

Danksagung

Neben dem privaten und beruflichen Alltag ein Fachbuch zu schreiben, ist ein anspruchsvolles Unterfangen. Es benötigt Zeit, die stets ein knappes Gut und weder komprimier- noch teilbar ist. Wenn es möglich war, länger und mit einer gewissen Kontinuität an diesem Buch zu arbeiten, kam ein Gefühl der freudvollen Dankbarkeit auf. Es war eine wunderbare Gelegenheit zu prüfen, was ich gut verstanden, was nicht und besonders was ich nicht ganz richtig oder gar falsch verstanden hatte. Das aus Lehrbüchern, wissenschaftlichen Artikeln und aus der Erfahrung der psychotherapeutischen Begleitung von traumatisierten Menschen sowie aus den zahlreichen Seminaren und Workshops mit Teilnehmenden, teils mit wachsender, teils mit bereits vorhandener praktischer Erfahrung, erworbenes Wissen, musste aus einer präverbalen Form bzw. der Form gesprochener Sprache – möglichst präzise – in Geschriebenes verwandelt werden. Insofern war der Entwicklungsprozess dieses Buch auch für mich ein wichtiges Korrektiv, wofür ich sehr dankbar bin.

Das aber nur in zweiter Linie. Als aller Erstes gilt mein Dank den Patienten, die sich auf die gemeinsame Arbeit eingelassen haben. Traumatische Erfahrungen gehen oft mit einem Vertrauensverlust einher, während hilfreiche Psychotherapie Vertrauen voraussetzt. Dieses einem fremden Menschen geben zu können, braucht sehr viel Mut und diesen haben die meisten unserer Patienten oder sie sind zumindest bereit, ihn zu entwickeln.

Sehr dankbar bin ich auch den Teilnehmenden der zahlreichen Workshops und Fortbildungsveranstaltungen. Meistens hatte ich den Eindruck, sie nahmen daran teil, weil es ihnen ein persönliches Anliegen war, ihren Patienten noch besser helfen zu können. Sie hatten größtenteils bereichernde Fragen, ein wirkliches Interesse und haben dadurch die Veranstaltungen mitgetragen und das Niveau angehoben. Wiederholt war jedoch in den Anfangsrunden eine gewisse Vorsicht, Zurückhaltung, manchmal auch Angst zu spüren, die nicht selten auch verbalisiert wurde, mit Traumatisierten zu arbeiten. Dabei zu unterstützen, mehr Zuversicht für und bei dieser Arbeit zu entwickeln, war mir stets ein sehr wichtiges Ziel, sind es doch Menschen, die Schlimmes, oft Schlimmstes erleben haben müssen und die dennoch diese innere Stärke und Kraft besitzen, sich nicht aufzugeben. Wenn dieses Buch bei seinen Lesern mehr von dieser Zuversicht gebracht und ihre fachliche Kompetenz erweitert hat, hat es seinen Zweck erfüllt.

Den Mitarbeitenden des Kohlhammer-Verlags, allen voran Frau Manuela Pervanidis, möchte ich auch sehr herzlich für die sehr gute, stets sehr professionelle, freundliche und unterstützende Zusammenarbeit danken.

Abschließend möchte ich meiner Frau von Herzen danken. Beim Korrekturlesen war sie so genau und kritisch, wie sie mit mir geduldig und liebevoll war, wenn ich mich nicht im Zustand freudvoller Dankbarkeit, sondern in dem des genervten Zweifels befand.

München, im März 2025
Markos Maragkos

1 Einleitung

Was ist ein traumatisches Ereignis und welche Auswirkungen kann es auf das Leben des Betroffenen haben? Anstatt auf die gängigen Klassifikationssysteme zurückzugreifen, um diese Fragen zu beantworten, soll für diese Einleitung der Versuch unternommen werden, die Perspektive der Betroffenen einzunehmen, denn traumatische Ereignisse können nicht nur den Moment durchdringen, sondern auch einen existenziellen Riss im Lebensfaden des betroffenen Menschen hinterlassen (s. a. Janoff-Bulman, 1992).

1.1 Aus der Perspektive der Betroffenen

Ein traumatisches Ereignis hat eine existenzielle Dimension und kann auf ebenso existenzielle Weise das Sein des Menschen erschüttern. Die Art und Weise, wie er sich, die anderen, die Welt und sich in der Welt sieht und erlebt, kann sich radikal verändern. Wo vorher Alltagsnormalität und -naivität, angenommene, selten oder gar nie überprüfte Sicherheit und Vertrauensvorschuss geherrscht haben, übernehmen jetzt Angst, übertriebene Wachsamkeit, Misstrauen und Entfremdung das Ruder. Das Vertrauen in den guten Lauf der Dinge, die Natürlichkeit, mit der der Mensch morgens sein Heim verlassen hat, eher mit den Alltagswidrigkeiten beschäftigt als mit seiner Verletzlichkeit und Endlichkeit, ist auf einmal wie weggefeht. Das, was stets doch Anderen passiert, ist nun ihm selbst widerfahren. Er ist nicht mehr unverwundbar, unverletzlich, unsterblich, sondern verwundbar, verletzlich und auch kann er sterben. Die innere und äußere Welt des traumatisierten Menschen haben sich verändert.

Die innere Welt wird von Bildern, Gerüchen, Geschmäckern – es kann jegliche Sinnesmodalität sein – beherrscht, die sich gegen den Willen aufdrängen, manchmal so intensiv, dass der Lauf der Zeit unterbrochen scheint. Wo hier und jetzt sein sollte, ist plötzlich dort und damals. Sobald die Zeit wieder ihre Schiene gefunden hat, wird es etwas ruhiger, aber ein kleiner Auslöser genügt und schon ist er wieder auf einer unfreiwilligen Reise in die schreckliche Vergangenheit. Es ist eine Invasion von innen.

Es ist aber auch eine Invasion von außen. Geschehnis und Erlebnis (s. a. Straus, 1930) lassen sich kaum in Worte fassen, es gibt Emotionen, sehr starke Emotionen, die einen übermannen. Es wäre gut und hilfreich, Worte zu finden, diese zu

sprechen, sich seiner Umwelt mitzuteilen, aber das macht Angst, denn die Worte verstärken die Bilder, Erinnerungen und Empfindungen, also müssen sie vermieden werden. Vermeidung »hilft« auch bei der Bewegung – wenn überhaupt möglich – im Außen. Bestimmte Orte dürfen nicht aufgesucht oder müssen umfahren werden. Kurzfristig hilft das. Der Preis ist aber hoch. Wenig Bewegung im Außen bedeutet zwar in der stets kleineren »sicheren« Welt zu sein, jedoch auch gleichermaßen, auf schönes, aufbauendes, bereicherndes Erleben – allein oder mit Anderen – zu verzichten. Dauert dies an, gesellen sich zu allem Übel noch Niedergeschlagenheit und mangelnder Antrieb als weitere Begleiter hinzu. Die Farbe Grau wird bestimmend.

Alltägliche Gespräche sind nicht mehr lustig, ernst oder langweilig, sondern stets begleitet von einem Gefühl der Entfremdung und Andersartigkeit: »Kann er mich verstehen?«; »Wie kann es sein, dass sie mit diesen Alltäglichkeiten beschäftigt ist, dass ihr das wichtig ist?«; »Aber ich war ja früher auch so...«. Und die einem Nahestehenden? Wenn sie um das, was passiert ist und um die innere Welt wissen, dann sind sie nicht selten überfordert. Einigen fehlt jedes Wort, andere fliehen in Floskeln oder versuchen etwas zu tun, von dem sie sicher sind, dass es in der Vergangenheit stets geholfen hat. Vielleicht ein Witz, ein Spruch oder eine allgemeine Aufmunterung, wobei es dem Sprechenden anzumerken ist, dass er versucht, in sich selbst das Gefühl entstehen zu lassen, welches er transportieren will, ohne dass es ihm in Gänze gelingen mag. Beim Traumatisierten bleibt der Eindruck, einsam unter Vielen zu sein.

Die innere Welt hat an Reichtum verloren. Die Palette der Gefühle ist nicht mehr so bunt, manche sind fad und grau, wollen z. T. gar nicht aufkommen, sind taub. Wären die Gefühle Saiten eines Instruments, die – wenn sie angeschlagen werden – das entsprechende Gefühl intonieren, so scheint es, als ob diese so stark angespannt sind, dass nur noch ein dumpfer Ton erklingen kann.

Draußen, in der äußeren Welt, blickt der traumatisierte Mensch nicht mehr wie früher gedankenverloren, vor sich hinträumend oder mit seinen aktuellen Freuden und Widrigkeiten beschäftigt, einfach in die Gegend, sondern sucht aktiv nach ganz bestimmten Hinweisen, deren Vorhandensein Gefahr und deren Abwesenheit vorerst Entwarnung bedeuten. Sogar der Schlaf ist nicht mehr das, worauf er sich freut, sondern der wehrloseste Zustand, der Zustand maximalen loslassen Müssens – nun kaum möglich, denn wenn er sich diesem ergibt, kann er nicht vertrauen, dass alles gut wird.

1.2 Geschichte der Psychotraumatologie

Traumatische Ereignisse und deren Folgen sind seit jeher steter Begleiter des Menschen. Vor diesem Hintergrund ist die – alles andere als geradlinig verlaufende – Geschichte der Psychotraumatologie so alt wie die Menschheit selbst.

Anders liegt der Fall, wenn wir die PTBS als diagnostisches Konzept in den gängigen Klassifikationssystemen betrachten. Von dieser Perspektive aus ist sie ein junges, bemerkenswert volatiles (s.a. North et al., 2016) und in der Fachwelt kontrovers diskutiertes (Bryant, 2022) diagnostisches Konstrukt, welches mehrere Merkmale aufweist: Einerseits ist es eine universelle, zeitlose, ereignisbezogene, psychobiologische Entität. Andererseits wird diese in ein zeitgeistgebundenes, soziokulturelles, politisches und wissenschaftliches Konstrukt überführt mit einer sich entsprechend verändernden Klassifikation und Symptomatologie.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass es sich bei traumatischen Ereignissen zuallererst um von Menschen verursachte oder natürliche Ereignisse handelt, die aufgrund eines gemeinsamen Konsenses von der Fachwelt das Attribut »traumatisch«² erhalten. Diesem Konsens liegen bestimmte Grundannahmen und Bedeutungszuschreibungen zugrunde, die das jeweilige Verständnis dieser Fachwelt widerspiegeln. Sie wiederum besteht aus Personen, die einem bestimmten Zeitgeist unterworfen sind, der von den jeweils gültigen soziokulturellen und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen beeinflusst wird. Die Verwobenheit mit allen Ebenen des menschlichen Lebens erklärt, warum dieses Konstrukt immer schon und weiterhin so leicht persönliche, mediale, soziokulturelle und gesellschaftspolitische Aufmerksamkeit bekommt und wohl auch in Zukunft bekommen wird.

Die Geschichte der Psychotraumatologie vollumfänglich darzustellen, setzt voraus, dieser Komplexität und Verwobenheit Genüge zu tun – das ist alles andere als einfach und kann auch nicht in aller Kürze geschehen. Um den Rahmen dieses Buches einzuhalten, werden im Folgenden, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, einzelne Meilensteine, die nach Ansicht des Autors besonders hervorzuheben sind, beschrieben (s. Fischer-Homberger, 1975; Lehmacher, 2013 für tiefergehende Darstellungen).

Die PTBS ist eine ereignisbezogene psychische Störung, so taucht sie historisch stets im Gefolge von außergewöhnlichen Ereignissen auf. Dabei handelt es sich um Natur-, später mit dem Aufkommen des Eisenbahnwesens Anfang des 19. Jh. (s.u.) auch um technische Katastrophen oder Unfälle, schmerzhaft menschliche Verluste und insbesondere Kriege. Entsprechend lassen sich die ersten Beschreibungen von Menschen, die wir heute als »traumatisiert«³ bezeichnen würden, schon in den ältesten literarischen Werken, wie bspw. im Gilgamesch-Epos (ca. 4 500 v. Chr.), den Berichten von der Schlacht um Marathon⁴, in der Ilias⁵ des Homer aber auch in

- 2 »Traumatisch« ist ein Attribut des Ereignisses und bezieht sich auf die Definitionen in den gängigen Klassifikationssystemen. »Traumatisiert« hingegen bezieht sich auf die Person, die das Ereignis erlebt und dadurch behandlungsbedürftige Beschwerden entwickelt hat (unabhängig davon, ob es sich um eine PTBS oder eine andere Diagnose handelt).
- 3 Die durch die Anführungszeichen signalisierte Einschränkung deswegen, weil wir nicht aus den Augen verlieren dürfen, dass wir die aus damaliger Zeit vorliegenden Berichte aus unserer heutigen Perspektive betrachten und ihnen somit Bedeutungen zuschreiben und mit Begriffen assoziieren, die in der damaligen Zeit vielleicht nicht vorgeherrscht oder einen anderen Sinn gehabt haben.
- 4 So beschreibt Herodot (484–425 v. Chr.) in seinen Schriften über die Schlacht von Marathon (490 v. Chr.) den Krieger Epizelus, der, körperlich unverletzt, eine psychogene Blindheit erleidet, unter der er Zeit Lebens litt.

der Bibel finden. Deutlich später lässt *Shakespeare* (1564–1616) seinen Macbeth traumatische Symptome berichten, die sich auch in den Tagebüchern von Samuel Pepys, einem Staatssekretär im englischen Marineamt, finden, wenn er über die (psychischen) Auswirkungen der großen Feuerkatastrophe von London (1666) auf sein Erleben schreibt.

Der Londoner Chirurg, *John E. Erichsen* (1818–1896), wird irrtümlich als Schöpfer einer der ersten Bezeichnungen der heutigen PTBS, nämlich des »Railway-Spine-Syndrome« gehalten, während er selbst diese als »absurd«⁶ abtat und »Concussion«⁷ of the Spine« bevorzugte. Wenngleich es sich bei diesem unfallbedingten Syndrom um Folgen einer mechanischen Einwirkung handelte, die einen neurologischen Schaden an der Wirbelsäule verursachte, sprach Erichsen psychischen Faktoren, nämlich dem Ausmaß des Schreckens während des Erlebens, eine wichtige Rolle zu. Die Assoziation zwischen etwas Organischem (Rückenmark/Nervensystem) und etwas Seelischem war kein Zufall, denn zur damaligen Zeit wurde das Rückenmark als eine Art »Ort der Seele« betrachtet und Eisenbahnfahrten waren einerseits ein Faszinosum, machten aber auch Angst und wurden anfangs sogar als schädlich angesehen (s. Lehmacher, 2013). Auf Erichsen und seine Publikationen wurde auch Bezug genommen, wenn es nach Eisenbahnunglücken zu Schadenersatzansprüchen kam, was in England ab 1864 möglich war.

Jean-Martin Charcot (1825–1893), Chefarzt an der Salpêtrière, versuchte mit den medizinisch-naturwissenschaftlichen Methoden seiner Zeit die Hysterie zu untersuchen und prägte den Begriff der »traumatischen Hysterie«, als eine Unterform, die in Folge von Unfällen (bspw. Zugunglücken) oder (z. T. geringfügigen) Verletzungen auftrat. Solche externen Ereignisse verstand er als Auslöser (agent provocateur), die, vor dem Hintergrund der individuellen Prädisposition und manchmal mit einer gewissen Latenz, die hysterischen Symptome verursachten. Als einer der Ersten vertrat er zudem die Ansicht – damals skandalös –, dass auch Männer davon betroffen sein können.

Statt von »traumatischer Hysterie« sprach *Hermann Oppenheim* (1857–1919), ein deutscher Neurologe und Psychiater, der während des ersten Weltkrieges ein Lazarett für Kriegsgesopfe leitete, hingegen von »traumatischer Neurose« und verfasste 1889 ein Fachbuch mit dem gleichnamigen Titel, welches einen weiteren Meilenstein darstellt. Anders als Charcot betrachtete er anfänglich diese als eigenständige, im Gehirn lokalisierte, Erkrankung, die, bedingt durch den emotionalen Schock, aber auch mit Beteiligung der Psyche und vorhandener Prädisposition, nach Konfrontation mit traumatischen Ereignissen auftreten kann. Später maß er den psychischen Faktoren mehr Bedeutung bei. Im Jahr 1889, also 25 Jahre später als in England (s. o.), wird auch in Deutschland die traumatische Neurose von der Un-

5 Bspw. Achilles nach dem Tod seines sehr engen Freundes Patroklos (s. a. Shay, 1998).

6 Nach Erichsens Auffassung waren die beschriebenen Symptome Folge einer mechanischen Schädigung der Wirbelsäule (mit Beteiligung der Psyche), allerdings traten diese nicht ausschließlich nach Eisenbahnunglücken auf, wie die Bezeichnung fälschlicherweise suggeriert.

7 Entsprechend auch der Buchtitel, der als Beginn der modernen Geschichte der PTBS gelten kann: On concussion of the spine: Nervous shock and other obscure injuries of the nervous system in their clinical and medico-legal aspects (1875).

fallversicherung als entschädigungspflichtige Erkrankung anerkannt, nachdem 1884 das Unfallversicherungsgesetz (UVG) eingeführt wurde.

Damit begann eine fachliche Kontroverse um die Fragen, welche Rolle die persönliche Prädisposition spielt und ob die Symptome simuliert werden können (»Rentenneurose«). Eine Kontroverse, die in der Zeit des ersten Weltkrieges ihren Höhepunkt erreichte; spätestens zu diesem Zeitpunkt verlor das Oppenheim'sche Konzept seine Gültigkeit in der Fachwelt. Die persönliche Prädisposition (»konstitutionelle Schwäche«), Ausdruck einer »hereditären Minderwertigkeit«, als entscheidender ätiologischer Faktor für die Entwicklung der Symptome, bestimmte die vorherrschende Lehrmeinung. Die Psychiater vergaben hauptsächlich die Diagnosen Hysterie und Neurasthenie statt traumatischer Neurose, wobei dem Ereignis lediglich Trigger- und keine ursächliche Funktion zugesprochen wurde (s. u.).

Als bahnbrechend, weil z. T. bis heute gültig, können die Beiträge von *Pierre Janet* (1859–1947), ein französischer Psychiater, und *Sigmund Freud* (1856–1939), Schüler von Charcot, bezeichnet werden. Hysterische Symptome wurden als psychogen und im Gefolge von traumatischen Ereignissen, meist sexualisierter Gewalt, auftretend betrachtet. Aufgrund ihres Schreckens können sie nicht in die Persönlichkeit integriert werden, bleiben in einem abgespaltenen Zustand und müssen somit im Rahmen der Therapie wieder integriert werden. Dieses Verständnis von Janet ist, wie bereits geschrieben, dem heutigen (insb. in Bezug auf das Konzept der Dissoziation) nicht unähnlich; umso erstaunlicher ist, dass seine Thesen zu seinen Lebzeiten wenig Verbreitung fanden.

Ein weiterer Pionier der Psychotraumatologie ist *Abram Kardiner* (1891–1981), Psychiater und Psychoanalytiker⁸ mit seinem Buch »The Traumatic Neuroses of War« (1941), welches in den USA Aufmerksamkeit erlangte, kurz bevor diese in den zweiten Weltkrieg eintraten. Er arbeitete in den 20er bis 30er Jahren des 20. Jh. in New York mit Kriegsveteranen und verstand die traumatypischen Symptome als einen Anpassungsversuch an sich ständig verändernde Bedingungen. Das traumatische Ereignis verursache eine das Ich überwältigende, zu einem Kontrollverlust führende Überstimulierung. Obwohl auch sein Konzept in Vergessenheit geriet, hat es später die Diagnose der PTBS, als sie erstmals unter diesem Namen im DSM-III (APA, 1980) aufgenommen wurde, beeinflusst (s. u.).

Bereits zu Lebzeiten von Kardiner und einiger weiterer der genannten Pioniere hat es Kriege gegeben. Allen voran muss die Geschichte des Konstrukts auch vor diesem Blickwinkel betrachtet werden, denn die PTBS ist schon immer – wie eingangs erwähnt – auch ein Kind des Krieges und somit der Militärpsychiatrie gewesen. Bereits zu Zeiten des amerikanischen Sezessionskrieges (1861–1865) beschrieb *Jacob Mendes Da Costa* (1833–1900), Chirurg in der Unionsarmee, im Jahr 1871 erstmals die »Cardiophobie« (heute: Herzneurose [ICD-10: F45.3]; »irritable heart«, auch »Da Costa-Syndrom«). Was aber der erste Weltkrieg, als erster industrialisierter Krieg, an Schrecken zu bieten hatte, war unvorstellbar. Die anfängliche Euphorie verging schnell und übrig blieb eine ebenso unvorstellbare Zahl an ver-

8 Sigmund Freud persönlich war sein Lehranalytiker.

letzten oder gar getöteten Soldaten sowie eben die »Kriegszitterer«⁹ oder »Schüttler«, von denen es allein in Deutschland um die 600 000 Fälle gab (s. Lehmacher, 2013). Die Neurologen und Psychiater sahen Parallelen zum Krankheitsbild der »traumatischen Neurose«. Der w. o. bereits kurz angerissene Disput zwischen Hysterie (konstitutionsbedingt) vs. traumatischer Neurose (ereignisbedingt) fand einen weiteren Kulminationspunkt zu Gunsten der Hysterie. Den Kriegszitterern wurde mangelnder Wille, Feigheit, Minderwertigkeit, Degeneriertheit und so manch anderes unterstellt, gefolgt von einer entsprechenden »Behandlung«, die teils darauf ausgelegt war, grausamer als die Kriegserlebnisse zu sein, um sie dazu zu »motivieren«, wieder zurück an die Front zu gehen (s.u.; s.a. Riedesser & Verderber, 1996).

Während des zweiten Weltkrieges nahm das Interesse an der wissenschaftlichen Erforschung von kriegsbedingten psychischen Erkrankungen ab; fast schien es so, als hätte es in diesem Krieg gar keine Zitterer mehr gegeben (s. Lehmacher, 2013). Dabei handelt es sich jedoch um ein Artefakt, denn die Diagnosen »Kriegsneurose« und »Kriegshysterie« wurden 1944 von der Wehrmacht verboten (ebd.); zu stark war die Befürchtung, »Menschenmaterial« zu verlieren. Zudem drohte den Soldaten, bei denen erste Therapieversuche (bspw. Entspannung, Balneotherapie) keine Wirkung zeigten, das sog. »Pansen«, eine auf den deutschen Psychiater Friedrich Panse zurückgehende »Therapie«, basierend auf Elektroschocks. Herrschende Expertenmeinung war nach wie vor (und zu der Zeit noch mehr), dass schwerwiegende (Kriegs-)Ereignisse zwar zu einer psychischen Beeinträchtigung führen können, diese jedoch – wenn der Betroffene grundsätzlich gesund sei – nur kurz andauere und sich schnell zurückbilde. Sei das nicht der Fall, liege es an der bereits erwähnten »minderwertigen« Konstitution.

Diese fachliche Auffassung hielt sich bis in die 1960er Jahre und wurde, vor allem von deutschen Psychiatern, von den Soldaten auch auf KZ-Überlebende übertragen, über die sie nach Einführung des Bundesentschädigungsgesetzes 1953 Gutachten verfassen mussten, die meistens negativ ausfielen, mit z. T. an Absurdität nicht zu überbietenden »fachlichen« Begründungen. Erst ab diesem Zeitpunkt, u. a. durch die Arbeiten von *Ulrich Venzlaff* (1921–2013), kam es zu einem Umdenken. Neben Venzlaff soll hier – gleichsam stellvertretend für alle, die für dieses Umdenken gekämpft haben – auch *Kurt Eisler* (1908–1999) erwähnt werden, ein in die USA emigrierter Psychoanalytiker, österreichischer Herkunft, der 1963 eine Arbeit mit dem außerordentlich provokanten Titel »Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben?« veröffentlichte.

Ein weiterer Krieg, der in Vietnam (1955–1975), und dessen gesellschaftspolitischen Folgen spielten für die Geschichte der PTBS ebenso eine sehr wichtige Rolle. Auch aus diesem gingen unzählige Opfer und Traumatisierte hervor, sowohl unter den Soldaten als auch unter der Allgemeinbevölkerung. *Chaim Shatan* (1924–

9 Charles S. Myers (1873–1946), Sanitätsoffizier im ersten Weltkrieg, prägte den Begriff »Shell Shock«, den er selbst irreführend fand, ist doch die damit beschriebene Symptomatik primär durch die Kriegserlebnisse bedingt und nicht speziell durch eine Granaten-Explosion.

2001) gab der heutigen PTBS ihren damaligen Namen: »Post Vietnam-Syndrome«. Er und *Robert J. Lifton* (*1926), die sich mit Mitgliedern der »Veterans Against the War« zu den so genannten »Rap Sessions« trafen, ebneten den Weg der PTBS in das DSM-III (APA, 1980). Dieses führte sie erstmals mit dieser Bezeichnung und als eigenständige Diagnose ein, die ursächlich auf das traumatische Ereignis zurück zu führen ist, während die vorherigen Versionen von »gross stress reaction« (DSM-I; APA, 1952; »severe physical demands or extreme stress, such as in combat or civilian catastrophe«, S. 40) bzw. von »transient situational disturbance« (DSM-II; APA, 1968; »transient disorders of any severity (including those of psychotic proportions) that occur in individuals without any underlying mental disorders and that represent an acute reaction to overwhelming environmental stress«, S. 48) sprachen.

Die Änderungen im DSM-III-R (APA, 1987) hielten sich hingegen in Grenzen und die im Jahr 1991 veröffentlichte ICD-10 (WHO, 1993) orientierte sich an diesem. Dafür zeigte sich die PTBS im DSM-IV (APA, 1994) deutlich verändert. Neben einem überarbeiteten Traumakriterium wurde sie um die Diagnose einer »akuten Belastungsstörung« ergänzt.

Noch deutlicher sind die Veränderungen im aktuell gültigen DSM-5 (APA, 2013), in dem die PTBS nicht mehr den Angststörungen, sondern zusammen mit der Reaktiven Bindungsstörung, der Beziehungsstörung mit Enthemmung, den Anpassungsstörungen und der akuten Belastungsstörung der neu aufgestellten Kategorie »Trauma- und belastungsbezogene Störungen« zugeordnet ist. Die seit 2022 gültige ICD-11 (WHO, 2022) ging sogar einige Schritte weiter und wird im Kapitel ► 2.1.2 eingehend besprochen (► Kap. 2.1.2).

Alles in allem lässt sich auf eine lange Geschichte und Entwicklung der traumabedingten Störungen zurückblicken, die nicht losgelöst von dem entsprechenden Zeitgeist korrekt eingeordnet werden kann. Die Verwobenheit mit dem jeweiligen Zeitgeschehen in der Vergangenheit weicht heute einer mit den modernen Klassifikationssystemen einhergehenden möglichst bewertungsfreien Betrachtung der Phänomene.

1.3 Was ist ein traumatisches Ereignis?

Die Begriffe Trauma und Traumatisierung haben längst Eingang in die Alltagssprache gefunden und werden teils inflationär verwendet. So findet sich der Term regelmäßig in Zeitungsberichten über sportliche Niederlagen, die für den Spieler bzw. die Mannschaft¹⁰ »traumatisch« gewesen sein sollen. Doch auch die Fachwelt

10 Bspw. nach dem Ausscheiden der deutschen Fußballnationalmannschaft aus der Weltmeisterschaft 2022 und zwar für die Spieler des FC Bayern München (<https://www.sueddeutsche.de/projekte/artikel/sport/fc-bayern-weltmeisterschaft-kimmich-goretzka-neuer-trauma-e094091/>; Zugriff am: 03.03.2025).

setzt sich seit Längerem mit dieser Frage, teils kontrovers¹¹, auseinander, hier unter den Stichworten »semantic inflation« bzw. »bracket creep« oder »concept creep« (Haslam, 2016; s.a. McNally, 2016). Beschrieben wird damit der Umstand, dass diese Begriffe, sowie das Konzept der PTBS, im Verlauf der Zeit und vor dem Hintergrund des jeweils aktuellen Zeitgeistes eine vertikale und horizontale semantische Expansion erfahren. Von Ersterer wird dann gesprochen, wenn die Gültigkeit eines Konstrukts auch auf quantitativ mildere Varianten ausgeweitet wird, von Letzterer, wenn es auf eine qualitativ neue Klasse von Phänomenen erweitert bzw. auf einen neuen Kontext angewendet wird. Beides trifft auf das Ereigniskriterium¹² einer PTBS zu mit weitreichenden Konsequenzen für deren Prävalenz¹³.

Im DSM-III (APA, 1980), mit Einführung der PTBS, war deren Definition noch sehr kompakt (»Existence of a recognizable stressor that would evoke significant symptoms of distress in almost everyone.«, S. 238) und erfuhr im DSM-III-R (APA, 1987) bereits ihre erste Erweiterung mit beispielhaften Ereignissen:

»The person has experienced an event that is outside the range of usual human experience and that would be markedly distressing to almost anyone, e. g., serious threat to one's life or physical integrity; serious threat or harm to one's children, spouse, or other close relatives and friends; sudden destruction of one's home or community; or seeing another person who has recently been, or is being, seriously injured or killed as the result of an accident or physical violence.«; S. 250).

Anders als konzipiert, erwiesen sich jedoch traumatische Ereignisse als nicht außerhalb der normalen menschlichen Erfahrung liegend. Ganz im Gegenteil, sie waren sehr häufig in der Allgemeinbevölkerung zu finden. Dies war u. a. Anlass im DSM-IV (APA, 1994) erneut das A-Kriterium anders zu konzeptualisieren und es in ein objektives A1-Kriterium (»the person experienced, witnessed, or was confronted with an event or events that involved actual or threatened death or serious injury, or a threat to the physical integrity of self or others«; ebd., S. 427) und ein subjektives A2-Kriterium (»the person's response involved intense fear, helplessness, or horror«; ebd., S. 428) aufzuteilen. Während also mit dem A1-Kriterium das Ereignis selbst erfasst wurde, bezog sich das A2-Kriterium auf die subjektive Reaktion. Auch dieses Konzept entpuppte sich jedoch als problematisch. Durch das A2-Kriterium kam es zu einer Vermischung zwischen Ereignis und Reaktion (McNally, 2009). Zudem konnte sich eine PTBS entwickeln, ohne dass bei den Betroffenen das A2-Kriterium zu finden war (bspw. war das bei Einsatzkräften der Fall, die während desselben in einem »Arbeitsmodus« waren, der nicht vorsah, genau zu prüfen, wie die eigene

- 11 S.a. Deahl & Andreassen (2024) sowie Emmelkamp (2023) für eine kritische Auseinandersetzung mit dem PTBS-Konzept im Besonderen und dem Konzept von psychischer Störung im Allgemeinen vor einer kulturellen Perspektive.
- 12 Vergleicht man die Evolution des Ereigniskriteriums vom DSM-I (APA, 1952) bis zur aktuell gültigen Version DSM-5 (APA, 2013), so wird die Verwandlung von einer primär medizinischen, körperlichen Verletzung in eine psychologische deutlich (horizontale Expansion), die sogar nicht einem selbst, sondern einem nahen Menschen zustoßen kann (vertikale Expansion).
- 13 Eine Ausweitung der Definition erhöht die Prävalenz um fast 60% (Breslau & Kessler, 2001).