



Christian Schmidt

# Vom Trauma zum bedeutungsvollen Ersterlebnis

Über die Entstehungsbedingungen  
von Person und Persönlichkeit aus Sicht  
der medizinischen und der  
Philosophischen Anthropologie

VERLAG KARL ALBER







Christian Schmidt

# Vom Trauma zum bedeutungsvollen Ersterlebnis

Über die Entstehungsbedingungen  
von Person und Personalität aus Sicht  
der medizinischen und der  
Philosophischen Anthropologie

VERLAG KARL ALBER



Ich bedanke mich bei der Josef Rattner Stiftung (Berlin) für die großzügige Unterstützung dieser Publikation in Form eines Druckkostenzuschusses.

Gutachter:innen:

Frau Professor Dr. phil. habil. Olivia Mitscherlich-Schönherr

Herr Professor Dr. med. et phil. Gerhard Danzer

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Zugl.: Potsdam, Univ., Diss., 2023

ISBN 978-3-495-99450-4 (Print)

ISBN 978-3-495-99451-1 (ePDF)



Onlineversion  
Nomos eLibrary

1. Auflage 2024

© Verlag Karl Alber – ein Verlag in der Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Baden-Baden 2024. Gesamtverantwortung für Druck und Herstellung bei der Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. Alle Rechte, auch die des Nachdrucks von Auszügen, der fotomechanischen Wiedergabe und der Übersetzung, vorbehalten. Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier (säurefrei). Printed on acid-free paper.

Besuchen Sie uns im Internet  
[verlag-alber.de](http://verlag-alber.de)

## Danksagung

Die Entstehung und Fertigstellung dieses Buches wären nicht denkbar gewesen ohne den Rückhalt und die Inspiration durch das soziokulturelle Milieu am Institut für Tiefenpsychologie, Gruppendynamik und Gruppentherapie (ITGG) in Berlin sowie am Klinikum Schloss Lütgenhof (KSL) in Dassow. Es zeichnet sich durch die gelebten Werte der verstehenden Tiefenpsychologie und der Personalen Medizin im Sinne eines wertschätzenden und respektvollen Umgangs aller Beteiligten miteinander aus. Allen, die ich hier nicht namentlich nennen kann, gilt mein persönlicher Dank für die wertvollen und ermutigenden Begegnungen der letzten Jahre.

Ich danke Herrn Professor Dr. med. et phil. Gerhard Danzer für seine geduldige Unterstützung bei der Themenwahl, der Begleitung und Betreuung meiner wissenschaftlichen Aktivitäten sowie der klinischen Supervision als Mentor und persönliches Vorbild. Er hat mir in den letzten Jahren sein Verständnis der Personalen Medizin nähergebracht, indem er es konsequent vorlebt. Darüber hinaus ermöglichte er mir die Teilnahme an Doktoranden-Kolloquien und seiner Anthropologie-Vorlesung an der Charité in den Jahren 2015 bis 2019, die mich sehr inspirierten. So konnte ich die vorliegende Arbeit berufsbegleitend im Rahmen meiner klinischen Tätigkeit in der Medizinischen Klinik C für integrierte Psychosomatik an den Ruppiner Kliniken in Neuruppin und der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB) im Jahr 2018 beginnen. Bis heute steht Professor Danzer in allen Lebenslagen als Dialogpartner zur Verfügung, der sich mir gegenüber durch eine rückhaltlos offene Kommunikationsweise auszeichnet.

Ich danke Herrn Professor Dr. phil. Hans-Peter Krüger für seine verlässliche Unterstützung aus der Ferne während der Corona-Pandemie und die Interpretationshilfen bei meiner Lektüre von Plessner und Scheler. Unser persönliches Treffen in Berlin ist mir in besonders schöner Erinnerung geblieben, und ich danke ihm für seinen Prüfungsvorsitz bei meiner Disputation am 02.06.2023 in Potsdam.

## Danksagung

Ich danke Herrn Dr. phil. Moritz von Kalckreuth für die ermutigende Begleitung und konkrete Hilfestellung bei meiner Arbeit sowie die Einführung in die »Philosophie der Personalität« (2021) durch seine eigene Promotionsarbeit, die wir in persönlichen Gesprächen fortführen und vertiefen konnten.

Ich danke Herrn Professor Dr. phil. Matthias Wunsch für die Möglichkeit zur Teilnahme an seinem Seminar und dem Workshop zu den »Theorien des objektiven Geistes« an der Universität Rostock im Jahr 2022. Ihm verdanke ich auch wertvolle Hinweise zur Einordnung der Position von Max Scheler und die Einführung in die »Philosophische Anthropologie« durch seine Habilitationsschrift *Fragen nach dem Menschen* (2014).

Ich danke Herrn Professor Dr. phil. Michael Großheim und Herrn PD Dr. phil. habil. Steffen Kluck für die Möglichkeit zur Teilnahme am phänomenologischen Kolloquium über »Neue Phänomenologie« an der Universität Rostock im Jahr 2022 sowie die Möglichkeit, mein Promotionsprojekt dort vorzustellen.

Ich danke Frau Professor Dr. phil. habil. Olivia Mitscherlich-Schönherr für die wohlwollend-kritische Begutachtung und das weiterführende Interesse an meiner Arbeit.

Ich danke Frau Dörte Christensen und Herrn Dr. phil. Matthias Voigt für das verlässliche Korrekturlesen meiner Arbeit und die ebenso wohlwollend-kritischen Anmerkungen.

Ermutigt haben mich auch zahlreiche Gespräche mit Patientinnen und Patienten sowie mit meinen Kolleginnen und Kollegen in Neuruppin und Dassow beim gegenseitigen wissenschaftlichen Austausch, bei der klinischen Arbeit, bei den gemeinsamen Autofahrten zwischen Berlin und Neuruppin, bei privaten Treffen sowie die persönlichen Begegnungen bei den Kolloquien und Symposien. Mein Dank gilt ebenso den guten Seelen im Café »Soulmates« in der Fleischhauerstraße zu Lübeck für die entspannte Arbeitsatmosphäre, die guten Gespräche sowie den köstlichen Kaffee und Kuchen.

Abschließend möchte ich besonders meiner Ehefrau Dr. med. Brit Busack danken, die mit großer Geduld und Zuversicht den Arbeitsprozess der letzten Jahre begleitet und mich dabei unterstützt hat. Die Arbeit am Text begann während meiner ersten Elternzeit mit unserem Sohn Jakob im Jahr 2018 in Berlin und konnte während der zweiten Elternzeit mit unserem Sohn Lars im Sommer 2022 in Lübeck bis zum Herbst abgeschlossen werden, wofür ich meiner gesamten Familie sehr dankbar bin.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abbildungsverzeichnis</b> . . . . .	11
<b>Verzeichnis der Abkürzungen</b> . . . . .	13
<b>1 Einleitung</b> . . . . .	15
1.1 Zum Begriff des psychischen Traumas . . . . .	17
1.1.1 Psychotraumatologie im 21. Jahrhundert . . . . .	17
1.1.1.1 Neurobiologische Grundlagen und Therapieansätze . . . . .	18
1.1.1.2 Diagnostische Herausforderungen und Herangehensweisen . . . . .	24
1.1.2 Historische Entwicklung der Psychotraumatologie . . . . .	31
1.1.2.1 Kulturpsychologische Aspekte . . . . .	32
1.1.2.2 Interkulturalität, Flucht und Migration . . . . .	34
1.1.2.3 Wissenschaftsgeschichte der Psychotraumatologie . . . . .	35
1.1.2.4 Traumatische Neurosen aus Sicht der Psychoanalyse von Sigmund Freud . . . . .	36
1.1.2.5 Weiterentwicklung des psychoanalytischen Trauma-Konzepts . . . . .	39
1.1.2.6 Das Konzept der sequentiellen Traumatisierung von Hans Keilson . . . . .	40
1.1.2.7 Erweiterung der sequentiellen Traumatisierung im 21. Jahrhundert . . . . .	45
1.1.2.8 Trauma als »verkörperter Schrecken« . . . . .	46
1.1.3 Trauma aus Sicht der dialektisch-ökologischen Psychotraumatologie . . . . .	47
1.1.3.1 Terminologie von Trauma und Trauma- Ereignis . . . . .	47
1.1.3.2 Zum Situationskreis-Modell . . . . .	49
1.1.3.3 Zum Schema-Begriff . . . . .	50

1.1.3.4	Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung von Fischer & Riedesser	51
1.2	Der Beitrag der Allgemeinen Psychopathologie und Existenzphilosophie von Karl Jaspers	55
1.2.1	Psychisches Trauma versus »Erstes Erlebnis«	56
1.2.2	Die Grundsituation und die antinomische Struktur des Daseins	56
1.2.3	Die Grenzsituationen	58
1.2.3.1	Typologie der Grenzsituationen	59
1.2.4	Der traumatische Prozess im Gegensatz zum lebendigen Prozess	63
1.3	Die Phänomenologisch-anthropologische Psychiatrie und Psychologie	64
1.3.1	Die Studie über den »Wengener-Kreis« von Torsten Passie (1995)	67
1.3.2	Ludwig Binswanger	68
1.3.3	Eugène Minkowski	71
1.3.4	Erwin Straus	73
1.3.5	Victor Emil von Gebattel	81
1.3.6	Das »Diskurssystem« des Wengener-Kreises	94
1.3.7	Kritik an Erwin Straus und Victor Emil von Gebattel	101
1.3.7.1	Aus zeitgenössischer Sicht von Karl Jaspers (1946)	101
1.3.7.2	Aus der historisch-kritischen Perspektive von Cornelius Borck (2021)	103
<b>2</b>	<b>Strukturmomente bedeutungsvoller Ersterlebnisse</b>	<b>105</b>
2.1	Erwin Straus	106
2.1.1	Geschehnis und Erlebnis (1930)	106
2.2	Victor Emil von Gebattel	122
2.2.1	Numinose Ersterlebnisse (1964)	122
2.2.2	Gedanken zu einer anthropologischen Psychotherapie (1959)	128
2.3	Zwischenbetrachtung	135
2.3.1	Verlaufsmodell bedeutungsvoller Ersterlebnisse	144

<b>3 Entstehungsbedingungen von Person und Personalität</b> . . . . .	147
3.1 Personalität bei Erwin Straus . . . . .	148
3.1.1 Die Biologie der Person . . . . .	148
3.1.2 Vom Sinn der Sinne . . . . .	152
3.1.3 Die animale Ursituation . . . . .	154
3.2 Personalität bei Victor Emil von Gebattel . . . . .	158
3.2.1 Über den personalen Faktor des Heilungsprozesses . . . . .	158
3.2.2 Die Person und die Grenzen des tiefenpsychologischen Verfahrens . . . . .	161
<b>4 Die Philosophische Anthropologie</b> . . . . .	167
4.1 Einleitung . . . . .	167
4.1.1 Die Aufgaben der Philosophischen Anthropologie	169
4.2 Helmuth Plessner . . . . .	172
4.2.1 Biographie . . . . .	172
4.2.2 Werkanalyse . . . . .	191
4.2.2.1 Die Deutung des mimischen Ausdrucks (1925) . . . . .	191
4.2.2.2 Die Stufen des Organischen und der Mensch (1928) . . . . .	198
4.2.2.3 Die Aufgabe der Philosophischen Anthropologie (1937) . . . . .	228
4.2.2.4 Lachen und Weinen – Eine Untersuchung nach den Grenzen menschlichen Verhaltens (1941) . . . . .	230
4.2.2.5 Die Frage nach der Conditio Humana (1961) . . . . .	245
4.3 Max Scheler . . . . .	255
4.3.1 Biographie . . . . .	255

4.3.2	Werkanalyse . . . . .	268
4.3.2.1	Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik – Neuer Versuch der Grundlegung eines ethischen Personalismus (1913–1916) . . . . .	268
4.3.2.2	Ordo Amoris (Schriften aus dem Nachlass) . . . . .	283
4.3.2.3	Wesen und Formen der Sympathie (1913/1923) . . . . .	290
4.3.2.4	Vom Ewigen im Menschen (1921) . . . . .	297
4.3.2.5	Die Stellung des Menschen im Kosmos (1928) . . . . .	303
<b>5</b>	<b>Diskussion . . . . .</b>	<b>309</b>
5.1	»Diskurssystem« zum Begriff der Person . . . . .	309
5.1.1	Gemeinsamkeiten und Unterschiede der vier Konzepte . . . . .	309
5.1.2	Versuch einer synthetischen Integration von Person und Personalität . . . . .	316
5.2	Anwendung auf die Trauma-Problematik . . . . .	321
5.2.1	Exploration, Explikation und synthetische Integration . . . . .	322
5.2.1.1	Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur narrativen Expositionstherapie . . . . .	324
5.2.2	Therapeutische Ermöglichung (künftiger) vitaler Kongruenzerlebnisse . . . . .	325
5.2.2.1	Abgrenzung zum Begriff des post- traumatischen Wachstums . . . . .	325
5.2.2.2	Augmentierte Psychotherapie . . . . .	327
5.2.2.3	Milieu-therapeutische und soziokulturelle Einbettung . . . . .	329
5.3	Die Personale Medizin als konzeptueller Anwendungsrahmen . . . . .	330
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung . . . . .</b>	<b>333</b>
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis . . . . .</b>	<b>337</b>

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schematische Anordnung der Beiträge zur anthropologischen Wesensbestimmung . . . . .	100
Abbildung 2: Schematische Anordnung des »Diskurssystems« zum Begriff der Person . . . . .	310
Abbildung 3: Schematische Anordnung der synthetischen Integration . . . . .	322
Abbildung 4: Darstellung der möglichen Dynamik des Erzählprozesses der narrativen Expositionstherapie . . . . .	324
Abbildung 5: Psychoemotionale Reaktionsformen nach traumatischen Erfahrungen. a) Resilienz, b) Erholung, c) Posttraumatische Belastungsstörung, d) Posttraumatisches Wachstum . . . . .	327
Abbildung 6: Personen in der Medizin . . . . .	332



# Verzeichnis der Abkürzungen

ESTSS	European Society for Traumatic Stress Studies
DeGPT	Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie
UK	United Kingdom
USA	United States of America
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
DGAP	Deutsche Gesellschaft für Phänomenologische Anthropologie, Psychiatrie und Psychotherapie
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
WHO	World Health Organization
PTBS	Post-traumatische Belastungsstörung
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
MEG	Magnetencephalographie
DMN	Default Mode Network
TPN	Task Positive Network
MDMA	Methylendioxyethylamphetamin
REM	Rapid Eye Movement
EMDR	Eye Movement Desensitization und Reprocessing
NET	Narrative Expositionstherapie
KZ	Konzentrationslager
NS	Nationalsozialismus
SS	Schutzstaffel
Abb.	Abbildung
bzgl.	bezüglich

## Verzeichnis der Abkürzungen

bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
ebd.	ebenda
evtl.	eventuell
ggf.	gegebenenfalls
insb.	insbesondere
u.a.	unter anderem
vs.	versus
vgl.	vergleiche
i.S.	im Sinne
m.E.	meines Erachtens
z.B./bspw.	zum Beispiel/beispielsweise

# 1 Einleitung

Das primäre Anliegen dieser Arbeit ist ein ausdrücklich therapeutisches. Es geht von der persönlichen Erfahrung aus, dass Menschen als *Personen* von bestimmten Erlebnissen *besonders* mitgenommen und betroffen werden. Diese Erlebnisse können unseren Lebenslauf in *nachhaltiger* Weise positiv beeinflussen oder im Gegenteil dazu sogar Krankheitswert entfalten.

Wie es dazu kommen kann und welche Bedingungen (*Strukturmomente*) vorliegen, wenn ein bestimmtes Geschehnis von der betreffenden Person als bedeutsam erlebt wird, stellt im Anschluss an Erwin Straus eine der Grundfragen dieser Arbeit dar. Davon ausgehend wird es bei der zweiten wichtigen Grundfrage darum gehen, wie es zur Entstehung von Person und Personalität im Menschen kommt und inwiefern diese Entstehung von der gelingenden *Integration* bedeutungsvoller Ersterlebnisse abhängig ist.

Mit der Rede von *bedeutungsvollen Ersterlebnissen* ist bereits die Richtung vorgegeben, in der die Untersuchung gehen soll. Es geht dabei zunächst um eine klare begriffliche Abgrenzung zum Begriff des *psychischen Traumas*, der heutzutage sowohl in klinischen als auch nicht-klinischen Kontexten inflationär gebraucht oder vielmehr missbraucht wird. Die begriffliche Unterscheidung und die differenzierte phänomenologische Beschreibung dieser Erlebnismomente sollen keineswegs das persönliche Leid traumatisierter Menschen relativieren oder in Frage stellen. Ganz im Gegenteil ist es ein dringendes Anliegen dieser Arbeit zu zeigen, was als psychisches Trauma gelten kann und welche Möglichkeiten der Person selbst innewohnen, um souverän damit umzugehen. In dieser Hinsicht hat insbesondere die phänomenologisch-anthropologische Richtung der Psychiatrie und Psychologie des 20. Jahrhunderts differenzierte Konzepte anzubieten, die innerhalb der »Psychotraumatologie« des 21. Jahrhunderts sowie innerhalb des gegenwärtig vorrangig neurobiologisch-reduktionistisch geführten Diskurses in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik kaum bzw. gar nicht zur Kenntnis genommen werden.

Ausgehend von Karl Jaspers in seiner Brückenfunktion zwischen deskriptiver Psychopathologie und Existenzphilosophie wird es in dieser Arbeit schwerpunktmäßig um die Gegenüberstellung der Konzeptionen von Erwin Straus und Victor Emil von Gebattel gehen. Torsten Passie hat deren komplementäre Vertikalbeziehung innerhalb der vier »Geburtsväter« der anthropologisch orientierten Psychiatrie (außerdem Ludwig Binswanger und Eugène Minkowski) plausibel nachgewiesen (Passie, 1995: S. 11, S. 219 ff.).

Den diskursiven *Bezugsrahmen* dieser Gegenüberstellung eines *vertikalen* Vergleichs bietet im zweiten Teil der vorliegenden Arbeit die Philosophische Anthropologie in Person und Werk von Helmuth Plessner auf der einen (*von der Biologie herkommend*) und Max Scheler (*vom Geist herkommend*) auf der anderen Seite.

Die jeweiligen Texte wurden so ausgewählt, dass sie eine philosophisch-anthropologische *Akzentuierung* der Positionen von Straus (durch Plessner) und von Gebattel (durch Scheler) begünstigen. Da die vier genannten Vertreter sich schon zu Lebzeiten kannten und sich teils freundschaftlich, teils rivalisierend miteinander austauschten, liegt die Vermutung nahe, dass es zu einer nicht ganz unerheblichen inhaltlich-konzeptuellen Beeinflussung zwischen ihnen gekommen ist. Max Scheler und Victor Emil von Gebattel verband die gemeinsame Vision eines phänomenologisch fundierten *Katholizismus*, während Erwin Straus sich regelmäßig mit Gebattel zu den Treffen bei Binswanger in Wengen (Schweiz) einfand und später Helmuth Plessner als Referent zu den »Lexington Conferences« für *angewandte* Phänomenologie in die USA einlud; er war ebenso wie Plessner um eine naturphilosophisch fundierte Leib- und Ausdruckstheorie bemüht.

Das Verhältnis von Plessner und Scheler wurde *spätestens* durch den Plagiatsvorwurf von Seiten Schelers an Plessner anlässlich dessen Veröffentlichung von *Die Stufen des Organischen und der Mensch* (1928) schwer belastet. Scheler hat seinen Vorwurf nur intern durch die Intervention von Nicolai Hartmann zurückgenommen, sodass er nach Schelers plötzlichem Tod im Mai desselben Jahres durch Heidegger und Klostermann weiterverbreitet werden konnte (Dietze, 2018: S. 65–70). Scheler seinerseits veröffentlichte noch Anfang 1928 eine komprimierte Zusammenstellung seiner anthropologischen Grundgedanken über *Die Stellung des Menschen im Kosmos*.

Scheler wie auch Plessner ist bis heute eine nur unzureichende Kenntnisnahme und Würdigung zuteilgeworden, was u.a. auch mit

den politischen Geschehnissen ab 1933 und den konkurrierenden philosophischen Denkansätzen (Existenzphilosophie, Kulturphilosophie) dieser Zeit zu tun hat<sup>1</sup>. Plessner bewahrte sich Zeit seines Lebens eine entschieden kritische Distanz zu Martin Heidegger und Arnold Gehlen. Dabei verhinderte er Letzteren – als einen mit dem NS-Regime verstrickten Vertreter der *biologistisch* akzentuierten Philosophischen Anthropologie – in der Nachkriegszeit zunächst auf den deutschen Lehrstühlen (ebd.: S. 455–456).

Das Ziel der Gegenüberstellung der vier behandelten Autoren Straus, von Gebattel, Plessner und Scheler in einem eigenständigen *Diskurssystem* mit Orientierung auf den zentralen Begriff der Person ist letztlich die synthetische Integration *beider* Sichtweisen: der *medizinisch-anthropologischen* und der *philosophisch-anthropologischen*, um einen vollständigeren Blick auf die zugrundeliegenden Phänomene zu gewinnen und bestehende Einseitigkeiten bei der jeweiligen *Person*-Konzeption auszugleichen. Ferner sollen die vier Autoren in den Kontext ihrer Wirkungszeit eingeordnet und deren Beitrag im produktiven Rückgriff auf die eingangs diskutierte Trauma-Problematik angewendet werden.

## 1.1 Zum Begriff des psychischen Traumas

### 1.1.1 Psychotraumatologie im 21. Jahrhundert

Die Psychotraumatologie ist eine junge wissenschaftliche Disziplin innerhalb der modernen psychiatrisch-psychotherapeutischen Forschung des 21. Jahrhunderts. Das *European Journal of Psychotraumatology* feierte im Jahr 2020 das 10-jährige Jubiläum. Die Aktivitäten der dafür verantwortlichen *European Society for Traumatic Stress Studies* (ESTSS) reichen zurück bis in das Jahr 1988, als die damals erste europäische Konferenz in Lincoln (UK) abgehalten wurde<sup>2</sup>. In Deutschland ist die Psychotraumatologie als Forschungsrichtung mit einem eigenen Fachreferat innerhalb der *Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.* (DGPPN) vertreten.

---

<sup>1</sup> Vgl. Wunsch, 2014: S. 13 sowie Fischer, 2022: S. 96

<sup>2</sup> <https://estss.org/about/history-2/>

Das Referat wird aktuell von der Lehrbuchautorin Dr. med. Julia Schellong (Leitende Oberärztin am Universitätsklinikum Dresden) geleitet, und es beteiligt sich, wie auch die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), maßgeblich an der »Entwicklung von Leitlinien und Qualitätssicherung«, der »Unterstützung von multizentrischen Studien«, der »Information zu Traumafolgestörungen« sowie der »Organisation von Veranstaltungen und von Symposien und Weiterbildungsworkshops«<sup>3</sup>.

Der Begriff »Psychotraumatologie« geht in Deutschland auf die beiden Institutsgründer und Lehrbuchautoren Gottfried Fischer und Peter Riedesser zurück, die am 19.05.1991 »nach etwa eineinhalbjähriger Vorbereitung in Freiburg das »Institut für Psychotraumatologie« gründeten, um einen Rahmen zur Koordinierung der verschiedenen Forschungsinteressen zu haben«. »Die Vorsilbe »Psycho«-Traumatologie« verweist auf *seelische* Verletzungen und wurde zur Abgrenzung von der chirurgischen »Traumatologie« genutzt, die als anerkanntes Teilgebiet der Chirurgie »an fast allen Universitätskliniken der Bundesrepublik als klinische Einheit und Unterrichtsfach« vertreten ist (Fischer & Riedesser, 1998: S. 15). In Amerika ist es zeitgleich zu einer ähnlichen Entwicklung und Etablierung einer solchen Forschungsrichtung um den Psychiater und Psychoanalytiker Mardi Horowitz (»Stress Response Syndrome«) gekommen, die spätestens seit 1994 mit der Einführung einer neuen Krankheitsentität, des sogenannten »posttraumatic stress disorder« in das »Diagnostische und Statistische Manual« (DSM), zu einer Ausweitung der wissenschaftlichen Aktivitäten auf diesem Gebiet führte (ebd.: S. 16).

Heutzutage geht es neben diagnostischen Fragestellungen zunehmend um die Erforschung neurobiologischer Grundlagen von Traumafolgestörungen sowie traumafokussierter therapeutischer Interventionsmöglichkeiten und deren Auswirkungen auf die Betroffenen.

### 1.1.1.1 Neurobiologische Grundlagen und Therapieansätze

Am 04.05.2017 wurde im *European Journal of Psychotraumatology* die erste Spezialausgabe zu den neurobiologischen Grundlagen und epigenetischen Faktoren der post-traumatischen Belastungsstörung (PTBS) sowie zu pharmakologischen und nicht-pharmakologischen

---

<sup>3</sup> <https://www.dgppn.de/die-dgppn/referate/psychotraumatologie.html>

Behandlungsansätzen veröffentlicht (Lanius & Olff, 2017). In dem Übersichtsartikel von Kelmendi et al., 2016 wurden unterschiedliche neuronale *Transmittersysteme* (Serotonerg, Noradrenerg, Glutamaterg, GABAerg) mit der Pathophysiologie der PTBS in Verbindung gebracht. Etablierte pharmakologische Ansätze (Serotonin Wiederaufnahme-Hemmer wie Paroxetin und Sertralin) zeigten vergleichsweise gering ausgeprägte Effekte, sodass angesichts der Komplexität und Heterogenität des Störungsbildes ein polypharmazeutisches Vorgehen als eine mögliche Strategie empfohlen wurde (ebd.: S. 7).

In der aktualisierten deutschen S3-Leitlinie wird die Pharmakotherapie entsprechend nur an zweiter Stelle nach der traumafokussierten Psychotherapie genannt. Damit sind allerdings allein die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätze (imaginative Exposition in Bezug auf die Traumaerinnerung, narrative Exposition, Exposition in vivo und/oder kognitive Umstrukturierung in Bezug auf traumabezogene Überzeugungen) und nicht die psychodynamischen Verfahren gemeint (Schäfer et al., 2020).

Als »biologische Korrelate einer komplexen« PTBS identifizierten Marinova & Maercker, 2015 in ihrer Übersichtsarbeit *Volumenreduktionen* des Hippocampus, der linken Amygdala und des anterioren Cingulums. Auch Fragkaki, Thomaes & Sijbrandij, 2016 stellten in ihrem Übersichtsartikel einen Zusammenhang zur Abnahme des Hippocampusvolumens her; die endokrinologischen Zusammenhänge waren jedoch inkonsistent. In den letzten Jahren hat die »Konnektivität« neuronaler Netzwerke eine große Bedeutung für die Neurowissenschaften bekommen. So konnte beispielsweise eine aktuelle Studie an 121 weiblichen U.S.-Veteranen anhand der funktionellen Konnektivität (synchronous neural interactions) mittels Magnetencephalographie (MEG) zu 100 % richtig zwischen solchen Veteraninnen mit PTBS und solchen mit anderen Traumafolgen unterscheiden (James, Leuthold & Georgopoulos, 2022).

Das zeitlich verzögerte Auftreten einer PTBS wird inzwischen auf das komplexe Zusammenwirken neuronaler Mechanismen (funktionelle Konnektivität, neuroinflammatorische Prozesse, Überaktivierung des autonomen Nervensystems, Epigenetik) zurückgeführt (Smid, Lind & Bonde, 2022). Die größte Bedeutung kommt dabei der *Angst-Regulation* und chronischen *Stress-Antwort* des Organismus zu, die von Abdallah et al., 2019 auf eine »synaptische Dyskonnektivität« zurückgeführt wird und in eine Art Teufelskreis mündet. So

wird in deren Übersichtsartikel ein dementsprechendes »netzwerk-basiertes Modell« der PTBS vorgeschlagen.

### 1.1.1.1.1 Triple Network Model und die Bedeutung des Default-Mode-Networks

Das sogenannte »Triple Network Model« beruht auf der Vorstellung einer modulierenden Interaktion von drei übergeordneten neuronalen Netzwerken; dem »default mode network« (DMN), dem »central executive network« und dem »salience network«. Jedem dieser Netzwerke kommen unterschiedliche neuronale Funktionen zu, wobei die Konnektivität zwischen diesen drei Netzwerken bei psychopathologischen Zuständen verändert sein kann, sodass es zu einer »Dyskonnektivität« und einer chronischen Stress-Antwort kommt.

Insbesondere das DMN scheint bei Menschen mit PTBS »hypoactive and weakly interconnected« zu sein. Dies gehe, so die Autoren, vermutlich mit der Symptomatik der *Dissoziation*, *Vermeidung* und den *Intrusionen* einher (Abdallah et al., 2019). Das DMN vermittelt normalerweise Funktionen wie Tagträumen, selbst-referentielles und introspektives Denken (»metakognitive operations«) sowie das autobiographische Gedächtnis.

Stärker als andere Hirnregionen werden diejenigen Regionen, die mit dem DMN in Verbindung stehen (posteriores Cingulum, medialer Präfrontalcortex, medialer Temporallappen und Hippocampus), durchblutet und mit Nährstoffen versorgt (sog. »centers of dense connectivity«); das DMN fungiere in diesem Sinne als der »central orchestrator or conductor of global brain function«, wobei die Konnektivität von der Geburt bis ins Erwachsenenalter weiter zunehme (Carhart-Harris et al., 2014: S. 6). Der Neurowissenschaftler Robin L. Carhart-Harris hat mit der Gruppe um David Nutt am Imperial Kollege London in den letzten Jahren zahlreiche Studien hinsichtlich der Bedeutung des DMN sowie seiner Beeinflussung durch psychedelisch wirksame Substanzen durchgeführt. Im DMN sieht Carhart-Harris den physiologischen Gegenpart des narrativen Selbst bzw. Egos (»sense of self«), wie es Sigmund Freud in seinem Instanzenmodell (Es/Ich/Über-Ich) beschrieben hat (ebd.: S. 2, S. 6).

Es bestehe eine entsprechend positive Korrelation zwischen der Konnektivität des DMN im entspannten Wachzustand (bei geschlossenen Augen) und der »internal awareness« sowie »depressive rumination« und »trait neuroticism« (ebd.: S. 9). Mit seiner »entropic brain

hypothesis« beschreibt Carhart-Harris die Konnektivität dieser hierarchisch interagierenden neuronalen Netzwerke als die »Entropie« des neuronalen Systems. Die integrierende Leistung dieser Netzwerke bestehe demnach in einer effektiven Reduktion der Entropie im normalen Wachzustand eines erwachsenen Menschen (»mature ego«). Evolutionsbiologisch sei die so verstandene »Entropy-Suppression« bzw. »system re-organization and settling« eine kompensatorische Antwort auf die vorangegangene »Entropy-Expansion« des menschlichen Bewusstseins bei archaischen Menschen und Neugeborenen (»pre-ego«) (ebd.: S. 3, S. 6–7).

#### 1.1.1.1.2 »primary states« and »the entropic brain hypothesis«

Beim Auftreten sogenannter »primary states« (z.B. im REM-Schlaf oder dem Beginn einer Psychose) durchlaufe das Gehirn eine Art »phase transition« (vom »secondary consciousness« des »mature ego« zum »primary consciousness« des »pre-ego«) (ebd.: S. 6). Diese zeichne sich durch eine Zunahme von Entropie und eine kognitive Regression aus. Dem »secondary consciousness« komme dabei als Funktion zu, die Umgebung möglichst genau zu prozessieren, um das Auftreten von »surprise and uncertainty« zu vermeiden (ebd.: S. 7 – Hervorhebungen im Original).

Ferner vertritt Carhart-Harris die These, dass die »entropy-suppressing function« des menschlichen Gehirns dazu dient, metakognitive Fähigkeiten wie Realismus, Vorsehung und vorsichtige Reflexion zu begünstigen; ebenso die Fähigkeit, Wunschenken sowie paranoide Fantasien zu erkennen und zu überwinden. Demnach sind die »primary states« durch ein höheres Maß an Entropie und »criticality« gekennzeichnet, während die Entropie des Gehirns im normalen Wachbewusstsein auf einem sub-kritischen Niveau stabilisiert werde (ebd.).

Veränderte Wachbewusstseinszustände (»altered states of consciousness«) mit erhöhter Entropie können durch klassisch *psychedelisch* wirksame Substanzen wie z.B. Psilocybin gezielt induziert werden, da diese über den 5-HT<sub>2A</sub>-Rezeptor verstärkt auf die Konnektivität des hippocampalen DMN einwirken (ebd.: S. 8). Die aktuellen Studien von Carhart-Harris und David Nutt (seit 2009) sowie des Schweizer Neurowissenschaftlers Franz X. Vollenweider am Burghölzli in Zürich (seit 1989) bestätigen die bereits in den 1950er und 60er Jahren empirisch belegten therapeutischen Effekte psyche-

delisch wirksamer Substanzen, die deutlich niedriger dosiert und psychotherapeutisch eingebettet – wie etwa im Rahmen der *psycholytischen Therapie* nach Hanscarl Leuner (1919–1996) – angewendet wurden<sup>4</sup>. Dabei erlebt erstaunlicherweise auch die psychodynamische Theorie von Sigmund Freud eine Renaissance, da sie sich für Carhart-Harris als plausibles Erklärungsmodell für die Wirkungsweise dieser Substanzen und die Interaktion komplexer neuronaler Netzwerke erweist (ebd.: S. 3–4).

Der Zustand, den Carhart-Harris auch als »*concerted introspection*« bezeichnet, scheint nicht nur paradigmatisch für eine erhöhte Aktivierung des DMN, sondern auch für milde depressive Zustände (»*depressive realism*«) zu sein, was er als veränderten »*style of cognition*« durch die inverse Kopplung des DMN mit dem »*task-positive Network*« (TPN) ansieht. Diese könne durch die Gabe von Psilocybin aufgehoben werden, sodass sich im »*psychedelic state*« ein uneingeschränkter und explorativer Kognitions-Stil (ebd.: S. 10, S. 13) sowie eine längerfristige positive Wirkung auf bestimmte Persönlichkeitsmerkmale einstellen würden (ebd.: S. 14).

### 1.1.1.1.3 Innovative pharmakologische Therapieansätze mit Psychedelika

Aktuelle Übersichtsarbeiten beschreiben in diesem Sinne transdiagnostische und prophylaktische Langzeiteffekte einer psychedelischen Therapie durch die Zunahme von psychologischer und kognitiver Flexibilität sowie positive Einflüsse auf bestimmte Persönlichkeitsmerkmale (Kočárová, Horáček & Carhart-Harris, 2021), (Vollenweider & Smallridge, 2022: S. 24).

Dabei scheint einerseits die *akute* Wirkung im veränderten Wachbewusstseinszustand mit dosisabhängig auftretenden, mystischen Erlebnissen (sogenannte »*peak*« oder »*unitive experiences*«) eine Rolle zu spielen, die auch als »*non-dual states of consciousness*« bezeichnet werden, und die mit dem Einsgefühl einer universalen Verbundenheit und Ich-Auflösung einhergehen. Andererseits scheinen auch mittel- bis langfristige *neuroplastische* Effekte einen Einfluss zu haben. Dies sei auch der Grund, warum als neue Bezeichnung für

---

<sup>4</sup> Vgl. Passie, T., Guss, J. & Krähenmann, R. (2022). Lower-dose psycholytic therapy – A neglected approach. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1020505. Frontiers Media S.A.

diese Substanzklasse der Begriff »psychoplastogens« vorgeschlagen wurde (Kočárová et al., 2021: S. 7).

Besonders ausgeprägt scheint dieser Effekt bei den serotonergen Psychedelika Ketamin und Methylendioxymethylamphetamin (MDMA) zu sein, für die neuro-regenerative Effekte im Sinne der »Spinogenesis, Synaptogenesis and Functional Plasticity« nachgewiesen wurden (Ly et al., 2018). Auch für die Behandlung von Traumafolgestörungen mit komorbider Depression gibt es inzwischen eindeutige empirische Belege, dass die *augmentierte* Psychotherapie mit (1) MDMA und (2) Psilocybin in dieser Reihenfolge effektiv wirksam ist (Bird, Modlin & Rucker, 2021).

#### 1.1.1.1.4 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) nach Shapiro

Eine inzwischen etablierte und effektiv wirksame, nicht-medikamentöse Therapiemethode ist ein acht-phasiges Behandlungsverfahren, welches von Francine Shapiro bereits in den späten 1980er Jahren zur Behandlung der PTBS entwickelt wurde (Shapiro, 1989). Dabei wird gemäß einem Standardprotokoll nach drei strukturierten vorbereitenden Phasen in der vierten Phase mit »bilateraler Stimulation« behandelt, indem der Patient in kurzen Abschnitten von etwa 90 Sekunden die sich horizontal bewegenden Finger der Therapeutin mit den Augen fixiert und diesen folgt. Während dieser Blickfolgen wird das belastende traumatische Erlebnis aktiv erinnert und dadurch assoziativ reprozessiert bzw. integriert (In-sensu-Exposition).

Patientinnen beschreiben meistens am Ende der vierten Phase eine signifikante Symptomlinderung bis hin zur vollständigen Symptomfreiheit. Die Effektivität dieser Behandlungsmethode wurde für die PTBS in zahlreichen Meta-Analysen seit Anfang der 2000er Jahre belegt – etwa durch Bisson, Roberts, Andrew, Cooper & Lewis, 2013 sowie Moreno-Alcázar et al., 2017.

Die WHO hat die EMDR-Methode im Jahr 2013 für die Behandlung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen empfohlen; sie scheint auch bei anderen psychiatrischen Erkrankungen wirksam zu sein (Valiente-Gómez et al., 2017).

### 1.1.1.2 Diagnostische Herausforderungen und Herangehensweisen

Die aktualisierte deutsche S3-Leitlinie (vom 19.12.2019) empfiehlt den Einsatz standardisierter *Messinstrumente* für eine zuverlässigere und vom Untersucher unabhängige Diagnosestellung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Diese »sollten generell neben den geforderten dimensional Faktoren auch biografische Faktoren, Symptomstärke und -verlauf sowie Resilienzfaktoren erfassen« (Schäfer et al., 2020).

Im Originaltext der S3-Leitlinie wird explizit darauf hingewiesen, dass dem diagnostischen Erstgespräch eine wegweisende Bedeutung zukommt, und welche störungsimmanente Aspekte sich dabei hinderlich auswirken können:

- Reduzierte zwischenmenschliche Vertrauensfähigkeit, insbesondere nach interpersonellen Traumatisierungen,
- aus Scham- und Schuldgefühlen sowie (unbewusster) Vermeidung werden Symptome nicht im Zusammenhang mit zurückliegenden Traumatisierungen genannt,
- Schwierigkeiten, sich als hilfsbedürftig zu definieren; Anspruch, das Trauma aus eigener Kraft zu bewältigen.
- Nur ein Teil der Beschwerden wird geschildert, da einzelne Aspekte nicht bewusst sind (z.B. bei dissoziativen Symptomen).

Hilfreich für eine valide Diagnosestellung sind u.a. die folgenden Faktoren:

- Herstellung einer sicheren, störungsfreien Gesprächsatmosphäre, Berücksichtigung von spezifischen Kontrollbedürfnissen u.a. adäquates Eingehen auf notwendige Rahmenbedingungen (ausreichender körperlicher Abstand zur Untersuchungsperson, ggf. Türen offenlassen, Mitnehmen einer Vertrauensperson, Entfernen von Auslösereizen im Gesprächsraum).
- Aktive Erfragung der posttraumatischen Belastungssymptome, da viele Patienten nicht spontan davon berichten.
- Vermittlung eines Erklärungsmodells für die Symptome als menschliche Reaktion auf Extrembelastung (Psychoedukation) und die Benennung der Störung im Sinne einer posttraumatischen Diagnose führen in der Regel zur Entlastung der Betroffenen.
- Bei akuter Traumatisierung ist zudem die vorbeugende Aufklärung über eventuell zu erwartende Symptome wichtig.

- Erfassung und Bekräftigung der individuellen kompensatorischen Strategien als »normale« Reaktion.
- Erfassung von Risiko- und Schutzfaktoren.<sup>5</sup>

#### 1.1.1.2.1 Unterschiede von ICD-10 (F43.1) und DSM-IV sowie DSM-V (309.81)

In Deutschland werden die sogenannten *psychiatrischen* »F-Diagnosen« nach der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health* (ICD), momentan noch in ihrer 10. Version, verschlüsselt. Die PTBS-Diagnose wird mit der Ziffer F43.1 codiert. Der wesentliche Unterschied zwischen ICD-10 der WHO und dem DSM-IV (1994) der *American Psychiatric Association* (APA) besteht in der Formulierung des sogenannten »Ereignis«- bzw. »A«-Kriteriums.

Dies ist nach ICD-10 (Version 2022) »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«<sup>6</sup>.

In den DSM-IV-Kriterien wurde schon von zwei Kriterien ausgegangen, wohingegen bereits die (1) miterlebte, d.h. »beobachtete« Bedrohung und Verletzung »anderer Personen« als traumatisch gelten kann, wenn gleichzeitig die (2) traumatische Reaktion der Person (»intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen«) vorliegt. In der aktuellen Version des DSM-V (2013) wurde das A-Kriterium nochmals weiter gefasst:

1. Direktes Erleben des traumatisierenden Ereignisses, 2. Persönliches Miterleben, wie das traumatisierende Ereignis anderen zustößt, 3. Erfahren, daß das traumatisierende Ereignis einem engen Familienmitglied oder einem engen Bekannten zugestoßen ist. (Bezüglich des tatsächlichen oder angedrohten Todes muss der Todesfall durch ein gewaltsames Ereignis oder einen Unfall geschehen sein.) 4. Wiederholte oder sehr extreme Konfrontation mit aversiven Details des traumatischen Ereignisses<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Zitiert aus: Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Lotzin, A., Maercker, A., Rosner, R., Wöller, W. (2019) S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Springer Verlag Berlin, S. 17

<sup>6</sup> <https://posttraumatische-belastungsstörung.info/ptbs-dsm-5>

### 1.1.1.2.2 Unterschiede zwischen akuter Belastungsreaktion und PTBS

Der Unterschied zwischen diesen beiden *ätiologisch* definierten Krankheitsbildern besteht in erster Linie im *akuten* Auftreten und der stärkeren Fokussierung auf die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten bei der akuten Belastungsreaktion, während diese bei der PTBS in den Hintergrund treten, da davon ausgegangen wird, dass das traumatische Ereignis »bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde«<sup>7</sup>. Von beiden nochmals unterschieden wird außerdem *die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung* (F62.09 nach ICD).

F43.0 Akute Belastungsreaktion: Eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt und die im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt. Die individuelle Vulnerabilität und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen (Coping-Strategien) spielen bei Auftreten und Schweregrad der akuten Belastungsreaktionen eine Rolle.

Die Symptomatik zeigt typischerweise ein gemischtes und wechselndes Bild, beginnend mit einer Art von »Betäubung«, mit einer gewissen Bewusstseinsbeeinträchtigung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiteres Sichzurückziehen aus der Umweltsituation folgen (bis hin zu dissoziativem Stupor, siehe F44.2) oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität (wie Fluchtreaktion oder Fugue). Vegetative Zeichen panischer Angst wie Tachykardie, Schwitzen und Erröten treten zumeist auf. Die Symptome erscheinen im Allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und gehen innerhalb von zwei oder drei Tagen, oft innerhalb von Stunden zurück. Teilweise oder vollständige Amnesie (siehe F44.0) bezüglich dieser Episode kann vorkommen. Wenn die Symptome andauern, sollte eine Änderung der Diagnose in Erwägung gezogen werden<sup>7</sup>.

F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS): Diese 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. Prädisponierende 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<sup>7</sup>.

#### 1.1.1.2.3 Differentialdiagnostische Abgrenzung zur Anpassungsstörung (F43.2)

Von den beiden oben genannten Krankheitsentitäten klar zu unterscheiden ist die klinisch sehr häufig vorkommende *Anpassungsstörung* im Sinne einer *vorübergehenden* Befindlichkeitsänderung nach einem lebensgeschichtlich relevanten Ereignis *nicht* katastrophalen Ausmaßes. Die Befindlichkeitsveränderungen (depressive Reaktion, Ängste, Sorgen etc.) treten in einem Zeitraum von einem Monat (F43.20) nach dem belastenden Ereignis auf. Die Beschwerdeentwicklung kann nach ICD-10 bis zu zwei Jahre (F43.21) andauern<sup>7</sup>.

#### 1.1.1.2.4 Unterschiede von ICD-10 (F43.1) und ICD-11 (6B40/6B41)

Die Neuauflage der ICD ist in ihrer 11. Version zum 01. Januar 2022 international in Kraft getreten. Die endgültige deutsche Version und klinische Einführung sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch ausstehend. Das grundsätzliche Verständnis der PTBS wurde jedoch beibehalten:

Eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) kann sich entwickeln, wenn man einem extrem bedrohlichen oder entsetzlichen Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen ausgesetzt war. Sie ist durch alle der folgenden Punkte gekennzeichnet: 1) Wiedererleben des traumatischen Ereignisses oder der traumatischen Ereignisse in der Gegenwart in Form von lebhaften aufdringlichen Erinnerungen, Rückblenden oder Alpträumen. Das Wiedererleben kann über eine oder mehrere Sinnesmodalitäten erfolgen und wird typischerweise von starken oder überwältigenden Emotionen, insbesondere Angst oder Entsetzen, und starken körperlichen Empfindungen begleitet; 2) Vermeidung von Gedanken und Erinnerungen an das Ereignis bzw. die Ereignisse oder Vermeidung von Aktivitäten, Situationen oder Personen, die an das

---

<sup>7</sup> Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modification Version 2022, online auf: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2022/>

Ereignis bzw. die Ereignisse erinnern; und 3) anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten aktuellen Bedrohung, die sich z. B. durch Hypervigilanz oder eine verstärkte Schreckreaktion auf Reize wie unerwartete Geräusche zeigt. Die Symptome halten mindestens mehrere Wochen lang an und verursachen erhebliche Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.<sup>8</sup>

Zusätzlich wurde als neue Krankheitsentität die sog. »komplexe posttraumatische Belastungsstörung« (KPTBS) eingeführt, die das Krankheitsbild der klassischen PTBS um Probleme der »Affektregulationsstörungen, negative[n] Selbstwahrnehmung und Beziehungsstörungen« durch *wiederholte* Traumatisierung erweitert.

»Da das DSM-5 die Diagnose der KPTBS offiziell nicht kennt, ist zu erwarten, dass sich die Forschungsliteratur in Zukunft auf solche mit ICD-11- und solche mit DSM-5-Bezug aufspalten wird« (Hecker & Maercker, 2015). Im Originaltext der ICD-11 wird die KPTBS wie folgt beschrieben:

Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (Komplexe PTSD) ist eine Störung, die sich entwickeln kann, nachdem man einem Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen extrem bedrohlicher oder schrecklicher Natur ausgesetzt war, meist lang anhaltende oder sich wiederholende Ereignisse, denen man nur schwer oder gar nicht entkommen kann (z. B. Folter, Sklaverei, Völkermordkampagnen, lang anhaltende häusliche Gewalt, wiederholter sexueller oder körperlicher Missbrauch in der Kindheit). Alle diagnostischen Voraussetzungen für eine PTBS sind erfüllt. Darüber hinaus ist die komplexe PTBS gekennzeichnet durch schwere und anhaltende 1) Probleme bei der Affektregulierung; 2) Überzeugungen über die eigene Person als vermindert, besiegt oder wertlos, begleitet von Scham-, Schuld- oder Versagensgefühlen im Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis; und 3) Schwierigkeiten, Beziehungen aufrechtzuerhalten und sich anderen nahe zu fühlen. Diese Symptome führen zu erheblichen Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Internationale Klassifikation der Krankheiten 11. Revision – ICD-11 für Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken, auf: [https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html)

#### 1.1.1.2.5 Einteilung von Typ-I und Typ-II-Traumata nach Terr

Außerhalb der großen diagnostischen Manuale hat sich die Einteilung von Typ-I und Typ-II-Traumata nach Terr (1991)<sup>9</sup> etabliert. Diese unterscheidet zwischen einmaligen/kurzfristigen (Typ I), *menschlich* verursachten (ziviles Gewalterleben, sexueller Übergriff) vs. *zufälligen* Traumata (schwerer Verkehrsunfall) sowie mehrfache bzw. langfristige (Typ-II) *akzidentelle* (z.B. Naturkatastrophen) vs. *interpersonell* verursachte Traumata (z.B. sexueller Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter, Kriegserleben, Geiselhaf, politische Inhaftierung, Folter).

Typ-I-Traumata zeichnen sich qualitativ insbesondere »durch akute Lebensgefahr, Plötzlichkeit und Überraschung« aus und führen eher zum Krankheitsbild einer »klassischen« PTBS, während Typ-II-Traumata durch das serielle Auftreten einzelner traumatischer Ereignisse eher zum Krankheitsbild einer KPTBS nach ICD-11 führen<sup>8</sup>.

#### 1.1.1.2.6 Kritische Anmerkungen zu den etablierten Diagnosekriterien

Aus der bisherigen Darstellung dürfte die Komplexität und zum Teil widersprüchliche Terminologie bzw. Konzeptualisierung der zugrundeliegenden Krankheitsbilder, insbesondere im Vergleich zwischen ICD und DSM, deutlich geworden sein. Grundsätzlich ist zu bedenken, dass es mit der Rede von »Traumafolgestörungen« und durch Hinzufügung der Vorsilbe »post«-traumatisch bzw. -traumatic um ein *ätiologisches* Krankheitsverständnis geht.

Bei der Krankheits*ätiologie* handelt es sich um die Lehre von den Krankheits*ursachen*. In Bezug auf die Traumafolgestörungen erscheint es zunächst naheliegend davon auszugehen, dass die Krankheit bzw. Krankheits*reaktion* nicht entstanden wäre, hätte es kein Trauma-Ereignis gegeben. Damit liegt der Fokus schon von vornherein mehr auf Seite des objektiv feststellbaren Ereignisses, z.B. des schweren Verkehrsunfalls, und weniger darauf, wie die betroffene Person den Unfall tatsächlich erlebt und sich hernach dazu verhalten hat.

---

<sup>9</sup> Terr, L.C. (1991). Childhood traumas. An outline and overview. American Journal of Psychiatry, 148, S. 10–20