebt, und den Patienten dabei zu unterstützen, den Teufelskreis der Vermeidung zu durchbrechen.

Im Gegensatz zu anderen Angststörungen beziehen sich Furcht und Angst bei der PTB auf tatsächlich sehr bedrohliche Ereignisse – daher ist es von

Bedeutung, gemeinsam mit den Patienten zu einer angemessenen Einschätzung möglicher zukünftiger Risiken zu kommen.

Auch zur Prävention der Entwicklung einer posttraumatischen Symptomatik nach Traumatisierung liegen nun erste Ergebnisse vor, die Hinweise auf die Wirksamkeit einer vergleichsweise kurzen verhaltenstherapeutisch-kognitiven Intervention liefern (vgl. Foa, Hearst-Ikeda & Perry, 1995). Diese folgt im wesentlichen den oben dargestellten Behandlungsprinzipien. Hauptbestandteile der Intervention sind die kognitive Restrukturierung kritischer Einstellung und Kognitionen zum Erlebten und die Konfrontation in sensu mit den traumatischen Erinnerungen. Eine kurze präventive Intervention kann möglicherweise einer Chronifizierung der Symptomatik vorbeugen und die Lebensqualität Betroffener in den ersten Monaten nach einem Trauma erheblich verbessern. Die Forschung zu Risikofaktoren der Entwicklung einer PTB könnte dazu beitragen, diese prophylaktischen Interventionen besonders ökonomisch einzusetzen.

## Literatur

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1986). *Kognitive Therapie der Depression*. München: Psychologie Verlags Union, Urban & Schwarzenberg.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P. & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216–222.
- Burstein, A. (1986a). Can monetary compensation influence the course of a disorder? *American Journal of Psychiatry*, 143, 112.
- Burstein, A. (1986b). Treatment of Noncompliance in patients with PTSD. *Psychosomatics*, 27, 37–40.
- Chemtob, C., Roitblat, H. L., Hamada, R.S., Carlson, J.G. & Twentyman, C.T. (1988). A cognitive action theory of post-traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 253–275.
- Ehlers, A. & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in Posttraumatic Stress Disorder: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 217–249.
- Ehlers, A., Steil, R., Winter, H. & Foa (1996). *Deutsche Übersetzung der Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Foa, E.B. (1995). *Posttraumatic Diagnostic Scale*. Microtest Q Assessment System.
- Foa, E.B., Riggs, D.S., Massie, E.D. & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *Behavior Therapy*, 25, 487–499.
- Foa, E.B., Hearst-Ikeda, D. & Perry, K.J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-be-

- havioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 948–955.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Riggs, D.S. & Murdock, T. (1991). Treatment of post-traumatic stress disorder in rape-victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715–723.
- Foa, E.B., Steketee, G. & Rothbaum, B. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155–176.
- Jordan, R.G., Nunley, T.V. & Cook, R.R. (1992). Symptom exaggeration in a PTSD inpatient population: Response set of claim for compensation. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 633–642.
- Keane, T.M., Fairbank, J.A., Caddell, J.M., Zimering, R.T. & Bender, M.E. (1985). A behavioral approach to assessing and treating post-traumatic stress disorder in vietnam veterans. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake* (pp. 257–294). New York: Brunner/Mazel.
- Keane, T.M., Fairbank, J.A., Caddell, J.M. & Zimering, R.T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam Combat Veterans. *Behavior Therapy*, 20, 245–260.
- Keane, T.M., Zimering, R.T. & Caddell, R.T. (1985). A behavioral formulation of PTSD in Vietnam Veterans. *Behavior Therapist*, 8, 9–12.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity sample. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.
- Kilpatrick, D.G., Veronen, L.J. & Best, C.L. (1985). Factors predicting psychological stress among rape victims. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its Wake* (pp. 113–141). New York: Brunner/Mazel.
- Maercker, A. (1997). Erscheinungsbild, Erklärungsansätze und Therapieforchung. In A. Maercker (Hrsg). *Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin: Springer, S. 3–50.
- March, J.S. (1990). Sleep disturbance in PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1697–1698.
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning – a re-interpretation of „conditioning“ and „problem-solving“. *Harvard Educational Review*, 17, 102–148.
- Nishith, P. & Resick, P.A. (1997). Kognitive Verarbeitungstherapie für Opfer sexuellen Mißbrauches. In A. Maercker (Hrsg), *Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin: Springer, S. 193–228.
- Quirk, D.A. (1985). Motor vehicle accidents and post-traumatic anxiety conditioning. *Ontario Psychologist*, 17, 11–18.
- Resick, P.A. & Schnicke, M.K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748–756.
- Roca, R.P., Spence, R.J. & Munster, A.M. (1992). Posttraumatic adaption and distress among adult burn survivors. *American Journal of Psychiatry*, 119, 1231–1238.
- Rothbaum, B.O. & Foa, E.B. (1997). Kognitive Verhaltenstherapie für posttraumatische Belastungsstörungen. Formen und Wirksamkeit. In A. Maercker (Hrsg), *Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin: Springer, S. 103–122.
- Schützwohl, M. (1997). Diagnostik und Differentialdiagnostik. In A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin: Springer, S. 75–102.

- 
- Smith, E.M., North, C.S., McCool, R.E. & Shea, J.M. (1990). Acute postdisaster psychiatric disorders: Identification of persons at risk. *American Journal of Psychiatry*, 147, 202–206.
- Steil, R. & Ehlers, A. (1998). Posttraumatische Belastungsstörung. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe, S. 155–182.
- Steil, R., Ehlers, A. & Clark, D.M. (1997). Kognitive Aspekte bei der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. In A. Maercker (Hrsg). *Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörungen*. Berlin: Springer. S.123–144.
- Ursano, R.J. & McCarroll, J.E. (1990). The nature of traumatic stressor: Handling dead bodies. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 396–398.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID. Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV Achse I und II*. Göttingen: Hogrefe.
- World Health Organization, WHO (1991). *Tenth Revision of the International Classification of Diseases, Chapter V (F): Mental and Behavioral Disorders*. Genf: WHO.