

## 9 Unfall und Trauma

### 9.1 Ein klinischer Fall

Ein 25-jähriger Patient kehrt aus seinen Ferien in der Türkei zurück. Er habe dort erlebt, wie bei einem Erdbeben sein Elternhaus zerstört worden sei. Glücklicherweise seien dabei keine Menschen zu Schaden gekommen. Er spricht kaum spontan über das Erlebte und möchte auch nicht mehr an den Ort des Geschehens zurückkehren.

### 9.2 Was ist Unfall und Trauma?

Jeder externe Stressor führt zu einer Stressreaktion, die mit einem Erregungs- und Aktivationszustand verbunden ist (*siehe auch Kap. 7*). Mit Hilfe von Kampf-/Fluchtendenzen und Copingmechanismen wird versucht, diesen Stress zu bewältigen.

Ein **psychisches Trauma** entsteht dann daraus, wenn es zu einem **vitalen Diskrepanzerlebnis** zwischen den bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten kommt. Dies ist mit **Gefühlen von Hilflosigkeit** und einer **„dauerhaften Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis“** verbunden (Fischer u. Riedesser 1999).

Im ICD-10 wird das psychische Trauma mit „außergewöhnlicher Belastung mit katastrophalem Ausmaß“ und im DSM-5 als „Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt“ definiert.

Es gibt verschiedene Auslöser für **psychische Traumata**.

In der Regel sind es unerwartete und außergewöhnliche Belastungen, die jenseits der Erfahrung liegen, denen ein Individuum normalerweise ausgesetzt ist.

Dazu gehören

- schwere Unfälle mit Körperverletzung oder Todesfolge,
- Raubüberfall,
- Vergewaltigung,
- Misshandlungen oder
- Tod eines Kindes.

Eine häufig verwendete Einteilung **traumatischer Ereignisse** ist in *Tab. 9.1* dargestellt (Maercker 2009). Darin wird einerseits in einmalige/kurzfristige Traumata (Typ-I-Traumata) und mehrfache/langfristige Traumata (Typ-II-Traumata) und andererseits in akzidenzielle (zufällige) und interpersonelle Traumata unterschieden.

**Tab. 9.1:** Traumatische Ereignisse (mod. nach Maercker 2009)

	<b>Typ-I-Traumata (kurzfristig, einmalig)</b>	<b>Typ-II-Traumata (langfristig, mehrfach)</b>
<b>akzidenzielle (zufällige) Traumata</b>	schwere Verkehrsunfälle, schwere Berufsunfälle (Feuerwehr, Polizei), kurz andauernde Katastrophen	technische Katastrophen, langandauernde Katastrophen (Erdbeben, Überschwemmung)
<b>interpersonelle Traumata</b>	sexuelle Übergriffe (Vergewaltigungen), kriminelle Gewalt, ziviles Gewalterleben (Banküberfall)	sexueller Missbrauch in der Kindheit, körperliche Gewalterfahrungen, Kriegserleben, Geiselaft, Folter, politische Inhaftierung

20–30 % der deutschen Bevölkerung gaben in einer Umfrage zufolge an, mindestens einmal im Leben ein traumatisches Ereignis erlebt zu haben (Maercker et al. 2008).

Das Erleben eines **traumatischen Ereignisses** führt aber nicht in allen Fällen zu der Entwicklung einer **posttraumatischen Störung**. Wie gut ein psychisches Trauma verarbeitet werden kann, hängt von der individuellen Lebensgeschichte, dem persönlichen Befinden zum Zeitpunkt des traumatischen Ereignisses und von der Schwere und Dauer der Traumatisierung ab.

Wirken mehrere belastende Faktoren zusammen, können die posttraumatischen Symptome fortbestehen, obwohl das traumatische Ereignis bereits Wochen, Monate oder auch Jahre zurückliegt. In diesen Fällen spricht man dann von einer **Traumafolgestörung**.

Die häufigste Traumafolgestörung ist die **posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)**. Das Risiko nach einem schweren traumatischen Ereignis, eine **PTBS** zu entwickeln, liegt Studien zufolge bei ungefähr 50 % (Glaesmer et al. 2015). Es wird generell davon ausgegangen, dass interpersonelle und langfristige Traumata zu größeren Beeinträchtigungen führen als akzidenzielle (zufällige) und kurzfristige Traumata. Insgesamt ist die Entwicklung der PTBS aber ein komplexer, multikausaler Prozess mit wechselseitiger Beeinflussung von prätraumatischen Faktoren, biologischer Vulnerabilität, psychosozialen Faktoren, dem Trauma selbst und den posttraumatischen Faktoren der Verarbeitung.

### 9.3 Welche Diagnosen?

Als **akute Stressreaktion (ICD-11, QF74)** werden diejenigen psychischen Störungen bezeichnet, die **unmittelbar nach einem traumatisierenden Ereignis** einsetzen. In den Medien wird in diesen Fällen oft von „Schock“ oder „Nervenzusammenbruch“ gesprochen. Die Symptome der akuten Belastungsreaktion sind verschieden, beginnen typischerweise mit einer Art „Betäubung“ mit Bewusstseins-einengung und Desorientiertheit. Danach folgt ein Rückzug oder auch eine Überaktivität wie Fluchtreaktionen. Diese Verhaltenswei-

sen sind begleitet von vegetativen Symptomen wie Tachykardie und Schwitzen (WHO 2020). Die Symptome verschwinden entweder innerhalb von wenigen Stunden oder Tagen oder sie gehen über in die **posttraumatische Belastungsstörung**, die einen schweren Verlauf nehmen und chronifizieren kann.

### **Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (ICD-11, 6B40).**

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist die psychische Störung, die direkt und ausschließlich auf traumatische Ereignisse bezogen ist. 1–3 % der deutschen Allgemeinbevölkerung erfüllen die Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (Maerker et al. 2008). Die PTBS zeigt sich in der Regel mit einer Latenz von **wenigen Wochen bis Monaten** nach dem traumatischen Ereignis. Je intensiver und belastender das Ereignis erlebt wurde, desto wahrscheinlicher scheint die Ausbildung einer PTBS zu sein. Charakteristische Symptome einer PTBS sind die Trias aus Intrusionen (ungewolltes Wiederleben der Situation), Vermeidung (Vermeidung von Reizen, die an das Ereignis erinnern) und Hyperarousal (erhöhtes **Erregungsniveau**). Es ist davon auszugehen, dass Patienten mit PTBS eine geringere Lebensqualität, eine schlechtere körperliche Gesundheit und eine höhere psychiatrische Komorbidität als Patienten mit Angststörungen aufweisen können (Walter u. Gouzoulis 2014).

Die **PTBS** ist zwar die häufigste, aber nicht die einzige Traumafolgestörung. **Angst, Depression und somatoforme Störungen** können ebenfalls nach einem psychischen Trauma auftreten und das klinische Bild prägen.

Eine **andauernde Persönlichkeitsveränderung (ICD-11, 6E68)** kann dann diagnostiziert werden, wenn langfristige Reaktionen auf schwerwiegende oder länger anhaltende Traumatisierungen wie Konzentrationslagerhaft oder Folter auftreten. Eine PTBS kann der andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung zeitlich vorausgehen. In *Tab. 9.2* sind die typischen Symptome und der Zeitpunkt ihres Auftretens nach dem traumatischen Ereignis bei den **Traumafolgestörungen** dargestellt.

Zu den Reaktionen auf schwere, länger anhaltende Traumatisierungen gehören auch die **dissoziativen Störungen (ICD-11, 6B60 – 6B6Z)** einschließlich der dissoziativen Identitätsstörung (ICD-11, 6B64). Häufiger noch als eine eigenständige Störung kommen einzelne dissoziative Phänomene bei der PTBS und bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung vor.

**Borderline-Patienten** weisen zudem in 30–40 % der Fälle eine **komorbide PTBS** auf (Gunderson u. Links 2008).

**Tab. 9.2:** Symptome der Traumafolgestörungen

Störungen	Merkmale	Zeitpunkt
<b>akute Belastungsreaktion</b>	nach initialem Gefühl der „Betäubung“ wechselnde Gefühle von Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität und Rückzug	unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis
<b>posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)</b>	Wiedererleben der traumatischen Situation, Vermeidung von Reizen, die mit dem Ereignis in Zusammenhang stehen, Amnesie oder anhaltende Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus wie Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen und Hypervigilanz	Wochen bis Monate nach dem traumatischen Ereignis

**Tab. 9.2:** Symptome der Traumafolgestörungen (*Forts.*)

Störungen	Merkmale	Zeitpunkt
<b>andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung</b>	generell feindliche und misstrauische Haltung der Welt gegenüber, sozialer Rückzug, anhaltendes Gefühl von innerer Leere, Entfremdung und des Bedrohtseins	mindestens 2 Jahre nach dem traumatischen Ereignis

**Anpassungsstörungen (ICD-11, 6B43)** treten nach einschneidenden oder belastenden Lebensveränderungen von weniger katastrophalem Ausmaß als bei den posttraumatischen Belastungsstörungen auf, z. B. nach Trennung, Scheidung oder einem Trauerfall. Sie werden deshalb nicht zu den **Traumafolgestörungen** gezählt. Meist sind **ängstliche und depressive Symptome** die charakteristischen Merkmale der **Anpassungsstörungen**. Häufig tritt auch ein gemischtes Bild auf aus depressiver Verstimmung, Angst und großer Besorgnis, mit dem Alltag nicht mehr zurechtzukommen.

#### 9.4 Was ist zu tun?

Bei **Trauma und Traumafolgestörung** sind entweder die Ängste, Überaktivität und Rückzugstendenzen im Vordergrund (akute Belastungsreaktion) oder die typischen posttraumatischen Symptome mit Intrusionen der traumatischen Erlebnisse sowie ebenfalls häufig Überaktivität und Rückzugs- bzw. Vermeidungsverhalten (PTBS).

Entscheidend für die Diagnostik und das weitere therapeutische Vorgehen ist **der direkte Zusammenhang zu einem traumatischen Erlebnis und dem Zeitpunkt des Auftretens der Traumasymptomatik** nach dem Trauma. Somatische Traumata sollten etwa bei Unfällen nicht übersehen werden, um mögliche Risiken für eine Lebensgefährdung richtig bewerten zu können.