

Als Psychologin, Psychotherapeutin und Spezialistin für Psychotraumatologie stellt Eva Zimmermann ihre Sicht auf die Behandlung posttraumatischer Störungen dar. Bezugnehmend darauf, welche Punkte ihres Artikels für die Allgemeinmedizinerin und den Allgemeinmediziner von besonderer Relevanz sind, verweist sie auf die subklinischen Symptome: Nach einem emotional belastenden Erlebnis zeigt ein Viertel der Betroffenen keine und ein weiteres Viertel leichte Symptome, ein Viertel weist ziemlich starke Symptome auf, die jedoch nicht die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) erfüllen. Bei den beiden zuletzt genannten Vierteln ist allerdings ein klinisch signifikanter Leidensdruck festzustellen, ebenso wie bei jenem Viertel der Betroffenen, die an einer PTBS im eigentlichen Sinne leiden. Laut der Autorin sollten wir das Trauma aktiv mithilfe von Fragen aufspüren (die etwa lauten: «Haben Sie etwas Besonderes erlebt – auch wenn es ein oder zwei Jahre her ist?») und gegebenenfalls auf die in diesem Moment erlebten Symptome zurückkommen. Sie fordert uns auf, uns nicht auf Symptome zu stürzen und sie punktuell und isoliert zu behandeln, beispielsweise mit einem Schlafmittel oder Antiemetikum. Vor der Behandlung sollte das Trauma von Grund auf erkannt werden. Nach der Erfassung der Ursache wird der Patient gefragt, ob er weiteren Bedarf hat und einen Spezialisten aufsuchen möchte. Falls der Patient zum Ausdruck bringt, dass ihm das Gespräch mit der Hausärztin bzw. dem Hausarzt genügt, sollte ein neuerlicher Termin vereinbart werden, um zu prüfen, ob es ihm besser geht und ob bestimmte Symptome möglicherweise weiterbestehen. Als Spezialistinnen und Spezialisten, an die gegebenenfalls verwiesen werden sollte, kommen Psychotraumatologinnen und -traumatologen infrage, welche die kognitive Verhaltenstherapie oder EMDR praktizieren.

Daniel Widmer

Redaktor Primary and Hospital Care

Wie kann einem Menschen geholfen werden, der ein aussergewöhnliches Ereignis erlebt hat?

Posttraumatische Störungen und ihre Behandlung

Eva Zimmermann

Fachpsychologin für Psychotherapie FSP; Kodirektorin des «Institut romand de psychotraumatologie» (IRPT)



Dieser Artikel versucht, zwei Fragen zu beantworten: Worum handelt es sich bei den posttraumatischen Belastungsstörungen und wie kann die Ärztin/der Arzt einem Menschen helfen, der von einem aussergewöhnlichen Ereignis betroffen ist?

Einleitung

Als «Trauma» bezeichnet man die Reaktion eines Menschen auf ein emotional schwerwiegendes Ereignis und nicht das Ereignis, das die Reaktion auslöst. Laut dem ICD-10 (Dilling 1992) ist ein Trauma «ein aussergewöhnlich belastendes Lebensereignis, das eine akute Belastungsreaktion hervorruft, oder eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat und eine Anpassungsstörung hervorruft» [1].

Bei jedem Menschen, der mit einem potenziell traumatisierenden Ereignis konfrontiert ist, kann eine psychische Reaktion ausgelöst werden, die ihn nachhaltig prägen kann. Diese möglichen Reaktionen werden insgesamt als akute Belastungsreaktion bezeichnet. Oftmals klingt diese Reaktion nach und nach ab, während

die oder der Betroffene die eigenen Emotionen erkennt, akzeptiert und integriert. Da jedoch die Intensität des Ereignisses ebenso stark variieren kann wie die individuelle Reaktion darauf, weist der Einfluss eines Ereignisses auf das psychische Gleichgewicht und die Entwicklung von Symptomen eine grosse Palette verschiedener Reaktionen auf. Wenn dieser Zustand andauert, kann sich daraus ein posttraumatisches Stress-Syndrom (PTSD) oder eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entwickeln.

Laut Holbrook et al. [2] ist für Frauen das Risiko, eine PTBS zu entwickeln, höher als für Männer. Liegt eine PTBS vor, so korreliert dies unabhängig vom Geschlecht mit einer verminderten Lebensqualität. Der Einbezug von speziell für die Behandlung dieser Störungen ausgebildete Personen kann dann erforderlich werden.

Aktuelle Definition der PTBS

Seit 1980 ist offiziell anerkannt, dass jeder Mensch, der einer aussergewöhnlich starken Belastung ausgesetzt ist, eine akute, verzögerte oder chronische posttraumatische Belastungsstörung entwickeln kann, mit den vier dafür typischen Anzeichen:

1. intrusive Bilder, Gedanken, Albträume usw.;
2. Vermeidungsverhalten gegenüber den auslösenden Umständen;
3. kognitive und emotionelle Veränderungen;
4. neurovegetative Aktivierung [3].

Um genau zu sein ist es wichtig zu beachten, dass das Trauma bzw. die posttraumatische Belastung also die Reaktion eines Menschen auf aussergewöhnliche Ereignisse ist und nicht das Ereignis selbst.

Das aussergewöhnlich belastende Agens bzw. das emotional schwerwiegende Erlebnis kann ein Ereignis sein, bei dem der Mensch mit dem Tod, schweren Verletzungen oder mit einer Bedrohung der körperlichen oder sexuellen Integrität konfrontiert ist. Die Betroffenen können unmittelbar (als direkte Opfer) oder als Zeugen (als indirekte Opfer) an dem emotional schwerwiegenden Ereignis beteiligt sein, oder auch von einem Ereignis erfahren, das einen nahestehenden Menschen betrifft. Derartige Ereignisse können etwa sein: Naturkatastrophen (Überschwemmung, Wirbelsturm, Erdbeben usw.), Unfallkatastrophen (Autounfall oder Flugzeugabsturz, Brand usw.) sowie vorsätzlich herbeigeführte Katastrophen (Anschlag, Geiselnahme, Krieg, Folter usw.). Ob das Ereignis von Menschen oder von der Natur ausgelöst wurde, ist ebenso von Bedeutung für den Schweregrad der Störung wie die Frage, ob es sich um ein einzelnes oder wiederholtes Ereignis handelt. Im Allgemeinen ist die Störung stärker, wenn es sich um ein von Menschen ausgelöstes Ereignis handelt und wenn es sich wiederholt. In diesen Fällen ist eher eine komplexe PTBS oder eine dissoziative Störung zu diagnostizieren (diese Diagnosen sind nicht Gegenstand dieses Artikels).

Die vier charakteristischen Anzeichen der posttraumatischen Störung

- 1) Wiederholte Intrusionen, das heisst Eindruck des Wiedererlebens traumatischer Erinnerungen. Wiederkehrende Gedanken, Träume und Albträume oder «Flashbacks» drängen sich auf und verursachen eine starke Belastung und psychische Reaktionen (Angst, Depression, Panikattacken usw.) [4].
- 2) Vermeidungsverhalten gegenüber traumaassoziierten Reizen oder Gedanken, oder Vermeiden bestimmter Orte und Situationen, die schmerzhaft

Erinnerungen wecken können. Unter Umständen besteht eine mentale Blockade, wenn sich die Betroffenen das Ereignis in Erinnerung zu rufen versuchen. Dies wird ebenfalls als psychisches Vermeidungsverhalten bezeichnet. Auch vollständige oder teilweise Amnesien sind Teil des unbewussten Vermeidens des belastenden Erlebnisses.

- 3) Die negativen Veränderungen von Kognition und Emotionen beginnen kurz nach dem traumatisierenden Ereignis. Die Betroffenen können emotionale Taubheit oder ein Entfremdungsgefühl gegenüber den Mitmenschen empfinden. Die Fähigkeit, anderen Interesse entgegenzubringen oder Emotionen wie Trauer, Empathie oder sexuelles Verlangen zu empfinden, kann vermindert sein. Kognitive Veränderungen können auftreten und andauern, etwa übertriebene oder verzerrte negative Vorstellungen (zum Beispiel: «Das Leben ist zu schwer», «Das Leben ist die Mühe nicht wert», «Die Menschen sind böse») oder kognitive Verzerrungen hinsichtlich der Ursachen (zum Beispiel: «Es ist meine Schuld», «Ich hätte etwa tun müssen», «Ich bin ein Versager»).
- 4) Eine Übererregung oder Hyperaktivität kann sich in Schlafstörungen, einer erhöhten Wachsamkeit (Hypervigilanz), einer verstärkten Nervosität und erhöhten Schreckhaftigkeit oder auch in vermehrtem Risikoverhalten äussern. Viele Betroffene empfinden Konzentrationsschwierigkeiten und sprechen von «extrem angespannten Nerven». Häufig sind gleichzeitig eine erhöhte Reizbarkeit und Aggressivität zu beobachten. Dieser Faktor bedingt oftmals Schlaf- und Essstörungen sowie auch den Missbrauch von Substanzen wie Nikotin, Koffein und Alkohol, aber auch von Drogen und Medikamenten. Das ist allerdings als ein Versuch der Selbstheilung einzuordnen und nicht als Abhängigkeit, auch wenn das Ergebnis ziemlich ähnlich scheint.

Alle diese Reaktionen sind normal und natürlich, wenn sie rasch in den Wochen nach dem Ereignis auftreten. Sie sollten jedoch spätestens in den ersten drei Monaten nach dem Ereignis abklingen, andernfalls kann eine PTBS diagnostiziert werden.

Direkt oder einige Monate nach dem Ereignis kann sich eines bzw. können sich mehrere dieser Symptome mit sehr unterschiedlicher Intensität manifestieren. Manche Menschen zeigen überhaupt keine Symptome, während andere durch ein breites Spektrum von Symptomen stark beeinträchtigt sind.

In fast allen Fällen weckt das emotionale Erleben des Ereignisses ein intensives Gefühl von Angst, Verzweiflung oder Ohnmacht. Aber auch weniger bedeutsame

Situationen können eine PTBS verursachen, ohne Angst oder Verzweiflung auszulösen.

Die rasch nach dem Ereignis auftretenden Symptome werden also als «akute Belastungsreaktion» (ABR) bezeichnet und sollten innerhalb der drei folgenden Monate abklingen. Wenn die Symptome über diese drei Monate hinaus anhalten, spricht man von einer «posttraumatischen Belastungsstörung» (PTBS), die als pathologisch gilt und folglich eine psychotherapeutische Behandlung erfordert. Die Symptome können sich auch erst Monate oder (in vereinzelt Fällen) Jahre nach dem Ereignis manifestieren. Diese verzögerte Form einer PTBS ist schwieriger zu diagnostizieren, da die Betroffenen oftmals keine Verbindung zwischen dem Ereignis und den Symptomen herstellen. Eine Fehldiagnose, da nur die Symptome berücksichtigt werden (z.B. «Depression»), ist oft die Folge davon.

Risikofaktoren für eine PTBS

In Tabelle 1 sind die Risikofaktoren für eine PTBS laut Brewin dargestellt [5]. Demzufolge ist der grösste Risikofaktor der Mangel an sozialer Unterstützung. Über eine gute soziale Unterstützung zu verfügen, gilt folglich als Schutzfaktor gegen die Entwicklung der Störung.

Tabelle 1: Risikofaktoren für eine PTBS [5].

Mangel an sozialer Unterstützung	.40
Belastungen im Alltag	.32
Intensität des traumatisierenden Ereignisses	.23
Andere negative Erfahrungen in der Kindheit	.19
Geringere Intelligenz	.18
Missbrauch in der Kindheit	.14
Sozioökonomische Stellung	.14
Geschlecht (Frauen)	.13
Psychiatrische Störung in der Familienanamnese	.13
Traumata in der Anamnese	.12
Psychiatrische Störung in der Anamnese	.11
Geringere Bildung	.10
Geringeres Alter	.06
Ethnische Zugehörigkeit (Angehörige von Minderheiten)	.05

Ein Ihnen nahestehender Mensch hat ein emotional belastendes Ereignis erlebt. Was ist zu tun?

Ein emotional belastendes Ereignis kann stark widersprüchliche Reaktionen auslösen. Dass sie alle normal und natürlich sind, ist die wichtigste Botschaft, die man den Betroffenen übermitteln sollte. Nicht normal ist hingegen die erlebte Situation, das Ereignis. Sich

dieser Person gegenüber verständnisvoll und warmherzig zu zeigen, ist die richtige Haltung. Ebenso sollte man sie zum Sprechen motivieren, auch wenn man nicht alle ihre Reaktion versteht, denn das beruhigt sie. Glauben Sie dem Menschen, selbst wenn das Erzählte wirr und unwahrscheinlich scheint. Zu Ihren Aufgaben zählt es nicht, die Erlebnisse des Betroffenen zu überprüfen oder zu bestätigen, hören Sie einfach aufmerksam zu, ohne zu urteilen. Bringen Sie die betroffene Person dazu, ihre Reaktionen anzuerkennen und zu akzeptieren. Sicherlich wird es eine gewisse Zeit dauern, bis die Symptome abklingen. Der traumatisierte Mensch wird niemals vergessen. Bemühen Sie sich, die anderen Faktoren, die ihn belasten könnten, zu verringern. Motivieren Sie ihn, Betätigungen zu planen, die ihn entspannen und aus denen er neue Kraft schöpfen kann. Achten Sie auf ungewohntes Verhalten und fordern Sie die Person auf, mit einem Spezialisten zu sprechen, wenn sich die Häufigkeit und die Intensität der Reaktionen nicht innert einiger Wochen verringern.

Was ist zu tun, wenn man selbst ein potenziell traumatisierendes Ereignis erlebt hat?

Um ein potenziell traumatisierendes Ereignis rasch hinter sich zu lassen, ist es wohl am besten, die vielfältigen Reaktionen zu erkennen und zu akzeptieren, auch wenn sie schmerzhaft sind. Wie gesagt: Diese Reaktionen sind normal, die erlebte Situation ist abnormal. Bleiben Sie in der Folge nicht allein. Verbringen Sie gegebenenfalls regelmässig Zeit mit einem nahestehenden Menschen, einige Stunden oder auch einige Tage. Stellen Sie sicher, dass Ihnen jemand Gesellschaft leistet, der in der Lage ist, Ihnen zuzuhören. Falls mehrere Personen das Ereignis miterlebt haben, empfiehlt sich, mit den anderen darüber zu sprechen, ohne jedoch jemanden zu zwingen, sich zu äussern. Einfach da zu sein und den anderen zuzuhören, zählt zu jenen Verhaltensweisen, zu denen man sich und andere motivieren sollte. Dies kann beispielsweise im Rahmen eines Gruppengesprächs erfolgen.

Planen Sie zudem Betätigungen ein, durch die Sie sich erholen (warmes Bad, Sport, Entspannung) und ablenken (Ausgehen, Hobby). Konsumieren Sie nach der Traumatisierung keine alkoholischen Getränke oder Drogen. Wenn Sie nach einigen Tagen keine merkliche Verringerung der Symptome feststellen, sollten Sie eine Fachperson konsultieren, zum Beispiel Ihre Hausärztin bzw. Ihren Hausarzt oder eine Spezialistin bzw.

Fortsetzung auf Seite 308

Das Medikament ist für den Internisten das, was dem Chirurgen das Skalpell ist: Ein unabdingbares Instrument zur Behandlung, das jedoch einen präzisen Einsatz erfordert.

Dieser Artikel ist Teil einer Serie, in der die wichtigsten Informationen zu häufig verwendeten Medikamenten kurz und bündig präsentiert werden sollen, um eine angemessene Verschreibung in der täglichen Praxis zu gewährleisten. Die Angaben sind direkt dem Brevimed (erschienen bei Editions Médecine et Hygiène) entnommen. Dieses Buch im Taschenformat wurde von Prof. Dr. med. Jacques Donzé verfasst (die zweite Edition in Zusammenarbeit mit Prof. Nicolas Schaad) und gibt eine Übersicht über 1400 Wirkstoffe, die in der Medizin häufig eingesetzt werden. Der Brevimed bietet den Vorteil, auf ein bis zwei Seiten alle für die Verschreibung relevanten Informationen darzustellen, und zwar unabhängig von der Pharmaindustrie. Jeder Teil der Serie wird von einem kurzen Gastkommentar eines Experten ergänzt.

Das Skalpell des Internisten

Ezetimib

Jacques Donzé^a, Nicolas Schaad^b, Nicolas Rodondi^c

^a Mitglied der Redaktion; Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital Bern, Harvard Medical School, Boston, MA; ^b Pharmacie interhospitalière de la Côte, Morges, Faculté de médecine, Université de Genève; ^c Medizinische Poliklinik, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital Bern; Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Bern

Ezetimib

Bezeichnung Ezetro[®] 10 mg Tabletten.

Eig Ezetimib hemmt einen Cholesterintransporter und verringert die Aufnahme von Cholesterin sowie jene der damit verwandten Phytosterine. Infolgedessen sinkt die Cholesterinmenge, die der Leber zur Verfügung steht, und es kommt zur vermehrten Expression von LDL-Rezeptoren. Nützlich zur zusätzlichen Cholesterinsenkung in Kombination mit einem Statin.

Pharm Q0 = ?, t_{1/2} = 22 h. Metabolisierung in der Leber, Ausscheidung über die Galle.

Indik Hypercholesterinämie (vor allem Typ IIa), in Kombination mit einem Statin, wenn dieses nicht ausreichend wirkt. Die Indikationen von Ezetimib wurden noch nicht genau festgelegt (Beschränkung auf Patienten nach einem Herzinfarkt?).

Dos 10 mg 1x/Tag (kann zu jeder Tageszeit unabhängig von der Nahrungsaufnahme eingenommen werden).

Anpas	KrCl (ml/min):	<30	30–50	>50
	Dosis bei Niereninsuffizienz:	50%	100%	100%

Leberinsuffizienz: Bei leichter Leberinsuffizienz (Child-Pugh-Score 5–6) Dosis um 50 % reduzieren. Bei mässiger oder schwerer Leberinsuffizienz kontraindiziert.

Schwangerschaft	Erstes Trimenon	Zweites Trimenon	Drittes Trimenon	Stillzeit
	Na	N	N	N

KI Schwere Leberinsuffizienz, Erhöhung der Transaminasen-Werte.

NW Bauchschmerzen, Diarrhö, Kopfschmerzen, Erhöhung der Transaminasen-Werte, Flatulenz, Obstipation, Allergien, Myalgie, Müdigkeit. Selten Thrombozytopenie, Rhabdomyolyse, Cholelithiasis, Pankreatitis.

Inter Fibrate, Colestyramin.

Abkürzungen: Eig = Eigenschaften und Nutzen der Wirkstoffe; Pharm = Pharmakologie; Indik = Hauptindikationen (darunter «Off-Label-Indikationen»); Dos = Standarddosierung; Anpas = Dosisanpassungen; KrCl = Kreatinin-Clearance; KI = Wichtige Kontraindikationen; NW = Nicht vollständige Liste der Nebenwirkungen mit klinischen Auswirkungen aufgrund ihrer Häufigkeit oder ihres Schweregrades; Inter = Verbreitete Interaktionen; N = Medikament grundsätzlich kontraindiziert während der Schwangerschaft oder Stillzeit; N^a = Medikament grundsätzlich kontraindiziert während der Schwangerschaft oder Stillzeit, wobei eine zufällige Verabreichung das Risiko von Malformationen wahrscheinlich nicht signifikant erhöht.



Auszug aus dem «Brevimed», erschienen 2017 bei Editions Médecine et Hygiène, www.medhyg.ch. Nur auf Französisch erhältlich. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung von Médecine et Hygiène.

Gastkommentar

Prof. Nicolas Rodondi, Medizinische Poliklinik, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital Bern; Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Bern.

Ezetimib wird hauptsächlich in Kombination mit einem Statin verwendet, um eine zusätzliche Senkung des LDL-Cholesterinspiegels zu erreichen. Im Hinblick auf den Benefit für die kardiovaskuläre Prognose der

Patienten konnte ein Zusatznutzen bisher lediglich im Rahmen der Sekundärprävention nach einem akuten Koronarsyndrom nachgewiesen werden. Derzeit ist es also nicht sinnvoll, Ezetimib allein oder in Kombination zur Primärprävention zu verabreichen. Eine Ausnahme ist möglicherweise die schwere familiäre Hypercholesterinämie, bei der es oftmals schwierig ist, mit einem Statin allein einen guten LDL-Wert zu erreichen; der eindeutige Nutzen von Ezetimib in dieser Indikation wurde allerdings noch nicht gezeigt.

Ein Vorteil ist, dass dieser Arzneistoff in den meisten Fällen gut vertragen wird, abgesehen von einigen Fällen von Magen-Darm-Symptomen zu Behandlungsbeginn.

Die Strategien zur kardiovaskulären Prävention bleiben unverändert. Zur Sekundärprävention muss zuerst mit einem Statin behandelt werden. Für kein Statin wurde im Vergleich zu einem anderen ein grösserer Nutzen hinsichtlich der kardiovaskulären Prognose nachgewiesen, allerdings gilt, die Interaktionen und den Ausgangswert des LDL-Cholesterins (der bisweilen die Anwendung des Statins mit der stärksten Wirkung auf den LDL-Cholesterin-Wert erfordert) zu berücksichtigen. Bei Nichterreichen der Ziele kann eine Ezetimib-Behandlung hinzugefügt werden.

Zur Primärprävention bei hohem und in manchen Fällen mittelgradigem kardiovaskulärem Risiko bleiben die Statine Mittel erster Wahl. Bei Patienten mit geringem Risiko wurde weder für die Statine noch für Ezetimib ein Nutzen nachgewiesen.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Jacques Donzé
Universitätsklinik für
Allgemeine Innere Medizin
Inselspital
CH-3010 Bern
jacques.donze[at]insel.ch

Fortsetzung von Seite 306

einen Spezialisten (auf Psychotraumatologie spezialisierter Psychiater oder Psychotherapeuten).

Was sollte man vermeiden?

Am wichtigsten ist, die Situation nicht zu verharmlosen, gleichzeitig sollte sie aber auch nicht übertrieben werden. Sagen Sie nicht: «Man muss vergessen», «Es ist doch nichts», oder «Tu so, als ob nichts geschehen wäre», da dies für einen betroffenen Menschen nicht möglich ist. Als Angehöriger dürfen Sie die Erfahrungen des Betroffenen nicht banalisieren, sonst könnte er sich unverstanden fühlen. Stellen Sie keinen Vergleich mit ähnlichen Situationen an, da das von den

Opfern Erlebte in ihren Augen einzigartig ist. Machen Sie keine Vorwürfe, beharren Sie nicht auf dem materiellen Verlust oder den beträchtlichen Alltagsveränderungen. Menschen, die über die durch ein traumatisierendes Ereignis möglicherweise ausgelösten Reaktionen und die frühzeitig erforderlichen Massnahmen gut informiert sind, finden ihr Gleichgewicht rascher wieder als andere. Ebenso wichtig ist indes, nicht ausschliesslich über das Ereignis und das Geschehene zu sprechen, sondern zeitweise zur Normalität zurückzukehren. Dies erfordert ein Gleichgewicht zwischen Gesprächen, Zuhören, aber auch der Beschäftigung mit anderen Dingen und Ablenkung. Wenn Sie das Bedürfnis empfinden, eine Fachperson zu konsultieren, sollten Sie daran denken, dass sich frühzeitig Behandelte weit besser und rascher erholen als jene, die erst spät, wenn die Symptome bereits chronisch sind, behandelt werden.

Korrespondenz:
Eva Zimmermann
Psychologue spécialiste en
psychothérapie FSP
Co-directrice de l'institut
romand de psychotraumatologie irpt
Route-Neuve 7A
CH-1700 Fribourg
eva[at]irpt.ch

Fazit

Seit 38 Jahren werden die Störungen infolge emotional schwerwiegender Ereignisse offiziell vom DSM-IV (*Differential Statistical Manual*) [6] und später vom DSM-5 [3] anerkannt, der weltweiten Referenz bei psychischen Störungen. In der Bevölkerung und unter Fachpersonen für psychische und somatische Gesundheit nimmt das Bewusstsein ständig zu, dass ein Mensch, der mit einem aussergewöhnlichen Ereignis konfrontiert ist, Störungen entwickeln kann, die der professionellen Behandlung bedürfen.

Laut APA (*American Psychiatric Association*) ist eine posttraumatische Belastungsstörung «ein krankhafter Zustand im Zuge eines aussergewöhnlich heftigen Ereignisses, das für jeden Menschen zu einer Belastung werden kann». Die Wahrnehmung einer Lebensbedrohung ist ein Vorhersagefaktor für eine PTBS [7].

Literatur

- 1 Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrs). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Seite 154. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto.
- 2 Holbrook TL, Hoyt DB, Stein MB, Sieber WJ. Gender differences in long-term posttraumatic stress disorder outcomes after major trauma: women are at higher risk of adverse outcomes than men. *J Trauma*. 2002;53(5):882–8.
- 3 DSM-V: *Differential Statistical Manual*, APA, 2013.
- 4 Schnyder U, Cloitre M. Eds. (2015). *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders*. Heidelberg, New York, Dordrecht, London.
- 5 Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(5):748–66.
- 6 DSM-IV: *Differential Statistical Manual*, APA, 1980.
- 7 Holbrook TL, Hoyt DB, Stein MB, Sieber WJ. Received threat to life predicts posttraumatic stress disorder after major trauma: risk factors and functional outcome. *J Trauma*. 2001;51(2):287–92; discussion 292–3.