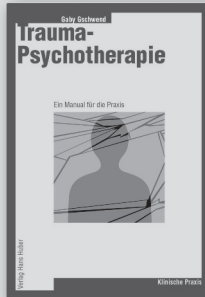


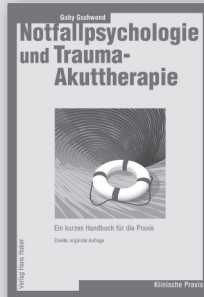
Nach dem Trauma



2004. 133 S., Kt
€ 19.95 /
CHF 34.90
ISBN 978-3-456-84074-1

Gaby Gschwend
Trauma-Psychotherapie
Ein Manual für die Praxis

Formen und Folgen psychischer Traumatisierung werden beschrieben, ebenso Risiken und Chancen der Therapie.



2., erg. Aufl. 2004.
101 S., mit 3
Checklisten, Kt
€ 16.95 /
CHF 29.90
ISBN 978-3-456-84088-8

Gaby Gschwend
Notfallpsychologie und Trauma-Akuttherapie
Ein kurzes Handbuch für die Praxis

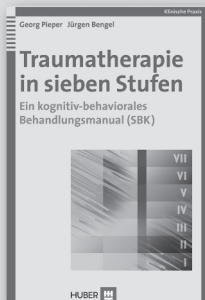
Traumatisierte Menschen brauchen unmittelbar nach dem Ereignis Betreuung. Die Autorin beschreibt den psychologischen Notfalleinsatz, aber auch Inhalte, Ziele und spezielle Faktoren in der Trauma-Therapie.



2006. 101 S., Kt
€ 14.95 /
CHF 23.90
ISBN 978-3-456-84305-6

Gaby Gschwend
Nach dem Trauma
Ein Handbuch für Betroffene und ihre Angehörigen

Dieser Ratgeber hilft Betroffenen, ihren Angehörigen und unterstützenden Personen, die möglichen Folgen traumatischer Erfahrungen besser zu verstehen und damit umzugehen.



2008. 85 S., 1 Abb.,
3 Tab., Kt
€ 17.95 /
CHF 29.90
ISBN 978-3-456-84541-8

Georg Pieper / Jürgen Bengel
Traumatherapie in sieben Stufen
Ein kognitiv-behaviorales
Behandlungsmanual (SBK)

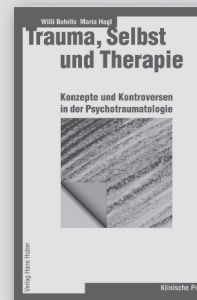
Das «Siebenstufige kognitiv-behaviorale Behandlungskonzept (SBK)» ermöglicht in einem strukturierten Vorgehen die Bearbeitung und Bewältigung traumatischer Erlebnisse.



2003. 192 S.,
3 Abb., Kt
€ 24.95 /
CHF 42.80
ISBN 978-3-456-83806-9

Frauke Teegen
Posttraumatische Belastungsstörungen bei gefährdeten Berufsgruppen
Prävalenz – Prävention – Behandlung

Welche psychischen Auswirkungen haben Katastrophen, Terroranschläge und Gewalttaten auf die Helfer (u.a. Feuerwehr, Rettungsdienste, Polizei)?



2003. 256 S.,
3 Abb., 7 Tab., Kt
€ 26.95 /
CHF 45.80
ISBN 978-3-456-84037-6

Willi Butollo / Maria Hagl
Trauma, Selbst und Therapie
Konzepte und Kontroversen
in der Psychotraumatologie

Wie lässt sich die Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) diagnostisch einordnen? Wird diese Diagnose überhaupt allen möglichen psychischen Belastungsfolgen nach traumatischen Ereignissen gerecht?

HUBER



Erhältlich im Buchhandel oder über
www.verlag-hanshuber.com

Thomas Bronisch

Die Geschichte der Diagnose einer Posttraumatic Stress Disorder – Posttraumatischen Belastungsstörung

History of the diagnosis of a Posttraumatic Stress Disorder

Zusammenfassung

Janet und Oppenheim führten als Schüler von Charcot in Paris 1889 den Begriff des Traumas in die Psychopathologie ein, der mit der Diagnose der traumatischen Neurosen zum Ausgangspunkt der Auseinandersetzungen über die Einschätzung von Kriegszitterern führte. Die traumatische Neurose stand hierbei im Gegensatz zur Einschätzung der Psychopathologie der Kriegszitterer als eine bewusstseinsnahe hysterische Erkrankung wehrunwilliger Simulanten. Die Erfahrungen des 1. und des 2. Weltkrieges ließen die Symptomatik der später formulierten Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) - Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) deutlich werden. Die Definition der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung in DSM-III (1980) und ICD-10 (1991) basierte schließlich auf der Untersuchung von Konzentrationslagerhäftlingen nach dem 2. Weltkrieg durch vorwiegend deutsche Psychiater sowie auf den Erfahrungen mit Opfern des Koreakrieges, des Vietnamkrieges und mit Naturkatastrophen. Neuere Entwicklungen betreffen die Einführung der Diagnosekategorie einer akuten Stressreaktion in DSM-IV in Abgrenzung von einer PTSD mit der Frage, inwieweit diese Diagnosekategorie nicht die einer Anpassungsstörung ersetzen sollte.

Schlüsselwörter

posttraumatic stress disorder – posttraumatische Belastungsstörung – Diagnose – Geschichte

Summary

Janet and Oppenheim – as scholars of Charcot in Paris – introduced the term trauma into psychopathology in 1889. This term, in the sense of a traumatic neurosis, was the starting point of controversies on the judgement of so-called “Kriegszitterer”. The traumatic neurosis was hereby seen as a preconscious hysterical disorder of malingerers refusing military duty. The experience made in the 1st and 2nd World War emerged in a more concise description of the later diagnosis of a Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Finally, the definition of a PTSD in DSM-III (1980) and ICD-10 (1991) was based on the examination of victims of the Holocaust after the 2nd World War – primarily performed by German Psychiatrists – as well as the experience with victims of the Korean War, the Vietnam War and natural disasters. Newer developments refer to the introduction of the diagnosis of an Acute Stress Reaction in contrast to the PTSD with the question as to whether this diagnostic category could replace the diagnosis of an Adjustment Disorder.

Keywords

posttraumatic stress disorder – diagnosis – history interactions which are part of the transference relationship.

■ Einleitung

Der kurze historische Abriss der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung soll das Verständnis für diese Diagnosekategorie im historischen Kontext erweitern. Kaum eine Diagnose nach dem Zweiten Weltkrieg hat einen solchen Siegeszug angetreten wie die der posttraumatischen Belastungsstörung. Die posttraumatischen Belastungsstörungen haben nicht nur unsere Auffassung von Neurobiologie von Trauma und Stress sowie die Behandlungsoptionen wesentlich erweitert (Bronisch, 1997), sondern auch unser Verständnis und die Technik der Krisenintervention allgemein (Bronisch, 2007).

■ Kurzer historischer Abriss

Schon vor der modernen Psychiatrie eines Pinel oder eines Esquirol wurde über die psychischen Reaktionen von Individuen berichtet, die einem traumatischen Ereignis ausgesetzt waren. Ein anschauliches Beispiel findet sich im „Tagebuch“ des Samuel Pepys, der Zeuge des Londoner Großbrandes im Jahr 1666 geworden war; sechs Monate später schrieb er: „Wie merkwürdig, dass ich bis zum heutigen Tag keine Nacht schlafen kann, ohne von großer Angst vor dem Feuer erfasst zu werden; und in dieser Nacht lag ich fast bis zwei Uhr morgens wach, weil mich die Gedanken an das Feuer nicht losließen.“

Da Costa (1871) beschrieb erstmals ein psychovegetatives Syndrom als Folge einer außergewöhnlichen seelischen Belastung bei einem Soldaten des amerikanischen Bürgerkrieges. Die im Zusammenhang mit dieser Beschreibung geprägten Begriffe *irritable heart*, *effort syndrome* und *Da Costa-Syndrom* werden nach wie vor in internistischen Lehrbüchern benutzt, um anhaltende stressbedingte Zustände zu beschreiben, deren Leitsymptome dem heutigen Begriff der Panikattacke entsprechen (Langs & Zapotoczky, 1995).

Janet und Oppenheim führten 1889 als Schüler von Charcot in Paris den Begriff des Traumas in die Psychopathologie ein. Janet veröffentlichte im Jahr 1889 sein Werk „L'automatisme psychologique“ (siehe van der Kolk & van der Hart, 1989), in dem er seine Forschungsergebnisse über mentale Prozesse zusammenfasste, die traumatische Erfahrungen in Psychopathologie transformieren. Er war der Erste, der systematisch Dissoziation als entscheidenden psychologischen Prozess beschrieb, mit dem der Organismus auf überwältigende Erfahrungen reagiert, und er konnte zeigen, dass traumatische Erinnerungen als sensorische Wahrnehmungen, affektive Zustände und Reinszenierungen des Traumas dargestellt werden.

1889 wurde von dem Neurologen Oppenheim der Begriff *Trauma* in die Neuropsychiatrie eingeführt. Oppenheim vermutete die Ursache *traumatischer Neurosen* in mikrostrukturellen Gehirnveränderungen (siehe auch Oppenheim, 1892 und 1915; Weber, 2010).

Kraepelin erwähnt in der 6. Auflage seines Psychiatrielehrbuches (Bd. 2, 1899) den Begriff *Schreckneurose*, der wie folgt definiert ist: „Es handelt sich um ein aus mannigfaltigen nervösen und psychischen Erscheinungen zusammengesetztes Krankheitsbild, welches sich in Folge von heftigen Gemüthserschütterungen, plötzlichem Schreck, großer Angst ausbildet und daher nach schweren Unfällen und Verletzungen, besonders nach Feuersbrünsten, Explosionen, Entgleisungen oder Zusammenstößen auf der Eisenbahn u. dergl. beobachtet wird.“

Sigmund Freud (1920/1940) nahm in „Jenseits des Lustprinzips“ eine traumatische Situation dann an, wenn von außen Erregungen auf das Ich einströmen, die stark genug sind, den Reizschild zu durchbrechen. In einer solchen Situation werde das Ich von Außenreizen überschwemmt und die bisher erreichte Adaptation gestört. Das Individuum kehre in einer solchen Situation zu einem früheren Abwehrmechanismus, und zwar zu dem der zwanghaften Wiederholung der traumatischen Situation, zurück. Hierbei übernehme das Individuum nun aber einen eher aktiv gestalteten Part und nicht mehr den des passiven Ausgeliefertseins der ursprünglichen traumatischen Situation.

Andere psychoanalytische Deutungen der traumatischen Neurose stellten die Aktualisierung frühinfantiler Triebkonflikte durch das Trauma in den Vordergrund (Jones, 1919), d. h., die aktuelle traumatische Situation wurde nicht als eigentlicher und ausreichender ätiologischer Faktor angesehen, sondern die frühkindlichen Triebkonflikte sind entscheidend, wie das erwachsene Individuum auf eine belastende Situation reagiert. Im Ersten Weltkrieg beschrieben Mott (1919) und Southard (1919) die neurologischen und psychologischen Auswirkungen

kriegsbedingter Traumata. Myers (1915, 1940) unterschied zwischen Granatenkonkussion (*shell concussion*) und Granatenschock (*shell shock*). Granatenkonkussion beinhaltete eine neurologische Störung in der Folge einer physischen Verletzung, Granatenschock eine psychische Störung, bedingt durch extremen Stress. Die Diskussion darüber setzt sich bis zum heutigen Tage fort (Jones, Fear & Wessely, 2007).

Die Diagnose der traumatischen Neurose von Hermann Oppenheim stand jedoch von Anfang an im Kreuzfeuer der Kritik und im Gegensatz zu Diagnosen wie hysterische Neurose, Rentenneurose und Simulation. Die Auseinandersetzung um das Konzept der traumatischen Neurose kumulierte im Ersten Weltkrieg bei den sog. Kriegszitterern. Aufgrund der politischen Situation in Deutschland und des Vorherrschens konservativer Anschauungen in der akademischen Psychiatrie wurde das „Kriegszittern“ nicht als genuine, posttraumatisch bedingte psychische Störung anerkannt und führte zur vehementen Zurückweisung dieser Diagnose zugunsten der „männlichen Hysterie“. Oppenheim, einem wichtigen Vertreter des Konzepts *posttraumatischer Neurosen*, wurde immer wieder vorgehalten, es handle sich um eine bewusstseinsnahe hysterische Erkrankung wehrunwilliger Simulanten (Lerner, 1997; Weber, 2010).

Alexandra Adler (1945) unterschied zwei Formen von posttraumatischen Neurosen: die eine folgt einem normalen Stressereignis, wobei in deren Verlauf vorher bestehende Konfliktsituationen und soziale Faktoren eine Rolle spielen, die andere folgt einer objektiv schweren Katastrophe und löst bei beinahe jedem Menschen psychische Störungen aus.

Grinker und Spiegel (1945) sowie Kardiner und Spiegel (1947) verfassten die beiden wichtigsten Monographien über Folgeerkrankungen von Erlebnissen an der Front bzw. im Luftkampf während des Zweiten Weltkrieges. Die Folgeerscheinungen umfassten Unruhe, Aggressivität, Depressivität, Gedächtniseinbußen, Konzentrationsstörungen, Alkoholprobleme sowie wiederkehrende Albträume, Ängste und Phobien. Ähnliche Symptome beschrieb Panse (1952) in seiner Monographie über die Folgeerscheinungen von Luftangriffen in Deutschland während des Zweiten Weltkrieges. Alle drei Autoren schätzten die Symptomatik, vor allem auch die vegetative Symptomatik, als krankhafte, neurotische Reaktionen ein und nicht als organische Schädigung oder Simulation, die noch bei den sog. Kriegszitterern des Ersten Weltkrieges vermutet wurde.

Aufgrund der Häufigkeit kriegsbedingter psychiatrischer Störungen, insbesondere nach dem Zweiten Weltkrieg, wurde die Vielzahl der beschriebenen Symptome zusammengefasst und ein eigenständiges psychiatrisches Krankheitsbild beschrieben. Dies geschah zunächst im Rahmen des DSM I (American Psychiatric Association, 1952) als „schwere Belastungsreaktion“ („gross stress reaction“). Die Diagnose war dann gerechtfertigt, wenn es zu „starken physischen Anforderungen oder extremen Belastungssituationen wie etwa bei Kriegsgefechten oder Naturkatastrophen gekommen war“. Bereits im DSM-I wurde erwähnt, dass diese Diagnose in vielen Fällen auf zuvor psychisch unauffällige Personen zutreffe.

Obwohl die 1952 eingeführte Kategorie der *gross stress reaction* durch weitere empirische Studien über Folgereaktionen der kämpfenden Truppen im Koreakrieg (Lifton, 1954), von Naturkatastrophen (Quarantelli, 1985) und der Konzentrationslagerhaft (von Baeyer, Häfner & Kisker, 1964; Eitinger & Ström, 1973; Matussek, 1971) Bestätigung fand, wurde sie in ICD-8 (Degkwitz, Helmchen, Kockott & Mombour, 1975) und DSM-II (American Psychiatric Association, 1968) wieder gestrichen zugunsten der Diagnosekategorie *transient situational disturbance* bzw. *vorübergehende kurzfristige Auffälligkeiten, die mit situativen Belastungen in Zusammenhang stehen*. In ICD-9 (Degkwitz et al., 1980) wurde diese Diagnosekategorie unverändert belassen.

Interessante Ergebnisse über den zeitlichen Verlauf der Symptomatik lieferten Untersuchungen an Opfern von Vergewaltigungen: Burgess und Holmstrom (1974) konnten eine akute und eine langfristige Phase unterscheiden. Die akute Phase wurde dominiert von allgemeiner physischer Angriffsgefühle durch den Überfall, Spannungskopfschmerzen, Schlafstörungen, Alpträumen, gastrointestinales Schmerzen, urogenitalen Beschwerden, Ängsten, Wut und Schuldgefühlen. Die langfristige Phase ging mit vergewaltigungsbezogenen Alpträumen und Vorstellungen, Vermeidungsverhalten, Ängsten und sexuellen Störungen einher.

Ähnliche Ergebnisse zeigte eine Untersuchung von Kilpatrick; Veronen & Resick (1979), die pathologische Veränderungen bei Vergewaltigungsoptionen erfasste und mit einer Kontrollgruppe verglich. Dabei zeigte sich, dass auch im zeitlichen Verlauf (hier bis 6 Monate nach dem Trauma) die Vergewaltigungsoptionen signifikant größere Furcht vor bestimmten vergewaltigungsbezogenen Stimuli (Fremden, dem Alleinsein, Notaufnahmestationen, nackten Männern) angaben als die Kontrollgruppe.

Horowitz und Solomon (1975) trugen der zeitlichen Komponente auftretender Störungen in der Definition eines „verzögerten Stressreaktionssyndroms“ Rechnung, das sie bei Vietnam-Veteranen diagnostizierten. Das Syndrom bestand aus „Alpträumen, Stimmungstiefs und Gefühlsstürmen, direkten oder symbolischen Wiederholungen und begleitenden sekundären Anzeichen wie beeinträchtigten sozialen Beziehungen, aggressiven und autodestruktiven Verhaltensweisen und der Furcht, die Kontrolle über feindselige Impulse zu verlieren“.

Erst mit DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) bzw. ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991) wurde die Diagnosekategorie einer *posttraumatic stress disorder* (posttraumatische Belastungsstörung) mit operationalisierten Kriterien für Störungen eingeführt, die sich „in der Folge eines traumatischen Ereignisses, das im Allgemeinen außerhalb des menschlichen Erfahrungsbereiches liegt, entwickeln“. Weiter hieß es, dass „der Stressor, der das Syndrom auslöst, bei den meisten Menschen schwere Belastungsstörungen hervorrufen würde, und außerhalb des Bereiches solcher üblicher Erfahrungen wie Trauer, chronische Krankheit, geschäftliche Verluste oder eheliche Konflikte liegt“. Erstmals wurden auch

spezifische diagnostische Kriterien zur Identifizierung der Störung angegeben.

1987 wurde eine revidierte Fassung des DSM-III als DSM-III-R veröffentlicht (American Psychiatric Association, 1987), in der verschiedene Klassen von Traumata, die eine posttraumatische Belastungsstörung auslösen können, vorgestellt wurden. Unterschieden wurden Ereignisse, in denen das eigene Leben oder die körperliche Integrität „bedroht ist von der Beobachtung von Ereignissen, etwa den „Anblick eines anderen Menschen, der bei einem Unfall oder durch eine Gewalttat ernsthaft verletzt oder getötet wird bzw. wurde“. Schließlich wurde noch eine dritte Klasse von Traumata genannt, in der allein die verbale Übermittlung eines Ereignisses die entscheidende Rolle bei der Auslösung der Störung spielt.

Einige wenige Änderungen erfuhr die Definition des Krankheitsbildes im DSM-IV (American Psychiatric Association, 1992). Die Reaktion der betroffenen Person auf ein Trauma der oben beschriebenen Klassen wurde spezifiziert. Es treten intensive Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen auf. Bei Kindern kann sich dies durch auffälliges bzw. agitiertes Verhalten äußern. Die bei Kindern auftretenden Symptome wurden genauer beschrieben: angsterfüllte Träume ohne erkennbaren Inhalt und traumabezogenes Nachspielen. Zusätzlich wird gefordert, dass die Störung ein klinisch relevantes Leiden verursacht oder soziale, berufliche oder andere wichtige Lebensbereiche beeinträchtigt.

In der Zeitachse wurde unterschieden ein akuter Typ (Dauer der Symptome weniger als 3 Monate), ein chronischer Typ (Dauer der Symptome mehr als 6 Monate) und ein Typ mit verzögertem Beginn (die Symptome setzen frühestens 6 Monate nach dem Stress auslösenden Faktor ein).

Tabelle 1 gibt die Kriterien der *posttraumatic stress disorder* (PTSD) nach DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) wieder, die sich nicht wesentlich von den Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 (Dilling et al., 1991) unterscheiden (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003).

Das Kriterium B entspricht den *intrusive symptoms*, das Kriterium C dem Vermeidungsverhalten nach Horowitz (1974, 1986). Während jedoch die PTSD in DSM-IV unter die *Angststörungen* fällt, ist sie in ICD-10 den *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* zugeordnet (F43). Hierbei wird wie in DSM-IV unterschieden zwischen einer akuten Belastungsreaktion (F43.0) und einer posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1).

Die WHO klassifiziert die posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-10 unter dem Kapitel V, Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99), Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48), Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1). Sie entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Prädis-

Tabelle 1:
Diagnostische Kriterien der Posttraumatische Belastungsstörung nach DSM-IV (309.81)

Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:

Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.

Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

Beachte: Bei Kindern kann sich diese auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern.

Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:

Wiederkehrende und eindringliche, belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können.

Beachte: Bei kleinen Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden.

Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis.

Beachte: Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten,

Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten).

Beachte: Bei kleinen Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung auftreten.

Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen

Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:

bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,;

bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen

Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern

deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten

Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen

eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden)

Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben)

Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:

Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen

Reizbarkeit oder Wutausbrüche

Konzentrationsschwierigkeiten

übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz)

übertriebene Schreckreaktion

Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat.

Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Bestimme, ob:

Akut: Wenn die Symptome weniger als 3 Monate andauern.

Chronisch: Wenn die Symptome mehr als 3 Monate andauern.

Bestimme, ob:

Mit verzögertem Beginn: Wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor liegt.

ponierende Faktoren, wie bestimmte, z. B. zwanghafte oder asthenische Persönlichkeitszüge oder neurotische Krankheiten in der Vorgeschichte, können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma

wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert, und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über.

Tabelle 2 gibt die Kriterien der PTSD nach ICD-10 wieder.

Tabelle 2: Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 (F43.1)
A. Die Betroffenen sind einem kurz- oder lang anhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
B. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flashbacks), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.
C. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Erlebnis.
D. Entweder 1. oder 2. 1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern 2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (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 speziellen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden.)

Tabelle 3 Diagnostische Kriterien der Akuten Belastungsstörung nach DSM-IV (308.3)
A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien erfüllt waren: Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die den tatsächlichen oder drohenden Tod oder eine ernsthafte Verletzung oder Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
B. Entweder während oder nach dem extrem belastenden Ereignis zeigte die Person mindestens drei der folgenden dissoziativen Symptome: subjektives Gefühl von emotionaler Taubheit, von Losgelöstsein oder Fehlen emotionaler Reaktionsfähigkeit, Beeinträchtigung der bewussten Wahrnehmung der Umwelt (z. B. „wie betäubt sein“) Derealisationserleben, Depersonalisationserleben, dissoziative Amnesie (z. B. Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern).

Tabelle 3
Diagnostische Kriterien der Akuten Belastungsstörung nach DSM-IV (308.3)

C. Das traumatische Ereignis wird ständig auf mindestens eine der folgenden Arten wiedererlebt: wiederkehrende Bilder, Gedanken, Träume, Illusionen, Flashback-Episoden oder das Gefühl, das Trauma wiederzuerleben, oder starkes Leiden bei Reizen, die an das Trauma erinnern.

Deutliche Vermeidung von Reizen, die an das Trauma erinnern (z. B. Gedanken, Gefühle, Gespräche, Aktivitäten, Orte oder Personen).

Deutliche Symptome von Angst oder erhöhtem Arousal (z. B. Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, übertriebene Schreckreaktion, motorische Unruhe).

Die Störung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen oder beeinträchtigt die Fähigkeit der Person, notwendige Aufgaben zu bewältigen, z. B. notwendige Unterstützung zu erhalten oder zwischenmenschliche Ressourcen zu erschließen, indem Familienmitgliedern über das Trauma berichtet wird.

Die Störung dauert mindestens 2 Tage und höchstens 4 Wochen und tritt innerhalb von 4 Wochen nach dem traumatischen Ereignis auf.

Das Störungsbild geht nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz (z.B. Droge, Medikament) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück, wird nicht besser durch eine kurze psychotische Störung erklärt und beschränkt sich nicht auf die Verschlechterung einer bereits vorher bestehenden Achse-I- oder Achse-II-Störung.

Die Tabelle 3 gibt die Kriterien der akuten Belastungsreaktion nach DSM-IV wieder (Saß et al., 2003).

Die Diagnose einer *acute stress disorder* neben einer PTSD wurde aus folgenden Gründen in DSM-IV eingeführt (Davidson, 1995):

1. Mit dieser Diagnose können frühzeitig ausgeprägte psychopathologische Zustände identifiziert werden als eventueller Anlass für eine nachfolgende Chronifizierung.
2. Dieses „desorganisierte Verhalten, das oft nach extremem Stress gesehen wird, lässt die Betroffenen nicht ausreichend Sorge für sich tragen, so dass Behandlungsmaßnahmen notwendig sind.

Eine Reihe von Studien unterstützt dabei die Annahme, dass

ein akuter dissoziativer Reaktionstyp nach extremem Stress existiert und dass typische Symptome ein verändertes Zeiterleben, veränderte Kognitionen, Erinnerungen und somatische Sensationen sowie Derealisations- und Depersonalisationserleben einschließen. Diese Merkmale sind zudem prädiktiv für eine Monate später auftretende Morbidität (Davidson, 1995). DSM-IV hat deswegen die dissoziative Symptomatik zur Diagnosestellung einer akuten Stressreaktion konsequent in den Vordergrund gestellt.

ICD-10 (Dilling et al., 1991) hat hingegen keine spezifischen Kriterien der akuten Belastungsreaktion formuliert, sondern geht von einem bunten Bild der Symptomatik aus (ICD-10: F43.0, Forschungskriterien) (siehe Tab. 4).

Tabelle 4:
Diagnostische Kriterien der Akuten Belastungsreaktion nach ICD-10 (F43.0)
F43.0 Akute Belastungsreaktion

A. Erleben einer außergewöhnlichen psychischen oder physischen Belastung.

B. Dem Kriterium A. folgt unmittelbar der Beginn der Symptome (innerhalb einer Stunde).

C. Es gibt zwei Symptomgruppen. Die akute Belastungsreaktion wird unterteilt in:

F43.00 leicht nur Symptome aus Gruppe 1

F43.01 mittelgradig Symptome aus Gruppe 1 und zwei Symptome aus Gruppe 2

F43.02 schwer Symptome aus Gruppe 1 und vier Symptome der Gruppe 2 oder dissoziativer

Die Kriterien B, C und D der generalisierten Angststörung (F41.1)

a) Rückzug von erwarteten sozialen Interaktionen

b) Einengung der Aufmerksamkeit

c) offensichtliche Desorientierung

d) Ärger oder verbale Aggression

Verzweiflung oder Hoffnungslosigkeit

Unangemessene oder sinnlose Überaktivität

Unkontrollierbare und außergewöhnliche Trauer (zu beurteilen nach den jeweiligen kulturellen Normen)

Tabelle 4:**Diagnostische Kriterien der Akuten Belastungsreaktion nach ICD-10 (F43.0)**

F43.0 Akute Belastungsreaktion

D. Wenn die Belastung vorübergehend ist oder gemildert werden kann, beginnen die Symptome nach frühestens acht Stunden abzuklingen. Hält die Belastung an, beginnen die Symptome nach höchstens 48 Stunden nachzulassen.

E. Häufigstes Ausschlusskriterium: Derzeit liegt keine andere psychische oder Verhaltensstörung der ICD-10 vor (außer F41.1 generalisierte Angststörung und F60 Persönlichkeitsstörungen). Das Ende einer Krankheitsepisode einer anderen psychischen oder Verhaltensstörung muss mehr als drei Monate zurückliegen.

Bei dem Vergleich der Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 fallen Unterschiede in den diagnostischen Kriterien auf. Das Kriterium A2 erfordert bei DSM-IV eine emotionale Reaktion des Betroffenen auf das traumatische Ereignis in Form von Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen, das in der ICD-10 fehlt. Weiterhin fehlt im Gegensatz zu DSM-IV in ICD-10 das Konzept der generellen Abflachung der emotionalen Reagibilität (Kriterium C) und in ICD-10 im Gegensatz zu DSM-IV das Kriterium der klinischen Signifikanz (Kriterium F in DSM-IV). Während in DSM-IV die Symptome über einen Monat anhalten müssen und ein verzögerter Beginn nach einem halben Jahr möglich ist, gibt ICD-10 keine Dauer der Symptomatik an und schließt eine verzögerte PTSD nach einem halben Jahr aus. Dies zeigt sich auch in den unterschiedlichen Prävalenzraten für PTSD nach DSM-IV und ICD-10. Die Prävalenzraten sind nach den PTSD Kriterien von ICD-10 doppelt so hoch im Vergleich zu den DSM-IV-Kriterien (Peters, Issakidis, Slade & Andrews, 2006; Rosner & Powell, 2007). Die unterschiedlichen Kriterien könnten auch einen Teil der Geschlechtsdifferenzen zwischen Männern und Frauen erklären. In mehreren Studien wurde hierbei eine etwa doppelt so hohe Prävalenzrate für Frauen gegenüber Männern gefunden (Peters et al., 2006; Rosner & Powell, 2007).

■ Diskussion

Mit der Einführung von DSM-III kam es nicht nur zu einer Operationalisierung schon existierender psychiatrischer Diagnosen, sondern es wurden auch neue Diagnosestrategien etabliert, wie etwa PTSD, Panikstörung oder schizotype Persönlichkeitsstörung. Auf der Grundlage langjähriger klinischer Beobachtungen und empirischer Studien wurde von einem Expertengremium, vornehmlich aus dem nordamerikanischen Bereich, der Versuch unternommen, psychiatrische Diagnosekategorien zu schaffen, die diesem Wissen am ehesten entsprechen. Bezogen auf die Diagnosekategorie PTSD, scheint der Versuch geglückt zu sein: PTSD erfuhr sehr schnell Verbreitung auch außerhalb der nordamerikanischen Sphäre, was schließlich zur Einführung einer nahezu gleichlautenden Kategorie in ICD-10 (Degkwitz et al., 1991) führte. Die Revisionen der PTSD nach DSM-III in DSM-III-R und DSM-IV muss man als relativ geringfügig ansehen. Schließlich stimulierte diese Kategorie einen erheblichen Zuwachs an empirischen Studien in den verschiedensten Bereichen der Psychiatrie, Psychologie und der Neurowissenschaften. Vor allem aber ist die Tatsache von Bedeutung, dass diese

Diagnosekategorie Symptome beinhaltet, die bei anderen Krankheitsbildern der Psychiatrie in der Regel nicht zu beobachten sind; gemeint sind damit die nach Horowitz (1974) bezeichneten *intrusive symptoms*, die dem Kriterium B nach DSM-IV entsprechen (s. Tab. 1). Die Durchbrechung der Reizschranke, von S. Freud (1920) postuliert, führt hierbei wohl zu Veränderungen in der Psychophysiologie, der Neuroendokrinologie, der Neuropathologie von neuroanatomischen Strukturen sowie der Genetik und Epigenetik und führt zu einer Fehlanpassung des Gehirns an chronischen emotionalen Stress und zu Angststörungen (Nemeroff et al., 2006). Bei Chronifizierung münden diese Veränderungen in einen Verlust bzw. in eine Schädigung vertrauensbildender Strukturen ein (Strian & Ploog, 1992).

Empirische Evidenz bestätigt den Eindruck, dass die Schädigung zumindest teilweise abhängig ist von dem Schweregrad des Traumas, der Dauer der Einwirkung und der Möglichkeit der Verarbeitung, wobei es in der Mehrzahl der Fälle Individuen trifft, die keine Vulnerabilität im Sinne von psychiatrischen Vorerkrankungen aufweisen (Nemeroff et al., 2006). Somit wird das gerade auch in der deutschsprachigen Psychiatrie lange Zeit vorherrschende Paradigma der Unverwundbarkeit des menschlichen Gehirns durch äußere psychologische Einflüsse (Bonhoeffer, 1947) widerlegt, das sehr viel Unheil bei der Begutachtung von Spätschäden, speziell nach Konzentrationslagerhaft, angerichtet hat (Matussek, 1971).

Von ganz besonderer Bedeutung ist auch die Frage des Verlaufes von PTSD, und zwar nicht nur im Hinblick auf pathogenetische Mechanismen, sondern auch, was therapeutische Interventionen angeht. Es fällt auf, dass bei einem nicht unerheblichen Teil der Betroffenen die sogenannten *intrusive symptoms* über Jahrzehnte hinweg persistieren, andererseits eine psychopathologische Symptomatik erst nach Jahren auftritt (Smid et al., 2009), wie vor allem bei Personen nach Konzentrationslagerhaft beschrieben (Yehuda et al., 2009). Die Diskussion um die Beziehung der Diagnosen einer PTSD, einer akuten Stressreaktion und einer Anpassungsstörung in der Fachliteratur ist erneut aufgeflammt - allerdings in dem Sinne, dass eine Anpassungsstörung als akute Stressreaktion aufgefasst wird, in der Intrusionen, Vermeidungsverhalten und fehlende Anpassungsreaktionen die zentralen Prozesse und Symptome darstellen (Maercker, Einsle & Köllner, 2007; Maercker et al., 2008a; Baumeister, Maercker & Casey, 2009). Wie aus den neuesten epidemiologischen Studien deutlich wird, ist PTSD ein weitverbreitetes Krankheitsbild in der

Normalbevölkerung mit einem hohen Grad der Chronifizierung, ohne dass bisher ausreichende pharmako- und psychotherapeutische Interventionen zur Verfügung stehen (Maercker et al., 2008b). Deswegen sollte künftig in Klinik und Wissenschaft den Diagnosekategorien einer akuten Stressreaktion und einer posttraumatischen Belastungsstörung vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt werden.

■ Literatur

- Adler, A. (1945). Two different types of posttraumatic neuroses. *American Journal of Psychiatry*, 102, 237-240.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual. Mental Disorders. Ed 1 – DSM-I*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual. Mental disorders. Ed 2 – DSM-II*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual. Mental disorders. Ed 3 – DSM-III*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual. Mental disorders. Ed 3 - revised – DSM-III-R* Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1992). *Diagnostic and Statistical Manual. Mental disorders. Ed 4 – DSM-IV*. Washington DC: American Psychiatric Association
- Baeyer, W. Ritter von, Häfner, H. & Kisker, K.P. (1964). *Psychiatrie der Verfolgten. Psychopathologische und gutachtliche Erfahrungen an Opfern der nationalsozialistischen Verfolgung und vergleichbarer Extrembelastungen*. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer.
- Baumeister, H., Maercker, A. & Casey, P. (2009). Adjustment disorder with depressed mood. A critique of its DSM-IV and ICD-10 conceptualisations and recommendations for the future. *Psychopathology*, 42, 139-147.
- Bonhoeffer, K. (1947). Vergleichende psychopathologische Erfahrungen aus den beiden Weltkriegen. *Nervenarzt*, 18, 1-4.
- Bronisch, T. (1997). Posttraumatic stress disorder - Posttraumatische Belastungsstörung. *Neuere Forschungsergebnisse. Fortschritte Neurologie Psychiatrie*, 65, 195-207.
- Bronisch, T. (2007). Definition und Behandlungsprinzipien der Krisenintervention und des Notfalls. *Psychotherapie*, 12, 229-233.
- Burgess, A.W. & Holstrom, L.L. (1974). Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 131, 981-986.
- Da Costa, J.M. (1871). On irritable heart: a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. *American Journal of Medical Science*, CXXI, 17-52.
- Davidson, J.R.T. (1995). Posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry VI* Williams & Wilkins, Baltimore (Bd. 1; 6. ed.; pp. 1227-1236).
- Degkwitz, R., Helmchen, H., Kockott, G. & Mombour, W. (Hrsg.). (1975). *Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten*. Deutsche Ausgabe der Internationalen Klassifikation der WHO: ICD-8. Revision, Kap V (4. Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Degkwitz, R., Helmchen, H., Kockott, G. & Mombour, W. (Hrsg.). (1980). *Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten*. Deutsche Ausgabe der Internationalen Klassifikation der WHO: ICFD-9. Revision, Kap V (5. Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. World Health Organization (WHO). Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber.
- Eitinger, L. & Strøm, A. (1973). Mortality and morbidity after excessive stress. A follow-up investigation of Norwegian concentration camp survivors. Oslo: Universitetsforlaget; New York: Humanities Press.
- Freud, S. (1940). *Jenseits des Lustprinzips*. Ges.-Werke XIII. London: Imago. (Original veröffentlicht 1920).
- Grinker, R.R. & Spiegel, J.P. (1945). *Philadelphia: Men under stress*. Philadelphia: Blakiston
- Horowitz, M.J. (1974). Stress response syndromes: character, style, and dynamic psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 31, 768-781.
- Horowitz, M.J. (1986). *Stress response syndromes (2. ed.)*. New York: Jason Aronson.
- Horowitz, M.J. & Solomon, G.F. (1975). A prediction of delayed stress response syndrome in Vietnam veterans. *Journal of Social Issues*, 4, 67-79.
- Jones, E. (1919). Die Kriegsneurose und die Freudsche Theorie. In S. Freud, S. Ferenczi, K. Abraham, E. Simmel & E. Jonas (Hrsg.), *Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen*. Leipzig, Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Jones, E., Fear, N.T. & Wessely, S. (2007). Shell shock and mild traumatic brain injury: a historical review. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1641-1645.
- Kardiner, A. & Spiegel, H. (1947). *The traumatic neuroses of war*. New York: Hoebner.
- Kilpatrick, D. & Resnick, H. (1992). PTSD associated with exposure to criminal victimization in clinical and community populations. In J. Davidson & E. Foa (Eds.), *Post-traumatic stress disorder in review: Recent research and future directions.*; Washington DC: American Psychiatric Press.
- Kilpatrick DG; Veronen LJ; Resick PA (1979): Assessment of the aftermath of rape: Changing patterns of fear. *Journal of Behavioral Assessment* 1; 133-147
- Kolk, B.A. van der & Hart, O. van der (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1530-1540.
- Kraepelin, E. (1899). *Psychiatrie (Bd. 2.; S.520)*. Leipzig: Barth.
- Langs, G., Zapotoczky, H.G. (1995). Neuere Entwicklung der Terminologie bei Angsterkrankungen. In S. Kasper & H.-J. Möller (Hrsg.), *Angst- und Panikerkrankungen (S. 23-38)*. Stuttgart, Jena: Gustav Fischer.
- Lerner, P. (1997). „Nieder mit der traumatischen Neurose, hoch die Hysterie“: Zum Niedergang und des Hermann Oppenheim (1989-1919). *Psychotherapie*, 2, 16-22.
- Lifton, R.J. (1954). Home by ship: reaction patterns of American prisoners of war repatriated from North Korea. *American Journal of Psychiatry*, 110, 732-739.
- Maercker, A., Einsle, F. & Köllner, V. (2007). Adjustment disorders: a new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology*, 40, 135-146.

- Maercker, A., Forstmeier, S., Enzler, A., Krüsi, G., Hörler, E., Maier, C. & Ehlert, U. (2008a). Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 113-120.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008b). Posttraumatische Belastungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt*, 79, 577-586.
- Matussek, P. (1971). *Die Konzentrationslagerhaft und ihre Folgen*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Mott, F.W. (1919). *War neuroses and shell shock*. London: Oxford University Press.
- Myers, C.S. (1915). A contribution to the study of shell shock. *Lancet* 1: 316-320.
- Myers, C.S. (1940). *Shell-shock in France: 1914-1918*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nemeroff, C.B., Bremner, D.J., Foa, E.B., Mayberg, H.S., North, C.S. & Stein, M.B. (2006). Posttraumatic stress disorder: a state-of-the-science review. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 1-21.
- Oppenheim, H. (1889). *Die traumatischen Neurosen - nach den in der Nervenkl. der Charité in den letzten fünf Jahren gesammelten Beobachtungen*. Berlin: Hirschwald.
- Oppenheim, H. (1892). *Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenkl. der Charité in den 8 Jahren 1883-1891 gesammelten Beobachtungen (2. Aufl.)*. Berlin: Hirschwald.
- Oppenheim, H. (1915). *Der Krieg und die traumatische Neurose*. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 52, 257.
- Panse, F. (1952). *Angst und Schreck*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Pepys, S. (1980). *Tagebuch aus dem London des 17. Jahrhunderts*. Ausgewählt, übersetzt und herausgegeben von H. Winter. Stuttgart: Philipp Reclam jun.
- Peters, S., Issakidis, C., Slade, T. & Andrews, G. (2006). Gender differences in the prevalence of DSM-IV and ICD-10 PTSD. *Psychological Medicine*, 36, 81-89.
- Quarantelli, E.L. (1985). An assessment of conflicting values on mental health: the consequences of traumatic events. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake*. New York: Brunner/Mazel.
- Rosner, R. & Powell, S. (2007). Does ICD-10 overestimate the prevalences of PTSD? *Trauma & Gewalt*, 1, 46-57.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Text Revision*. Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen. Textrevision: Deutsche Bearbeitung. Göttingen: Hogrefe.
- Smid, G.E., Mooren, T.T.M., van der Must, R.C., Gersons, B.P.R. & Kleber, R.J. (2009). Delayed posttraumatic stress disorder: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 1572-1582.
- Southard, E.E. (1919). *Shell shock and neuropsychiatric problems*. Boston: Leonard.
- Strian, F. & Ploog, D. (1992). Posttraumatic stress disorder - neuronal damage from catastrophic events? In G.D. Burrows, Sir M. Roth & R.J. Noyes (Eds.), *Handbook of anxiety (Vol. 5; pp. 365-386)*. Amsterdam: Elsevier Science.
- Weber, M.M. (2010). *Erschütterte Nerven. Hermann Oppenheims Konzept der traumatischen Neurose*. *Psychotherapie*, 15
- Yehuda, R., Schmeidler, J., Jabinsky, E., Bell, A., Morris, A., Zemelmann, S. & Grossman, R.A. (2008). Ten-year follow-up study of PTSD diagnosis, symptom severity and psychosocial indices in aging holocaust survivors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 25-34.

■ Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Thomas Bronisch
Max-Planck-Institut für Psychiatrie
Klinisches Institut
Psychiatrische Klinik
Kraepelinstr. 2-10
80804 München

Tel.: 089-30622-239 | Fax: 089-30622-223

E-Mail: bronisch@mpipsykl.mpg.de