



Alles Trauma oder was? Die inflationäre Verwendung des Begriffs „Trauma“

Jürgen Bengel

Universität Freiburg

7. Fachtagung des IVS:
Psychotherapie nach kritischen Lebensereignissen und Traumatisierungen
Erlangen, 27.6.2009



- **Fokus auf Stressor** (A Kriterium)
- **Überinklusivität** bzgl. traumatischer Ereignisse
 - Erkrankungen, die nicht mit direkter Lebensgefahr / -bedrohung einhergehen (Shaw et al., 1997)
 - Mobbing (Leymann, 1990)
- **Vernachlässigung** von Risiko- und Schutzfaktoren



- Beschreibung des **auslösenden Ereignisses** und auch Beschreibung der **Folgen**
(keine Trennung zwischen Stressor und Reaktion)
- Häufig eine unbedingte Beziehung zwischen einem traumatischen Ereignis und der Reaktion angenommen: **Fehlschluss**
„Wenn jemand ein schweres Busunglück erlebt hat, dann ist er traumatisiert“



- Schlussfolgerung häufig: **Erleben traumatisches Ereignis = PTBS**
- Vernachlässigung **anderer psychischer Störungen** als Folge kritischer Ereignisse
- Vernachlässigung **unterschwelliger Probleme** als Folge kritischer Ereignisse



1. Die Problematik des A-Kriteriums

2. Fokus auf PTBS

3. Risiko- und Schutzfaktoren

Historie: Traumafolgestörungen



ALBERT-LUDWIGS-
UNIVERSITÄT FREIBURG

- 1866/1885 Railway-Spine-Syndrom
- 1889 Oppenheim – Traumatische Hysterie („Erschütterung“)
- 1887/1889 Charcot und Janet – Hysterie
- 1. Weltkrieg – „Kriegszitterer“
- 1941 Kardiner – Traumatic Neurosis of War
- 1952 DSM – Gross stress reaction
- 1980 DSM – Akute und posttraumatische Belastungsstörung



1980:

„Erleben einer Situation außerhalb des Bereiches normaler menschlicher Erfahrungen“

- Fokus auf Krieg, sexuelle Übergriffe, kriminelle Gewalt, Naturkatastrophen

1994 (DSM-IV) Erweiterung:

A1 Person **erlebte**, war Zeuge von oder wurde mit einem oder mehreren Ereignis(sen) konfrontiert, die lebensbedrohlich war(en) oder schwere Verletzung oder Bedrohung der physischen Integrität der eigenen Person oder anderer beinhaltete(n).

A2 **Reaktion** der Person zeichnet sich durch intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken aus.

- Lebensbedrohliche oder extrem beeinträchtigende Erkrankungen
- Berufsbedingte bzw. sekundäre Traumata (u.a. Rettungskräfte, Polizei, Feuerwehr, Intensivpersonal)

Kritische und traumatische Lebensereignisse

- Sexuelle Gewalt, Vergewaltigung
- Erleben von krimineller Gewalt
- Kriegserfahrung, Kriegsgefangenschaft, Geiselhaft, Folter

- Erleben von Naturkatastrophen
- Erleben von technischen Katastrophen



- Schwere Unfall, schwere Verletzung
- (Schwere, chronische) körperliche Erkrankung

- Verlust einer nahe stehenden Bezugsperson

- Deutliche Veränderung der häuslichen und familiären Situation
- Deutliche Veränderung der schulischen und beruflichen Situation



Inhaltliche Klassifikation von Stressoren

(Bengel & Hubert, im Druck, 2010; modifiziert nach R. Bastine)



ALBERT-LUDWIGS-
UNIVERSITÄT FREIBURG

Stressor	Beschreibung	Beispiele
Alltagsstressoren, belastende Alltagereignisse (Mikrostressoren)	Situationen und Ereignisse des täglichen Lebens, die (bei Häufung verstärkt) Missemmpfinden bewirken (können)	Ärgernis mit Haushaltsführung, Konflikt im Arbeitsleben
Kritische Lebensereignisse (Makrostressoren)	Subjektiv belastende Lebensumstände, die räumlich und zeitlich begrenzt sind. normativ oder nicht-normativ, erwartbar oder plötzlich, positiv oder negativ in ihrer Valenz	Verlassen des Elternhauses (normativ, erwartet), plötzlicher Tod einer nahe stehenden Person (unerwartet)
Traumatische Ereignisse (Makrostressoren)	Typ-I-Trauma(tisches Ereignis): einmalig, begrenzte Dauer Typ-II-Trauma(tische Ereignisse): wiederholte, lang andauernde Ereignisse	Schwerer Verkehrsunfall, Naturkatastrophe (Typ-I), fortgesetzter sexueller Missbrauch (Typ-II)



- Ausmaß und Intensität
- Dauer und Kumulation
- Neuheit und Ambiguität
- Verursachung
- Kontrollierbarkeit und Vorhersehbarkeit
- Normativität und Zeitpunkt (Lebenszyklus)

Bewertung und Valenz: **Subjektive Interpretation und Bewertung des Ereignisses entscheidend!**



Diagnosemitteilung als traumatischer Stressor

Krebs: Konfrontation mit lebensbedrohlicher Krankheit

- potentiell traumatisches Erlebnis
- erschwert durch Anhalten des Stressors
- Diagnose von PTBS, partielle PTBS, Anpassungsstörung

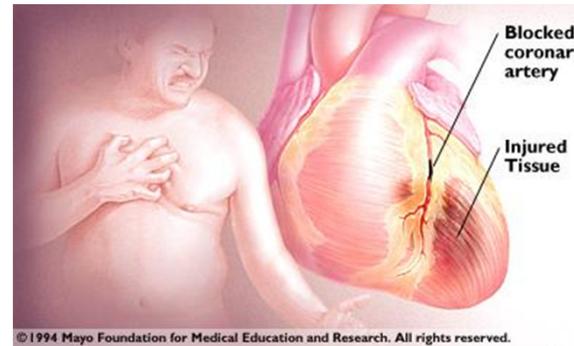
Prädiktoren für bedeutsame posttraumatische Symptome:

- Geschlecht
- Initiale Belastungsreaktion
- Vorbestehende psychische Belastungen
- Soziale Unterstützung

Häufige untersuchte somatische Bereiche



ALBERT-LUDWIGS-
UNIVERSITÄT FREIBURG



- Myokardinfarkt
- Schlaganfall
- Krebserkrankungen, speziell Brustkrebs
- Verbrennungskrankheiten
- HIV und AIDS
- Behandlungen (z.B. Transplantation, komplizierte Geburt)
- Angehörige krebsskranker und herztransplantiertes Personen



- Bedrohung nicht durch äußere Umwelt, sondern durch **internen Stressor**
 - Trennung Bedrohung – Person nicht möglich
- Belastung weniger durch Erinnerung an vergangenes Ereignis, sondern durch **zukünftige** (und dadurch unspezifischere) Lebensbedrohung
(Ausnahme z.B. Herzinfarkt; Behandlung einiger gravierender Erkrankungen, die als Todesbedrohung erlebt werden können)
- Z.T. „**Informationstrauma**“ (Bedrohung durch Vermittlung einer Information)
 - Intrusionen durch Ruminieren

Zöllner & Maercker, 2005



- Nach verschiedenen Revisionen des A-Kriteriums seit DSM-III Zusammenhang zwischen spezifischen Ereignissen und Arten der Exposition mit posttraumatischem Syndrom noch immer unklar
 - Symptomatische Beschreibung der PTBS hingegen zunehmend valide (und wirkt deflationär)
 - Vergewaltigung, Folter versus Geburt, Fernsehbericht über 9/11
- Spezifität oder Sensitivität?
 - Verleitet A-Kriterium zu monokausalen Annahmen?
Tautologie?
 - Dichotomie sinnvoll? Abgeschafft in DSM-V?

Bedard-Gilligan & Zoellner, 2008; North et al., 2009; Weathers & Keane, 2007; Baumeister & Kufner, 2008

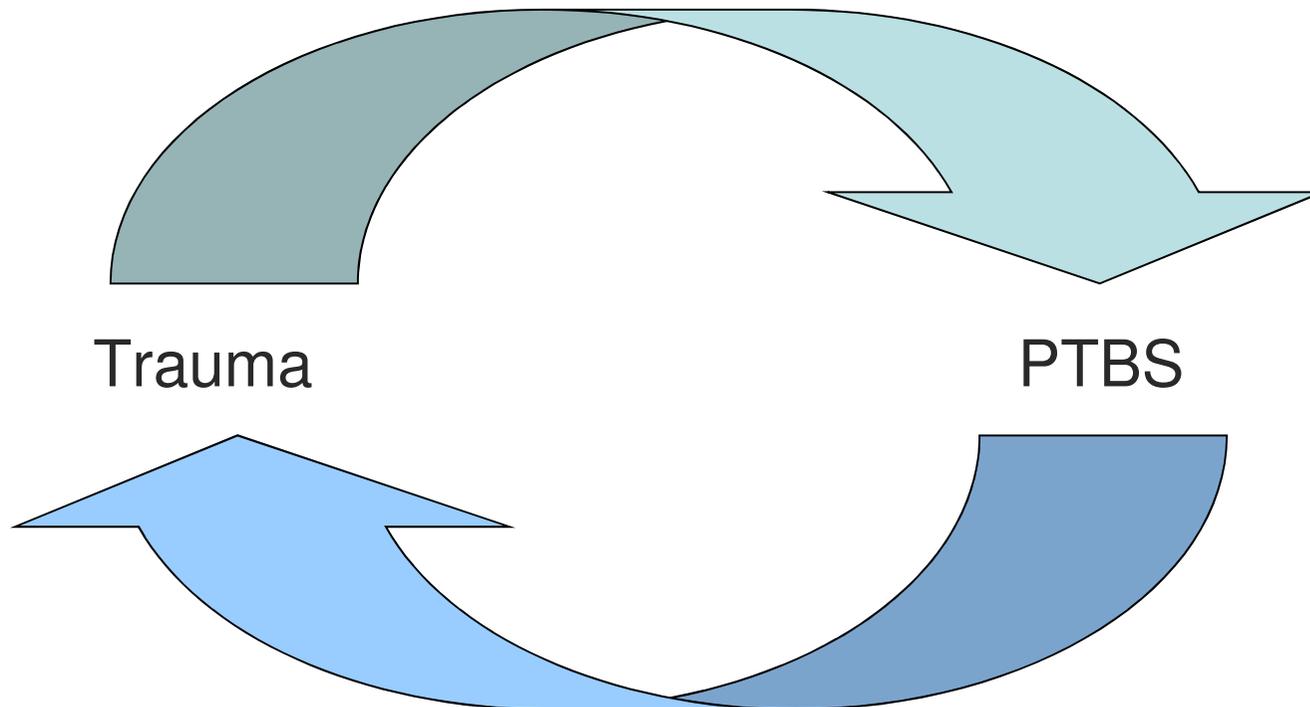
1. Die Problematik des A-Kriteriums

2. Fokus auf PTBS

3. Risiko- und Schutzfaktoren



- Akute Belastungsreaktion (Stunden bis Tage)
 - Akute Belastungsstörung (bis 3 Monate danach, DSM)
 - Anpassungsstörung
 - Posttraumatische Belastungsstörung
- Verzögerte PTBS (Auftreten der Symptomatik nach 6 Monaten)
 - Komplexe PTBS
 - Andauernde posttraumatische Persönlichkeitsveränderung
 - Posttraumatische Verbitterungsstörung
- Weitere Belastungsfolgen (z.B. Depression, somatoforme Störung)
 - „Unspezifische“, unterschwellige Belastungsfolgen



Prävalenz PTBS in Abhängigkeit vom Ereignis in %



ALBERT-LUDWIGS-
UNIVERSITÄT FREIBURG

Kessler et al. (1995) **Creamer et al. (2001)**

12-Monatsprävalenz		3.9	1.3
		Lebenszeit	12-Monate (♂ / ♀)
Irgendein traumat. Ereignis	Frauen	10-12	2.9
	Männer	5-6	1.9
Vergewaltigung		56	8.4 / 9.2
Krieg		39	4.7 / -
Sexuelle Belästigung		19	11.8 / 5.5
Unfälle		8	1.5 / 1.7
Zeuge (von Unfällen, Gewalt)		7	1.0 / 1.1
Feuer / Naturkatastrophen		5	0.3 / 1.3

Prozentsatz komorbider Störungen einer PTBS

Creamer et al., 2001: Australian National Survey of Mental Health and Well-being



ALBERT-LUDWIGS-
UNIVERSITÄT FREIBURG

	Männer		Frauen	
	Mit PTBS %	Ohne PTBS %	Mit PTBS %	Ohne PTBS %
Affektive Störungen				
Major Depression	51,6	3,8	65,1	7,5
Dysthymie	2,0	0,5	8,2	0,3
bipolar	2,6	0,1	0,6	0,1
Angststörungen				
GAS	40,2	1,7	22,0	2,6
Panikst./Agoraph.	15,1	0,6	16,9	2,1
Soziale Phobie	23,3	1,0	13,3	1,4
Zwangsstörung	9,2	0,6	12,5	0,6
Substanzstörungen				
Alkoholmissbr./-abh.	37,6	8,5	12,4	3,1
Drogenmissbr./-abh.	22,6	3,9	15,0	1,4



- Anpassungs- und Belastungsstörungen
- Depressive Störungen
- Manien
- Angststörungen
- Dissoziative Störungen
- Sucht- und Abhängigkeitsstörungen
- Somatoforme Störungen, Schmerzstörungen
- Chronisches Erschöpfungssyndrom
- Funktionelle Störung, Neurasthenie
- Persönlichkeitsstörungen (v. a. Borderline, antisozial, paranoid, vermeidend-selbstunsicher, passiv-aggressiv)
- Erhöhtes Suizidrisiko (bis zu 8 mal)

AWMF, in Vorb.; Maercker & Karl, 2005; Resick, 2003

Auswirkungen sexueller Übergriffe

(Burnam et al., 1988; N = 3132)



ALBERT-LUDWIGS-
UNIVERSITÄT FREIBURG

	Prozentsatz mit Störung (LZ)	
	Sexuell angegriffen	Nicht angegriffen
Störung	%	%
Major Depression	17,9	4,7**
Manie	2,5	0,3*
Schizophrenie	1,6	0,4
Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit	18,4	13,8
Drogenmissbrauch/-abhängigkeit	20,4	5,5**
Antisoziale Persönlichkeit	4,6	0,8
Phobie	22,2	9,7**
Panikstörung	4,6	0,8**
Zwangsstörung	5,3	1,4**
*p<.01; **p<.001		



- Probleme im sozialen Bereich
 - Familien- und Partnerschaftsprobleme
 - Häusliche Gewalt
 - Erhöhte Scheidungsraten
 - Arbeitsprobleme und Arbeitslosigkeit
- Lernschwierigkeiten
 - Vermehrter Konsum von Suchtmitteln
 - Veränderte Gefühle bezüglich der eigenen Zukunft
 - Übermäßiges Misstrauen
 - Wiederholtes Opferwerden

Maercker & Karl, 2005; Resick, 2003; Bengel & Hubert, im Druck



Tumorerkrankungen	20-40%
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	15-30%
Muskulo-skelettale Erkrankungen	30-50%

Rund 1/3 der Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen leiden an Anpassungsstörungen, Angststörungen, Depression, Suchterkrankungen

2.0 fach erhöhtes Risiko gegenüber Bevölkerung

Prävalenz PTBS bei körperlicher Krankheit in %



ALBERT-LUDWIGS-
UNIVERSITÄT FREIBURG

HIV und Aids	15-64
Behandlung auf Intensivstation	0-64
Unzureichende Sedierung bei OP	56
Krebs	2-46
Verbrennungen	18-45
Herztransplantation	10-38
Herzchirurgischer Eingriff	5-19
Lebertransplantation	4

Hoher Anteil passagerer Symptomatik? Zeitpunkt der Erhebung! Diagnostische Kriterien!

Davydow et al., 2008; Griffiths et al., 2007; Krauseneck et al., 2005; Vranceanu et al., 2008



PTBS und Depression sind starke Mediatoren

- **Gesundheit. Probleme und Gesundheitsverhalten**
 - u. a. Über-/Untergewicht, Gehör, Leistungsfähigkeit, Magen-Darm, Atmung, Rauchen
- **Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung**
 - häufig erhöht, zum Teil aktive Vermeidung
- **Somatische Krankheiten**
 - u. a. Herz-Kreislaufkrankungen, chronische Rücken-, Bauch- und Kopfschmerzen, dermatologische Probleme
- **Mortalität**
 - Suizid, gewaltsamer Tod, Unfalltod, Folge körperlicher Krankheit

Resick, 2003; Shalev, 2001



1. Die Problematik des A-Kriteriums

2. Fokus auf PTBS

3. Risiko- und Schutzfaktoren

- Prätraumatisch
- Peritraumatisch
- Posttraumatisch





- Weibliches Geschlecht
 - Niedriger sozioökonomischer Status
 - Niedrige Intelligenz, niedrige Bildung
-
- Psychische Erkrankungen in der Familie
-
- Belastende Lebensereignisse vor dem Trauma bzw. frühere Traumaerfahrungen
 - Niedriges vorheriges Funktionsniveau
 - Vor bestehende psychische Belastungen oder Störungen



- Schwerwiegendes bzw. kritisches Ereignis
 - Direkte Beteiligung
 - Besondere Merkmale (Dauer, Anblick von schweren Verletzungen, verzögerte Rettung)
 - Art und Schwere der Verletzungen
- wahrgenommene Todesbedrohung
 - negative emotionale Reaktionen (Angst, Hilflosigkeit, Schrecken, Schuld und Scham)
- Dissoziation (?)



- Geringe wahrgenommene soziale Unterstützung
- Fortgesetzte Hilflosigkeit / fehlende Kontrolle
- Vermeidende Bewältigungsstrategien
- Katastrophisierende Bewertungen und Attributionsstil
- Exzessive Schuld und Verantwortung
- Anhaltender Stress
- Anhaltende schwere Symptomatik
- Beunruhigung durch Symptomatik
- Anhaltende Schmerzen
- Irreversible Schädigungen
- Finanzielle Verluste

Insel Kauai, Hawaii



ALBERT-LUDWIGS-
UNIVERSITÄT FREIBURG





- **Ziel:** Langfristige Konsequenzen von kritischen Lebensereignissen, Risiko- und Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung
- **Stichprobe:** 1955 auf der Insel Kauai geborenen Kinder (n=698)
- **Erhebungszeitraum:** Schwangerschaft, 1, 2, 10, 18, 32 und 40 Jahre
- **Ergebnis:** Von 201 Hochrisikokindern zeigten 72 als junge Erwachsene gute Entwicklungsergebnisse und Kompetenzen in den verschiedensten Bereichen □ „vulnerable but invincible“
- **Mögliche Erklärung:** Interaktion einer Reihe schützender Faktoren im Verlauf der Entwicklung, die sich gegenseitig verstärken



- **Personale Schutzfaktoren**
 - Körperliche Schutzfaktoren
 - Kognitive und affektive Schutzfaktoren
 - Interpersonelle Schutzfaktoren

- **Familiäre Schutzfaktoren**
 - Strukturelle Familienmerkmale
 - Familiäre Beziehungen
 - Merkmale der Eltern

- **Soziale Schutzfaktoren**
 - Soziale Unterstützung
 - Beziehung zu Erwachsenen
 - Kontakte zu Gleichaltrigen
 - Qualität der Bildungsinstitutionen

(www.bzga.de; siehe Bengel et al., 2009)



Antonovsky Salutogenesemodell – Kohärenz

Schutzfaktoren (Bewältigungsdispositionen)

- Selbstwirksamkeitserwartung
- Optimismus, positives Selbstkonzept
- Soziale Unterstützung

Mögliche Wirkungen:

- Realistische Risikowahrnehmung
- Puffern von Belastungen
- Direkte Wirkung auf das physiologische System / Immunsystem
- Adäquates Vorsorge- und Gesundheitsverhalten
- Wechselwirkung zwischen Risiko- und Schutzfaktoren, Umwelt, Genen



- Diskussion des A-Kriteriums
- Beziehung zwischen traumatischem Ereignis und Reaktion
- Traumafolge nicht immer PTBS
- Berücksichtigung anderer psychischer Störungen
- Berücksichtigung unterschwelliger Folgen
- Gewichtung von Risiko- und Schutzfaktoren



- Baumeister, H. & Kufner, K. (2009). It is time to adjust the adjustment disorder category. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 409-412.
- Baumeister, H., Maercker, A. & Casey, P. (2009). Adjustment disorders with depressed mood: A critique of its DSM-IV and ICD-10 conceptualization and recommendations for the future. *Psychopathology* 42, 139-147.
- Baumeister, H. (2008). Anpassungsstörungen im Sinne einer reaktiven Depression: Charakteristika und Prävalenzraten der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie*, 2, 91-96.
- Bengel, J. (Hg.) (2004). *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. Berlin: Springer.
- Bengel, J. & Becker, K. (erscheint 2009). Psychologische Frühinterventionen. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (3. Auflage). Berlin: Springer.
- Bengel, J. & Hubert, S. (im Druck, 2010). *Anpassungsstörung und Akute Belastungsreaktion*. Göttingen: Hogrefe.
- Bengel, J., Meinders-Lücking, F. & Rottmann, N. (2009). Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen – Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit. Köln: BzGA.
- Frommberger, U., Hecht, H. & Bengel, J. (2009). Anpassungsstörungen. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie* (3. Auflage, S. 697-708). München: Urban & Schwarzenberg.
- Härter, M., Baumeister, H. & Bengel, J. (Hg.) (2007). *Psychische Störungen bei körperlicher Krankheit*. Berlin: Springer.
- Pieper, G. & Bengel, J. (2008). *Traumatherapie in sieben Stufen. Ein kognitiv-behaviorales Behandlungsmanual (SBK)*. Bern: Huber.

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel

Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie
Institut für Psychologie, Universität Freiburg
Engelbergerstraße 41, D-79085 Freiburg

Tel.: 0761 – 203-2122, Fax: -3040, bengel@psychologie.uni-freiburg.de

- Bedard-Gilligan, M. & Zoellner, L. (2008). The utility of the A1 and A2 criteria in the diagnosis of PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 46(9), 1062-1069.
- Burnam, M., Stein, J., Golding, J., Siegel, J., Sorenson, S., Forsythe, A., et al. (1988). Sexual assault and mental disorders in a community population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 843-850.
- Creamer, M., Burgess, P. & McFarlane, A. (2001). Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, 31(7), 1237-1247.
- Davydow, D., Gifford, J., Desai, S., Needham, D. & Bienvenu, O. (2008). Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 30(5), 421-434.
- Griffiths, J., Fortune, G., Barber, V. & Young, J. D. (2007). The prevalence of post traumatic stress disorder in survivors of ICU treatment: a systematic review. *Intensive Care Medicine*, 33, 1506-1518.
- Krauseneck, T., Rothenhäusler, H., Schelling, G. & Kapfhammer, H. (2005). Posttraumatische Belastungsstörungen bei somatischen Erkrankungen. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 73(4), 206-217.
- Maercker, A. & Karl, A. (2005). Posttraumatische Belastungsstörung. In Perrez, M. & Baumann, U. (Hrsg.). *Lehrbuch Klinische Psychologie - Psychotherapie* (3. Aufl.). Bern: Huber, S. 970-1009.
- North, C., Suris, A., Davis, M. & Smith, R. (2009). Toward validation of the diagnosis of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(1), 34-41.
- Resick, P. A. (2003). *Stress und Trauma. Grundlagen der Psychotraumatologie*. Bern: Huber.
- Shalev, A. Y. (2001). Traumatischer Stress, Körperreaktionen und psychische Störungen. In A. Maercker & U. Ehlert (Hrsg.), *Psychotraumatologie. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* 20 (S. 27-43). Göttingen: Hogrefe.
- Tedstone, J. & Tarrier, N. (2003). Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clinical Psychology Review*, 23(3), 409-448.
- Vranceanu, A., Safren, S., Lu, M., Coady, W., Skolnik, P., Rogers, W., et al. (2008). The relationship of post-traumatic stress disorder and depression to antiretroviral medication adherence in persons with HIV. *AIDS Patient Care and STDs*, 22(4), 313-321.
- Weathers, F. & Keane, T. (2007). The criterion a problem revisited: Controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 20(2), 107-121.
- Zöllner, T. & Maercker, A. (2005). *Psychotraumatologie – Grundlagen und Anwendungen in medizinischen Disziplinen*. In F. Balck (Hrsg.), *Anwendungsfelder der medizinischen Psychologie* (S. 128-139). Heidelberg: Springer.