

ANDREAS MAERCKER

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNGEN

Psychologie der
Extrembelastungsfolgen bei Opfern
politischer Gewalt

PABST

Posttraumatische Belastungsstörungen Psychologie der Extrembelastungsfolgen bei Opfern politischer Gewalt

Andreas Maercker

Technische Universität Dresden



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Lengerich, Berlin, Bremen, Riga,
Rom, Viernheim, Wien, Zagreb

Maercker, Andreas:

Posttraumatische Belastungsstörungen / Psychologie der
Extrembelastungsfolgen bei Opfern politischer Gewalt. –

Lengerich ; Berlin ; Bremen ; Riga ; Rom ; Viernheim ;

Wien ; Zagreb : Pabst Science Publishers, 1998

ISBN 3-933151-57-0

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker

*Klinische Psychologie II, Psychologisches Institut der Universität Zürich, Zürich-
bergstr. 43, CH-8044 Zürich, Tel. ++ 41-1-634-4452, Fax ++ 41-1-634-3696,*

E-mail: maercker@klipsy.unizh.ch

© 1998, 2002 Pabst Science Publishers, D-49525 Lengerich

ISBN 3-933151-57-0

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort und Danksagung	IV
Häufig verwendete Abkürzungen und Begriffe	VI
1. Einleitung	1
1.1. Aufriß der Thematik	1
1.2. Die posttraumatische Belastungsstörung	4
1.2.1 Klinisches Bild	4
1.2.2 Nosologie und Vorläuferdiagnosen	12
1.2.3 Epidemiologie	18
1.2.4 Komorbidität und Verlauf	19
1.3. Überblick zur pathogenetischen Forschung	23
1.3.1 Kognitiv-behaviorale und integrative Modelle	23
1.3.1.1 Lerntheoretisches Modell und Traumaschwere	23
1.3.1.2 Furchtstrukturen und veränderte Kognitionen	26
1.3.1.3 Veränderte kognitive Schemata	29
1.3.2 Begünstigende, Entstehungs-, Aufrechterhaltungs- und gesundheitsfördernde Faktoren	32
1.3.3 Ein heuristisches Rahmenmodell für chronische PTB	37
1.4. Der historische Hintergrund der Hauptuntersuchungsgruppe: Politische Haft in der DDR	40
1.4.1 Vorbemerkungen	40
1.4.2 Ausmaß der politischen Verfolgung	41
1.4.3 Gruppen verfolgt und inhaftierter Personen	46
1.4.4 Strafpraxis: Inhaftierung, Strafverfahren und Haftbedingungen	49
1.4.5 Psychologische Faktoren der Haftwirkung	53
1.5. Überblick über die Fragestellungen der Untersuchung	55
2. Methoden der Untersuchung	57
2.1. Design und allgemeines Vorgehen	57
2.2. Untersuchungsteilnehmer	57
2.2.1 Ehemalige politische Inhaftierte	57
2.2.2 Nichttraumatisierte Kontrollgruppe	61
2.3. Diagnostische, Meß- und Untersuchungsverfahren	62
2.3.1 Diagnostische Verfahren	62
2.3.2 Messung der Traumaschwere	62
2.3.3 Weitere psychologische Maße	65
2.3.4 Halbstrukturiertes Interview und inhaltsanalytische Variablen	67

2.4.	Untersuchungsdurchführung	67
2.5	Überblick über die Datenanalysen	69
3.	Deskription der Störungsbilder und der traumatischen Bedingungen	70
3.1	Fragestellungen des Kapitels	70
3.2	Ergebnisse	71
3.2.1	Posttraumatische Belastungsstörungen und andere Diagnosen	71
3.2.2	Psychische Haftfolgen vs. Folgen schwerster Lebensereignisse	73
3.2.3	Ausmaß der Komorbidität	74
3.2.4	Komplexe posttraumatische Belastungsstörungen	76
3.2.5	Haftbedingungen und historische Phasen	77
3.3	Diskussion	79
4.	Entstehung und Aufrechterhaltung der posttraumatischen Belastungsstörung	84
4.1	Einleitung	84
4.2	Entstehungsfaktoren	85
4.2.1	PTB, Traumamerkmale und initiale Reaktion	85
4.2.2	Dissoziative Symptomatik und Traumamerkmale	87
4.2.3	Überprüfung eines Strukturgleichungsmodells	88
4.2.4	Diskussion	93
4.3	Aufrechterhaltungsfaktoren	97
4.3.1	Hintergrund: Historische Bedingungen und individuelle Faktoren	97
4.3.2	Bewältigung, Bewertung und Wahrnehmung sozialer Unterstützung	98
4.3.3	Komorbidie negative Affektivität und die PTB-Symptombereiche	101
4.3.4	Fragestellungen und Datenanalyse	103
4.3.5	Diskussion	110
5.	Resilienz und persönliche Reifung	117
5.1	Einleitung	117
5.2	Untersuchung von Resilienz- und Risikofaktoren	117
5.2.1	Definitionen und Probleme	117
5.2.2	Psychische Gesundheit nach Traumen	119
5.2.3	Das Hochgesunden-Design zur Trennung von Resilienz- und Risikofaktoren	121
5.2.4	Fragestellungen und eigene Untersuchung	124
5.2.5	Diskussion	129

5.3	Persönliche Reifung	133
5.3.1	Begriffsbestimmung und Formen der Erfassung	133
5.3.2	Bereiche der persönlichen Reifung	135
5.3.3	Posttraumatische persönliche Reifung und Gesundheit/Krankheit: Modellannahmen	136
5.3.4	Fragestellungen und eigene Untersuchungen	137
5.3.4.1	Methode 1: Inhaltsanalyse	138
5.3.4.2	Methode 2: Einsatz eines Fragebogens zur Persönlichen Reifung	143
5.3.5	Gemeinsame Diskussion	152
6.	Alters- und Entwicklungsabhängigkeit der Traumafolgen	154
6.1	Der Hintergrund der klinisch-entwicklungspsychologischen Untersuchung von Traumafolgen	154
6.2	Traumatisierungsalter und PTB-Symptomatik	158
6.2.1	Frühere Annahmen und Befunde	158
6.2.2	PTB-relevante altersspezifische Veränderungen	160
6.2.3	Eigene Fragestellungen und Untersuchungen	164
6.2.3.1	Untersuchung der Inhaftiertengruppe	164
6.2.3.2	Untersuchung einer Kriminalitätsoffergruppe	167
6.2.4	Gemeinsame Diskussion	170
6.3	Psychosoziale Konsequenzen des Traumas im Lebenslauf	172
6.3.1	Individuelle und gesellschaftliche Determinanten von Komplikationen	172
6.3.2	Fragestellungen und Untersuchung	176
6.3.3	Diskussion	181
6.4	Resumee des lebensspannenpsychologischen Ansatzes und Ausblick	184
7.	Zusammenfassende Diskussion und Perspektiven für die zukünftige Forschung	185
7.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	185
7.2	Abschließender Blick auf die psychischen Folgen politischer Inhaftierung in der DDR	187
7.3	Implikationen der Ergebnisse	191
7.4	Diskussion, offene Fragen und weiterführende Vorschläge	197
7.4.1	Grundlagenforschung	198
7.4.2	Therapieforschung	199
7.4.3	Klinische und lebensspannenpsychologische Verlaufsstudien	200
7.5	Ausblick	201
8.	Literatur	202
9.	Anhänge	

VORWORT UND DANKSAGUNG

Viele Personen haben zum Gelingen der hier beschriebenen Untersuchungen beigetragen. An erster und wichtigster Stelle möchte ich herzlich allen Studienteilnehmern danken, auf deren Mitarbeit die nachfolgenden Untersuchungen beruhen. Die meisten Studienteilnehmer waren ehemals aus politischen Gründen Inhaftierte in der DDR. Sie haben viel Zeit aufgewendet und dabei oft eigene schmerzliche Erinnerungen wieder aufgewühlt, während sie an den Untersuchungen teilnahmen. Allen die sich befragen ließen, bin ich zu großem Dank verpflichtet. Die Studienteilnahme hat bei einigen der Befragten die Erwartungen geweckt, die eigene individuelle Lebenslage zu verbessern oder insgesamt etwas zur Verbesserung der Situation der ehemals politisch Inhaftierten zu tun. Ich hoffe, daß die Studien, die hier berichtet werden, diesen Zielen etwas gerecht werden können, auch wenn das letztgenannte Ziel - die Verbesserung der Situation der ehemals politisch Inhaftierten - ein Prozeß ist, der viel Zeit beanspruchen wird. Von daher danke ich auch für die guten Wünsche der Studienteilnehmer für das Gelingen der Arbeit. Mein Dank gilt ebenso den Studienteilnehmern der Gruppe von Opfern krimineller Gewalt, die sich zur Teilnahme an der Untersuchung bereit erklärten. Die Interviewer und ich selbst haben eine Reihe von erschütternden Berichten gehört, und ich danke denjenigen, die mir das Vertrauen dazu entgegenbrachten.

Die Arbeit hätte ohne den Rückhalt im eigenen Arbeitsbereich nicht durchgeführt werden können. Deshalb möchte ich hiermit Herrn Professor Jürgen Margraf sehr herzlich für die vielfältigen Unterstützungen danken. Er hat von Anfang an meine Beschäftigung mit den Posttraumatischen Belastungsstörungen ermuntert und mir im Laufe der Zeit eine Reihe von Anregungen für die Arbeit gegeben. Ebenso danke ich ihm für den vorbehaltlosen Rückhalt, den er mir in Bezug auf die Finanzierungsanträge bei Drittmittelgebern gegeben hat. Der anregenden, produktiven und freundschaftlichen Atmosphäre, die durch seine Leitung am Dresdener Institut ermöglicht wird, verdanke ich sehr viel.

Die nachfolgend beschriebenen Untersuchungen sind Ergebnis der Zusammenarbeit mit einer Reihe von Kollegen des Instituts, von Projektmitarbeitern und vielen Diplomanden. Ich danke den Mitarbeitern Matthias Schützwohl, Frank Eckardt, Ilona Glöckner, den studentischen Hilfskräften Karin Manthey, Britta Schöne, Michael Hillmann, Andreas Poldrack sowie den Diplomanden Anja Friedrich, Siegrid Fuhrmann, Ingrid Grimm, Anje Hoffmann, Uta Irrgang, Ulrike Müller, Margit Przyborowski, Stefan Denk, Andreas Fritsch, Tassilo Horning, Kai Löbe, Christoph Melichar und Frank Rönisch für ihre Mitarbeit in den verschiedenen Phasen des Forschungsprojekts. Den engsten Mitarbeitern der Arbeitsgruppe, Ilona Glöckner und Matthias Schützwohl, gilt dabei mein ganz besonderer Dank. Beide haben über lange Zeit hinweg in dankenswerter Weise den Kontakt zu den Studienteilnehmern angebahnt und aufrecht erhalten, wobei sie deren Anfragen und Wünschen geduldig zuhörten und sich um bestmögliche Lösungen bemühten. Im Institut und im Fachbereich waren Frau Kerstin Raum und Frau Edelgard Schneider für die vielen organisatorischen und finanztechnischen Belange ständig ansprechbar und sehr hilfreich, wofür ich mich bedanken möchte.

Einer Reihe von Fachkollegen und Freunden möchte herzlich für die Zusammenarbeit, die Gespräche und die Anregungen danken, die zur Gestaltung der Untersuchungen und zur Abfassung der Arbeit beitrugen. Entscheidende Anregungen zum Gebiet der Posttraumatischen Belastungsstörungen erhielt ich vor Beginn der eigenen Untersuchungen durch Gespräche mit Professor Edna B. Foa in Philadelphia

und Professor Mardi J. Horowitz in San Francisco. Deutsche Kollegen, deren eigene Fragestellungen und Studien stimulierend auf mich wirkten, waren Dr. Regina Steil, Dr. Ullrich Frommberger und Professor Peter Becker. Bei den Fragebögen, die in den Untersuchungen eingesetzt wurden, habe ich Professor Daniel Weiss, Dr. Crystal Park und Dr. Hansjörg Znoj für die Zusammenarbeit bei den Übersetzungen und Validierungsanalysen zu danken. Regen Anteil an den Untersuchungen und ersten Ergebnisdiskussionen nahmen meine Freude und Kollegen Professor Zahava Solomon, Tel Aviv, und Professor George A. Bonanno, Washington DC. Frau Dr. Alexandra Freund gab Anregungen und Rückmeldungen zum Kapitel der Klinischen Lebensspannenpsychologie. Dr. Klaus-Dieter Müller vom Hannah-Arendt-Institut für Totalitarismusforschung danke ich für seine bereitwilligen Auskünfte, die in das Einleitungskapitel zum historischen Hintergrund der politischen Verfolgung und Haft in der DDR einfließen. Nicht zuletzt danke ich Frau Prof. Anke Ehlers, University of Oxford, mit der es im Laufe der Untersuchungen zu einer fruchtbaren Zusammenarbeit für eine Reihe spezieller Fragestellungen kam.

Dem Forschungsverbund Public Health, der Deutschen Forschungsgemeinschaft und der Stiftung Sächsische Gedenkstätten zur Erinnerung an die Opfer der Diktaturen verdanke ich die Bereitstellung von Personal- und Sachmitteln sowie die Ermöglichung des vorübergehenden einjährigen Forschungsaufenthaltes in den USA. Den Verantwortlichen und Kollegen des Forschungsverbundes Public Health Sachsen danke ich für die gute kollegiale Zusammenarbeit. Der Landesbeauftragte für die Unterlagen des ehemaligen Staatssicherheitsministeriums, Herr Siegmund Faust, ermöglichte durch eine finanzielle Unterstützung die Herausgabe einer Broschüre, in der die Studienteilnehmer abschließend über die Ergebnisse der Untersuchungen unterrichtet wurden - wofür ich ebenfalls danke.

Schließlich möchte ich den Studenten in den Seminaren und den Kollegen in den psychotherapeutischen Weiterbildungskursen danken, die immer wieder ihr lebhaftes Interesse an den Untersuchungen zur Posttraumatischen Belastungsstörung bekundeten und viele Anregungen gaben, die in die Art und Weise der Fragestellungen einfließen. Sie vermittelten mir das Gefühl, daß Erkenntnisfortschritte auf dem Gebiet der Posttraumatischen Belastungsstörungen auch für die Praxisanwendung interessant sind und daß ein großer Bedarf für neue Erkenntnisse besteht - was eine gute Ausgangsbasis für ein mehrjähriges Untersuchungsprogramm ist.

Häufig verwendete Abkürzungen und Begriffe

An dieser Stelle möchte ich einige Bemerkungen zur sprachlichen Darstellung und zur Schreibweise in dieser Arbeit zu machen. Der oft komprimierte Ausdrucksstil meiner Ausführungen führte einerseits häufig zum Gebrauch von langen, zusammengesetzten Worten bzw. andererseits zum Gebrauch einer Reihe von Abkürzungen sowie zu teilweise unüblichen Schreibweisen. Einige sehr lange, zusammengesetzte Wörter sind der besseren Lesbarkeit halber mit Bindestrichen geschrieben. Eine Reihe besonderer Schreibweisen und Abkürzungen werden nachfolgend erläutert.

Die neuen Regeln für die deutsche Rechtschreibung wurden im Allgemeinen noch nicht berücksichtigt. Eine Aufweichung des üblichen Regelwerks habe ich dennoch für eines der nachfolgend am häufigsten verwendeten Worte zugelassen, indem ich für 'Trauma' sowohl die Pluralformen 'Traumata' als auch 'Traumen' gebrauche. Beide Pluralformen haben sich eingebürgert, die erste eher im wissenschaftlichen Sprachgebrauch, die zweite eher in Anwendungskontexten. Es wird sich meines Erachtens erst in der Zukunft zeigen, welche Form sich durchsetzen wird oder ob weiterhin beide nebeneinander bestehen werden.

Bei den nicht eindeutigen Schreibweisen ging ich von der Überlegung aus, ob die entsprechenden Sachverhalte eher für Forscher oder für Anwender relevant sind. In den quantitativen Ergebnisdarstellungen weiche ich von der im Deutschen üblichen Schreibweise von Zahlen mit Dezimalstellen ab und verwende den Punkt anstelle des Kommas. Meines Erachtens zeigt sich in sehr vielen empirischen Veröffentlichungen, daß sich die an das Englische angelehnte Schreibweise für Zahlen eingebürgert hat, ohne zu Verwirrungen zu führen. Andererseits habe ich in Anwendungskontexten auf die Verwendung von Anglizismen zugunsten leichter verstehbarer deutscher Formen verzichtet. Die Posttraumatische Belastungsstörung wird beispielsweise nachfolgend als 'PTB' abgekürzt und nicht mit der englischsprachigen Kürzelform 'PTSD'. Ich denke, daß deutschsprachige Patienten mit diesem Störungsbild sowie die psychotherapeutischen Praktiker die Abkürzung 'PTB' sprachlich eher nachvollziehen und sich zu eigenen machen können als die englische Form. Einige latinisierte Begriffe sind ebenfalls in eingedeutscher Schreibweise verwendet worden, z.B. 'Klaustrophobie' anstelle 'Claustrophobie'.

Im Text habe ich Personenbezeichnungen in der maskulinen Form verwendet, die gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts gelten.

Die nachfolgend aufgeführten Abkürzungen und Begriffe werden zwar im späteren Text definiert, sollen jedoch an dieser Stelle bereits erklärt werden, um die Orientierung für Leser zu erleichtern, die einzelne Kapitel der vorliegenden Arbeit lesen möchten. Möglicherweise werden dabei auch Begriffe erläutert, die für einzelne Leser Allgemeinplätze sind, wofür ich Nachsicht erbitte.

BAI "Beck-Angst-Inventar", psychometrisches Instrument (Selbstbeurteilungs-Fragebogen) zur Erfassung der Stärke der klinischen Angstsymptomatik von Beck et al. (1988); wird in Kapitel 2 beschrieben.

BDI	"Beck-Depressions-Inventar", psychometrisches Instrument (Selbstbeurteilungs-Fragebogen) zur Erfassung der Stärke depressiver Verstimmungen von Beck et al. (1981); wird in Kapitel 2 beschrieben.
DES	"Dissoziative Erfahrungen Skala", psychometrisches Instrument (Selbstbeurteilungs-Fragebogen) zur Erfassung der Dissoziationsneigung der Aufmerksamkeit von Bernstein und Putnam (1986); wird in Kapitel 2 beschrieben.
DIPS	"Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen", strukturiertes klinisches Interview zur Diagnoseerhebung für psychische Störungen, aus dem Englischen übersetzt und bearbeitet von Margraf et al. (1991); wird in Kapitel 2 beschrieben
DSM	"Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", Diagnosesystem der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung für psychische Störungen; gültige vierte Fassung seit 1994 "DSM-IV", dafür war längere Jahre das "DSM-III-R" gültig.
ICD	"International Classification of Diseases", Diagnosesystem herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation (WHO). International ist seit 1991 das ICD-10 gültig, in Deutschland wird für Krankenkassenabrechnungen noch mit dem ICD-9 gearbeitet.
IES-R	"Impact of Event Scale-Revised", psychometrisches Instrument (Selbstbeurteilungs-Fragebogen) zur Erfassung der posttraumatischen Belastungsstörungen; das Originalinstrument "IES" von Horowitz et al. (1979); wird im Kapitel 2 beschrieben.
Klaustrophobie	Psychische Störung aus dem Bereich der Angststörungen; gekennzeichnet durch die starke Furcht vor engen und/oder geschlossenen Räumen; im DSM und ICD eine Form der spezifischen Phobien.
MfS	"Ministerium für Staatssicherheit" in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik (DDR); war insbesondere für die politischen Repressionsmaßnahmen zuständig, zugeordnet waren mehrere eigene Untersuchungshaftanstalten und eine Strafvollzugseinrichtung (Bautzen II).
PRB	"Persönliche Reifung nach Belastung", psychometrisches Instrument (Selbstbeurteilungs-Fragebogen) zur Erfassung positiver persönlicher Veränderungen nach einem belastenden Ereignis von Park et al. (1996); wird im Kapitel 2 beschrieben.
PTB	"Posttraumatische Belastungsstörung"; psychische Störung, die im DSM-System den Angststörungen und im ICD-System den "Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen" zugeordnet wird.
SCL-GSI	"Symptom-Checkliste-90: Genereller Symptom-Index", zusammenfassender Wert eines psychometrisches Instrument (Selbstbeurteilungs-Fragebogen) zur Erfassung psychischer Beschwerden in verschiedenen Bereichen von Derogatis (1977); das Meßinstrument wird im Kapitel 2 beschrieben.

SD	"Standardabweichung" (Abkürzung des englischen Begriffs "standard deviation"), statistischer deskriptiver Kennwert, der im Zusammenhang mit dem arithmetischen Mittelwert (Abkürzung: M) angegeben wird.
Sozialphobie	Psychische Störung aus dem Bereich der Angststörungen; gekennzeichnet durch die starke Furcht vor und Vermeidung von sozialen Situationen; Furcht, sich in der Öffentlichkeit zu blamieren; im DSM und ICD eine Form der spezifischen Phobien.
Strafhaft	Bezeichnung des Haftabschnitts in einer Strafvollzugseinrichtung in Abgrenzung von der Untersuchungshaft; begann nach der rechtskräftigen Verurteilung und war im Zuständigkeitsbereich des Ministerium des Innern der DDR.
U-Haft	"Untersuchungshaft", Bezeichnung des Haftabschnitts vor der Gerichtsverhandlung; für politische Delikte meist in U-Haft-Einrichtungen des Staatssicherheitsministeriums.
Utn	"Untersuchungsteilnehmer", Abkürzung die sowohl für die Langform 'Untersuchungsteilnehmer' als auch die Langform 'Studienteilnehmer' benutzt wurde.
UTV	"Fragebogen zum Umgang mit Traumen im Verlauf"; psychometrisches Instrument (Selbstbeurteilungs-Fragebogen) zur Erfassung der Bewältigungsformen; Modifizierung des "UBV" von Reicherts & Perrez (1993); wird in Kapitel 2 beschrieben.

1. EINLEITUNG

1.1. Aufriß der Thematik

Sowohl die Fachöffentlichkeit der Psychologie und Medizin als auch die allgemeine Öffentlichkeit wird immer wieder mit Meldungen und Berichten über die psychischen Folgen von Gewalt konfrontiert. Für die Gewalterlebnisse bürgert sich zunehmend der Begriff Trauma ein. Der aus dem Griechischen stammende Begriff Trauma läßt sich mit 'Wunde' oder 'Verletzung' übersetzen. Ein anderer Terminus für ein psychisches Trauma ist 'Extrembelastung'. Diese Begriffe drücken aus, daß es bei diesen Gewaltgeschehen um eine starke Überforderung der psychischen Integrität einer Person geht, die sich eindeutig von eher alltäglichen Belastungen oder Stressoren abgrenzen lassen.

In der Öffentlichkeit und in den Medien sehr präsenste Extrembelastungen bzw. Traumata sind u.a. Geiselnahmen, Flugzeugunglücke, Naturkatastrophen wie Erdbeben oder Tornados, Kriegsereignisse sowie der sexuelle Mißbrauch von Kindern und Jugendlichen. Auch die unspektakuläreren, weil relativ häufigen Ereignisse wie schwere Verkehrsunfälle, kriminelle Überfälle oder tätliche Gewalt in der Familie können als traumatische Ereignisse gelten (Breslau, Davis, Andreski & Peterson, 1991; Helzer, Robins & McEvoy, 1987; Norris, 1992). Deutschland ist zudem das Land, in dem in diesem Jahrhundert in zwei totalitären Diktaturen traumatisches Leiden über viele Menschen gebracht wurde, die in Gefängnissen, Lagern und Konzentrationslagern verfolgt, eingesperrt, mit dem Tode bedroht oder gefoltert wurden. Eine der Gruppen von Opfern politischer Gewalt in Deutschland, ehemals politisch Inhaftierte in der DDR, stehen im Mittelpunkt dieser Arbeit. Sie gelten als Paradigma für verallgemeinerbare Fragestellungen und Ergebnisse zu psychischen Traumafolgen.

Viele derjenigen, die ein Trauma erlebt haben, leiden auch in der Folgezeit von Jahren und Jahrzehnten unter ihren Erfahrungen und Erinnerungen. Zu diesen 'post-traumatischen' psychischen Folgen gehören die unwillkürliche schmerzliche Fixierung auf die Erlebnisse, Beeinträchtigungen der emotionalen Erlebnisfähigkeit in den nachfolgenden Lebensabschnitten, sozialer Rückzug, vielfältige Angst- und Schreckreaktionen sowie eine andauernde physiologische Übererregbarkeit, die u.a. mit ausgeprägten Schlafstörungen einhergehen. Seit 1980 werden diese psychischen Gewaltfolgen im amerikanischen Diagnosesystem für psychische Störungen als "Posttraumatischen Belastungsstörungen" (Abkürzung: PTB; engl. *Posttraumatic Stress Disorder*, abgekürzt: *PTSD*) zusammengefaßt (American Psychiatric Association, 1980, 1994). Das internationale Krankheitsklassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation hat die Posttraumatische Belastungsstörung im Jahr 1994 als Krankheitseinheit aufgenommen (ICD-10, World Health Organization, 1994). Vor einigen Jahren noch wenig bekannt, sind viele psychotherapeutische und psychiatrische Praktiker heute zunehmend mit dieser Störungskategorie vertraut. Während der letzten Jahre wurden darüber hinaus spezifische Ansätze zur Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen entwickelt.

Die meisten der längerfristig wirkenden psychologischen und physiologischen Prozesse, die durch Traumawirkungen hervorgerufen werden, sind bisher noch unzureichend empirisch erforscht. (Im Gegensatz dazu sind die kurzfristigen psychologischen und physiologischen Streßfolgen bei weitem besser unter-

sucht; vgl. Miltner, Birbaumer & Gerber, 1993). Zur Untersuchung der längerfristigen Traumafolgen gehört vor allem der Fragekomplex, welche Faktoren dazu beitragen, daß einige Personen das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung ausbilden, während andere nur einzelne Symptome davon aufweisen und wieder andere das Trauma nach einiger Zeit symptomfrei überwinden können. Eine andere weitgehend offene Fragestellung betrifft den Zusammenhang der posttraumatischen Kernsymptomatik (z.B. gedankliche Fixierung auf das Trauma, Hyperarousal) mit anderen psychopathologischen Symptombereichen (z.B. Depressionen, dissoziativen Störungen, Persönlichkeitsstörungen). Ein dritter Bereich offener Fragen für die empirische Forschung betrifft schließlich Langzeitfolgen sowohl des psychischen Traumas als auch der chronischen posttraumatischen Belastungsstörung für die psychosozialen Bereiche von beruflicher Entwicklung, Familie- und Bezugsgruppenbildung sowie der Lebensgestaltung im Alter.

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, durch die Untersuchung von Personen, die ein langdauerndes Trauma erlebt haben, zur Klärung einiger der angesprochenen Forschungsfragen beizutragen. Dabei steht die Untersuchung einer Gruppe von ehemaligen politischen Inhaftierten aus der DDR-Zeit im Mittelpunkt. Politisch motivierte Inhaftierung war von 1949 bis 1989 ein Mittel der DDR-Führungselite, den offenen, vermeintlichen oder potentiellen Widerstand der eigenen Bevölkerung gegen das totalitäre Regierungssystem zu unterdrücken. Daß es dabei zu Gewaltexzessen, Todesbedrohungen und einschneidenden Beschädigungen der Lebenswege der Opfer kam, wurde zugunsten des politischen Machtkalküls in Kauf genommen. Bereits in früheren Studien standen verschiedene Gruppen ehemals politisch Verfolgter und Inhaftierter im Mittelpunkt der Untersuchung psychischer Traumafolgen und posttraumatischer Belastungsstörungen (Allodi, 1994; Basoglu, 1992; Basoglu, Paker, Paker et al., 1994; Bauer, Priebe, Häring & Adamczak, 1993; Kuch & Cox, 1992; Priebe, Bolze & Rudolf, 1993). Dabei zeigte sich, daß die psychischen Folgen politischer Gewalt in wesentlichen Merkmalen den Folgen anderer Extrembelastungen entsprechen (vgl. Basoglu & Mineka, 1992; McNally, 1992; Terr, 1989).

Die psychologischen Forschungsfragen können also *exemplarisch* anhand der Gruppe der ehemaligen politischen Inhaftierten untersucht werden. Die paradigmatische Wahl der Untersuchungsgruppe bedeutet allerdings auch, daß die Spezifika des erlittenen Unrechts und die konkreten historischen Phänomene der politisch motivierten Verfolgung und Extrembelastung in der ehemaligen DDR in dieser Arbeit nicht im Mittelpunkt stehen (auch wenn sie in einem der Einführungsabschnitte, Kapitel 1.4, ausführlich beschrieben werden). Eine sicher wünschenswerte plastische historische Darstellung oder biografisch-narrative Nachzeichnung der Leidenswege der ehemals Inhaftierten muß anderen Publikationsformen¹ und Wissenschaftsdisziplinen wie Zeitgeschichte und Politikwissenschaft (vgl. Müller, 1997; Weber, 1991; Werckentin, 1995) überlassen bleiben. Die Untersuchung konzentriert sich demgegenüber auf genuin empirisch-psychologische Forschungsmethoden, wobei ein Feldforschungsansatz gewählt wurde und kein experimentell intervenierendes Vorgehen. Aufgrund des großen Therapiebedarfs bei den betroffenen Gewaltopfern mit posttraumatischen Belastungsstörungen einerseits und meines eigenen Interesses an wissenschaftlich begründeten Psychotherapiemethoden andererseits², werde ich in der vorliegenden Arbeit allerdings so oft als möglich die therapeutischen Implikationen der Forschungsbefunde diskutieren.

¹ Biografische und Textmaterialien aus den Interviews mit den ehemals politisch Inhaftierten der vorliegenden Arbeit werden mit den Einwilligungen der Interviewten im Rahmen der Schriftenreihe "Lebenswege - Leidenswege" der Stiftung Sächsische Gedenkstätten für die Opfer der Diktaturen herausgegeben (Maercker, 1998c).

² Die therapeutischen Interessen manifestieren sich u.a. in dem von mir herausgegebenen Buch "Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen", Berlin: Springer (1997).

Die vorliegende Arbeit geht zunächst von Theorien, Modellen und Befunden der Klinischen Psychologie aus, insbesondere solchen aus dem Bereich der Angststörungen, zu denen die posttraumatischen Belastungsstörungen in einer der genannten Störungs- bzw. Krankheitsklassifikationssysteme gerechnet werden (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994). Hierzu zählen Modellvorstellungen zu den (initialen) **Bewertungen des Traumas** und den **kognitiven Faktoren der Symptomaufrechterhaltung**. Die große interindividuelle Varianz der psychischen Folgeerscheinungen, zu denen auch eine stabile psychische Gesundheit bei einigen der Gewaltopfern gehört, führte dazu, daß sich die vorliegende Untersuchung auch auf Modellvorstellungen und Methoden der Gesundheitspsychologie bezieht. Hierbei stehen insbesondere die Konzepte der **Resilienz** (Widerstandsfähigkeit; Antonovsky, 1987; Becker, 1995; Rutter, 1987) und der **persönlichen Reifung** (engl.: *personal growth*, Park, 1998; Schaefer & Moos, 1992, Tedeschi & Calhoun, 1995) im Mittelpunkt. Ein weiterer Abschnitt der Untersuchung widmet sich der **Alters- und Entwicklungsabhängigkeit der Traumawirkungen** und nimmt dabei Bezug auf methodologische Propositionen der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne (vgl. Baltes, 1990; Lerner, 1986). Es sind also mehrere Fragestellungen aus verschiedenen psychologischen Subdisziplinen und der Psychiatrie, die in den folgenden Kapiteln nacheinander behandelt werden.

Zur Orientierung über die vorliegende Arbeit seien abschließend die einzelnen Kapitel im Überblick kurz skizziert:

- In Kapitel 1 findet sich eine theoretische Einführung in die Untersuchungsthematik. Das Kapitel gliedert sich in eine Zusammenfassung zur Deskription, Klassifikation und Epidemiologie der posttraumatischen Belastungsstörungen sowie ein Überblick zum Stand der psychologischen Forschung zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung. Weiterhin wird der historische Hintergrund der Untersuchungsgruppe der politischen Inhaftierten skizziert. Das Kapitel mündet in einen ersten Aufriß der untersuchten Fragestellungen.
- In Kapitel 2 werden die hauptsächlich verwendeten Methoden dargestellt, wobei das benutzte Kontrollgruppendesign sowie die verschiedenen Datenanalyseverfahren im Rahmen des allgemeinen linearen Modells begründet werden.
- In Kapitel 3 findet sich die Deskription des Störungsbildes der posttraumatischen Belastungsstörung in den untersuchten Stichproben sowie die Deskription der komorbiden Störungen und der traumatischen Bedingungen.
- In Kapitel 4 stehen jeweils eigenständige Analysen des Datenmaterials zu den Entstehungsbedingungen und den Aufrechterhaltungsfaktoren im Mittelpunkt.
- In Kapitel 5 werden gesundheitspsychologische Modellvorstellungen im Zusammenhang mit der posttraumatischen Belastungsstörungen expliziert und ein gesundheitspsychologisches Analysedesign ("Hochgesunden-Design") angewandt. Weiterhin wird das Konzept der persönlichen Reifung nach Traumen eingeführt und überprüft.
- In Kapitel 6 stehen wiederum einzelnen Analysen verschiedene Aspekte der Alters- und Entwicklungsabhängigkeit von Traumawirkungen im Mittelpunkt. Dabei steht zunächst die Rolle des Alters zum Zeitpunkt der Traumawirkung im Mittelpunkt. Weiterhin werden verschiedene psychosoziale Konsequenzen der Traumatisierung im Bereich des Arbeitslebens und der Familie untersucht.
- In Kapitel 7 findet sich eine zusammenfassende Diskussion der Befunde und Implikationen für die Theorie, Diagnostik und Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Weiterhin werden Ansatzpunkte für die zukünftige Forschung zu Traumafolgen und posttraumatischen Belastungsstörungen vorgestellt.

1.2 Die posttraumatische Belastungsstörung

1.2.1 Klinisches Bild

Die fünf Hauptkriterien für einen Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung (PTB) nach den gängigen psychiatrischen Klassifikationssystemen (American Psychiatric Association, 1994; World Health Organization, 1991) sind:

- (A) Vorkommen eines traumatischen Ereignisses
- (B) Intrusionen
- (C) Vermeidungsverhalten und allgemeiner emotionaler Taubheitszustand
- (D) anhaltendes physiologisches Hyperarousal
- (E) die Symptome (B) bis (D) dauern länger als einen Monat.

Während die Kriterien (A) und (E) die Rahmenbedingungen beinhalten, beschrieben die Kriterien (B) bis (D) die klinischen Symptomgruppen. Kriterium (B) umfaßt die Symptome der unwillkürlichen und belastenden Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen). Damit sind die sich wiederholenden Erinnerungen gemeint, die sich unwillkürlich in hoher Frequenz den Patienten aufdrängen. Dieses Wiedererinnern ist oft mit überscharfen Vorstellungsbildern und mit starken Gefühlen verbunden (sog. *Flashbacks* oder Erinnerungsattacken), was die Betroffenen wiederholt in seelische Erschütterungen versetzt. Die Erinnerungsbilder können sowohl am Tag als auch in der Nacht auftreten. Ein Teilnehmer der Untersuchung zur politischen Inhaftierung brachte als Beispiel für nächtliche Intrusionen:

"Ich selber hab auch manchmal so das Empfinden 'ich dreh durch'. Nachts kommen die unheimlichen Gedanken, dann kann ich nicht einschlafen und wälz mich im Bett. Nicht wahr, dann tauchen wieder die Bilder auf, das Schreckliche, was man erlebt hat und das sind so Dinge, die eigentlich im normalen Leben ja gar nicht mehr in Erscheinung mehr treten dürften".³

Das Kriterium (C) umfaßt Vermeidungs- und Rückzugssymptome sowie Symptome der Entfremdung und des eingeschränkten Affektspielraums. Die Vermeidungs- und Rückzugssymptome können darin bestehen, daß bestimmte Orte oder Situationen nicht mehr aufgesucht werden, im extremen Fall führt dies zu totalen Einschränkungen der individuellen Bewegungsfreiheit. Das Entfremdungsgefühl von anderen Menschen geht Mißtrauen der Umwelt gegenüber einher und kann damit verbunden sein, daß vermieden wird, enge menschliche Beziehungen einzugehen. Häufig sind auch die Fähigkeiten stark eingeschränkt, Freude oder Liebesfähigkeit zu empfinden sowie Pläne für die Zukunft zu machen. Ein Studienteilnehmer beschrieb sein Vermeidungs- und Rückzugsverhalten (bzw. Teile davon) folgendermaßen:

"Die Einsamkeit, die hat mich förmlich angezogen. Ich habe es nicht geschafft, dort irgendwie drüber hinwegzukommen. Habe keinen Ausweg gesehen. Versucht schon, aber es hat nicht geklappt, daß ich mich jetzt innerlich wieder geöffnet hätte. Und ich wußte aber auch niemanden, den ich fragen konnte: 'Kannst Du mir helfen' oder 'Kannst Du mir helfen'. Wie sollte ich denn das machen? Da hätte es ja sofort geheißen, 'Was ist denn mit Dir los? Ach, Du warst im Knast', oder so, und dann hätte ich den Leuten schon wieder sagen müssen, 'Ich bin aber kein Krimineller, ich bin politisch, ich habe keinem etwas getan' und so weiter. Und da war schon wieder die Sperre dann für mich da. Und dort bin ich dann geflüchtet praktisch, raus in die Natur, in die Einsamkeit. Dort wußte ich, dort kann keiner kommen und kann keiner lachen und es kann niemand sich vielleicht über dich lustig machen."

³ Dieser Interviewausschnitt sowie alle nachfolgenden wurden bei der Transkription sprachlich und grammatikalisch nicht verändert, um weitestgehend den spontanen narrativen Ausdruck zu erhalten.

Das Kriterium (D) umfaßt Zeichen des andauernden tonischen und phasischen Hyperarousals. Klinische Symptome der Übererregung sind vor allem Schlafstörungen und Schreckreaktionen auf mit dem Trauma assoziierten Stimuli. Teile dieser Symptomatik beschrieb ein Studienteilnehmer folgendermaßen:

"Es ist vollkommen idiotisch, sag ich Ihnen. Wenn ich irgendwo bin, bei Bekannten, und das Telefon klingelt. Da zucke ich zusammen. Das ist da. Man kanns nicht abstellen. Das ist geblieben. Im Alltag ist das geblieben. (...) Man muß es sich mal so vorstellen: das ist wie ein elektrischer Schlag. Und der geht sofort nach oben und löst bei mir, bei anderen vielleicht etwas anderes, und löst bei mir einen Schweißausbruch aus, der unterschiedlicher Stärke sein kann."

Die Beschreibung des Störungsbildes der posttraumatischen Belastungsstörung (PTB) in der heutigen Form und mit der heutigen Bezeichnung erfolgte in der dritten Fassung des "Diagnostischen und Statistischen Manuals für Psychische Störungen" der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (American Psychiatric Association, 1980). In der 1987 veröffentlichten Revision dieses Klassifikationssystems (DSM-III-R) wurden die PTB-Kriterien vollständig operationalisiert beschrieben und die Symptomgruppe der Hyperarousalsymptome (Kriterium D) erstmals einbezogen. Die aktuell gültige Fassung des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) modifizierte die Störungsoperationalisierung nur noch in geringfügigem Maße und zwar indem das A-Kriterium durch ein objektivierbares und ein subjektives Unterkriterium spezifiziert wurde, ein Hyperarousal- den Intrusionssymptomen zugeordnet wurde (jetziges B5 -Kriterium in Tabelle 1.2.1) sowie das allgemeine F-Kriterium eingeführt wurde. Tabelle 1.2.1 listet die PTB--Kriterien in der Fassung des DSM-IV auf.

Tabelle 1.2.1: Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung nach dem DSM-IV¹

-
- (A) Ereigniskriterium: Die Person hat ein traumatisches Ereignis erlebt, das die beiden folgenden Kriterien erfüllt:
- 1 Die Person war selbst Opfer oder Zeuge eines Ereignisses, bei dem das eigene Leben oder das anderer Personen bedroht war oder eine ernste Verletzung zur Folge hatte oder eine Bedrohung für die eigene physische Unversehrtheit bzw. für die anderer Personen darstellte;
 - 2 die Reaktion des Betroffenen beinhaltete Gefühle von intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen
- (B) Symptomgruppe: Ständiges Wiedererleben (ein Symptom für Diagnose notwendig)
- 1 Intrusionen: wiederholte und sich aufdrängende Erinnerungen an das Ereignis
 - 2 belastende Träume bzw. Alpträume
 - 3 Erinnerungsattacken (Flashbacks)
 - 4 Belastung durch Auslöser
 - 5 Physiologische Reaktionen bei Erinnerung
- (C) Symptomgruppe: Vermeidung/emotionale Taubheit (drei Symptome für Diagnose notwendig)
- 1 Gedanken- und Gefühlsvermeidung
 - 2 Aktivitäts- oder Situationsvermeidung
 - 3 (Teil-)Amnesien
 - 4 Interesseverminderung
 - 5 Entfremdungsgefühl
 - 6 eingeschränkter Affektspielraum
 - 7 eingeschränkte Zukunft
- (Fortsetzung nächste Seite)*
-

¹ gekürzte Fassung (Weglassen der Kriterien für Kinder)

Fortsetzung Tabelle 1.2.1

(D) Symptomgruppe: chronische Übererregung (zwei Symptome für Diagnose notwendig)

- 1 Ein- und Durchschlafschwierigkeiten
- 2 erhöhte Reizbarkeit
- 3 Konzentrationsschwierigkeiten
- 4 Hypervigilanz
- 5 übermäßige Schreckreaktion

(E) Die Dauer der Beeinträchtigungen (Symptome der Kriterien B, C und D) ist länger als 1 Monat.

(F) Die Störung verursacht klinisch bedeutsame Belastungen oder Beeinträchtigungen des sozialen oder beruflichen Funktionsniveaus.

Die genannten geringfügigen Modifikationen in den DSM-IV-Kriterien gegenüber der früheren Version wurden im Rahmen einer Expertenkonferenz der zuständigen DSM-IV-Unterarbeitsgruppe festgelegt und basierten auf theoretischen Überlegungen (bezüglich A- bzw. F-Kriterium) bzw. auf Faktorenanalysen großer Datensätze (bezüglich B5-Kriterium) (Davidson & Foa, 1993).

Die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene "Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Fassung" (ICD-10) enthält im Bereich der psychischen Störungen (Kapitel F) eine etwas andere Definition der posttraumatischen Belastungsstörung (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991). Die operationalisierte Störungsdefinition ist dabei weniger präzise (z.B. keine umfassende Kriterienaufzählung, keine Grenzwerte) und kann somit zu höheren Raten der PTB-Diagnosevergabe gegenüber dem DSM-System führen. Die Tabelle 1.2.2 zeigt die ICD-10-Definition (Krankheits-Schlüsselnummer F 43.1).

Tabelle 1.2.2: Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung nach dem ICD-10

- A Die Betroffenen sind einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
- B Anhaltende Erinnerungen oder Wiederleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen, lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen.
- C Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Vermeiden bestand nicht vor dem belastenden Ereignis.
- D Entweder 1. oder 2.
 1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.
 2. Anhaltende Symptome (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale:
 - a. Ein- und Durchschlafstörungen
 - b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche
 - c. Konzentrationsschwierigkeiten
 - d. Hypervigilanz
 - e. erhöhte Schreckhaftigkeit.
- E Die Kriterien B, C und D treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf. (In einigen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden).

Da die ICD-Klassifikation der WHO weniger präzise ist als die amerikanische DSM-Klassifikation, hat sich für Forschungszwecke international der Gebrauch der DSM-Klassifikation durchgesetzt. Die DSM-Klassifikation ist aus diesem Grund auch in der vorliegenden Untersuchung die angewandte PTB-Operationalisierung.

Die verschiedenen Ereignisse, auf die eine Qualifizierung als 'traumatisch' zutrifft, lassen sich nach mehreren Gesichtspunkten einteilen. Bewährt haben sich Einteilungen nach **menschlich verursachten** vs. **zufälligen Traumen** und nach **kurz-** vs. **langdauernden Traumen** (vgl. Terr, 1989). Zu den menschlich verursachten Traumen (engl. *man made disasters*) zählen u.a. sexuelle und kriminelle Gewalt, Kriegserlebnisse und politische Inhaftierung während zu den zufälligen Traumen verschiedene Katastrophen, berufsbedingte und Unfalltraumen zählen (siehe Tabelle 1.2.3 auf der folgenden Seite). Während die kurzdauernden Traumen (*Typ-I-Traumen*) meist durch akute Lebensgefahr, Plötzlichkeit und Überraschung gekennzeichnet sind, sind die langdauernden Traumen (*Typ-II-Traumen*) entweder durch einen langen Zeitraum oder durch Serien verschiedener traumatischer Einzelereignisse und durch geringe Vorhersagbarkeit des weiteren traumatischen Geschehens charakterisiert. Für alle genannten Traumen sind die gleichen psychischen Symptome beschrieben worden, wie sie in den Hauptkriterien der PTB definiert wurden (Intrusionen, Vermeidung, emotionale Taubheit, Hyperarousal). Klinische Berichte weisen allerdings darauf hin, daß einerseits bei den willentlich durch Menschen verursachten Traumen und andererseits bei den zeitlich längerdauernden Typ-II-Traumen das Risiko für stärker beeinträchtigende und chronischere Symptomatik mehr erhöht ist als bei den anderen Traumaarten (vgl. Meichenbaum, 1994, Scott & Stradling, 1994). Die Tabelle 1.2.3 veranschaulicht die Einteilung der Traumen bei gleichzeitiger Zuordnung des Risikogrades, eine psychische Folgestörung auszubilden.

Tabelle 1.2.3 Einteilung von traumatischen Ereignissen und schematische Zuordnung des Risikogrades für die Ausbildung posttraumatischer Belastungsstörungen

	Katastrophen (bzw. zufällige Traumata)	Man-made Traumata
kurz-dauernde	• Verkehrsunfälle • berufsbedingte (z.B. Polizei, Feuerwehr) • Arbeitsunfälle • kurzdauernde Naturkatastrophen (z.B. Wirbel-sturm, Blitzeinschlag)	• kriminelle und körperliche Gewalt • Vergewaltigungen • zivile Gewalterlebnisse (z.B. Bank-überfall)
lang-dauernde	• langdauernde Naturkatastrophen (Flut, Erdbeben) • technische Katastrophen (z.B. Giftgas-katastrophen)	• sexuelle und körperliche Mißhandlungen in der Kindheit • Geiselhaft • Kriegserlebnisse • Folter und politische Inhaftierung • Massenvernichtung (KZ-/Vernichtungs-lagerhaft)

Risiko

	niedrig
	mittel
	hoch

Für weitere schwere Lebensereignisse (z.B. lebensbedrohliche Krankheiten, Suizide in der Familie), die nicht oder nur schlecht in diese Einteilung passen, wurde diskutiert, ob sie als Traumen im Sinne der Definition des Störungskonzepts aufgefaßt werden sollten (Green, 1993). Insbesondere gilt dies für lebensbedrohliche Krankheiten (z.B. Herzinfarkt, Krebs, Aids), da diese oftmals von typischen posttraumatischen Symptomen begleitet werden (z.B. van Driel & Op den Velde, 1995). Zumindest bis zum Vorliegen größerer Datensätze bleiben diese Traumen durch innere Prozesse außerhalb der Definitionen PTB-relevanter Traumata.

Systematisch erhobene **deskriptive Daten** zu den einzelnen Symptomen der PTB liegen für viele verschiedene traumatische Ereignisse vor. Zu zwei Gruppen gibt es die umfassendste Datenlage: bei Soldaten nach Kriegseinsätzen in Vietnam (z.B. Foy, Resnick, Sippelle & Carroll, 1987; Kulka, Schlenger, Fairbank, Hough, Weiss, Jordan & Marmar, 1990; Rosenheck & Fontana, 1994) und für Vergewaltigungsopfer (z.B. Calhoun & Resick, 1993; Foa et al., 1995; Kilpatrick et al., 1985, 1992; Roth & Lebowitz, 1988; Rothbaum et al., 1992).

Weitere Datensätze zu den posttraumatischen Belastungsstörungen gibt es u.a. für Katastrophenopfer (z.B. Green, 1993, McFarlane, 1993, Weisaeth, 1989), für Kriminalitätsoffer (Kilpatrick & Resnick, 1990, Norris & Kaniasty, 1994, Resnick et al., 1993), für Verkehrsunfallsoffer (Blanchard et al., 1994, Malt, 1994, Mayou et al., 1993), für Folteropfer (Basoglu, Parker, Parker, Özmen, Marks, Inescu, Sahin & Sarimurat, 1994; Parker, Parker & Yüksel, 1992; Sack, Clarke & Seeley, 1995) und für ehemalige Kriegsgefangene (Crocq, Macher, Barros-Beck, Rosenberg & Duval, 1993; Goldstein, van Kammen, Shelly, Miller & van Kammen, 1987; Zeiss & Dickman, 1989). Die Tabelle 1.2.4 (folgende Seite) zeigt das Symptomprofil einiger Traumaarten anhand verschiedener Stichproben.

Aus der Tabelle 1.2.4 lassen sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Symptomausprägung nach verschiedenen Traumen erschließen: Die wesentliche Gemeinsamkeit besteht darin, daß alle Symptome bei allen Traumen auftreten. Über alle Traumaarten hinweg sind die häufigsten Einzelsymptome: Belastung durch Auslöser, Intrusionen, Schreckreaktionen und Schlafschwierigkeiten. Die einzelnen Häufigkeiten variieren allerdings in gewissen Maße: z.B. ist das Symptom "Gedankenvermeidung" bei den untersuchten Naturkatastrophenopfern am häufigsten (Rangplatz 1) bzw. bei den Kriminalitätsofern am zweithäufigsten, während es bei den Folteropfern einen weitzurückliegenden Rangplatz (16) einnimmt. Diese Häufigkeitsunterschiede sprechen für eine gewisse Spezifik der Symptommuster bei verschiedenen Traumen (vgl. Brett, 1996).

Tabelle 1.2.4 Häufigkeit der Symptome von PTB nach verschiedenen Traumen (in Prozent; Rangplatz in Klammern)

	Naturkata- strophe Green et al. 1990 N = 96	Kriminali- tätsopfer Kilpatrick et al. 1989 N = 128	Vergewalti- gungsoffer Foa et al. 1995 N = 158	Folter- opfer Basoglu et al. 1994 N = 55
Zeit nach Trauma	14 Jahre	• 2 Jahre	1-3 Monate	15-20 Jahre
1. Intrusionen	48 (3)	56 (5)	55 (3,5)	40 (4)
2. Träume/Alpträume	23 (11)	23 (15)	21 (14,5)	47 (2)
3. Nachhallerlebnisse	19 (13)	31 (13)	21 (14,5)	36 (7)
4. Belastung durch Auslöser	50 (2)	59 (4)	56 (2)	45 (3)
5. Physiologische Reaktionen bei Erinnerung	- ¹	12 (17)	33 (8)	33 (10,5)
6. Gedankenvermeidung	52 (1)	65 (2)	53 (5,5)	22 (16)
7. Aktivitätsvermeidung	40 (6)	45 (10)	53 (5,5)	33 (10,5)
8. Amnesien	22 (12)	17 (16)	13 (16)	36 (7)
9. Interesseverminderung	31 (9)	49 (9)	27 (11)	22 (16)
10. Entfremdungsgefühl	26 (10)	40 (11,5)	27 (10)	29 (12,5)
11. Affekteinschränkung	15 (15)	54 (6)	21 (13)	22 (16)
12. eingeschränkte Zukunft	- ¹	25 (14)	13 (17)	29 (12,5)
13. Schlafschwierigkeiten	45 (4)	52 (8)	32 (9)	36 (7)
14. Reizbarkeit	17 (14)	40 (11,5)	34 (7)	35 (9)
15. Konzentrationsschwierig- keiten	35 (8)	60 (3)	25 (12)	62 (1)
16. Hypervigilanz	37 (7)	66 (1)	77 (1)	24 (14)
17. Schreckreaktionen	44 (5)	53 (7)	55 (3,5)	38 (5)

¹ nicht erfaßt

Zur **internen** sowie zur **externen Validität** des PTB-Störungsbildes liegen umfangreiche empirische Untersuchungen vor. Die Kohärenz des Störungsbildes (oder interne Konsistenz) wurde an verschiedenen Traumapopulationen anhand strukturierter klinischer Interviews nachgewiesen: Die Cronbach's Alpha-Werte lagen beim PTB-Modul des SCID bei 0.93 (Keane, 1992), beim Strukturierten Interview für PTB bei 0.94 (Davidson et al., 1991) und bei der Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress bei 0.89 (Keane, 1992).

Bezüglich der externen bzw. der diskriminanten Validität ist vor allem in den ersten Jahren der Diagnosedefinition verschiedentlich diskutiert worden, ob die PTB überhaupt eine abgrenzbare Entität darstellt (vgl. z.B. Pitts, 1985). Es gibt Überschneidungen des Symptomprofils mit anderen psychischen Störungsbildern, z.B. den Angststörungen, den affektiven und - etwas weniger ausgeprägt - den paranoiden Störungen. (Letztere können mit der PTB das Symptom übermäßiger Wachsamkeit gemeinsam haben).

Symptome, die sowohl bei spezifischen Phobien als auch bei PTB auftreten, sind das Vermeidungsverhalten gegenüber Aktivität und Situationen, die an das Trauma erinnern als auch die gedankliche Vermeidung traumatischer Stimuli. Dazu kommen die Symptome der Belastung bei Erinnerung an das Trauma bzw. die körperlichen Reaktionen darauf (McNally & Saigh, 1993). Überschneidungen zu depressiven Symptomen (dysthymes bzw. schweres depressives Syndrom) bestehen bei den Symptomen Interesseverlust, eingeschränkter Affektspielraum, eingeschränkte Zukunft, Ein- und Durchschlafschwierigkeiten und Konzentrationsschwierigkeiten. Für die Unterscheidung zwischen PTB und depressiven Syndromen wurden jedoch eine Reihe stabiler biologischer Unterschiede zwischen den Störungsbildern herangezogen. Der Noradrenalin- und der Adrenalinspiegel im Urin sind bei PTB-Patienten im Vergleich zu Depressiven erhöht (Kosten et al., 1987). Dagegen ist der Urin-Kortisolspiegel von PTB-Patienten gegenüber Depressiven erniedrigt (Mason et al., 1986), was einer Herunter-Regulierung und einer Erschöpfung der Kortisolexkretion entspricht (Yehuda et al., 1996).

Anhand strukturierter klinischer Interviews ließ sich eine gute diskriminante Validität der PTB-Diagnosestellung gegenüber den Diagnosen schweres depressives Syndrom und den Angststörungen bei ehemaligen Soldaten im Kriegseinsatz nachweisen (Keane, Taylor & Penk, 1986). Blanchard et al. (1986) erreichten bei Verkehrsunfallopfern eine Urteilerübereinstimmung von Kappa = 0.86 bei der Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung, wobei auch die anderen DSM-Diagnosekategorien zur Verfügung standen.

Zum Problem der Validität gehört die Problematik der **Aggravation** und **Vortäuschung** der Störung. Wie im nächsten Abschnitt (1.2.2) beschrieben, wurde den Opfern von Traumen in der Geschichte der Psychiatrie mehrfach Aggravation und Vortäuschung vorgeworfen, um finanzielle **Kompensation** (z.B. Entschädigungszahlungen, Renten) zu erhalten (vgl. Ritter & Kramer, 1991). Ein Kompensationsbegehren der Traumaopfer gegenüber den Tätern, Verursachern oder Rententrägern liegt in der Tat in vielen Fällen vor (Grobe, 1996). Mehrere Studien untersuchten den Zusammenhang von Kompensationswunsch und Symptomaggravation (Appelbaum et al., 1993, Frueh, Smith & Barker, 1996, Smith & Frueh, 1996, Solomon, Benbenishty, Waysman & Bleich, 1994). Smith und Frueh (1996) benutzten in ihrer Untersuchung an ehemaligen Vietnamsoldaten einen Differenzwert von zwei Subskalen des MMPI zur Einteilung von Personengruppen mit Symptomaggravation versus Non-Aggravation. Sie fanden, daß die aggravierenden Personen zwar höhere Selbstbeurteilungs-Symptomausprägungen angaben, aber nicht häufiger einen Entschädigungsantrag gestellt hatten als die Vergleichsgruppe. Die Gruppe der aggravierenden Personen hatten häufiger komorbide Angststörungsdiagnosen (diagnostiziert durch Fremdbeurteilungen); beide Gruppen unterschieden sich nicht für andere Diagnosehäufigkeiten einschließlich der PTB-Diagnose. Das Ergebnis entspricht den Resultaten anderer Studien, die darin übereinstimmten, daß die Symptomaggravation nicht zwangsläufig mit Kompensationsforderungen verbunden ist. Diskutiert wurde, daß die Symptomaggravation bzw. getrennt davon das Kompensationsbegehren ein Teil eines komplexeren psychopathologischen Zustands sein könnte (vgl. Hyer et al., 1988 sowie schon von Weizsäcker, 1929, siehe unten). Patienten mit erhöhter Komorbidität (z.B. andere Angststörungen, siehe unten Abschnitt 1.2.3) könnten auf diese Weise auszudrücken versuchen, daß sie unter starken Belastungen leiden auch wenn einige PTB-Symptome selbst bei ihnen geringer ausgeprägt oder gar nicht vorliegen. Die Ergebnisse der zitierten Gruppenuntersuchungen lassen allerdings auch zu, daß es bei einer geringen Zahl von Personen auch zu einer intentionalen Vortäuschung des Störungsbildes zur Erlangung von Kompensation kommen kann (King & King, 1991).

1.2.2 Nosologie und Vorläuferdiagnosen

Die nosologische Einordnung der PTB in eine übergeordnete Gruppe psychischer Störungen ist kontrovers diskutiert worden (vgl. z.B. Brett, 1996, Davidson & Foa, 1993). Die verschiedenen Alternativen für eine Zuordnung waren die diagnostischen Gruppen der Belastungsstörungen, Angststörungen oder dissoziativen Störungen. In der deutschsprachigen psychiatrischen Tradition sind außerdem die "reaktiven Depressionen" ein möglicher Zuordnungsbegriff. Alle genannten Störungsgruppen haben bestimmte Merkmale mit der PTB gemeinsam.

Belastungsstörungen: In die Gruppe der Belastungsstörungen wird die PTB im ICD-System (World Health Organization, 1991) eingeordnet, im amerikanischen DSM-System aber nicht. Andere spezifische Störungen dieser Gruppe sind die akute Belastungsreaktion (siehe unten) und die verschiedenen Anpassungsstörungen (z.B. mit Depressionen, Störungen des Sozialverhaltens). Die Belastungsstörungsgruppe ist sehr unspezifisch definiert. Da außer dem gemeinsamen Merkmal eines jeweils auslösenden Ereignisses keine übereinstimmenden pathogenetischen Prozesse beschrieben worden sind, gibt es wenig Anhaltspunkte für eine nosologische Kohärenz dieser Störungen. Die Zusammenfassung in eine Störungsgruppe ist auch in Bezug auf die Zeitverläufe und indizierten Behandlungsmöglichkeiten sehr inhomogen und vage. Die Gruppenzuordnung unterstellt implizit, daß die Störungen nur transitorisch sind und nach gewissen Zeiträumen spontan heilen. Solche Spontanheilungen fanden sich allerdings bei PTB nicht häufiger als bei Angststörungen und Depressionen (Kessler et al., 1995). Die Gruppenzuordnung der PTB zu den Belastungsstörungen ist aus diesen Gründen bisher unbefriedigend. Möglicherweise würde eine größere Anzahl an empirischen Studien der gemeinsamen pathogenetischen Prozesse dieser Störungsgruppe (z.B. Intrusionen, Dissoziation) eine tragfähige Grundlage für die vergrößerte Störungsgruppe schaffen (vgl. Horowitz, Field & Classen, 1993).

Angststörungen: Im DSM-System (DSM-III-R bzw. DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) wird die PTB zu den Angststörungen gerechnet. Dafür sprechen zunächst die zwei angstgetönten Bereiche der PTB-Symptomatik: 1) die körperlichen Reaktionen bei Konfrontationen mit Erinnerungen an das Trauma (z.B. Schwitzen, Atemnot, Herzbeschwerden) und 2) die phobische Vermeidung von Gedanken, Aktionen und Situationen, die an das Trauma erinnern. Auf der physiologischen Ebene haben Angststörungen und PTB die ausgeprägte sympathikotone Hyperreaktivität (Hyperarousal) gemeinsam. Ein wesentliches Gegenargument gegen die Einordnung in die Angststörungen ist jedoch, daß bei einer PTB immer eine äußere Verursachung vorhanden ist, was bei den übrigen Angststörungen eher eine Ausnahme bzw. kein obligates Kriterium ist (Jones & Barlow, 1991).

Dissoziative Störungen: Empirische Untersuchungen haben gezeigt, daß es eine Reihe von Gemeinsamkeiten von dissoziativen Störungen und PTB gibt (Spiegel & Cardena, 1991). Typische dissoziative Störungen sind die psychogene Amnesie, die Derealisations- und die dissoziative Identitätsstörung (früher: Multiple Persönlichkeitsstörung), die alle als Teil- bzw. komorbide Symptomatik der PTB auftreten können. Psychogene Amnesien zeigen sich darin, daß viele PTB-Patienten sich nicht mehr an alle wichtigen Einzelheiten des traumatischen Erlebnisses erinnern können bzw. bei ihnen umgrenzte "Black outs" vorliegen. Es hat sich gezeigt, daß nach einer Traumatisierung die allgemeine Dissoziationstendenz der Betroffenen auch in nichttraumatischen Situationen zunimmt (Brown, 1994). Gegen die Zuordnung zur Gruppe der dissoziativen Störungen spricht, daß nicht bei allen PTB-Patienten dissoziative Symptome

vorliegen und daß die physiologischen und psychologischen Angstsymptome nicht durch eine solche Zuordnung erklärt werden können.

Reaktive Depressionen: Diese Diagnosekategorie (Synonyme: *depressive Reaktion, psychoreaktive Depression, depressive Erlebnisreaktion, abnorme depressive Belastungsreaktion*) ist heute zugunsten neuer diagnostischer Einteilungen unüblich geworden (Möller, Laux & Deister 1994). Sie umfaßte allgemein das Auftreten depressiver Zustände nach negativ erlebten Ereignissen. Einige depressive Merkmale sind ein Bestandteil der PTB, insbesondere der Symptomgruppe der emotionalen Betäubung. Was die PTB-Symptomatik aber von den depressiven Störungen unterscheidet, sind die Intrusionen, die klinisch im Mittelpunkt der Störung stehen. Sie unterscheiden sich von depressiven Ruminationen durch die externe Verursachung und externe Inhalte, d.h. beispielsweise visuelle Erinnerungen eines Unfallgeschehens (Noelen-Hoeksema & Morrow, 1991). Möglicherweise ist die negative Affektivität bzw. Affekteinschränkung eine Folge der Überflutung mit Intrusionen und nicht das Korrelat eines verminderten Selbstwertgefühls wie bei den depressiven Patienten (vgl. Watson, Clark & Carey, 1988).

In den psychiatrischen Klassifikationssystemen sind **weitere posttraumatische Störungsbilder** definiert worden, die akute Belastungsreaktion (ICD-10: F 43.0) bzw. akute Belastungsstörung (DSM-IV: 308.3) sowie die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F 62.0). Die **akute Belastungsstörung** oder akute Schockreaktion, ist durch einen kurzen Zeitraum nach dem traumatischen Ereignis definiert (einige Stunden bis Tage, maximal ein Monat). Psychopathologisch ist die Störung durch dissoziative Symptome wie Depersonalisation, Deralisation zusätzlich zu den Kriterien Intrusionen, Vermeidung und Hyperarousal definiert.

Die **andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung** (andere Bezeichnungen: *komplexe PTB, Störung nach Extrembelastungen, nicht anderweitig klassifiziert*, Herman, 1992, van der Kolk et al., 1992, Meichenbaum, 1994) umfaßt eine Reihe zusätzlicher Veränderungen zur PTB. Neben der nicht operationalisierten Beschreibung im ICD liegen Listen operationalisierter Kriterien durch verschiedene Autoren vor (Herman, 1992, van der Kolk et al., 1992). Die sieben Störungsbereiche der Operationalisierung von Herman (1992) umfassen: (1) gestörte Affekt- und Impulsregulation, (2) dissoziative Tendenzen, (3) Somatisierungsstörungen und körperliche Erkrankungen, (4) beeinträchtigtes Identitätsgefühl, (5) Interpersonelle Störungen, (6) Reviktimisierungsneigung (d.h. exzessives Risikoverhalten mit erhöhter Traumatisierungsgefahr) sowie (7) allgemeiner Sinnverlust. Die Kriterien sind bisher allerdings noch nicht durchgehend trennscharf formuliert worden, so daß die Validität dieser Diagnoseeinheit noch ungeklärt sind. Erste Studien belegten, daß zumindestens Teile der Symptomatik bei einigen Opfern sexuellen Mißbrauchs in der Kindheit (Zlotnick et al., 1996) und bei ehemaligen Soldaten und Widerstandskämpfern (Jongedijk et al., 1996) vorhanden sind. Gleichzeitig ergab sich, daß die komplexe PTB ausschließlich bei Patienten vorhanden ist, die auch die "klassischen" PTB-Symptome ausgebildet haben (Jongedijk et al., 1996).

Vorläuferdiagnosen: Nachfolgend sollen die psychiatrischen Konzepte vorgestellt werden, die der Einführung der Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung vorhergingen. Dabei kann zwischen unspezifischem Traumabezug (z.B. traumatische Neurose, erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel) und spezifischem Traumabezug (z.B. KZ-, Überlebenden- bzw. Verfolgungssyndrom) unterschieden werden. Ich stütze mich in dieser Beschreibung auf andere Autoren (Fischer-Homberger, 1975; Peters, 1989; Wilson, 1994; van der Kolk, Weisaeth & van der Hart, 1996). Es sei vorausgeschickt, daß in der traditio-

nellen deutschen Psychiatrie die Anerkennung einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder traumatischen Neurose sehr zögerlich erfolgte und sich bis heute noch nicht allgemein durchgesetzt hat. Ein wichtiger Schritt in Richtung auf die Anerkennung eigener traumabedingter Störungsbilder innerhalb der deutschen Psychiatrie waren die Untersuchungen zu KZ-Opfern von v. Baeyer, Häfner und Kisker (1964) sowie Ventzlaff (1958) und - vor noch nicht allzulanger Zeit - zu politischen Verfolgten von Peters (1989, 1991).

Traumatische Neurosen: Der Begriff der traumatischen Neurose wurde von Oppenheim (1889) geprägt. Oppenheim beschrieb Patienten, die infolge von Eisenbahn- bzw. Arbeitsunfällen eine Reihe psychiatrischer Symptome ausgebildet hatten. Er diskutierte dabei die Syndrombeschreibungen anderer Autoren seiner Zeit (z.B. Erichsen, 1866 - dieser prägte den Begriff "Railway Spine"; Myers, 1870 - prägte "Soldier's heart"). Zu den Kardinalsymptomen der traumatischen Neurose zählte Oppenheim (1889, 1892):

- Zittertremor,
- Krämpfe,
- Ohnmacht,
- phobische Ängste und
- Herzängste.

Veränderungen der psychischen Befindlichkeit beschrieb er ebenfalls. Diese galten aber nicht als die zentralen Kennzeichen der Störung. Oppenheim (1892) beschrieb sie folgendermaßen:

"Zu den weiteren subjektiven Beschwerden, die sich aber auch nach außen hin markieren können, gehört ein Gefühl von Unruhe, Aufregung, Angst und Schreckhaftigkeit, das bei den durch allgemeine und schwere Erschütterungen hervorgerufenen Neurosen nur selten zu fehlen pflegt. Diese Anomalien stellen sich in allmählich oder schnell anwachsender Intensität ein und steigern sich häufig zu einer psychischen Alteration, die sich besonders durch hypochondrisch-melancholische Verstimmung, Angstzustände und abnorme Reizbarkeit kennzeichnet. Eine der gewöhnlichsten Begleiterscheinungen ist die Schlaflosigkeit. Die Intelligenz (im Sinne von Konzentrationsfähigkeit - A.M.) ist gewöhnlich nicht erheblich beeinträchtigt, kann aber auch in Mitleidenschaft gezogen werden (S. 123). ...

Sie (die Kranken) werden wortkarg, scheuen die Gesellschaft, suchen die Einsamkeit und hängen in dumpfer, gedrückter Stimmung ihren traurigen Vorstellungen nach, welche sich alle um einen Mittelpunkt scharen, nämlich die Erinnerung an den erlittenen Unfall und die aus ihm erwachsenden Folgen. Diese Erinnerung ist eine so lebhaft, das Denken und Fühlen unserer Kranken in solchem Maße bestimmende, daß diese Vorstellungen durch ihr Festhaften, durch ihre Alleinherrschaft in der Seele, wie man fast sagen kann, einen pathologischen Charakter gewinnt (S. 126/127)."

Die traumatischen Neurosen, auch *Unfallneurosen* genannt, waren der Anlaß für eine Fachkontroverse, bei der ganz grundsätzlich die Existenz dieses Störungsbildes in Frage gestellt wurde (vgl. Fischer-Homberger, 1975). Eine Reihe damaliger Autoren vermutete, daß die Patienten nur ein vorgetäushtes Leiden berichteten, um finanzielle Entschädigungsansprüche (z.B. Renten) gegenüber den Unfallverursachern durchzusetzen. Aus diesem Grund wurde der Begriff *Rentenneurosen* geprägt (Stier, 1919). Psychiater wie Bonhoeffer (1926) und Kretschmer (1926) begründeten diesen Standpunkt damit, daß der Organismus auch nach schweren psychischen Traumen eine prinzipiell unbegrenzte Ausgleichsfähigkeit habe; darum sei die vorgebliche Symptomatik vorgetäuscht oder zumindestens aggraviert. Eine Minderheit der Psychiater stellte den Entschädigungswunsch der Patienten in einen psychologischen Zusammenhang mit der Belastungssymptomatik (Oppenheim, 1916, von Weizsäcker, 1929). Sie argumentierten, daß eine tiefe Erschütterung (z.B. durch Todesangst) das Wertesystem der Betroffenen grundsätzlich verändert habe und daß die Suche nach rechtlicher und finanzieller Kompensation ein Indikator dieser anhaltenden Werteveränderungen sei.