

1 Klinisches Bild und Kriterien der PTBS

Fallbeispiel

Frau B. saß auf dem Beifahrersitz. Bei der Autobahneinfahrt passierte es. Ein anderer Fahrer wollte vom Beschleunigungsstreifen auf die von ihm links gelegene Spur einfahren. Dabei übersah er das Auto, in dem Frau B. und ihre Freundin saßen. Seine linke Wagenseite streifte die rechte Front des Autos von Frau B.s Freundin. Metall und Glas splitterten grässlich. Überall war Blut. An mehr kann sich Frau B. nicht mehr erinnern. In ihrem nächsten wachen Moment befand sie sich mit großen Schmerzen in einem Krankenhaus. Dieses durfte sie nach einer Woche wieder verlassen. Doch die psychischen Beschwerden halten bis heute, Monate später, an: Frau B. wacht mehrmals in der Woche schweißgebadet von Alpträumen auf. Auto fahren kann sie nicht mehr, auch Bus fahren fällt ihr schwer. Dafür ist die Angst vor einem weiteren Unfall zu groß. Nähern sich Autos, erschrickt Frau B. schnell. Das quietschende Geräusch von Bremsen versetzt sie in Panik. Ihren Job musste sie aufgeben. Frau B. hat das Gefühl, seit diesem Unfall sei ihr Leben ruiniert.

Das Erleben bedrohlicher Situationen kann die psychische Gesundheit über lange Zeit beeinträchtigen. Das Fallbeispiel beschreibt die psychischen chronifizierten Folgen eines Verkehrsunfalls. Frau B. berichtete dabei typische Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Heutzutage können wir dieses Störungsbild diagnostizieren und entsprechend behandeln. Doch bis dahin war es ein langer Weg: Erst 1980 wurde die PTBS in die 3. Version des amerikanischen *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA) als eigenständige Erkrankung aufgenommen. Für das international genutzte Klassifikationssystem *International Classification of Diseases* (ICD) dauerte es noch länger: Erst mit der ICD-10 im Jahr 1992 konnte die PTBS formal diagnostiziert werden. Es handelt sich also bei der Psychotraumatologie um ein eher junges Gebiet der Psychologie und Medizin.

1.1 Historische Einbettung

Medizinhistorische Vorläuferbeschreibungen finden sich bereits im 19. Jahrhundert nach Eisenbahn-Unfällen und Kriegen, die auf verborgene Rückenmarks-, Nerven- oder Gewebsschädigungen zurückgeführt wurden und später das Konzept der »traumatischen Neurose« mit vorrangig quasi-neurologischen Symptombeschreibungen prägten (vgl. Holdorff & Denning, 2011). Die ersten großflächigen systematischen Erfassungen psychischer Langzeitfolgen nach (lebens)bedrohlichen Situationen erfolgten im Ersten Weltkrieg: Damals noch mit dem Begriff *Shell Shock* benannt, erlebten Ärzt:innen Soldaten, die durch massive Angst, Zittern und Schreckhaftigkeit auffielen. Man vermutete initial, dass Explosionen das Gehirn geschädigt hätten und es sich vielmehr um ein neurologisches Problem handelte. Allerdings traten die *Shell Shocks* auch ohne äußerliche sichtbare Gefechtsverletzungen auf, so dass sukzessive die emotionale Dimension des Erlebens in die Erklärungsmodelle einzog (Jones et al., 2007). Ein zweiter »Aufwind« in der Untersuchung von Traumafolgestörungen erfolgte im Zweiten Weltkrieg. Soldat:innen im Lazarett berichteten vom anhaltenden Gefühl, sich nach wie vor in Gefechts-situationen zu befinden, gefolgt von Schlafstörungen, Angstzuständen und andauernder vegetativer Übererregung. In der Folge etablierten sich Begriffe wie »Kriegsneurose« oder »Kriegsmüdigkeit«. Die Beschwerden wurden zunehmend in ein psychisches Verständnis eingebettet und als Verarbeitungs- bzw. Gedächtnisstörung aufgefasst (Crocq & Crocq, 2000). Dies war ein wichtiger Schritt auf dem Weg zum modernen Verständnis von Traumafolgestörungen. Vor allem betroffenen Kriegsveteran:innen des Vietnamkriegs ist es zu verdanken, dass schließlich der Meilenstein des Einzugs der PTBS als psychische Störung in die Klassifikationssysteme ICD und DSM erfolgen konnte.

1.2 Modernes Verständnis von Traumafolgestörungen

Nach wie vor bilden Untersuchungen aus dem Militär eine wichtige Grundlage zum Verständnis der PTBS. Nach und nach wurden auch Ereignisse im zivilen Kontext (z.B. Unfälle, interpersonelle Gewalt, sexualisierte Gewalt) berücksichtigt und deren schädigendes Potenzial für die psychische Gesundheit erkannt. Damit einher ging eine zunehmend intensive Beforschung von Kontextfaktoren, gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und individuellen Vulnerabilitäten, die eine wichtige Rolle als Schutz- und Risikofaktoren spielen. Zusammen mit Ansätzen der modernen Hirnforschung (z.B. Lern- und Gedächtnisprozesse, Emotionsregulation) und Befunden der Stressphysiologie hat sich das Verständnis von Traumafolgestörungen kontinuierlich weiterentwickelt.

Seit den 2000er Jahren haben Terroranschläge das Verständnis der Psychotraumatologie besonders geprägt. Dies, weil sie große und national repräsentative Erhebungen, die Etablierung von umfangreichen Versorgungsmodellen und Erfassung von Langzeitverläufen sowie die Berücksichtigung wichtiger Kontextfaktoren ermöglichten. So zeigten bspw. großangelegte Studien im Zusammenhang mit dem Ereignis »9/11« erstmals systematisch und in großem Ausmaß, wie indirekte Exposition durch Medien traumabezogene Symptome beeinflussen kann (Schlenger et al., 2002). Als Reaktion auf die Attentate in London 2005 wurden niedrigschwellige Interventionen und wichtige Screen-and-treat-Ansätze zur Identifikation und Weiterbehandlung besonders vulnerabler Personengruppen entwickelt, die bis heute als strukturierte Referenz für Nachsorgeansätze nach Großereignissen gelten (vgl. Brewin et al., 2008).

Diese Untersuchungen zeigen auch: Die Psychotraumatologie ist ein dynamisches Feld. Durch die formale Aufnahme der PTBS in die Klassifikationssysteme wurde nicht nur ein wichtiger Schritt für die indikationsbasierte Behandlung gemacht, sondern auch eine wichtige soziale Anerkennung erreicht: Traumafolgestörungen sind behandelbare Reaktionen auf extreme Belastungen und keine »Charakterschwäche« oder »überhöhte Nervosität«. Diese Einordnung betont die PTBS als Folgereaktion auf ein belastendes Ereignis im Rahmen eines multifaktoriellen Entstehungsprozesses und macht den auslösenden Kontext relevant. Damit verbunden ist, besonders bei durch Menschen bedingten Ereignissen wie Gewalt, auch die prinzipielle Möglichkeit, Verantwortung und Schuld bei Täter:innen bzw. auslösenden Strukturen zu verorten. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung ist bspw. ein Urteil des Sozialgerichts zur Anerkennung der PTBS als Berufskrankheit bei einem Rettungssanitäter in Deutschland. Für gesellschaftliche und soziale Anerkennung von Betroffenen kann dies von immenser Bedeutung sein.

Eine weitere problematische Entwicklung betrifft die zunehmende alltags-sprachliche Nutzung des Begriffs »Trauma«. Dies birgt die Gefahr einer diagnostischen Entgrenzung: Nicht jedes schmerzhaft oder psychisch belastende Erlebnis ist ein traumatisches Ereignis im konzeptuellen Sinne von ICD-11 oder DSM-5, und nicht jede Belastungsreaktion ist als Traumafolgestörung einzuordnen.

Zusammengefasst hat sich das Verständnis der PTBS wegentwickelt von einer angstbasierten Gedächtnisstörung hin zu einem Modell, das auch Veränderungen in Kognitionen, Affektregulation, Selbst- und Weltbild sowie interpersonelle Muster und kulturelle Unterschiede mit einbezieht. Gleichzeitig zeigen Revisionen in den Klassifikationssystemen, dass die diagnostische Beschreibung immer wieder angepasst werden muss, um neueren Erkenntnissen in der Vielfalt traumatischer Erfahrungen und Folgen für die psychische Gesundheit gerecht zu werden. Die jüngste dieser Anpassungen ist die konzeptuelle Erneuerung der PTBS und Hinzunahme der komplexen PTBS (kPTBS) in der ICD-11.

1.3 Die Diagnose der PTBS

Die PTBS wird konzeptuell den trauma- bzw. stressorbezogenen Störungen zugeordnet. In dieser Gruppe finden sich ausschließlich Störungen, die als Reaktion auf eines oder mehrere Ereignisse entstehen.

Zur leitliniengerechten Diagnosestellung der PTBS und Feststellen der Therapieindikation muss das Zutreffen bestimmter Kriterien geprüft werden. Je nach verwendetem Diagnosesystem können sich die Kriterien unterscheiden. Im Folgenden werden deswegen die Symptome sowohl nach ICD-11 (World Health Organisation [WHO], 2019) und DSM-5 (APA, 2015) beschrieben.

1.4 Das traumatische Ereignis

Die PTBS (und die kPTBS, ► Kap. 2) gehören zu den wenigen psychischen Störungen, bei denen ein traumatisches Ereignis zwingend zur Diagnosestellung vorangegangen sein muss. Je nach Klassifikationssystem unterscheiden sich die Definitionen geringfügig:

- In der neuen ICD-11 wird das traumatische Ereignis oder eine Serie von Ereignissen als *extrem bedrohlich oder furchtbar* beschrieben (WHO, 2019). Dadurch qualifizieren sich verschiedenste Situationen, die absichtlich nicht a-priori genauer festgelegt wurden. Die ICD-11 folgt damit einer zirkulären Definition des Ereignis-Begriffs: Das Vorhandensein der Symptomtrias der PTBS nach Exposition definiert die traumatische Qualität des Ereignisses.
- Das DSM-5 beschreibt sehr viel konkreter ein traumatisches Ereignis als »Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt« (A-Kriterium; American Psychiatric Association 2015, S. 369). Es wird weiter unterschieden zwischen:
 1. Direkte Exposition (z.B. Verkehrsunfall, sexualisierte Gewalt)
 2. als Zeuge oder Zeugin miterlebte Ereignisse (z.B. Beobachten eines Arbeitsunfalls mit Todesfolge)
 3. Erfahren, dass das Ereignis einer nahestehenden Person zugestoßen ist (z.B. Nachricht, dass der Bruder tödlich verunglückt ist). Wichtig: Der tatsächliche oder drohende Tod muss unfallbedingt oder gewaltsam gewesen sein.
 4. Berufliche Konfrontation mit aversiven Details von Ereignissen (z.B. Polizeiangehörige, die kontinuierlich kinderpornografisches Material sichten müssen). Wichtig: Dies gilt nur für berufliche Tätigkeiten.

Beide Definitionen beinhalten damit eine große Spannweite potenziell traumatischer Erfahrungen. Es kann hilfreich sein, zwischen sogenannten *man-made* Traumata (z.B. Angriff, sexualisierte Gewalt) und *akzidentellen* Traumata (z.B. Ver-

kehrsunfall, Naturkatastrophe) zu unterscheiden. Es wird ebenfalls zwischen Typ-I-Traumata und Typ-II-Traumata differenziert. Bei ersteren handelt es sich um das Auftreten eines unerwarteten singulären Ereignisses (z.B. Überfall), letztere beschreiben mehrfach und wiederholt auftretende potenziell traumatische Erfahrungen (z.B. wiederholte sexualisierte Gewalt) (vgl. Maercker und Augsburger, 2019). Dies wird vor allem für die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) relevant.

Merke

Bei vielen umgangssprachlich als »Traumata« bezeichneten Ereignissen (z.B. Trennung des Partners/der Partnerin; Ablehnung durch die Vorgesetzte) handelt es sich nach diesen Definitionen nicht um traumatische Ereignisse. Gleichwohl kann es sich für die betroffene Person um eine sehr belastende Erfahrung handeln, die gegebenenfalls eine psychotherapeutische Intervention erfordert. Doch für das Vorliegen eines traumatischen Ereignisses muss eine drohende oder tatsächliche Verletzung der psychischen und/oder physischen Integrität bestanden haben. In der klinischen Praxis ist es hilfreich, auch begrifflich zwischen einem »potenziell traumatischen Ereignis« (Ereignis-Exposition) und der traumatischen Verarbeitung (Kernsymptome der PTBS) zu unterscheiden.

1.5 Symptomtrias: Wiedererleben, Vermeidung, Übererregung

Drei Hauptsymptomgruppen oder Symptomcluster, die als Reaktion auf das Überleben eines traumatischen Ereignisses auftreten, definieren das Störungsbild der PTBS (► Abb. 1.1): Wiedererleben, Vermeidung und anhaltende gegenwärtige Bedrohung (bzw. Übererregung) (vgl. Augsburger und Maercker, 2018a; Maercker und Augsburger, 2019).

Im Fallbeispiel sind diese drei Symptomgruppen klar zu erkennen: Frau B.s anhaltende Alpträume weisen auf eine Wiedererlebens-Symptomatik hin. Ihre Unfähigkeit, Tätigkeiten zu verrichten, die in unmittelbarer Nähe mit dem traumatischen Ereignis standen (Auto oder Bus fahren), sind Beispiele für Vermeidungsverhalten. Symptome der Übererregung manifestieren sich in übersteigerter Schreckhaftigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten.

1.5.1 Wiedererleben

Die betroffene Person erlebt das traumatische Ereignis oder Aspekte davon auf unkontrollierbare Weise wieder. Dies kann in wachem Zustand sein oder im Schlaf

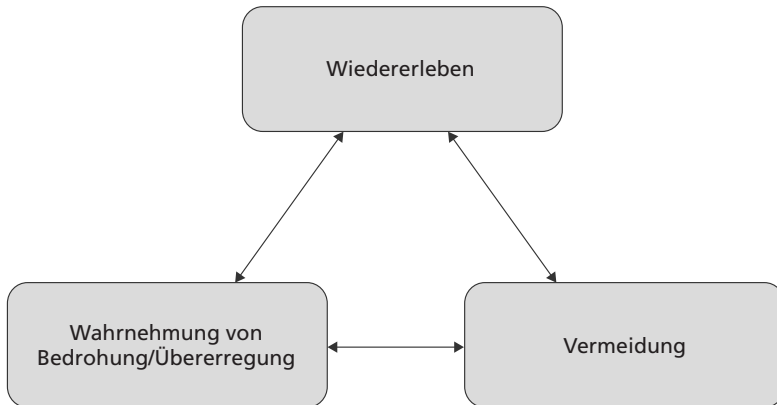


Abb. 1.1: Die drei Symptomgruppen der PTBS

stattfinden (z.B. Alpträume). Dabei erfolgt das Wiedererleben nicht nur visuell in Form lebhafter Bilder vor dem inneren Auge und in Form von Träumen, sondern am Wiedererleben sind auch verschiedene sensorischen Systeme beteiligt: Gerüche, Geräusche, körperliche Empfindungen (z.B. Druck auf der Brust, Schmerzassoziationen), physiologische Reaktionen (z.B. Schwitzen), all dies drängt sich dem oder der Betroffenen unkontrollierbar erneut auf, so wie es damals passiert ist. Ursprünglich nicht mit dem traumatischen Ereignis in Zusammenhang stehende Stimuli (sogenannte »Trigger« wie z.B. das Schlagen einer Autotür, klingeln an der Haustür) können dabei ein Wiedererleben auslösen. Diese Trigger können sehr unspezifisch sein (z.B. Benzingeruch oder Körperempfindungen wie starkes Herzrasen, die zu Intrusionen führen).

- Nach *ICD-11* wird das Vorliegen lebhafter intrusiver Erinnerungen, Flashbacks oder Alpträumen gefordert, gefolgt von starken Emotionen (z.B. Angst, Hilflosigkeit) und physischen Empfindungen. Ebenfalls ist es möglich, dass Betroffene von den gleich-intensiven Gefühlen wie bei Ablauf des traumatischen Ereignisses überströmt werden. Dies bedeutet, leichte Erinnerungen an oder Grübeln über das Erlebte reichen nicht aus, es muss sich um intensive intrusive Wahrnehmungen »im Hier und Jetzt« handeln, die »gegenwartsnah« erlebt werden.
- Im *DSM-5* (B-Kriterium) muss das traumatische Ereignis persistent wiedererlebt werden. Dazu zählen (1) ungewollte aufwühlende Erinnerungen, (2) Alpträume, (3) Flashbacks sowie (4) emotionales Leid oder (5) physische Reaktivität, wenn Betroffene Erinnerungen an das traumatische Ereignis ausgesetzt werden. Es muss mindestens eines der Kriterien 1–4 erfüllt sein.

1.5.2 Vermeidung

Das unkontrollierte Aufdrängen der traumatischen Erfahrung ist für Betroffene sehr unangenehm. Aus diesem Grund versuchen sie, alle Möglichkeiten zu ver-

meiden, die Erinnerungen an die traumatische Situation auslösen könnten. In der Konsequenz vermeiden sie Situationen, Plätze, Tätigkeiten, Gespräche oder andere Menschen, die mit dem traumatischen Ereignis in Zusammenhang stehen bzw. als Trigger wirken können. Kognitive Vermeidungsstrategien wie »Unterdrücken«, »Abschalten«, aber auch Vermeidung durch Substanzkonsum sind häufig. Kurzfristig wirken sie entlastend, langfristig sorgen sie für eine Aufrechterhaltung der Symptome. Vermeidungsverhalten generalisiert im Verlauf häufig, so dass z. B. nach einem Verkehrsunfall auf der Autobahn erst nur noch Landstraße gefahren wird, dann wird Autofahren als lenkende Person und schließlich werden sämtliche motorisierte Verkehrsmittel (Bus, Auto), auch als mitfahrende Person, vermieden.

- *ICD-11*: Das Vermeiden von Gedanken, Erinnerungen an das Ereignis muss erkennbar sein und/oder das Vermeiden von Aktivitäten, Situationen oder Personen, die an das Ereignis erinnern.
- Im *DSM-5* (C-Kriterium) kann Vermeidung durch zwei Formen sichtbar sein: (1) Vermeidung traumabezogener Gedanken oder Gefühle oder (2) Vermeidung von Erinnerungen an das traumatische Ereignis. Mindestens ein Kriterium (1 oder 2) muss erfüllt sein.

1.5.3 Wahrnehmung einer anhaltenden gegenwärtigen Bedrohung (Übererregung)

Wenn ein Mensch Stress erlebt, löst dies eine Kaskade physiologischer Reaktionen aus (z. B. Kampf- und Fluchtreaktion bei Bedrohung). Bei einer PTBS bleibt der Körper in diesem anhaltenden Alarmzustand gefangen – es findet keine Regulation auf Normallevel mehr statt. Diese Symptomgruppe nennt sich Übererregung oder Hyperarousal – der Körper kann jederzeit auf eine vermeintlich erneut auftretende bedrohliche Situation reagieren. Die Folge sind erhöhte Schreckhaftigkeit und eine übermäßige Schreckreaktion (z. B. Zusammensucken bei kleinen Geräuschen) sowie Begleiterscheinungen wie Schlafstörungen oder Konzentrationsschwierigkeiten. Typisch ist sog. »Sicherheitsverhalten«: ständiges Scannen von Personen auf vermeintliche Bedrohungen, Sitzen mit dem Blick zur Tür etc.

- *ICD-11*: Diese Symptomgruppe wird *Anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten gegenwärtigen Bedrohung* genannt, die sich durch Hypervigilanz oder eine überhöhte Schreckreaktion auf Stimuli zeigen kann (z. B. unerwartete Geräusche).
- Im *DSM-5* wird dieses Symptommuster als *Übererregung oder gesteigerte Reaktivität* (Kriterium E) formuliert. Es müssen mindestens zwei der folgenden Kriterien entweder nach dem traumatischen Ereignis begonnen oder sich verschlechtert haben: (1) Irritierbarkeit oder Aggression, (2) risikohaftes oder zerstörerisches Verhalten, (3) Hypervigilanz, (4) erhöhte Schreckreaktion, (5) Konzentrationsschwierigkeiten, (6) Schlafstörungen. Plötzliche Wutausbrüche oder riskantes Verhalten (z. B. Fahren mit überhöhter Geschwindigkeit, »Austesten« gefährlicher Situationen oder riskantes Sexualverhalten) gehören in diese Symptomgruppe.

1.6 Zusätzliches D-Kriterium nach DSM-5

Im DSM-5 müssen zusätzliche Kriterien erfüllt sein, die nach ICD-11 eher dem Bereich kPTBS zuzuschreiben sind. Es handelt sich hierbei um die Symptomgruppe D *Veränderungen in Gedanken und Gefühlen*. Die Symptomgruppe beschreibt das Vorhandensein stark negativer Gedanken oder Gefühle, die nach dem Erleben des traumatischen Ereignisses begonnen oder sich danach intensiviert haben. Dazu gehören (1) Unfähigkeit, Kernaspekte des traumatischen Ereignisses zu erinnern, (2) übermäßig negative Gedanken und Annahmen über das Selbst oder die Welt, (3) überzogene Schuldzuschreibungen hinsichtlich der Verursachung des traumatischen Ereignisses, gegenüber einem selbst oder anderen Personen, (4) negativer Affekt, (5) vermindertes Interesse an Aktivitäten, (6) Gefühle der Isoliertheit, (7) Schwierigkeiten, positive Gefühle zu empfinden. Es müssen zwei der Untergruppen 1–7 für eine Diagnose nach DSM-5 zutreffen (APA, 2015).

1.7 Dauer der und Beeinträchtigung durch Symptome

Um zu verhindern, dass eine (normal auftretende) Belastungsreaktion fälschlicherweise als PTBS diagnostiziert wird oder nur geringfügig ausgeprägte Symptome pathologisiert werden, gibt es Kriterien für Schweregrad und Dauer der Symptome. In beiden Klassifikationssystemen sind ähnliche Kriterien zu finden: Zur Dauer der Symptome erfordert die ICD-11 ein Vorhandensein über mehrere Wochen, im DSM-5 kann eine Diagnose erst nach mindestens einem Monat seit Beginn der Symptome gestellt werden. Nach ICD-11 muss weiterhin eine funktionale Beeinträchtigung vorliegen (z. B. in persönlichen, familiären, sozialen Bereichen, bezüglich der Ausbildung oder des Jobs oder in anderen wichtigen Funktionsbereichen). Ähnlich formuliert das DSM-5 (Kriterium G): Die Symptome müssen zu funktioneller Beeinträchtigung (z. B. sozial oder beruflich) führen oder Leid hervorrufen (vgl. APA, 2013; WHO, 2018).

Merke

Eine PTBS sollte erst diagnostiziert werden, wenn die Symptome über mehrere Wochen (Empfehlung: Minimum vier) anhalten. In früheren Phasen ist von einer akuten Belastungsreaktion als vorübergehende, nicht pathologische Reaktion, auszugehen.

1.8 Unterformen der PTBS nach DSM-5

Im DSM-5 kann zwischen zwei Typen der PTBS differenziert werden (APA, 2015):

1.8.1 Dissoziativer Subtyp

Es wird unterschieden, ob ein dissoziativer Subtyp vorliegt. Eine Dissoziation meint, dass der Realitätsbezug zur Gegenwart nicht mehr vorhanden ist. Es beschreibt also eine Loslösung von sich selbst zur Umwelt. Dissoziationen treten unwillkürlich auf und werden durch einen oder viele auslösende(n) Reiz(e) in der Umwelt hervorgerufen. Diese sind Betroffenen vor Therapiebeginn meistens nicht bewusst. Dissoziation nach DSM-5 wird definiert, wenn eines der folgenden Kriterien als Reaktion auf traumabezogene Stimuli auftritt:

- *Depersonalisation*: Empfindung, sich außerhalb des oder losgelöst vom eigenen Körper zu befinden (z. B. Gefühle, sich wie in einem Traum zu befinden oder dass dies nicht einem selbst passiert).
- *Derealisation*: Empfindungen von Unwirklichkeit, Distanz oder Verzerrung (z. B. Dinge sind nicht real).

Dissoziationen können sich auch als (emotionale) Taubheitsgefühle, Wahrnehmungs- oder Aufmerksamkeitsstörungen sowie (Teil-)Amnesien äußern. Dissoziative Tendenzen erfordern meist ein aktives Handling und graduiertes Vorgehen in der Trauma-Konfrontation (► Kap. 14.1).

Merke

Dissoziative Symptome können auch bei anderen Störungsbildern auftreten. In der ICD-11 gibt es die eigene diagnostische Gruppe dissoziativer Störungen. Deswegen stellen sie aus Gründen klinischer Nützlichkeit konzeptuell kein diagnostisches Kern-Kriterium der PTBS dar.

1.8.2 Verzögerter Beginn

Abschließend wird im DSM-5 klassifiziert, ob der Beginn der Symptomatik *verzögert* war, d. h. die Kriterien für eine Diagnose traten mindestens sechs Monate nach Erleben des traumatischen Ereignisses auf. Dies gilt für das vollständige Kriterienset; einzelne Symptome können vorher bestanden haben. Meist berichten Betroffene schon vorher von subsyndromalen Symptomen, denen nicht genug Beachtung geschenkt wurde und die sich aufgrund erneuter Exposition oder dem Auftreten von Stressoren verstärken. Das klinische Bild einer PTBS mit verzögertem Beginn ohne vorherige einzelne Symptome ist selten.

Merke

Die PTBS ist *eine* mögliche Form der *Traumafolgestörung*.