



Elisabeth Nyberg

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Elisabeth Nyberg

Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Basel

psychoneuro 2005; 31 (1): 25–29

Abnorme psychische Reaktionen nach seelischen Belastungen wurden bereits im Altertum berichtet. 1888 gebrauchte der deutsche Nervenarzt Oppenheim den Begriff „traumatische Neurose“. Er war der Auffassung, dass „das Trauma gleichzeitig ein organisches Nervenleiden und eine Neurose im Gefolge haben kann, so dass sich die Symptome dieser beiden differenten Krankheitsformen miteinander vereinigen“ (8). Im Ersten Weltkrieg waren traumatische Reaktionen als „Schütteltremor“ zu beobachten. Die „Kriegszitterer“ gehörten in jenen Jahren zum Straßenbild. Dieser Tremor wurde als traumatisch bedingte Neurose infolge eines „Granatenschocks“ aufgefasst. Extremen Belastungen waren die Opfer der Konzentrationslager im Dritten Reich ausgesetzt. Der grenzenlose psychische und körperliche Terror führte zu psychischen Folgen, die als „KZ-Syndrom“ oder „Survivor-Syndrom“ gekennzeichnet wurden.

Seit der völligen Neustrukturierung diagnostischer Kategorien im Sinne operationalisierter Kriterien im DSM-III (1980) wurde der Begriff der „Posttraumatic Stress Disorder“ (PTSD) geprägt (4). Diese Begriffsbildung wurde über DSM-III-R (1987) (2) und DSM-IV (1994) (3) beibehalten. Die ICD-10 der WHO (1993) folgte dem DSM-III in der Operationalisierung psychiatrischer Störungen und kategorisiert die Reaktionen auf ein belastendes Ereignis in der deutschen Übersetzung als „Posttraumatische Belastungsstörung“ (6).

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine häufige Reaktion nach einem traumatischen Ereignis. Charakteristische Symptome sind belastende Wiedererinnerungen an das Ereignis, Vermeidungsverhalten, emotionale Taubheit und psychophysiologische Übererregung. Die Lebenszeitprävalenz der PTBS in der Allgemeinbevölkerung beträgt ca. 8% und ist somit eine häufige psychische Erkrankung. Ein Großteil der von traumatischen Ereignissen betroffenen Personen erholt sich von den psychischen Folgen innerhalb weniger Monate. Bei einer bedeutenden Minderheit persistieren die Symptome. Psychologische Interventionen sind effektiv in der Behandlung von psychischen Traumafolgen. Die kognitiv-behaviorale Therapie und das EMDR sind die am besten überprüften Verfahren. Die Effektivität früher Interventionen nach traumatischen Ereignissen ist erst in letzter Zeit in randomisierten und kontrollierten Studien untersucht worden. Dabei hat sich gezeigt, dass eine einzelne Sitzung nach dem Modell des Debriefings nicht effektiv in der Reduktion von Symptomen der PTBS ist.

■ Epidemiologie

Prävalenzstudien wurden sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch an Risikopopulationen (z.B. Vietnamveteranen) durchgeführt. Die bisher größte epidemiologische Studie zur PTBS in der Allgemeinbevölkerung fand ein traumatisches Ereignis bei 60,7% der männlichen und 51,2% der weiblichen Befragten. Die Lebenszeitprävalenz für PTBS betrug 7,8% mit einer unterschiedlichen Geschlechtsverteilung von 10% für Frauen und 5% für Männer (10). Insgesamt zeigt sich in verschiedenen Studien, dass etwa einer von zwölf Erwachsenen irgendwann in seinem Leben eine PTBS entwickelt. (5). Die Ergebnisse zeigen ebenfalls, dass traumatische Ereignisse nicht außerhalb der normalen menschlichen Erfahrung liegen müssen. Auch nach eher alltäglichen Ereignissen wie Unfällen können psychische Reaktionen im Sinne einer PTBS auftreten. Zusätzlich entwickelt ein großer Teil der Probanden neben der PTBS komorbide depressive Störungen, Angststörungen oder Substanzmittelabusus.

Die Prävalenzraten für PTBS sind je nach Art der Traumatisierung unterschiedlich. Durch Menschen bewusst herbeigeführte Traumatisierungen (z.B. sexuelle Übergriffe) führen zu einer höheren PTBS-Prävalenz als von der Natur verursachte Katastrophen. In einer sehr großen Studie an Vietnamveteranen fanden sich PTBS-Lebenszeitprävalenzraten von 30% für in Kampfhandlungen verwickelte männliche und 26% für weibliche Vietnamsoldaten (National Vietnam Readjustment Study; 11). Die Prävalenzraten waren abhängig von der Intensität, mit der die Soldaten in Kampfhandlungen verwickelt waren.

Insgesamt zeigen die Studien, dass der größte Teil der Traumatisierten die Erlebnisse ohne gravierende Probleme bewältigt. Einer Traumaexposition ausgesetzt gewesen zu sein, heißt nicht automatisch, traumatisiert zu sein. Untersuchungen belegen, dass es einem Großteil der Betroffenen gelingt, innerhalb von Tagen bis Wochen die Erlebnisse und ihre Folgeerscheinungen zu

überwinden. Etwa ein Drittel der Opfer eines Traumas entwickelt jedoch erhebliche psychische Probleme. Dauern die Symptome drei Monate oder länger an, wird die PTBS im DSM-IV als chronisch eingestuft.

■ Symptomatik

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine der wenigen diagnostischen Kategorien des DSM-IV, die einen ätiologischen Faktor als Eingangskriterium verlangen. Das Stressorkriterium im DSM-IV (Tab. 1) macht zur Bedingung, dass die Person ein oder mehrere Ereignisse erlebt, davon Zeuge wird oder mit einem lebensbedrohlichen Ereignis, schwerer Verletzung oder einer Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder

anderer konfrontiert wird. Außerdem wurde ein subjektives Kriterium, dass die Person als Reaktion auf das Trauma intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen zeigt, hinzugefügt. Daher kann z.B. ein Unfall, der keiner stationären Krankenhausbehandlung bedurfte, als traumatisch erlebt werden, wenn das Unfallopfer in der Unfallsituation starke Angst und Hilflosigkeit verspürte und das Auftreten schwerer Verletzungen befürchten musste.

Die ICD-10 (6) definiert als Stressorkriterium ein „belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“.

Bereits während oder kurz nach dem Trauma können intensive psy-

chische Reaktionen auftreten. Während oder kurz nach dem Trauma können dissoziative Symptome auftreten wie Amnesie, Derealisation, Depersonalisation, Einengung der Wahrnehmung oder das Empfinden, sich selbst als gefühllos oder abwesend zu erleben. In der Folge kann das Ereignis immer wieder in das Gedächtnis zurückkehren, plötzlich und unkontrollierbar steht die Szene den Patienten wieder vor Augen und ruft ähnliche psychische und körperliche Reaktionen hervor wie das Trauma selbst. Das Trauma kann das Opfer bis in den Schlaf hinein verfolgen. Die belastenden Erinnerungen an das Ereignis, Alpträume und die gesteigerte psychophysiologische Erregung können die betroffene Person daran hindern, ein- und durchzuschlafen. Reize, die an das Trauma erinnern, z.B. das Martinshorn eines Feuerwehrgewagens, rufen psychophysiologische Reaktionen wie bei dem Trauma hervor und verursachen wiederkehrend erhebliches Leiden. Im Unterschied zur Phobie erlebt der Patient bei Konfrontation mit an das Trauma erinnernden Reizen wiederkehrende Erinnerungen an das traumatische Ereignis, welche mit einer anhaltenden, gesteigerten psychophysiologischen Aktivität verbunden sind. In Tabelle 1 ist die Symptomatik der PTBS aufgelistet.

■ Ätiologie und Pathogenese aus lerntheoretischer Sicht

Häufig wird zur theoretischen Erklärung der Ätiologie und Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung die 2-Faktoren-Theorie der Angst von Mowrer herangezogen. Danach entsteht das Vermeidungsverhalten sowohl durch klassische als auch durch instrumentelle Konditionierung. Die klassische Konditionierung einer Angstreaktion ist der erste Faktor dieses Modells. Das Opfer erfährt einen unkontingierten Stimulus (UCS), das Trauma. Dieses Trauma führt zu einer Angstreaktion (UCR). Vor dem Trauma neutrale Stimuli wie Bilder, Geräusche, Gerüche und taktile Reize, die zeitlich mit dem Trauma zusammenfallen und dadurch mit dem Ereignis verknüpft werden, werden zu konditionierten Stimuli (CS).

Tab. 1 Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV

<p>A) Ereigniskriterium: die Person hat ein traumatisches Ereignis erlebt, das den beiden folgenden Bedingungen genügt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Person erlebte oder beobachtete ein oder mehrere Ereignisse, in der eine potentielle oder reale Todesbedrohung, ernsthafte Verletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder anderen geschah • die Person reagierte mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken
<p>B) Symptomkriterium: belastendes Wiedererinnern (ein Symptom für Diagnose notwendig)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intrusionen • belastende Träume bzw. Alpträume • Nachhallerlebnisse • Belastung durch Auslöser • Physiologische Reaktionen bei Erinnerung
<p>C) Symptomkriterium: Vermeidung / emotionale Taubheit (drei Symptome für Diagnose notwendig)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gedanken und Gefühlsvermeidung • Aktivitäts- und Situationsvermeidung • (Teil-)Amnesien • Interessenverminderung • Entfremdungsgefühl • eingeschränkter Affektspielraum • eingeschränkte Zukunft
<p>D) Symptomkriterium: psychophysiologische Übererregung (zwei Symptome zur Diagnose notwendig)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein- und Durchschlafschwierigkeiten • erhöhte Reizbarkeit • Konzentrationsschwierigkeiten • Hypervigilanz • übermäßige Schreckreaktion
<p>E) Dauer der Beeinträchtigungen ist länger als ein Monat</p>
<p>F) Die Störung verursacht klinisch bedeutsame Belastungen oder Beeinträchtigungen im sozialen und Berufsbereich sowie anderen wichtigen Funktionsbereichen</p>

In Zukunft lösen diese konditionierten Reize als konditionierte Reaktion (CR) Angst aus. Zum Beispiel kann die Farbe Rot (CS) eine heftige emotional-vegetative Reaktion (CR) auslösen, nachdem ein Unfallopfer in einer traumatischen Situation (UCS) mit Blutlachen (UCS) konfrontiert wurde und dabei massive Ängste (UCR) erlebte. Der zweite Faktor dieser Theorie beinhaltet das instrumentelle Lernen. Demnach versucht das Traumaopfer, die durch den konditionierten Reiz ausgelöste Angst durch Vermeidung zu reduzieren. Das Vermeidungsverhalten führt zu einer Reduktion der Angstreaktion. Aufgrund dieses Lernprozesses wird das Vermeidungsverhalten aufrecht erhalten (Prinzip der negativen Verstärkung). Dieses Modell ist sicherlich nicht ausreichend zur vollständigen Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS, für Betroffene jedoch gut nachvollziehbar.

Ein kognitiv orientiertes Modell der PTBS ist von Foa et al. (9) vorgestellt worden. Sie betonen die Rolle der kognitiven Interpretation der traumatischen Situationen, z.B. in welchem Ausmaß die traumatische Situation vom Opfer als bedrohlich beurteilt wird. Foa et al. gehen davon aus, dass die Gedächtnisstrukturen bei PTBS-Patienten in ihrer Verknüpfung pathologische Elemente enthalten. Ein Beispiel für ein pathologisches Element ist das Vermeidungsverhalten vieler Traumaopfer. Im therapeutischen Ansatz müssen die beim Trauma erlebten Emotionen sowie die Erinnerungen an das Trauma aktiviert und neue Informationen (z.B. über die Habituation der psychophysiologischen Erregung bei Angst) vom Therapeuten vermittelt sowie vom Opfer aufgenommen und verarbeitet werden, damit in der Therapie eine Veränderung zustande kommt.

Ehlers und Clark (7) haben ein sehr elaboriertes kognitives Modell für die Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS vorgelegt. Sie postulieren, dass eine chronische PTBS dann entsteht, wenn die Betroffenen das traumatische Ereignis und/oder seine Konsequenzen so verarbeiten, dass sie eine schwere gegenwärtige Bedrohung wahrnehmen.

■ Psychotherapie

In den bisher vorliegenden kontrollierten Psychotherapiestudien zeigte sich eine Effizienz in der Reduktion der Symptomatik sowohl für psychodynamische Psychotherapie, Hypnotherapie (je eine Studie), kognitive und Verhaltenstherapie sowie die Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)-Therapie (mehrere Studien). Für die kognitive und Verhaltenstherapie sowie die EMDR liegen derzeit die am besten gesicherten Daten vor (16).

Kognitive und Verhaltenstherapie

Zur verhaltenstherapeutischen Behandlung von Angststörungen werden gewöhnlich Expositionsverfahren und Angstbewältigungstechniken eingesetzt. Die Expositionsverfahren wurden in mehreren kontrollierten Studien untersucht und ihre Wirksamkeit in Metaanalysen nachgewiesen (4, 16).

In der Expositionsbildung wird der Patient mit der gefürchteten Situation konfrontiert. Um eine Entkoppelung von der real traumatisierenden Situation zu schaffen und die unangenehmen psychophysiologischen Reaktionen in einem bewältigbaren Rahmen zu halten, muss auf ein sicheres Setting geachtet werden. Dem Flucht- und Vermeidungsverhalten des Patienten wird damit entgegengewirkt. Die Expositionsbildung hat sich in Studien als effektiv erwiesen. Nicht nur das Vermeidungsverhalten, sondern auch Alpträume, Intrusionen und psychophysiologische Beschwerden konnten reduziert werden.

Im Angstbewältigungstraining werden dem Patienten Fertigkeiten vermittelt, die er zur Kontrolle seiner Ängste im Alltag einsetzen kann. Dies ist dann sinnvoll, wenn der gesamte Alltag des Patienten durch Angst geprägt ist. Angstbewältigungstechniken sind unter anderem das Entspannungstraining, Stressimpfungstraining, kognitive Umstrukturierung, soziales Kompetenztraining und Ablenkungstechniken.

Zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung nach einer Vergewaltigung ist von Foa et al. (9) ein kurzes, strukturiertes Thera-

pieprogramm entwickelt worden (Tab. 2). Es finden neun 90- bis 120minütige Sitzungen, jeweils ein- bis zweimal pro Woche, statt.

Ablaufschema für eine Verhaltenstherapie nach Foa et al.

Diese Therapieform eignet sich zur Behandlung eines einmaligen, kurzdauernden Traumas (Typ-I-Trauma). Es ist nicht zur Therapie langandauernder, repetitiver Traumata konzipiert (Typ-II-Trauma).

In der ersten Sitzung liegt der Schwerpunkt in der Psychoedukation. Dem Patienten wird ein Krankheitsmodell der PTBS vermittelt. Das Ziel ist die Einordnung seiner Reaktionen als eine normale und verständliche Reaktion auf das traumatische Ereignis. Am Ende der ersten Sitzung erhält der Patient eine Einführung in eine Atemtechnik, in der die Zwerchfellatmung und langsames Ausatmen betont werden. Der Patient wird aufgefordert, diese Übung bis zur nächsten Sitzung täglich mehrmals zu wiederholen. Als weitere Hausaufgabe soll der Patient in Form eines therapeutischen Tagebuchs in der kommenden Woche wiederkehrende Erinnerungen und Gedanken an das Trauma sowie auslösende Reize notieren.

In der zweiten Sitzung werden anhand eines Tagebuchs die wiederkehrenden Erinnerungen an das Trauma und die Einordnung in das Krankheitsmodell der PTBS weiter besprochen. Dem Patienten wird u.a. die Zwei-Faktoren-Theorie der Angst von Mowrer erläutert, damit er ein besseres Verständnis für die Entstehung und Aufrechterhaltung seiner

Tab. 2 Elemente der verhaltenstherapeutischen Behandlung der PTBS

- Information über PTBS und deren Behandlungsmöglichkeiten
- Erarbeitung eines Krankheitsmodell
- Atem- und Entspannungstechniken zur Reduktion der psychophysiologischen Anspannung
- Exposition in sensu zur Reduktion der belastenden Wiedererinnerungen
- Exposition in vivo zum Abbau des Vermeidungsverhaltens
- Kognitive Restrukturierung beim Vorliegen von dysfunktionalen Kognitionen und Schemata

Beschwerden bekommt. Anschließend wird die Technik der progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson vermittelt und deren Übung als Hausaufgabe besprochen. Am konkreten Einzelfall wird aufgezeigt, wie der Patient die Technik zur Reduktion seiner psychophysiologischen Beschwerden einsetzen kann.

In der dritten Sitzung beginnt die Exposition in sensu, die das Kernstück der Therapie darstellt. Bei dieser Form der Exposition wird der Patient aufgefordert, sich das Trauma nochmals ins Gedächtnis zu rufen. Bei geschlossenen Augen soll er den Ablauf des Traumas so umfassend und detailliert wie möglich berichten. Dieser Bericht soll nicht nur den Ablauf darstellen, sondern auch die Gedanken, Ängste und die sensorischen Wahrnehmungen auf verschiedenen Ebenen wie Körperempfindungen, Geräusche oder Gerüche mitteilen. Der Patient sollte zur besseren Aktivierung der Furchtstrukturen und Ängste nicht in der dritten Person erzählen, sondern in der Ich-Form und im Hier und Jetzt, so als ob das Trauma gerade nochmals passieren würde. Wenn der Patient unter starken Schuldgefühlen (z.B. Tod oder Verletzung anderer Personen), Schamgefühlen oder Wut leidet und dysfunktionale kognitive Schemata erkennbar sind, werden diese Problembereiche vor der Exposition in sensu und in vivo anhand kognitiver Therapiestrategien (kognitive Umstrukturierung nach Beck und Ellis) bearbeitet.

In der vierten Sitzung wird die Exposition in sensu wiederholt. Anschließend wird eine Hierarchie für die Exposition in vivo erstellt. Die Exposition in vivo findet je nach Ausprägung des Vermeidungsverhaltens parallel als Hausaufgabe oder nach Abschluss der Exposition in sensu statt. Häufiger Inhalt der Exposition in vivo ist das Aufsuchen des Ortes, an dem das Trauma stattfand, z.B. Unfallstelle.

In der fünften bis zehnten Sitzung wird die Exposition in sensu, wie in der dritten und vierten Sitzung beschrieben, wiederholt. Die kognitive Therapie wird fortgesetzt. In der elften und zwölften Sitzung werden die gelernten Copingstrategien zu-

sammengefasst, evtl. in der Zukunft auftretende schwierige Situationen und deren Bewältigung besprochen. Danach wird die Therapie beendet.

Mit Hilfe dieses Therapieschemas kann oftmals innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten eine deutliche Reduktion der PTBS-Symptomatik erreicht werden.

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Viel Aufsehen hat das EMDR erregt, das erstmalig von Shapiro in den 80er Jahren beschrieben wurde. Während der imaginativen Konfrontation mit den Erinnerungen an das traumatische Ereignis wird der Patient gebeten, mit den Augen wiederholt dem Finger des Therapeuten zu folgen, das schnell und gleichmäßig hin und her bewegt wird. Dies wird wiederholt, bis der Patient die traumatische Erinnerung nicht mehr als belastend empfindet. Schließlich wird die Erinnerung mit einer positiven, hilfreichen Kognition gekoppelt. Die bilaterale Stimulation nimmt eine zentrale Rolle ein und kann auch über die Ohren oder das sensorische System (Tapping) erfolgen. Der genaue Wirkmechanismus des EMDR ist bisher unklar. In kontrollierten Studien konnte eine Wirksamkeit gezeigt werden (4, 16), so dass es sich durchaus um eine ernst zu nehmende Behandlungsmethode der PTBS handelt.

Krisenintervention nach einem akuten Trauma

Über die Behandlung eines akuten Traumas und die Bedeutung der ersten Reaktionen ist wissenschaftlich noch wenig gearbeitet worden.

Die Linderung akuter psychischer Not steht im Vordergrund. Dazu ist es u.a. wichtig, dem Patienten aufzuzeigen, dass seine Reaktionen auf das Trauma verständlich sind im Sinne einer „normalen Reaktion auf eine abnorme Situation“. Gefördert werden die Bewältigungsmechanismen im Hier und Jetzt und die Beachtung allgemeinmedizinischer Hilfen bei somatischen Folgen der Traumatisierung.

Als Gruppenverfahren zur „psychologischen Ersten Hilfe“ unmittelbar nach einem Trauma wird als In-

tervention das Debriefing-Konzept verwendet (Psychological Debriefing, PD, oder Critical Incident Stress Debriefing, CISD) (12). Dieses Konzept besteht aus einem Gruppengespräch z.B. für Personen, die an den Rettungsaktionen nach einer Katastrophe beteiligt waren. Das Gespräch findet in den ersten Tagen nach dem Ereignis statt und soll den Betroffenen die Möglichkeit geben, sich mit anderen Betroffenen über ihre Gedanken und Gefühle auszutauschen und Anleitung für den Umgang mit möglicherweise auftretenden Beschwerden zu bekommen.

Die bisher vorliegenden wissenschaftlichen Daten zur Effizienz des Debriefings mit dem Ziel der Prävention einer PTBS sind widersprüchlich. Sie weisen entweder auf eine nicht vorhandene Wirksamkeit oder sogar eher auf eine mögliche negative Auswirkung auf die psychische Symptomatik der Betroffenen hin. Metaanalysen dieser wenigen kontrollierten Studien zur Frühintervention konnten keine positiven Effekte i.S. der Prävention posttraumatischer Syndrome zeigen (Cochrane Review) (13). Dies steht im Widerspruch zu dem subjektiven Empfinden der Probanden, die eine Frühintervention oft als hilfreich erleben. Insgesamt kann derzeit keine Methode als gesichert wirksam in der Prävention der PTBS angesehen werden. Eine breite Anwendung von einmaligen Debriefinginterventionen muss bei der gegenwärtigen Datenlage sehr kritisch betrachtet werden.

In kleineren kontrollierten Studien zur kurzdauernden, individuellen, kognitiven und verhaltenstherapeutischen Frühinterventionen mit drei bis sechs Stunden wurden positive Effekte berichtet. Die aus der psychotherapeutischen Behandlung der chronischen PTBS als effektiv befundenen Methoden wurden in diesen wenigen Studien als Form der Frühintervention überprüft. Beginn der Intervention war nicht in den ersten Tagen nach dem Trauma, sondern erst ca. zwei Wochen danach (4).

■ Psychopharmakotherapie

Trizyklische Antidepressiva, Serotoninwiederaufnahmehemmer

und MAO-Hemmer sind in der Behandlung der PTBS wirksam (Cochrane Review) (15). Sie führen nicht nur zu einer signifikanten und klinischen Reduktion der komorbiden Begleitsymptomatik (Angst, Depression), sondern auch zu einer Reduktion der PTBS-typischen Symptome wie Intrusionen und Vermeidungsverhalten. Aufgrund der Datenlage sind Therapieempfehlungen zugunsten einer Medikamenten-substanz aber noch zu verfrüht.

Posttraumatic stress disorder

Posttraumatic stress disorder (PTSD) is a common reaction to traumatic events. Characteristic symptoms include re-experiencing phenomena, avoidance and numbing of general responsiveness and hyperarousal symptoms. In the general population, PTSD has a lifetime prevalence of about 8%, making it a common disorder. Many people recover in the ensuing months, but in a significant subgroup the symptoms persist. Psychological Interventions have been advocated as being effective in the treatment of PTSD since its conception. Various forms of psychological treatment have been used including exposure therapy, cognitive therapy, stress inoculation training, eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR). Early interventions after traumatic events have only recently been evaluated in randomized, controlled trials. Recent systematic reviews concluded that single sessions of individual psychological debriefing are not effective in reducing distress or subsequent posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms.

Key Words

PTSD – epidemiology – early intervention – psychotherapy

Literatur

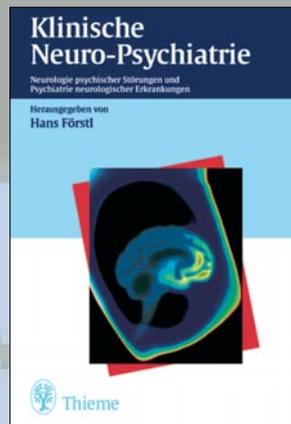
1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1994
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-III-R. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1987
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-III. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 1980

4. Bisson J. Post-traumatic stress disorder. In: BMJ Publishing Group (ed.). Clinical evidence. Mental health. The international source of the best available evidence for mental health care. Margate, Kent: Thanet Press, 2002: 32–41
5. Breslau N. The epidemiology of post-traumatic stress disorder: what is the extent of the problem? J Clin Psychiatry 2001; 62 (suppl 17): 16–22
6. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD 10 Kap. V (F). Bern: Huber, 1992
7. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Beh Res Ther 2000; 38: 319–345
8. Fischer-Homberger E. Die traumatische Neurose. Göttingen: Huber, 1975
9. Foa EB, Rothbaum BO. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung posttraumatischer Belastungsreaktionen. In: Fiegenbaum W. (Hrsg.). Zukunftsperspektiven der Klinischen Psychologie. Berlin, Heidelberg: Springer, 1992: 129–156
10. 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
11. Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, Hough RL, Jordan BK, Marmar CR, Weiss DS. Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. New York: Brunner/Mazel, 1990
12. Mitchell JT, Everly GS Jr. Critical Incident Stress Debriefing (CISD) and the prevention of work-related traumatic stress among high risk occupational groups. In: Everly GS Jr., Lating JM (eds.). Psychotraumatology. Key Papers and Core Concepts in Post-Traumatic-Stress. New York, London: Plenum Press, 1995: 267–280
13. Rose S, Bisson J, Wessely S. Psychological debriefing for preventing posttraumatic stress disorder (PTSD). In: The Cochrane Library. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd., 2004
14. Sherman JJ. Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: a meta analysis of controlled clinical trials. J Trauma Stress 1998; 11: 413–435
15. Stein DJ, Zungu-Dirwayi N, van der Linden GJH, Seedat S. Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder. In: Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software
16. Van Etten ML, Taylor S. Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. Clin Psychol Psychother 1998; 5: 126–144

Korrespondenzadresse:

Dr. phil. Elisabeth Nyberg
Psychiatrische Poliklinik
Universitätsspital
Zweigstelle Claragraben 95
4057 Basel (Schweiz)
enyberg@uhbs.ch

Zusammenhänge deutlich gemacht



Klinische Neuro-Psychiatrie
Neurologie psychischer Störungen und Psychiatrie neurologischer Erkrankungen
Förstl

Umfassende Darstellung:

- Aktueller Wissenstand zu faszinierenden Gebieten
- Annäherung an das Leib-Seele-Problem
- Renommierte Autoren aus Neurologie und Psychiatrie
- Einblicke in die Funktionsweise psychischer Probleme
- Konsequenzen für Diagnostik und Therapie

2000. 528 S., 74 Abb.
ISBN 3 13 117951 1 € 109,-

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten
Preise zzgl. Versandkosten
€-Preise gültig in Deutschland

07 11 / 89 31-900
Fax 07 11 / 89 31-901
kundenservice@thieme.de
www.thieme.de

 **Thieme**

VE4&1