

1 Einleitung

Psychische Traumata hinterlassen unbehandelt oft lebenslang Spuren in Form von zahlreichen Beschwerden mit unterschiedlich einschneidenden Beeinträchtigungen in der Gesundheit, der Lebensqualität und in sozialen Beziehungen. Häufig wird eine Traumafolgestörung mit den damit einhergehenden Beschwerden nicht erkannt. Menschen verfügen in der Regel über genügend Selbstheilungskräfte, um auch schwere traumatische Situationen und Erlebnisse adäquat zu bewältigen. Jedoch unterscheiden sich Menschen stark darin, wie sie traumatische Erlebnisse wahrnehmen, bewerten und verarbeiten. Manche Personen erleben objektiv betrachtet schlimmste Ereignisse, ohne dass danach psychische Beeinträchtigungen auftreten. Hier stellt sich die interessante Frage, warum diese Menschen nicht erkranken. Andere fühlen sich dagegen durch scheinbar »kleine Ereignisse« traumatisiert oder verletzt und entwickeln danach posttraumatische Symptome. Der Zusammenhang zwi-

schen realem Ereignis, der Traumasituation, psychischer Disposition der Person und weiteren Einflussvariablen wie Risiko- und Schutzfaktoren entscheidet letztlich, ob eine Traumatisierung erfolgt, wie schwer sie ausfällt und wie stark die Folgen sind.

Die empirische Datenlage und die klinische Beobachtung fallen eindeutig aus: Traumatisierung führt oft zu einem tiefen Riss in der Lebensgeschichte der Betroffenen. Besonders nach Extremtraumatisierungen ist vieles nicht mehr so, wie es vorher war; Interessen, Einstellungen, Alltagsgewohnheiten, soziale Beziehungen, Werthaltungen und Überzeugungen sind durcheinandergeraten bzw. gestört. Das traumatische Ereignis stellt oftmals erst den Anfang einer psychischen Verletzung dar. Die Traumatisierung ist meist dauerhaft, ob nach einer schweren Naturkatastrophe, nach einem schweren Verkehrsunfall, nach Flucht, Kriegserlebnissen, Folter oder einer lebensbedrohlichen Erkrankung.

2 Historie der Psychotraumatologie

2.1 Historische Entwicklung der Psychotraumatologie

Psychotraumatische Ereignisse und ihre Folgen gehören seit jeher zu den Grunderfahrungen der Menschen. Die Menschheitsgeschichte war von Anfang an auch eine Geschichte individuellen Unglücks und kollektiver Katastrophen. Kriege, interpersonelle Gewalt, Naturkatastrophen und Epidemien mit schweren seelischen Erschütterungen und schmerzlichen Verlusten sind schon in den ältesten Schriften dokumentiert (Mythos von Gilgamesch, Altes Testament, Ilias von Homer). Schon immer hat es aber auch Versuche gegeben, die negativen Folgen psychischer Traumatisierung zu bearbeiten, abzumildern oder auszugleichen. Die Auseinandersetzung mit seelischer Verletzung fand bzw. findet bis heute auf verschiedenen Ebenen statt, wie beispielsweise in gesellschaftlich anerkannten Trauerritualen, mythologischen und religiösen Erzählungen, der Entwicklung der Heilkunde in der Kulturgeschichte vieler Völker, bildnerischen und literarischen Darstellungen sowie in philosophischen Reflexionen (Peterson et al., 1991).

Die wissenschaftliche Konzeptualisierung von Traumafolgestörungen nahm in der Chirurgie ihren Anfang. Von der Neurologie wurde dann die Frage nach den Traumafolgen weiter aufgegriffen, in der auch der Begriff der »traumatischen Neurose« geprägt wurde. Schließlich nahm der Begriff des Psychotraumas dann langsam einen Eingang in die psychosomatisch-psychologischen Fächer. Schon seit Anbeginn bestimmten zwei

zentrale Fragen den wissenschaftlichen Diskurs: Sind die Menschen, die nach Gewaltereignissen seelisch mehr oder weniger zerstört sind, wirklich krank oder bilden sie sich ihr Leiden nur ein, vielleicht auch motiviert durch ein Interesse an Rente oder anderen Formen finanzieller Zuwendung? Und zweitens: Wenn sie krank sind, handelt es sich um eine körperlich-neurologische Erkrankung oder um eine psychologische Störung?

Berichte über die Auswirkungen traumatischer Erlebnisse sind in der Literatur vielfach dokumentiert. Ein anschauliches Beispiel findet sich im Tagebuch vom englischen Schriftsteller Samuel Pepys (1633–1703), der Zeuge des Londoner Großbrandes des Jahres 1666 geworden war; dabei wurden 75 % der Fläche der City of London zerstört. Sechs Monate später schrieb er: »Wie merkwürdig, dass ich bis zum heutigen Tag keine Nacht schlafen kann, ohne von großer Angst vor dem Feuer erfasst zu werden; und in dieser Nacht lag ich bis fast zwei Uhr morgens wach, weil mich die Gedanken nicht losließen.« (Daly, 1983, S. 66). Aus der Beschreibung werden die zentralen posttraumatischen Symptome erkennbar, wie z. B. die immer wiederkehrenden Gedanken an das Ereignis, die ständige Angst, wieder Opfer des Feuers zu werden, und eine erhöhte Wachsamkeit und Unruhe, die sich u. a. in einer Schlafstörung manifestiert.

Die Vorstellung, dass traumatische Erfahrungen psychische Folgeerscheinungen bewirken können, entwickelte sich in der

medizinisch-psychologischen Diskussion im späten 19. Jahrhundert. So gab es dann auch erste systematische Beschreibungen der Symptome, die nach traumatischen Erlebnissen auftreten können, wie z. B. ungewolltes Wiedererleben des Traumas durch Flashbacks oder Alpträume, Anzeichen erhöhten Erregungsniveaus oder Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen, wobei hier bezweifelt wurde, ob das Trauma-Ereignis selbst als wesentliche Ursache für die Symptomatik entscheidend war. Vielmehr wurden organische Ursachen für zentral gehalten. Im Jahre 1866 wurden von dem englischen Chirurgen Erichsen die psychologischen Probleme nach Eisenbahnunfällen sehr eindrucksvoll beschrieben mit der ganzen Symptompalette, wie wir sie aus der Beschreibung der posttraumatischen Störungen kennen (Erichsen, 1866). Diese Symptome ver-

suchte er durch Rückenmarksprellungen zu erklären, was zu dem Begriff des »railway spine syndrome« führte. Dem widersprach sein chirurgischer Kollege Page (1883), der Ähnlichkeiten zur Hysterie (z. B. Symptome wie Lähmungen) sah und eher psychologische Gründe für Symptome nach traumatischen Ereignissen annahm. Die mit dem »railway spine syndrome« verbundenen Symptome wie Angst, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, belastende Träume, Irritierbarkeit und eine Vielzahl somatischer Erscheinungen verstand er als Folge ungünstiger psychologischer Entstehungsmechanismen. Der deutsche Neurologe Hermann Oppenheim (1889) schlug wenig später den Begriff der »traumatischen Neurose« vor und vermutete anatomische Veränderungen des Gehirns als Ursache.

Definition, Neurose: Sammelbegriff für eine Vielzahl von psychischen Störungen und Erscheinungsformen, deren Ursachen je nach psychologischer Richtung (z. B. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie) uneinheitlich gesucht werden.

Heute im DSM-IV nicht mehr verwendeter (da diskriminierender) Begriff, von dem schottischen Arzt W. Cullen (1776) eingeführt (Häcker & Stapf, 2009). Er verstand darunter eine Nervenkrankheit, ohne anatomisch-pathologischen Befund. Der Umfang der damit gesammelten psychischen Störungen wird von der theoretischen Position der Autoren bestimmt. Aus psychoanalytischer Sicht sind Neurosen ein unbewusster Widerstand und die neurotischen Symptome lediglich Äußerungen psychodynamischer Konflikte. Dagegen werden von verhaltenstherapeutisch orientierten Autoren die neurotischen Konflikte selbst in den Vordergrund gestellt und als gelernte Fehlsteuerung interpretiert. Gemeinsam gilt ihnen die Neurose als Nichtbewältigung fundamentaler Lebensaufgaben. Eine grundlegende Theorie der Neurose stammt von Sigmund Freud. Nach ihm ist die Neurose das Resultat einer unvollständigen Verdrängung von Impulsen aus dem Es durch das Ich.

Wie **Tabelle 2.1** demonstriert, verwiesen als Erste Pierre Briquet (1859), Herbert Page (1883) und Jean-Martin Charcot (Charcot & Richer, 1887) auf die psychischen Folgen traumatischer Erlebnisse. Im Jahre 1859 beschrieb der französische Psychiater Briquet Patienten mit hysterischen Symptomen und nahm bei einem großen Teil seiner Patienten traumatische Erlebnisse als Ursache der Erkrankung an. Auch der berühmte Neurologe

Charcot (1825–1893) erforschte den Zusammenhang zwischen Traumatisierungen und hysterischen Symptomen. Charcot war entgegen der damaligen Lehrmeinung der Auffassung, dass traumatische Lähmungen nicht ausschließlich die Folge von Läsionen des Nervensystems seien, sondern in einem durch traumatische Erlebnisse ausgelösten Nervenschock begründet seien und damit eine psychische Ursache hätten.

Tab. 2.1: Historische Entwicklung der Psychotraumaforschung

Jahr	Autor	Begriff	Erläuterungen
1859	Briquet	Traumatische Hysterie	Traumatische Erlebnisse oft als Ursache der Erkrankung
1866	Erichsen	Railway spine syndrome	Eisenbahnunfälle führten zu typischen posttraumatischen Symptomen, Rückenmarksprellungen sah Erichsen als die eigentlichen Ursachen an
1871	Da Costa	Irritable heart	Erste Beobachtungen über pseudokardiale Symptome bei Soldaten, die somatisch begründet wurden
1883	Page	Traumatische Hysterie	Die Folgen von Psychotraumata sind rein psychologisch
1887	Charcot & Richer	Traumatische Hysterie	Die Folgen von Psychotraumata sind rein psychologisch
1889	Janet	Posttraumatische »Dissoziation«	Vor dem Hintergrund unbewusster Vorerfahrungen führt das Psychotrauma zu hysterischen Reaktionen und dissoziativen Phänomenen. Die Folgen von Psychotraumata sind rein psychologisch
1889	Oppenheim	Traumatische Neurose	Die Folgen von Psychotraumata sind anatomische Veränderungen des Gehirns
1895	Breuer & Freud	Traumatische Hysterie	Die Ursache der Hysterie liegt in der Kindheitstraumatisierung durch sexuellen Missbrauch
1917	Mott	»Kriegsneurose« »Shell-shock«	Für viele Militärärzte galten die psychischen Symptome der Soldaten im Krieg (hysterische Blindheit, Stummheit, Stottern, Lähmungen, Zittern) zumindest teilweise als Produkte von Simulation
1968	Niederland	»Überlebenden-Syndrom« KZ-Syndrom »survivor-syndrom«	Das Überleben selbst wird als konfliktreich erlebt. Die Folgen von Psychotraumata sind rein psychologisch
1974	Burgess & Holmstrom	Vergewaltigungstraumasyndrom	Die Folgen von Psychotraumata sind rein psychologisch
1992a	Herman	Komplexe posttraumatische Störungen	Die Folgen von Psychotraumata sind rein psychologisch

Definition, Hysterie: Der Begriff der Hysterie (von griechisch hystera: Gebärmutter, verwandt mit lat. uterus) hat mit der Zeit einen solchen Wandel durchgemacht, wie kaum ein anderer Begriff aus der psychologischen Krankheitslehre. Bei der Hysterie handelt es sich um körperliche Beschwerden (z. B. Krampfanfälle, Arm- oder Beinlähmung, Ausfall der Sinnesorgane wie Stimmlähmung, Blindheit, Taubheit) ohne erkennbare medizinische

Ursache. Im antiken Griechenland wurde die Ausbildung hysterischer Symptome auf die Wanderschaft der Gebärmutter zurückgeführt. Die Hysterie wurde vom griechischen Arzt Hippokrates (460–377 v.Chr.) erstmals beschrieben, der davon ausging, dass das Leiden von der Gebärmutter ausginge, die im Körper herumkrieche und wahlweise die Organe befallte. Deshalb könnten nur Frauen hysterisch sein – was sich später als Unfug erwies. Erst Breuer und Freud postulierten 1895 gemeinsam, dass Hysterie eine Neurose sei und ihren Ursprung in unbewussten seelischen Konflikten habe.

Pierre Janet (1859–1947) war französischer Psychologe, Philosoph und Psychiater in Paris. In seiner Freizeit arbeitete er als Freiwilliger im Krankenhaus von Le Havre und unternahm auf eigene Faust psychiatrische Forschungsarbeiten. Janet entwickelte ein umfassendes System der Psychologie und Psychopathologie. Er gilt als der Begründer der modernen dynamischen Psychiatrie. 1893 promovierte er über Hysterie und arbeitete ab 1894 in eigener Praxis. Zwischen 1890 und 1935 war er Inhaber des Lehrstuhls für experimentelle und vergleichende Psychologie am Collège de France. Sein Werk war eine der Hauptquellen für Freud (»Studien über die Hysterie«, Breuer & Freud, 1895) und weitere Psychoanalytiker wie Alfred Adler (1870–1937) und C.G. Jung (1875–1961). Er prägte als Erster das Wort »unbewusst«. Neben Charcot (Charcot & Richer, 1887) wies besonders Janet (1889) auf die Bedeutung der Traumata für ein Verständnis der hysterischen Symptombildung hin. Außerdem prägte Janet bereits 1889 den Begriff der »Dissoziation«, um zu beschreiben, wie Erinnerungen an ein Trauma vom Bewusstsein abgespalten werden und dann vom Unbewussten her psychische und körperliche Symptome hervorrufen können. Durch unzureichende Integration werden Erinnerungen an die traumatischen Erfahrungen vom Bewusstsein und der Willenskontrolle abgespalten – dissoziiert. Janet stellte fest, dass die Betroffenen nicht in der Lage waren, narrative Erinnerungen in Form einer persönlichen Geschichte über das traumatische Ereignis hervorzubringen. Er betonte als Erster, dass die Integration des Traumas in

das Bewusstsein, also ein rein psychologischer Prozess, für eine Bewältigung traumatischer Erfahrungen notwendig ist und entwarf ein Phasenmodell der Traumatherapie. Janet entwickelte durch Beobachtungen und Hypnoseexperimente die Theorie der Dissoziation als dem zugrundeliegenden Mechanismus der Hysterie. Janet formulierte insofern zum ersten Mal die Auswirkungen von Traumatisierungen auf psychologische Prozesse und legte damit den Grundstein für die psychologische Analyse und Psychotherapie (Lamprecht & Sack, 2002). Trotz des enormen Umfangs seines wissenschaftlichen Werkes und trotz verbreiteter wissenschaftlicher Anerkennung, geriet Janets Modell der Dissoziation fast 100 Jahre lang in Vergessenheit.

Neben dem Konzept der Dissoziation beschrieb Janet auch postexpositorische Amnesien und Hypermnesien. Er entdeckte, dass traumatische Erfahrungen, die nicht mit Worten beschrieben werden können, sich in Bildern, körperlichen Reaktionen und im Verhalten manifestieren.

Der Wiener Neurologe Sigmund Freud (1856–1939) war der Begründer der Psychoanalyse. Freud gilt als einer der einflussreichsten Denker des 20. Jahrhunderts. Er war ab 1902 Professor in Wien und dort bis 1938 in eigener Praxis psychotherapeutisch tätig. 1938 ergriff er mit seiner Familie als Jude die Flucht vor den deutschen Nationalsozialisten nach London. Er entwickelte die Neurosenlehre und beschäftigte sich u. a. mit der Traumdeutung, der Psychologie des Alltagslebens und der Fehlleistungen, mit Kulturpsychologie, Religion, Mythologie und zeitkritischen Themen. Er hatte großen Ein-

fluss auf die Entwicklung der Psychotherapie, Psychologie und Medizin, aber auch auf Disziplinen wie die Anthropologie, die Philosophie, die bildende Kunst und die Literatur. Seine Theorien und Methoden werden noch heute kontrovers diskutiert.

Auch Freud beschäftigte sich mit dem Krankheitsbild der Hysterie. Er orientierte sich zu Beginn seiner wissenschaftlichen Laufbahn an den Arbeiten Charcots, der intensiv über Suggestion und Hypnose bei Hysterie und traumatischen Lähmungen forschte. Freud und Josef Breuer (1895), die sich mit dem Problem des Ursprungs von Neurosen beschäftigten, übertrugen zunächst Charcots Konzept traumatischer Lähmungen auf die Hysterie insgesamt und postulierten eine eindeutige oder symbolische Verbindung zwischen hysterischen Symptomen und realen, meist sexuellen, psychischen Traumata.

Freud durchlief bei seiner Beschäftigung mit dem Begriff Traumatisierung unterschiedliche Phasen und Annahmen. Zunächst ging er davon aus, dass jeder hysterischen Störung eine reale traumatische Erfahrung, v. a. ein frühkindlicher sexueller Missbrauch, vorausgeht (Breuer & Freud, 1895). Als er 1897 im Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien in seinem Vortrag »Zur Ätiologie der Hysterie« am Beispiel von 18 von ihm behandelten Fällen sexuelle Traumatisierungen als Quelle der späteren Neurose angab, stieß er auf eisiges Schweigen und offene Ablehnung durch seine Kollegen. Drohende gesellschaftliche Ächtung bewirkte, dass Freud seine Thesen bereits ein Jahr später widerrief, dass hysterische Symptome auf frühe sexuelle Traumatisierungen zurückzuführen seien. Er distanzierte sich von seiner Trauma-Theorie und entwickelte die Trieblehre. In dieser erklärte er die realen traumatisierenden Erfahrungen seiner »hysterischen« Patientinnen zu sexuellen Wunschphantasien.

Immer wieder waren und sind es Katastrophen, welche die Aufmerksamkeit ver-

stärkt auf die psychischen Folgen traumatischer Ereignisse lenken. Mit dem Beginn der Industrialisierung und dem Ausbau des Verkehrsnetzes stieg auch die Zahl der Arbeits- und Eisenbahnunfälle. Zu den ersten systematischen Untersuchungen der Katastrophenpsychologie gehören die Arbeiten von Edward Stierlin (1909), der die psychischen Nachwirkungen eines großen europäischen Mienenunglücks im Jahre 1906 untersuchte. Ein weiteres folgenschweres Unglück ereignete sich 1942 in Boston, als bei einem Feuer im Cocoanut Grove Night Club 492 Menschen ums Leben kamen. Adler (1943) schilderte die »post-traumatischen psychischen Komplikationen« der Überlebenden des **Bostoner Cocoanut Grove-Brandes**. Adlers Artikel ist insofern von besonderer Bedeutung, als er explizit auf traumabedingte Alpträume, Schlaflosigkeit, Kognitionen und Vermeidungsverhalten eingeht.

Nach diesen frühen Entdeckungen wurde es weitgehend still in der medizinisch-psychologischen Diskussion psychischer Traumafolgen. Weiteren Anstoß für die psychotraumatologische Forschungsarbeit gaben Kriege – hier insbesondere der Erste (1914–1918) und Zweite Weltkrieg (1939–1945) sowie der Vietnamkrieg (1964–1975) –, aber auch Katastrophen und soziale Bewegungen, wie beispielsweise die Feminismusbewegung in den USA in den 1970er Jahren. Im Laufe der Erforschung von Traumafolgestörungen wurde klar, dass die psychischen Syndrome, an denen die Opfer von Vergewaltigungen, häuslicher Gewalt und Inzest litten, den Syndromen der Kriegsoffer entsprachen.

Es hat schon immer Formen der psychischen Traumatisierung nach schockauslösenden, lebensbedrohlichen Ereignissen unterschiedlichster Art in der Menschheitsgeschichte gegeben. Ein geradezu klassisches Feld der historischen Traumaforschung ist die besonders im Ersten Weltkrieg, welcher über neun Millionen Menschenleben forderte, massiv aufgetretene »Kriegsneurose« (weitere Synonyme: »Frontneurose«, »Ge-

fechtsneurose«, »Schützengrabenneurose«, »Granatenschock«). Die Betroffenen wurden häufig als »Kriegshysteriker«, als Schwächlinge diffamiert oder als »Kriegszitterer« bezeichnet.

Die psychischen Auswirkungen von **kriegsbedingten Traumatisierungen** wie Zittern, vorübergehende Lähmungen, unkontrollierte Affekte, Apathie wurden lange Zeit als Simulation abgetan. Die vorherrschende Meinung war, dass psychische Reaktionen auf traumatische Ereignisse normalerweise vorübergehend sind und dass daher nur Personen mit labilen Persönlichkeiten, bereits bestehenden neurotischen Konflikten oder Geisteskrankheiten chronische Symptome entwickeln. Während des Ersten Weltkrieges begannen einzelne Militärpsychiater, die Symptome psychologisch zu behandeln, was zu teilweise überraschenden Erfolgen führte (Salmon, 1919). Frederick Mott (1919) und Ernest Southard (1919) dokumentierten die neurologischen und psychologischen Auswirkungen kriegsbedingter Traumata.

Im Zweiten Weltkrieg, der mehr als 55 Millionen Menschen das Leben kostete, sahen und behandelten Kliniker Tausende von Kriegsopfern (Soldaten, Zivilisten und insbesondere Kinder) mit psychiatrischen Störungen. In ihrem einflussreichen Buch »Men under Stress« zählten Grinker und Spiegel (1945) die Symptome von zurückgekehrten Kriegsteilnehmern auf, die unter »**Gefechtsneurosen**« litten. Diese Symptome bestanden aus Unruhe, Aggressionen, Depressionen, Gedächtnisstörungen, Überaktivität des Sympathikus, Konzentrationsstörungen, Alkoholismus, Alpträumen, Phobien und Misstrauen.

Zu den schlimmsten Traumata zählen wohl die Gewaltakte, die den Opfern gezielt und systematisch zugefügt werden. Der Holocaust, bei dem allein mehr als 6 Millionen Juden von den Nationalsozialisten ermordet wurden, bildete dabei in seiner ungeheuren Dimension und kalten Systematik einen schrecklichen Höhepunkt der bisheri-

gen Menschheitsgeschichte. Lange Jahre hindurch verstand man unter Psychotraumatologie v. a. die wissenschaftliche Beschäftigung mit den psychischen Folgen von Internierung, Folter und Verfolgung. Die Therapie von Opfern des Holocaust zeigt, wie lange die Traumatisierung bei vielen Betroffenen nachwirkt. Das bezieht sich auf das individuelle Erleben der Holocaust-Überlebenden ebenso wie auf ihre Partnerschaftsdynamik und die Nachwirkungen des Traumas auf die zweite und sogar dritte Generation (Ludewig-Kedmi et al., 2002).

Im Laufe der Zeit wurden dann nach den beiden Weltkriegen und mit Blick auf die Probleme der Holocaust-Überlebenden viele diagnostische Bezeichnungen für die Symptome nach traumatischen Erlebnissen vorgeschlagen wie z. B. »**Überlebenden-Syndrom**« (survivor-syndrom) oder »**Kampf- oder Kriegsneurose**« (combat/war neurosis; Übersicht bei Gersons & Carlier, 1992; Bohleber, 2000).

Nach dem Zweiten Weltkrieg entstand eine große Zahl von Studien, die das »**Konzentrationslager-Syndrom**« beschreiben. Zum ersten Mal wurde erforscht, welche verheerenden Nachwirkungen Krieg, Gefangenschaft und schließlich Genozid bei den überlebenden Zivilisten hatten. Auch hier wurden neben anhaltenden Veränderungen der Persönlichkeit die gleichen Symptome von Traumafolgestörungen beobachtet. Jean Amery (1912–1978) wie auch Primo Levi (1919–1987), beide überlebten den Holocaust, schildern eindrücklich die erlebten Traumatisierungen in ihren Werken. Jean Amery schreibt in seinem Buch »Jenseits von Schuld und Sühne. Bewältigungsversuche eines Überwältigten«: »Wer gefoltert wurde, bleibt gefoltert, wer der Folter erlag, kann nicht mehr heimisch werden in der Welt. Die Schmach der Vernichtung lässt sich nicht austilgen. Das zum Teil schon mit dem ersten Schlag im vollen Umfang, aber schließlich in der Tortur eingestürzte Weltvertrauen wird nicht wiedergewonnen« (1966, S. 70). Beide

Schriftsteller setzten ihren schrecklichen Erlebnissen durch Suizid ein Ende – Jahrzehnte nach der Folter –, da sie durch einen Zusammenbruch des Weltvertrauens nicht wieder heimisch werden konnten.

Die inzwischen geläufige Bezeichnung »Überlebenden-Syndrom« (survivor-syndrom) führte der deutsch-amerikanische Psychiater William Niederland erst 1968 ein. Zum ersten Mal wurde damit ein klinischer Begriff gefunden, der eindeutig die Verfolgung als pathogen identifiziert und verschiedene Symptome zusammenfasst. In seinem Buch »Folgen der Verfolgung: Das Überlebenden-Syndrom – Seelenmord« (1980) beschreibt er die typischen Symptome eindrücklich: Dazu zählen Angst, Erinnerungsstörungen, chronisch depressive Zustände, Aggression, Isolation und Rückzug in sich selbst, psychotische Symptome, Störungen des Identitätsgefühls, psychosomatische Symptome und »Überlebensschuld«, bei der das Überleben selbst konfliktreich und als Verrat erlebt wird.

In den 1950er- und 1960er-Jahren wurden die psychischen Folgen von Natur- und Industriekatastrophen (Brandkatastrophen, Gasexplosionen, Erdbeben, Tornados u. a.) zunehmend untersucht. Bis in die 1970er-Jahre wurden berufsunfähig gewordene Menschen mit traumatischen Erlebnissen als Rentenneurotiker abqualifiziert. Die Echtheit der berichteten Symptome wurde ihnen abgesprochen und eine Simulationstendenz mit dem Wunsch nach finanzieller Entschädigung unterstellt (»Kompensationsneurose«).

Sexuelle Traumatisierungen sowie Missbrauch in der Kindheit rückten im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts immer stärker ins Zentrum psychologischer Forschung (Amann & Wipplinger, 2005). Die seelischen und körperlichen Verletzungen sowie die langfristigen psychischen und sozialen Folgen wurden ebenso diskutiert wie die gerichtliche Aufarbeitung der Taten. Die jahrzehntelangen Anstrengungen der Frauenbewegung sowie die einschlägige Forschung haben schließlich den Umgang der Öffent-

lichkeit und auch der Behörden mit den Opfern sexueller Gewalt deutlich geändert.

Im Jahr 1974 veröffentlichten Burgess und Holmstrom einen einflussreichen Artikel über das »Vergewaltigungstraumasyndrom«. Ihr Bericht basiert auf Interviews, die sie innerhalb eines Jahres mit 146 Vergewaltigungsopfern geführt hatten. Ihre Analyse brachte sie zu dem Schluss, dass sich die Folgen, unter denen die Vergewaltigungsopfer leiden, in eine akute Phase und in eine langfristige Phase einteilen lassen. Die akute Phase wurde durch eine allgemeine physische Angegriffenheit durch den Überfall, Spannungskopfschmerzen, Schlafstörungen, Alpträume, gastrointestinale Schmerzen, urogenitale Beschwerden, Ängste, Wut und Schuldgefühle charakterisiert. Die langfristige Phase ging mit bewältigungsbezogenen Alpträumen, Vermeidungsverhalten, Ängsten und sexuellen Störungen einher. Inzwischen belegt eine Reihe von Studien, dass häusliche Gewalt weltweit als eines der größten Gesundheitsprobleme vor allem für Frauen und Kinder gilt (WHO, 2013). Neben akuten körperlichen und seelischen Verletzungen kommt es häufig zu chronischen psychischen und psychosomatischen Beschwerden. Die amerikanische Psychiaterin und Pionierin auf dem Gebiet der Psychotraumatologie Judith Herman stellt in ihren Arbeiten heraus, dass der gesellschaftliche und wissenschaftliche Diskurs über Traumafolgestörungen von einer spezifischen Dynamik des Verdrängens und Vergessens geprägt ist. Diese Dynamik beschreibt sie sehr anschaulich in ihrem Buch »Narben der Gewalt« (Herman, 1992b).

Ende des 20. und Anfang des 21. Jahrhunderts brachte eine Serie verheerender Unglücksfälle (z. B. Zugunglück von Eschede 1998, der Brand der Tunnelbahn von Kaprun 2000), die weltweiten Terroranschläge (11. September 2001, Madrid 2004, London 2005), die Hurricanes in Amerika (z. B. Hurricane Katrina 2005), der Afghanistan- (2001) und Irak-Krieg (2003) mit Hunderttausenden Toten, die kriegerischen Umwäl-

zungen im Nahen und Mittleren Osten seit 2011, der Völkermord an den Eziden im August 2014 im Nordirak durch den sogenannten Islamischen Staat, die katastrophalen Überschwemmungen in Mitteleuropa vom August 2002, der Tsunami in Südasien 2004 und das Aufdecken von jahrelangem sexuel-

lem Missbrauch und Vergewaltigung in Österreich (Fall Natascha Kampusch 2006, Fall Elisabeth Fritzl 2008) die seelischen Folgen der Traumatisierung mehr ins Bewusstsein der breiten Öffentlichkeit. Damit einhergehend kam es auch zu einer deutlichen Zunahme an Forschungsarbeiten.

Zusammenfassung

Die ersten Eisenbahnunfälle im 19. Jahrhundert, die beiden Weltkriege und die Erfahrungen amerikanischer Soldaten in Vietnam führten jeweils zu einer Fülle von Forschungsarbeiten über Ätiologie und Behandlung der daraus resultierenden psychischen Störungen. Der erstarkende Feminismus im Amerika der 1970er Jahre lenkte die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf die psychischen Folgen von sexuellem Kindesmissbrauch und Vergewaltigung und inspirierte zahlreiche Studien hierzu.

Inzwischen hat sich die Auffassung durchgesetzt, dass auch Personen mit stabiler Persönlichkeit klinisch bedeutsame psychische Symptome entwickeln können, wenn sie außergewöhnlich schrecklichen Erlebnissen ausgesetzt sind. Hierzu hat u. a. die Beobachtung beigetragen, dass viele Veteranen des Vietnamkrieges langwierige psychische Probleme entwickelten und dass die psychischen Auswirkungen sexueller Gewalt im Rahmen der Frauenbewegung verstärkt thematisiert wurden.

Für die Symptome, die in der Folge traumatischer Erlebnisse auftreten, wurden zunächst eine Vielzahl diagnostischer Bezeichnungen vorgeschlagen, z. B. »Schreckneurose«, »Kampf- oder Kriegsneurose«, »Granatenschock« oder »Überlebensyndrom«. Es wurde lange bezweifelt, dass das traumatische Ereignis die wesentliche Ursache für die Symptome darstellt. Das Spektrum der Annahmen zur Ätiologie der Störung reichte damals wie heute von einer rein neurobiologischen (Oppenheim, 1889) bis zu einer vorwiegend psychologischen Ätiologie (Freud, 1921; Horowitz, 1976).

2.2 Historische Entwicklung der Traumafolgestörungen in den Klassifikationssystemen psychischer Störungen

Vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Arbeiten des amerikanischen Militärpsychologen Kardiner (1941) wurde in die erste Version des Diagnostischen und Statistischen Handbuchs Psychischer Störungen (DSM; ► Tab. 2.2) die Diagnose der »gross stress reaction« aufgenommen, die sich auf die Folgen extremer Belastungssituationen be-

zog und die Erfahrung der amerikanischen Militärpsychiater aus dem Zweiten Weltkrieg (1939–1945) sowie dem Koreakrieg (1950–1953) reflektierte (APA, 1952). Trotz der Aufmerksamkeit, die das posttraumatische Stress-Syndrom inzwischen auch international gewonnen hatte, und entgegen der steigenden Anzahl wissenschaftlicher Arbei-

ten zu diesem Themenkomplex wie beispielsweise über die Folgen der beiden Weltkriege und des Holocaust in Deutschland, wurde die Diagnose im DSM-II (APA, 1975) in dieser Form nicht beibehalten, sondern durch die Kategorie »vorübergehende kurzfristige Auffälligkeiten, die mit situativen Belastungen im Zusammenhang stehen« (**transient situational disturbance**) ersetzt.

Erst 1980 wurden die Akute Belastungsstörung (ABS, engl. Acute stress disorder) und die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, engl. Posttraumatic stress disorder) von der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA, 1980) als offizielle diagnostische Entitäten akzeptiert und die Störungsbilder im Diagnosemanual DSM-III unter den Angsterkrankungen aufgenommen. Diese Entwicklung war auch eine Folge des großen Engagements vieler Vietnamveteranen und deren Familien, das nicht nur zu einem breiten öffentlichen Interesse führte, sondern v. a. auch zu einer Intensivierung der Forschung über die Langzeitfolgen extremer Belastungen. Die Anerkennung der PTBS als offizielle Diagnose in der psychiatrischen Nomenklatur im Jahre 1980 führte geradezu zu einer Explosion verschiedenster wissen-

schaftlicher Untersuchungen zu dem Thema, wie Menschen auf überwältigende Geschehnisse reagieren. Es zeigte sich, dass Gewalterfahrungen das seelische, körperliche und soziale Gleichgewicht eines Menschen erheblich stören und zu gesundheitlichen Problemen unterschiedlicher Art und Ausprägung führen können. Diese offizielle Anerkennung der posttraumatischen Symptome und Leidenszustände als eigenständige psychische Störung stellt einen Meilenstein in der Geschichte der Psychotraumatologie dar. Damit wurde auch der Aufbau von Präventions- und Behandlungseinrichtungen wesentlich erleichtert. Eine wachsende Zahl an wissenschaftlichen Studien untersuchte in der Folge Epidemiologie, Verlauf und Folgen der Störungen, spezifische Risikofaktoren, Hochrisikogruppen und Schutzfaktoren (Seidler, 2013). Mit diesen Erkenntnissen geriet die Wahrnehmung von Gewalt als wichtiger Faktor für gesundheitliche Störungen zunehmend in das Bewusstsein der Öffentlichkeit und auch der Kostenträger. Erst seit 1993 sind die Diagnosen der Posttraumatischen Störungen auch im Internationalen Klassifikationssystem (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation vertreten (WHO, 1993).

Tab. 2.2: Entwicklung der Traumafolgestörungen nach den Klassifikationssystemen (DSM & ICD-10)

Jahr	Klassifikation	Traumafolgestörung	Erläuterungen
1952	DSM-I	<ul style="list-style-type: none"> • Massive Stressreaktion • Schwere Belastungsreaktion 	Die Folgen von Psychotrauma sind rein psychologisch
1975	DSM-II	<ul style="list-style-type: none"> • Anpassungsreaktion • Durchgangsstörung 	Die Störung ist das Resultat einer mangelnden Anpassungsfähigkeit der betroffenen Person
1980	DSM-III	<ul style="list-style-type: none"> • Akute Stressreaktion • Posttraumatische Stressreaktion 	Traumafolgestörungen basierten in erster Linie auf Untersuchungen an Vietnam-Veteranen und der Feminismusbewegung in den USA der 1970er Jahre
1987	DSM III-R	<ul style="list-style-type: none"> • Akute Stressreaktion • Posttraumatische Stressreaktion 	Es wird nicht mehr von einer Reaktion, sondern von einer Störung des Betroffenen gesprochen
1994	DSM-IV	<ul style="list-style-type: none"> • Akute Belastungsstörung • Posttraumatische Belastungsstörung 	Erstmals wird hierbei beim Traumaereignis auch die subjektive Einschätzung des Betroffenen berücksichtigt