

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG

KLINISCHE ERSCHEINUNGSBILDER - EPIDEMIOLOGIE - THERAPIESTUDIEN

THOMAS BRONISCH

Zusammenfassung

Die Diagnose einer Posttraumatic stress disorder - posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) wurde in DSM-III (1980) eingeführt und ist im wesentlichen von ICD-10 (1992) übernommen worden. Die wichtigsten Kriterien sind einerseits eine Extrembelastung, andererseits anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch Nachhallerinnerungen, lebendige Erinnerungen und sich wiederholende Träume. Epidemiologische Studien zeigen, daß PTSD ein weitverbreitetes Krankheitsbild in der Normalbevölkerung ist mit einem hohen Grad der Chronifizierung. Pharmakotherapiestudien erbrachten den Nachweis einer mäßigen Wirkung von Antidepressiva auf Angst- und depressive Symptome. Psychotherapiestudien zeigten einen positiven Effekt auf die Symptome der PTSD, insbesondere verhaltenstherapeutische Verfahren wie systematische Desensibilisierung und Flooding.

Schlüsselwörter Posttraumatische Belastungsstörung - klinisches Erscheinungsbild - Epidemiologie-Therapiestudien

Summary

The diagnosis of a posttraumatic stress disorder was introduced in DSM-III (1980) and is essentially adopted in ICD-10 (1992). The most important criteria are on the one hand an extreme life-threatening condition, on the other hand persistent recollections or reexperience of the extreme conditions by flash backs, vivid memories, and recurrent dreams. Epidemiological studies show that PTSD is a common disorder within the normal population with a high degree of chronic cases. Pharmacotherapy studies demonstrated a modest effect on depressive and anxiety symptoms by antidepressants. Psychotherapy studies showed a positive effect on the symptoms of PTSD, especially with behavioral approaches such as systematic desensitization and flooding.

Keywords Posttraumatic stress disorder - clinical feature - epidemiology - therapy studies

Klinische Erscheinungsbilder der posttraumatischen Belastungsstörung

Mit der Einführung der dritten Version des nordamerikanischen psychiatrischen Klassifikationssystems, dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Version III (DSM-III, APA 1980) wurde neben der Operationalisierung der psychiatrischen Diagnosen auch „neue“ Diagnosekategorien etabliert wie die Posttraumatic Stress Disorder - posttraumatische Belastungsstörung (PTSD). Die Diagnosekriterien der PTSD waren von einem Expertengremium auf der Basis des damaligen empirischen Wissens zusammengestellt worden. Es handelte sich seinerzeit hauptsächlich um Studien über die Folgen der Konzentrationslagerhaft sowie über die (psychischen) Folgeerscheinungen bei Soldaten, die am Koreakrieg bzw. Vietnamkrieg teilgenommen hatten.

Mit der Etablierung der Diagnosekategorie der PTSD in DSM-III setzte eine umfangreiche wissenschaftliche und klinische Auseinandersetzung mit den Folgeerscheinungen von Extrembelastungen ein, ohne daß sich die wesentlichen in DSM-III erstmals festgelegten Charakteristika der PTSD geändert hätten, d.h., in der nachfolgenden Revision von DSM-III (DSM-III-R, APA 1987) und DSM-IV (APA 1994) sowie in ICD-10 (WHO, 1993) sind die Diagnosekriterien sehr ähnlich. Tabelle 1 gibt die Diagnosekriterien der PTSD nach ICD-10 (F43.1) wieder.

Tabelle 1 Diagnostische Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) nach ICD 10

- A. Die Betroffenen sind einem kurz- oder langhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
- B. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flash-backs), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.
- C. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Erlebnis.
- D. Entweder 1. oder 2.
 1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern
 2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale:
 - a) Ein- und Durchschlafstörungen
 - b) Reizbarkeit oder Wutausbrüche
 - c) Konzentrationsschwierigkeiten
 - d) Hypervigilanz
 - e) erhöhte Schreckhaftigkeit
- E. Die Kriterien B., C. und D. treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf. (In einigen speziellen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden.)

Kriterium A und B definieren dabei ein Krankheitsbild, das durch spezifische Auslöser (Extrembelastungen) (Kriterium A) und spezifische Symptome, auch *intrusive symptoms* genannt (Nachhallerinnerungen, lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume) (Kriterium B) gekennzeichnet ist und sich dadurch von anderen Krankheitsgruppen, wie etwa Neurosen, endogene und exogene Psychosen deutlich abhebt. Das klinische Erscheinungsbild soll anhand eines Fallbeispiels plastisch gemacht werden.

Ein ehemaliger Insasse der Konzentrationslager von Theresienstadt, Auschwitz-Birkenau, Dachau und dem Übergangslager Allach überlebte zusammen mit seinem vier Jahre jüngeren Bruder als einzige der Familie den Holocaust. Während der Zeit der Konzentrationslageraufenthalte von Januar 1943 bis April 1945 entging Herr M. mehrmals selbst nur knapp tödlichen Selektionen, mußte mit ansehen, wie ein Bruder wegen Fiebers und Durchfalls für die Gaskammer selektiert wurde, erlitt zahlreiche Mißhandlungen durch die SS-Schergen, bis er am 30. April 1945 von amerikanischen Truppen befreit wurde.

Nach der Befreiung fühlte sich Herr M. zunächst recht traurig bei dem Besuch seiner Heimatstadt in der Tschechoslowakei, entschloß sich, nach Deutschland zurückzukehren und heiratete seine zweite Frau, nachdem er seine erste Frau im Holocaust verloren hatte. Seine zweite Frau verstarb 1964 an einem Karzinom. Bald danach lernte er seine jetzige, dritte Frau kennen. Herr M. ist seit den 80er Jahren als freischaffender Künstler tätig.

Nach seinen Angaben litt er seit Anfang der 50er Jahre unter nächtlichen Angstträumen, von Hunden gejagt zu werden. Hintergrund dieser Angstträume war der Aufenthalt im Übergangslager Allach, wo ein SS-Mann scharfe Hunde auf die Häftlinge gejagt hatte. Er pfiff sie immer erst zurück, wenn die Häftlinge schon bluteten. Herr M. war niemals selbst betroffen gewesen. Diese Alpträume sistierten nach einigen Jahren von selbst.

In den 50er Jahren litt er auch unter tiefen Depressionen und multiplen körperlichen Beschwerden ohne wesentliche körperliche Grundlage.

1954 wurde Herr M. zum ersten Mal von einem Arzt begutachtet. Er mußte sich nackt vor ihn stellen. Dessen Figur schien dieselbe wie die des Arztes auf der Rampe in Auschwitz-Birkenau zu sein, was ihn einige Zeit noch stark beunruhigte und ängstigte. Eine zweite Begutachtung bei einem Nervenarzt erfolgte 1960, der ihm einen niedrigen Blutdruck bescheinigte und eine Entschädigung ablehnte.

Eine sehr belastende Situation entstand 1981, als er einen ehemaligen Mitinsassen des KZ Auschwitz-Birkenau traf. Dieser hatte im März 1943 einen Bruder, der an Lungenentzündung erkrankt gewesen war und Schüttelfrost bekommen hatte, trotz klirrender Kälte seine warme Jacke gegeben. Letztlich sei er in Quarantäne gekommen und dann vergast worden. Das Treffen mit diesem ehemaligen Häftling wühlte ihn sehr auf, er wurde zunehmend unruhig und fahrig, flog dennoch zusammen mit seiner Frau in die USA, um seinen Sohn zu treffen. Bei einem Spaziergang fand er einen Grabstein

mit einem Hakenkreuz, was ihn noch mehr beunruhigte. In seinem Zimmer versuchte er Koffer auszupacken und wieder einzupacken, die Bilder um ihn fingen an zu schwanken und sich zu bewegen. Er ging dann unter die Dusche, die eine Eisenschiene für den Vorhang enthielt. Als er den Vorhang zuschieben wollte, fiel diese Schiene herunter. In Panik rannte er nackt nach unten ins Wohnzimmer, wurde von den Familienmitgliedern beruhigt und in eine psychiatrische Klinik gebracht. Dort wurde aufgrund der Annahme einer Psychose eine Behandlung mit Haloperidol (30mg/die) durchgeführt, wobei sich Herr M. an die Zeit des Aufenthaltes nur noch bruchstückhaft erinnern kann. Am dritten Tag des Aufenthaltes in der Klinik ging er zum Wäscheschrank, packte Badetücher aus und ging in die Einzeldusche. Er drehte ganz vorsichtig den Wasserhahn auf und versicherte sich, daß wirklich Wasser und nicht Gas aus der Dusche kommen konnte. Eine körperliche Abklärung einschließlich Computertomogramm des Kopfes, Lumbalpunktion und EEG erbrachte keinen pathologischen Befund. Nach einigen Tagen war das Zustandsbild vollständig abgeklungen.

Mitte der 80er Jahre stellte sich Herr M. zunehmend der Öffentlichkeit und berichtete von seiner Lebensgeschichte. 1986 trat er zum ersten Mal in einer Schule auf, mußte seinen schriftlich fixierten Lebensbericht von jemand anderem vorlesen lassen und Tranquilizer einnehmen, da es ihn sonst zu stark emotional bewegt hätte. Erst im Laufe der Jahre konnte er selbst und ohne Tranquilizer auch über die Episode mit seinem Bruder berichten.

Nach Untersuchungen von Kuch und Cox (1992) fand sich bei 50% der überlebenden Konzentrationslagerhäftlinge die Diagnose einer PTSD, wobei davon ausgegangen werden muß, daß alle Überlebenden der Konzentrations- und Vernichtungslager sicherlich körperlich und psychisch besonders robust waren. Eindrucksvoll ist bei diesem Fallbeispiel auch die als Psychose beschriebene heute als dissoziative Reaktion zu deutende Episode in den USA. In neuesten empirischen Arbeiten zur Entstehung von PTSD werden dissoziative Symptome wie Depersonalisation, Derealisation und amnestische Episoden als prognostisch ungünstige Indikatoren für die Entwicklung einer PTSD angesehen (Davidson 1995). Dissoziative Episoden oder Symptome könnten Ausdruck des Traumas selbst oder ein basaler Schutzmechanismus gegen Überwältigung von z.B. Angst und Panik sein. Allerdings scheinen diese Symptome nicht als Schutz vor der Entwicklung einer PTSD zu wirken. Schließlich berichtete Herr M. auch von einem zumindest symptomarmen, wenn nicht sogar symptomfreien Intervall direkt nach der Befreiung aus dem KZ. Auch dieser Befund findet in der empirischen Literatur zunehmend Beachtung (Bronisch 1997).

Epidemiologie

Nach den Kriterien der PTSD nach DSM-III/DSM-III-R liegt die Lebenszeitprävalenz für beide Geschlechter bei 7,8% bis 12,3%, wobei ca. doppelt so viele Frauen wie Männer betroffen sind (Breslau et al. 1991; Kessler et al. 1995; Resnick et al. 1993). Da es sich bei diesen Studien nur um nordamerika-

nische Stichproben handelt, sind diese Zahlen wahrscheinlich nicht übertragbar auf andere (westliche) Nationen, die eine unterschiedliche Rate von Gewaltverbrechen, Naturkatastrophen, Kriegsbeteiligung etc. haben.

In die letzte umfassendste epidemiologische Studie des National Comorbidity Survey (Kessler et al. 1995) wurden folgende Traumaerfahrungen mit einbezogen (Tabelle 2):

Tabelle 2
Traumaerfahrungen, die zur Erfassung der Posttraumatischen Belastungsstörung herangezogen wurden (National Comorbidity Survey)

- Vergewaltigung
- Sexuelle Belästigung
- Körperlicher Angriff
- Beteiligung am Kampfgeschehen
- Schock, Zeuge eines der erwähnten Traumata zu sein
- Bedrohung durch Waffe
- Verwicklung in einen lebensbedrohlichen Unfall
- Vernachlässigung in der Kindheit
- Körperlicher Mißbrauch in der Kindheit
- Andere Traumata

Kessler et al. bezifferten die Entwicklung einer PTSD, abhängig von der Art des Traumas, bei Männern auf 22,3 bis 38,8% und bei Frauen auf 21,3 bis 48,8%. Das am meisten belastende Trauma bei Männern und Frauen ist Vergewaltigung. Bei Frauen sind es außerdem sexuelle Belästigung, körperlicher Angriff, Bedrohung durch eine Waffe und körperlicher Mißbrauch in der Kindheit. Bei Männern geht es um Beteiligung am Kampfgeschehen, Vernachlässigung und körperlichen Mißbrauch in der Kindheit. Bei dem Wahrscheinlichkeitsvergleich der Geschlechter zeigt sich, daß Frauen bei Exposition zu einem Trauma doppelt so häufig (20,4%) wie Männer (8,2%) eine PTSD entwickeln. Die Lebenszeitdiagnose einer PTSD war für beide Geschlechter am häufigsten in der Gruppe der Nichtverheirateten (allein oder getrennt lebend, geschieden oder verwitwet) zu finden. Die diagnostische Komorbidität wurde ebenfalls in dem National Comorbidity Survey am umfassendsten abgehandelt (Kessler et al. 1995):

Die Lebenszeitdiagnose einer psychiatrischen Störung bei Probanden mit PTSD lag bei 88,3% der Männer und bei 79% der Frauen vor. Ähnlich hohe Komorbiditätsziffern werden auch von anderen Studien berichtet (Breslau et al. 1991; Davidson et al. 1991; Helzer et al. 1987; Shore et al. 1989). Zu berücksichtigen ist allerdings, daß sich Symptome der PTSD mit solchen von Störungen, die als häufige Komorbiditätsdiagnosen in den eben erwähnten Studien angegeben werden (generalisierte Angststörung, soziale Phobie, einfache Phobie und Panikstörung), überlappen. Weitere häufige Diagnosen sind Drogen-, Medikamenten-, Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit sowie affektive Störungen. Bei

Tabelle 3 faßt die wichtigsten Ergebnisse zusammen.

Tabelle 3 Epidemiologie der PTSD in den USA - die wichtigsten Ergebnisse (National Comorbidity Survey 1990-1992; N=5877)		
	Frauen	Männer
Lebenszeitprävalenz (7,8% gesamt)	10,4 %	5,0 %
Entwicklung einer PTSD (bei Konfrontation mit dem entsprechenden Trauma)	21,3 - 48,8%	22,3 - 38,8%
Häufigste Traumata	sexuelle Belästigung körperlicher Angriff Bedrohung mit einer Waffe körperlicher Mißbrauch in der Kindheit	Beteiligung am Kampfgeschehen Vernachlässigung körperlicher Mißbrauch in der Kindheit
Geschlechterdifferenz	Frauen entwickelten bei Konfrontation mit dem Trauma doppelt so häufig PTSD wie Männer	
Komorbidität	79%	88,3%
Störungen	Angststörungen, Substanzmißbrauch, affektive Störungen	
Dauer der PTSD	mit Therapie 36 Monate, ohne Therapie 69 Monate	
Therapie (Remissionsrate)	1/3 remittierte nicht vollständig, unabhängig davon, ob behandelt wurde oder nicht. 50% derjenigen, die sich in Behandlung begeben hatten, remittierten nach zwei Jahren Behandlung.	

Kindern und Jugendlichen kommen noch Verhaltensstörungen (*conduct disorder*) hinzu.

Aussagen können auch über die Dauer der PTSD (Kessler et al. 1995) gemacht werden. Die Patienten, die sich einer Therapie unterzogen hatten, wiesen einen signifikant kürzeren Verlauf auf als diejenigen ohne Behandlung (36 Monate vs 69 Monate). Die Autoren betonen allerdings, daß es sich anstelle eines Therapieeffektes auch um Selektionsunterschiede und Erinnerungsfehler handeln kann. Ein Drittel der Personen mit PTSD remittierte hierbei sogar nach vielen Jahren nicht vollständig - unabhängig, ob behandelt oder unbehandelt. Aber selbst für diejenigen mit PTSD, die sich in Behandlung begeben haben, besteht nur eine 50prozentige Chance einer Remission der Symptomatik nach zwei Jahren.

Therapiestudien

Pharmakotherapiestudien

Bis zum heutigen Tage liegen nur sechs placebo-kontrollierte Doppelblindstudien, fünf davon mit Antidepressiva, und zwar Amitriptylin, Imipramin, Desimipramin, Fluoxetin und Phenelzin (MAO-Hemmer, in Europa nicht zugelassen), vor

und eine Studie mit einem Benzodiazepinderivat (Alprazolam). Die Ergebnisse dieser Studien sind in der Tabelle 4 zusammengefaßt.

Zusammenfassend kann man sagen, daß mit einer Wirkung der Pharmakotherapie wohl erst nach acht Wochen gerechnet werden kann, die allerdings nicht sehr ausgeprägt ist, wenn man die Kernsymptomatik der PTSD, nämlich *intrusive symptoms* und Vermeidungsverhalten, in Betracht zieht. Weiterhin ist zu beachten, daß die Klientel aus Veteranen des Vietnam- bzw. Libanonkrieges bestand. Besonders interessant ist die Beobachtung in allen Pharmakotherapiestudien, daß die PTSD-Kernsymptome, wenn sie chronifiziert waren, nicht auf Placebo reagierten.

Psychotherapiestudien

Drei Psychotherapieformen sind bis jetzt in experimentellen Therapiestudien getestet worden: Verhaltenstherapie, kognitive Therapie und psychodynamische bzw. Hypnotherapie. Hierbei wurden systematische Desensibilisierung (2 Studien) und Flooding (4 Studien) im Rahmen der Verhaltenstherapien angewandt. Die Ergebnisse der sechs Studien sind in den Tabellen 5 a und b zusammengefaßt.

Tabelle 4 Pharmakologische Behandlung von Patienten mit PTSD nach DSM-III-(R)-Kriterien

Autor/Jahr	Patienten	Psychotherapie	Zusätzliche Therapie	Katamnese	Schlußfolgerngen
Shestatzky et al. 1988	13 israelische Soldaten 7 Phenelzine 6 Placebo	Phenelzine: 45-75 mg ≥ 4 Wochen	medikamentenfrei für mindestens 2 Wochen supportive Psychotherapie	1-12 Jahre	kein Unterschied zwischen Phenelzine und Placebo
Frank et al. 1988	46 Kriegsveteranen 11 Placebo 12 Imipramin 11 Phenelzine 12 Drop outs	Imipramin: 50-300mg Phenelzine: 15-75 mg ≥ 8 Wochen	4 Patienten Benzodiazepine	> 8 Jahre	Impact of Event Scale (IES) ↓ für Phenelzine- und Imipramin-Gruppe
Reist et al. 1989	27 stat. Kriegsveteranen 18 7wöch. Behandlung 9 ausgeschlossen bzw. Drop outs nach 4 Wochen	Desimipramin: 100-200 mg 4 Wochen	medikamentenfrei 1 Woche Gruppentherapie während stat. Behandlung	> 9 Jahre	Reduktion depressiver Symptome keine Reduktion von PTSD-Symptomatik
Davidson et al. 1990	46 Kriegsveteranen 40 nach 4 Wochen: 22 Amitriptylin 18 Placebo 33 nach 8 Wochen: 8 Drop outs mit Amitriptylin 5 Drop outs mit Placebo	Amitriptylin: 50-300 mg 8 Wochen	keine Psychotherapie	> 10 Jahre	4 Wochen: Depression reduziert 8 Wochen: Impact of Event Scale (IES): Avoidance scores ↓
Braun et al. 1990	16 israelische Patienten 4 Alprazolam 6 Placebo 6 Drop outs	Alprazolam: 2,5-6 mg 5 Wochen	medikamentenfrei für 2 Wochen	8 Monate bis 13 Jahre	Impact of Event Scale (IES): keine Unterschiede zu Placebo Angstsymptome gebessert
van der Kolk et al. 1994	31 Kriegsveteranen 33 verschiedene Traumata (männl. 42, weibl. 22) 33 Verum 31 Placebo	Fluoxetin: 40 mg 5 Wochen	nur stützende Psychotherapie	keine	PTSD-Symptome und depressive Symptome signifikant gegenüber Placebo reduziert

**Tabelle 5 a Psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit PTSD nach DSM-III-(R)-Kriterien
Verhaltenstherapie**

Autor/Jahr	Patienten	Psychotherapie	Zusätzliche Therapie	Katamnese	Schlußfolgerungen
Peniston 1986	16 Kriegsteilnehmer 8 Desensibilisierung 8 keine Behandlung	Relaxation + Biofeedback 48 30min-Sitzungen	3 Benzodiazepine 8 Diverse Medikamente	6 Monate bis 9 Jahre	Intrusive symptoms ↓ stat. Wiederaufnahmen: 5-8 keine Behandlung 0-8 Desensibilisierung
Keane et al. 1989	24 Kriegsteilnehmer 11 Implosion 13 Warteliste	Relaxation + Implosion 14-16 90min-Sitzungen	10-13 der Warteliste anxiolyt. Medikation 6-11 der Implosion anxiolyt. Medikation, Schlaf-, Schmerzmed.	6 Monate	Intrusive symptoms ↓ Depression + Angst ↓ keine Änderung in Warteliste-Gruppe
Cooper and Clam 1989	26 Kriegsteilnehmer 7 Flooding 7 Kontrollen 4 verweigert 6 Drop outs 2 von Analyse ausgeschl.	Flooding 6-14 90min-Sitzungen	4-7 Flooding + 4-7 Kontrollen psychotrope Medikation alle Patienten wöchentl. Einzel- und Gruppentherapie	3 Monate bis 9 Jahre	Intrusive symptoms ↓ keine Änderung der Angstsymptomatik in beiden Gruppen
Boudewyns u. Heyer 1990	51 Kriegsteilnehmer mit 10 wöch. stat. Behandlung 19 Flooding 19 individuelle Beratung 13 Drop outs	Flooding 10-15 50min-Sitzungen	keine Pharmakotherapie Gruppentherapie	3 Monate bis 10 Jahre	soziale Anpassung ↑

Tabelle 5 b Psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit PTSD nach DSM-III-(R)-Kriterien

Autor/Jahr	Patienten	Psychotherapie	Zusätzliche Therapie	Katamnese	Schlußfolgerungen
Kognitive Verhaltenstherapie					
Foa et al. 1991	66 Vergewaltigungsopfer 14 Stress inoculation 10 Flooding 11 Beratung 10 Warteliste 11 verweigert 10 Drop outs 3,5 Monate Katamnese 9 Stress inoculation 9 Flooding 9 Beratung	9 90min-Sitzungen über 4,5 Wochen	nicht berichtet	3,5 Monate bis 12 Jahre	Avoidant symptoms ↓ Depression + Angst ↓ Flooding besser als Stress inoculation und Beratung
Verhaltenstherapie, Psychodynamische Therapie, Hypnotherapie					
Brom et al. 1989	112 Patienten (75% ωειβλ.) m. unterschiedl. Traumata 29 psychodynamisch 29 Hypnotherapie 31 Desensibilisierung 23 Warteliste 12 Drop outs	Mittelwert der Sitzungen: 18,8 psychodynamisch 15,0 Desensibilisierung 14,4 Hypnotherapie	nicht berichtet	4 Monate bis 5 Jahre	Alle Therapien gleich effektiv in Impact of Events Scale (IES) psychodynamische Therapie vs Kontrollen: Avoidant symptoms ↓ Desensibilisierung oder Hypnotherapie vs Kontrollen: Intrusive symptoms ↓

Der Vergleich der Therapien ergab Flooding als effektivste Form, um *intrusive symptoms* zu reduzieren, wobei emotionale Unempfindsamkeit und Vermeidungsverhalten bei einem Katamnesezeitraum von durchschnittlich 3 1/2 Monaten am wenigsten zu beeinflussen waren. Es muß allerdings darauf

hingewiesen werden, daß es bei Anwendung von Flooding in einzelnen Fällen zu schweren Komplikationen gekommen ist, nämlich Verstärkung von Depressionen, Alkoholrückfälle und Auslösung von Panikattacken (Pitman et al. 1991, Foa et al. 1995).

Die Ergebnisse der wenigen kontrollierten Psychotherapiestudien, die seit Einführung der Diagnosekategorie einer PTSD 1980 durchgeführt wurden, spiegeln sicherlich nicht das gesamte klinisch-therapeutische Wissen über die Behandlung der PTSD wider, aber sie stellen den ersten Versuch dar, therapeutisches Wissen zu systematisieren und zu evaluieren. Sie zeigen vor allem, wie schwer diese Klientel zu behandeln ist. Die epidemiologischen Studien machen auch die weite Verbreitung und die dringende Behandlungsbedürftigkeit dieser Erkrankung deutlich.

Literatur

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 3: DSM-III. Washington DC, American Psychiatric Association, 1980.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 3 - revised version: DSM-III-R. Washington DC, American Psychiatric Association, 1987.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 4: DSM-IV. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
- Boudewyns PA, Hyer L: Physiological response to combat memories and preliminary treatment outcome in Vietnam veteran PTSD patients treated with direct therapeutic exposure. *Behav Ther* 1990; 21: 63-87.
- Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E: Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 216-222.
- Brom D, Kleber RJ, Defares PB: Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 607-612.
- Bronisch T: Posttraumatic stress disorder - Posttraumatische Belastungsstörung. Neuere Forschungsergebnisse. *Fortschr Neurol Psychiatr im Druck*
- Cooper NA, Clum GA: Imaginal flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans: a controlled study. *Behav Ther* 1989; 20: 381-391.
- Davidson JRT: Posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. In: HI Kaplan, BJ Sadock (Hrsg.). *Comprehensive textbook of psychiatry* VI. Bd. 1 Williams & Wilkins 1995, 6. Aufl., 1227-1236.
- Davidson JRT, Hughes D, Blazer D, George LK: Posttraumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med* 1991; 21: 1-19.
- Foa EB, Hearst-Ikeda D, Perry KJ: Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 948-955
- Foa EB, Olasso Rothbaum B, Riggs DS, Murdok TB: Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59: 715-723.
- Helzer JE, Robins LN, McEvoy L: Post-traumatic stress disorder in the general population. *N Eng J Med* 1987; 317: 1630-1634.
- Keane TM, Fairbank JA, Caddell JM, Zinering RT, Bender M: Implosive (flooding) symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behav Ther* 1989; 20: 245-260.
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048-1060.
- Kuch K, Cox BJ: Symptoms of PTSD in 124 survivors of the Holocaust. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 337-340.
- Peniston EG: EMG biofeedback-assisted desensitization treatment for Vietnam combat veterans post-traumatic stress disorder. *Clin Biofeed Health* 1986; 9: 35-41.
- Pitman RK, Altman B, Greenwald E, Longpre RE, Macklin ML, Poiré RE, Steketee GS: Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 1991; 52: 17-20.
- Reist C, Kauffman CD, Haier RJ: A controlled trial of desipramine in 18 men with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 513-516.
- Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL: Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 984-991.
- Shestatzky M, Greenberg D, Lerer B: A controlled trial of phenelzine in posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Res* 1988; 24: 149-155.
- Shore JH, Vollmer WM, Tatum EI: Community patterns of posttraumatic stress disorders. *J Nerv Ment Dis* 1989; 177: 681-685.
- World Health Organization (WHO): The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria of Research. Dt. Ausgabe: Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E (Hrsg.). *Internationale Klassifikation psychischer und Verhaltensstörungen, ICD-10, Kapitel V (F)*. Forschungskriterien. Genf, WHO, 1993; Bern, Göttingen, Toronto, Huber, 1994.

PD Dr. med. Thomas Bronisch
Max-Planck-Institut für Psychiatrie
Klinisches Institut, Psychiatrische Klinik
Kraepelinstr.2-10, 80804 München
Tel: 089-30622-239, Fax: 089-30622-605