

Thomas Bronisch und Serge Sulz

## Editorial – Posttraumatische Belastungsstörung

In der ersten Ausgabe unserer Zeitschrift Psychotherapie standen 1996 als Thema die Borderline-Persönlichkeitsstörung und als zweites Thema im Frühjahr 1997 die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) im Mittelpunkt. Nach über 13 Jahren greifen wir also das Thema der PTBS erneut auf. Es ist jedoch weniger der lange zeitliche Abstand, sondern mehr die in diesem Zeitraum explosionsartig zunehmende Bedeutung dieses Krankheitsbildes und vor allem der enorme Erkenntniszuwachs auf dem Gebiet der Genetik, Neurobiologie und der bildgebenden Verfahren sowie im Bereich der verfeinerten Behandlungstechniken. Kein Krankheitsbild hat darüber hinaus in den letzten drei Jahrzehnten so sehr unseren Horizont erweitert wie das der PTBS: das Verständnis der Entstehungsbedingungen von psychischen Störungen generell, die Erweiterung unseres psychopathologischen Repertoires und die Integration verschiedener therapeutischer Techniken.

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

**Mathias Weber** beschäftigt sich mit der Auseinandersetzung des Neurologen Hermann Oppenheim mit seinen Kollegen

über die Diagnose einer traumatischen Neurose anhand der „Kriegszitterer“ während des Ersten Weltkrieges. Im Jahr 1889 veröffentlichte der Berliner Neurologe Hermann Oppenheim seine Abhandlung über die traumatische Neurose. Diese Untersuchung muss als Ausgangspunkt der aktuellen Diskussion über psychiatrische Erkrankungen infolge von psychischen Traumen betrachtet werden. Oppenheim galt als einer der angesehensten Neurologen seiner Zeit, erreichte aber keine führende akademische Position, wobei wahrscheinlich auch der zeitgenössische Antisemitismus seine Karriere behinderte. Sein Konzept der traumatischen Neurose stellte einerseits psychische Kausalfaktoren in den Vordergrund, hielt jedoch andererseits an der Vorstellung einer funktionellen Störung fest, möglicherweise bedingt durch „Umlagerungen“ auf molekularer Ebene. Die massive Kritik, insbesondere seit dem Ersten Weltkrieg, an Oppenheims Vorstellungen zur traumatischen Neurose scheint seine Biographie zwischen höchster wissenschaftlicher Anerkennung und seiner akademischen Außenseiterposition widerzuspiegeln.

Die nächsten drei Arbeiten befassen sich mit den biologischen Grundlagen der PTBS.

**Ulrike Schmidt** nimmt von Seiten der Genetik und Epigenetik Stellung. All unsere Körperzellen tragen dasselbe Genom. Gäbe es kein Epigenom, wären all unsere Körperzellen identisch. Das Zusammenspiel aus Genom und Epigenom, das wiederum durch Umwelteinflüsse moduliert werden kann, begründet die molekulare Einzigartigkeit und dynamische Anpassungsfähigkeit jedes Individuums. Als Epigenom wird die Gesamtheit aller molekularen Schalter bezeichnet, die das Genom programmieren, die also bestimmen, welche Gene zu welchem Zeitpunkt in welchem Zelltyp aktiv sein sollen. Wie alle molekularen Vorgänge, können auch diese epigenetischen Programmierungsprozesse fehlerhaft ablaufen. Nur ein kleiner Teil aller Menschen entwickelt nach einem existentiell bedrohlichen Erlebnis eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Eine PTBS tritt nur dann auf, wenn eine (noch weitestgehend unbekannt) biologische Disposition eines Menschen und ein bestimmter Umweltfaktor, nämlich eine traumatisierende Begebenheit, zusammentreffen. Nach dieser Feststellung drängt sich die Vermutung fast auf, dass das Epigenom, das ja die Kommunikation zwischen Umwelt und Genom vermittelt, maßgeblich an der Pathogenese der PTBS beteiligt sein muss. Mit anderen Worten, es ist wahrscheinlich,

dass die PTBS entweder teilweise oder vollständig das Ergebnis dysfunktionaler epigenetischer Anpassungsprozesse ist.

**Karsten Wotjak** gibt einen Überblick über Tiermodelle der PTBS. Tierexperimentelle Forschung kann zum besseren Verständnis und zur besseren Therapierbarkeit psychiatrischer Erkrankungen beitragen. Entsprechende Tiermodelle werden auf der Grundlage verschiedener Validitätskriterien entwickelt. Dieser Artikel stellt diese Kriterien im Zusammenhang mit Tiermodellen der PTBS vor. Er diskutiert Vor- und Nachteile der jeweiligen Modelle und illustriert an ausgewählten Beispielen den potentiellen Nutzen der Forschungsansätze.

**Philipp Sämann** fasst die Ergebnisse der bildgebenden Verfahren bei PTBS zusammen. Bildgebende Verfahren können zum besseren Verständnis pathophysiologischer Teilprozesse der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) beitragen. Unter funktionell-anatomischen Gesichtspunkten dominierte bisher ein amygdalozentrisches Modell der PTBS, mit dem vor allem die Aspekte einer inadäquaten Furchtreaktion erklärt wurden. Zahlreiche Symptome der PTBS wie Rückerinnerungen, Dissoziationserleben, autonomes Blüthen, emotionale Abstumpfung und Störungen des Sozialverhaltens lassen sich durch dieses Modell jedoch nicht hinreichend erklären. In dieser Arbeit werden auf Metaanalysen und Übersichtsarbeiten basierende Ergebnisse zur PTBS aus strukturellen und funktionellen Bildgebungsstudien vorgestellt. Strukturell zeigen PTBS-Patienten multiregionale Volumendefizite: Gut repliziert ist eine Reduktion des Hippocampusvolumens (HV) gegenüber traumaexponierten Kontrollen (TK) und nicht traumaexponierten Kontrollen (NTK), die bei schwerer PTBS stärker und bei behandelten Patienten geringer ausgeprägt ist. Eine HV-Reduktion findet sich metaanalytisch auch in der Gruppe der TK gegenüber NTK, wobei noch unklar ist, ob diese Veränderung traumainduziert oder eine vorbestehende Eigenschaft der TK-Gruppe ist. Bei PTBS im Kindesalter dominieren Strukturauffälligkeiten des Corpus callosum; HV-Reduktionen sind nicht nachweisbar. Symptomprovokationsstudien zeigen bei Patienten Überaktivierungen anteriorer limbischer und paralimbischer Areale einschließlich der Amygdala und der Insel, ähnlich der physiologischen Furchtkonditionierung. Auch die Verarbeitung emotionaler Stimuli, die keine unmittelbare Trauma-Assoziation haben, ist deutlich gestört und zeigt metaanalytisch robuste Minderaktivierungen des medialen präfrontalen Cortex (mPFC) und Deaktivierungen in anderen Hirnarealen (vor allem dem PFC), die im Vergleich zu anderen Angststörungen PTBS-spezifisch sind. In Zusammenschau mit Läsionsstudien, Studien zur kognitiven Modulation von Emotion und Studien zur Prozessierung sozialer Kontextinformation sowie Selbstbezüglichkeit von Stimuli wird das übergreifende PTBS-Modell einer gestörten Stimuluskontextualisierung vorgestellt. Während sich PTBS-Symptome mit diesem Modell erklären lassen, besteht noch Unklarheit über die spezifischen selbstverstärkenden Mechanismen, die nach Traumatisierung einsetzen, später zum Vollbild der PTBS führen und die möglicherweise Ansatzpunkte für eine frühe therapeutische Intervention sind.

Die weiteren Arbeiten befassen sich mit dem neuesten Stand verschiedener therapeutischer Vorgehensweisen bzw. der Therapie spezifisch traumatisierter Patientengruppen.

**Christian Ehrig und Rudolf Knickenberg** beschreiben die Besonderheiten der stationären Verhaltenstherapie der PTBS. Das therapeutische Vorgehen ist die Abstimmung vielfältiger Therapieangebote auf die Bedürfnisse des Patienten, wobei im Sinne des dreistufigen Vorgehens nach der Stabilisierungsphase die Expositionsmöglichkeiten mit dem Traumageschehen und die Konsolidierung beschrieben werden. Fallbeispiele zu einer komplex traumatisierten Patientin und einem Akuttrauma beschreiben das Vorgehen.

**Luise Reddemann und Gottfried Fischer** gehen der Frage nach, welche Kriterien die psychodynamische Traumatherapie erfüllen muss, um eine Behandlung traumatisierter Patienten auf dem gegenwärtigen Forschungsstand zu gewährleisten. Spezielle Anforderungen und Modifikationen ergeben sich aus dem Erkenntnisstand interdisziplinärer Forschungsansätze und Modellvorstellungen mit Konzepten und Ergebnissen empirischer Psychotherapieforschung. Die Anpassung der psychodynamischen Therapie an die Erfordernisse von Traumapatienten sollte nach dem Motto „So viel Reform wie nötig, so viel Tradition wie möglich“ verfahren, um wertvolle und bewährte Behandlungsprinzipien nicht zu gefährden.

**Leonhard Schrenker** stellt die Behandlung traumatischer Störungen mit Pesso-Therapie (PBSP) vor. Die Pesso-Therapie ist eine in Deutschland noch relativ neue körperorientierte und ganzheitliche Form der Psychotherapie. Unter Berücksichtigung neuropsychologischer Aspekte werden Zielvorgaben erarbeitet, auf die eine Psychotherapie traumatischer Störungen Wert legen sollte. Das spezifische Vorgehen der Pesso-Therapie wird vor dem Hintergrund von entwicklungspsychologischen wie auch Aspekten der Ätiologie der Störung schrittweise erläutert und anschließend anhand eines Fallbeispiels praktisch ausgeführt.

**Markos Maragkos** diskutiert die integrativen Therapiemodelle, die sich aus unterschiedlichen therapeutischen Elementen zusammensetzen, ohne dass der Begriff Integration für eine bestimmte Kombination dieser Elemente reserviert ist. Der Beitrag stellt die integrative Traumatherapie als Kombination von verhaltenstherapeutischen, humanistischen, körperorientierten und imaginativen Methoden vor, wobei die Konzeptualisierung des Selbst als Prozess und die Annahme mehrerer Selbste im Mittelpunkt stehen. Die konkreten therapeutischen Phasen werden erörtert und anhand eines Fallbeispiels das Hauptelement, die so genannte Exposition, vorgestellt.

**Judith Cohen und Anthony Mannarino** stellen ihre traumafokussierte (TF) kognitive Verhaltenstherapie (CBT) für traumatisierte Kinder und Jugendliche vor. Obgleich die meisten Kinder traumatische Erfahrungen gut bewältigen, entwickeln einige negative psychische Auswirkungen wie PTBS, Depression, Angsterkrankungen, Verhaltensstörungen, kognitive Störungen und fehlenden Antrieb, in die Zukunft

zu investieren. Im TF-CBT-Modell können Kinder und ihre Eltern Fertigkeiten zur Belastungsbewältigung erwerben und werden angeregt, die traumatischen Erfahrungen miteinander zu besprechen und zu verarbeiten. Das Modell umfasst acht Komponenten, die dem Kind und seinen Eltern jeweils in parallelen Sitzungen vermittelt werden.

Schließlich stellen **Ulrike Schmidt und Dominique Gall-Kleebach** die Trauma-Ambulanz des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie vor und berichten über ihre Erfahrungen mit der Traumapsychotherapie von durch militärische Kampfeinsätze traumatisierten Soldaten und Veteranen bzw. über die Besonderheiten bei der Behandlung dieses Patientenkollektivs.

Drei weitere Arbeiten befassen sich mit unterschiedlichen Fragestellungen in der Psychotherapie.

**Thomas Quak** behandelt in seinem Artikel Aspekte der homöopathischen Traumabehandlung und gibt einen prinzipiellen Überblick über aktuelle Theorien und die praktischen Umsetzungen. Anhand eines Fallbeispiels wird die Ähnlichkeit der Symptomatologie von Opium (Schlafmohn, *Papaver somniferum*) mit dem geistigen, seelischen und körperlichen Ausdruck der traumatischen Störung eines Kindes aufgezeigt. Die deutliche Ausdrucks- und Verhaltensänderung nach Verabreichung von Opium als homöopathische Arznei wird

beschrieben und im Kontext der homöopathischen Theorie erklärt. Dabei zeigt sich auch die Bedeutung der parallel verlaufenden psychotherapeutischen Intervention bei der Mutter.

**Maria Ohling** berichtet über Interviews mit (angehenden) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hinsichtlich der Frage, was Sozialpädagogen dazu motiviert, eine Kinder- und Jugendpsychotherapieausbildung zu absolvieren. Die Untersuchungsergebnisse lassen darauf schließen, dass Sozialpädagogen unzufrieden sind mit der bisherigen Tätigkeit oder/und der gesellschaftlichen Anerkennung ihres Tuns.

Schließlich wird von **Serge Sulz und Molina Schmalhofer** im Rahmen der psychotherapeutischen Diagnostik die Emotionsdiagnostik der VDS-Skalen vorgestellt. Die VDS32 soll die wichtigsten Gefühle hinsichtlich Häufigkeit ihres Auftretens, deren Akzeptanz, deren Ablehnung, Intoleranz und Furcht vor der Emotion sowie dysfunktionale Arten der Emotionsregulierung erfassen. Bei einer Stichprobe gesunder Probanden zeigten sich gute Reliabilitätswerte (innere Konsistenz und Retest-Reliabilität). Die Skalen wurden mittlerweile auch in einer Patientengruppe von Alkoholkranken angewandt, die vorwiegend dysfunktionale Umgangsarten mit Gefühlen im Vergleich zur gesunden Stichprobe berichteten.

Thomas Bronisch und Serge Sulz