

TRAUMA2006



8.

*Jahrestagung der
Deutschsprachigen Gesellschaft
für Psychotraumatologie (DeGPT)*

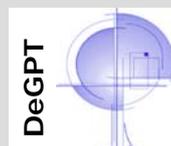
Wohin entwickelt sich die Traumatherapie ?

Neue Entwicklungen in der Psychotraumatologie

11. bis 14. Mai 2006

Medizinische Hochschule Hannover

Abstracts



**Symposium I:
Behandlung komplexer posttraumatischer
und dissoziativer Störungen**

Krisenintervention für PatientInnen mit komplexen posttraumatischen Störungen in der Akut-Psychiatrie

C. Wilhelm-Göbbling, F. Rodewald, M. Wojdziak, A. Unger, U. Gast; Hannover, Bielefeld

Die Behandlung von PatientInnen mit komplexen posttraumatischen Störungsbildern wie beispielsweise schweren dissoziativen Störungen, einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer trauma-bedingten Borderline-Persönlichkeitsstörung stellt für die Behandlungsteams von akut-psychiatrischen Stationen häufig eine große Herausforderung dar. Viele PatientInnen mit komplexen Traumatisierungen in der Vorgeschichte geraten wiederholt in schwere Krisen (Suizidalität, Selbstverletzendes Verhalten, psychosomatische Zustände) und ihre therapeutischen Bedürfnisse unterscheiden sich oft von denen von PatientInnen mit einer anderen Störungsgenese.

An der Abt. Klinische Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover wird derzeit im Rahmen einer Pilotstudie ein spezifisches traumatherapeutisches Kriseninterventionsprogramm für PatientInnen mit komplexen posttraumatischen Störungen, die sich zur stationären Behandlung auf einer der akut-psychiatrischen Stationen der Abteilung befinden, erprobt. Kernelement des Programms ist eine stationsübergreifende psychoedukative Stabilisierungsgruppe. Diese ist eingebettet in soziotherapeutische Gruppenangebote und eine enge bezugstherapeutische Begleitung auf den Stationen.

Im Rahmen des Vortrags werden das Konzept des Kriseninterventionsprogramms, erste klinische Erfahrungen in Bezug auf Durchführung und Effektivität des Programms sowie Eindrücke und Rückmeldungen von den TeilnehmerInnen vorgestellt.

Psychoedukation bei komplexen posttraumatischen Störungen

C. Dehner-Rau; Bielefeld

Das psychoedukative Gruppenkonzept für PatientInnen mit komplexen posttraumatischen Störungen der Klinik für psychotherapeutische u. psychosomatische Medizin Bielefeld umfasst zwölf Sitzungen à 45 Minuten. Bei drei Wochenstunden erstreckt sich ein Durchlauf über vier Wochen.

Jede Sitzung bildet eine abgeschlossene Einheit, die Aufnahme neuer PatientInnen ist jederzeit möglich. Zu jedem Thema erhalten die PatientInnen ein Arbeitsblatt. Neben der Vermittlung psychosomatischer Zusammenhänge werden Achtsamkeits- und Wahrnehmungsübungen integriert. Im Vordergrund steht die Information zu folgenden Themen: Ziele der Psychotherapie, die drei Phasen der Traumatherapie, Ressourcenaktivierung, Definition traumatischer Erfahrungen, Pathophysiologie der anhaltenden Stressreaktion, Erkenntnisse der Hirnforschung, akute Traumafolgestörungen, posttraumatische Belastungsstörung und häufige Folgestörungen, dissoziative Störungen, äußere und innere Sicherheit sowie kognitive und emotionale Stabilisierung.

Die PatientInnen entwickeln Verständnis für ihre Symptomatik und lernen sie in einen Gesamtzusammenhang einzuordnen, was in der Regel als große Entlastung erlebt wird. Neben dem Gruppenkonzept werden in der Präsentation auch klinische Erfahrungen aus der praktischen Arbeit in den Gruppen vorgestellt.

Stabilisierungsgruppe für PatientInnen mit dissoziativen und komplexen Posttraumatischen Störungen

R. Ewald; Bielefeld

Seit Herbst 2003 werden an der Klinik für psychotherapeutische u. psychosomatische Medizin Bielefeld 4-wöchige Stabilisierungsgruppen für PatientInnen mit dissoziativen und chronischen komplexen Posttraumatischen Belastungsstörungen, die durch eine akute Belastungssituation dekompensiert sind, durchgeführt.

Die Gruppengröße beträgt maximal 4 PatientInnen. Insgesamt finden 12 Gruppensitzungen statt. Ziel der Gruppenteilnahme ist, dass die PatientInnen lernen, durch eigene Aktivität wieder besser für sich zu sorgen, so dass sie durch Übernahme von Verantwortung für sich selbst die aktuell belastende Lebenssituation besser meistern können.

Der Fokus in der Gruppentherapie liegt auf Stabilisierung und Ressourcenaktivierung. Die Gruppeninhalte bestehen aus den fünf Bausteinen Psychoedukation, Sozialberatung, Stabilisierungsübungen, Ressourcenaktivierung und interaktionale Interventionen. Angestrebt wird, die PatientInnen wieder in Kontakt zu bringen mit nicht „Trauma infizierten“ Lebensbereichen.

Die Gruppentherapie ist eingebettet in ein Gesamtbehandlungskonzept, zu dem auch Einzeltherapie sowie täglich stattfindende Übungsgruppen wie z.B. Stressbewältigung, Qui Gong, Selbstbrenna, Zapfen gehören.

Im Rahmen des Vortrags wird das Gruppenkonzept vorgestellt. Außerdem sollen klinische Erfahrungen mit dem Behandlungskonzept (Möglichkeiten, Schwierigkeiten, Grenzen des Gruppenansatzes) vorgestellt und diskutiert werden.

Behandlungsverläufe und Behandlungskrisen bei PatientInnen mit komplexen dissoziativen Störungen

M. Huber; Göttingen

Die meisten komplex traumatisierten und hoch dissoziativen KlientInnen benötigen mehrere somato- und psychotherapeutische Behandlungszyklen und auch während laufender ambulanter Psychotherapien sind aufgrund der erheblich reduzierten Stressresistenz häufig zusätzliche Interventionen notwendig: Notfall-Telefonate, Not-Einzelstunden, Krisenintervention im stationären Bereich. Manchmal sind auch Zwangseinweisungen aufgrund akuter Selbst- und/oder Fremdgefährdung notwendig.

In einem Übersichtsbeitrag sollen typische Krisen und Behandlungsverläufe von hoch dissoziativen

PatientInnen beschrieben und in der Literatur beschriebene Prognosekriterien kritisch reflektiert werden, mit dem Ziel, für diese Zielgruppe brauchbare Prognose-Hinweise zu geben.

Symposium 2:

Behandlungsmethoden in Psychotherapie der PTBS

Behandlungsmethoden im Rahmen stationärer verhaltensmedizinischer Traumatherapie

M. Lappas, R. Keller; Überherrn-Berus

Es werden Methoden im Überblick beschrieben sowie im Einzelfall exemplarisch dargestellt, die bei stationärer verhaltensmedizinischer Behandlung von Patientinnen mit Traumafolgestörungen an der Klinik Berus angewendet werden. Es konnte empirisch gezeigt werden, dass Traumatisierten mit dem o.g. Behandlungskonzept wirksam geholfen werden kann und die Effekte auch ein Jahr nach Klinikentlassung andauern.

In einer Untersuchung mit 75 Traumatisierten profitierten Patientinnen mit Trauma-Typ I deutlicher als solche mit Typ II. Dabei waren signifikante bis höchst-signifikante Veränderungen zwischen Aufnahme und Katamnese zu beobachten. In einer weiteren Untersuchung mit einer Stichprobe von 50 Traumagruppenteilnehmern zeigte sich ein höchst signifikanter Rückgang des Schweregrades sowie einzelner Subskalen der von Foa et al. entwickelten PDS, sowohl zum Entlassungszeitpunkt als auch bei 1-Jahres-Katamnese. Wesentlich war hier der Rückgang des Vermeidungsverhaltens. Der klinischen Erfahrung nach ist in den meisten Fällen ein fein dosierter, wiederholter Wechsel zwischen stabilisierenden und konfrontierenden Techniken sinnvoll. Diese Erfahrungen werden durch die Datenlage gestützt. Stabilisierende einzel- und gruppentherapeutische Techniken sind Bewegungstherapie (v.a. Ausdauersport), Atemtechniken, PMR nach Jacobson, Tiefenentspannung, euthyme Verfahren (Meditatives Gestalten, Musiktherapie, Genussgruppe, Yoga u.Ä.), sowie imaginative Distanzierungstechniken nach Reddemann, Psychoedukation und gemeinsames Erarbeiten eines plausiblen Erklärungsmodells. In der

Konfrontationsphase kommen prolongierte verhaltenstherapeutische Konfrontation in sensu und in vivo, Erstellen eines strukturierten schriftlichen Traumaberichts, Bildschirmtechnik und andere imaginative Techniken, kreative Medien (z.B. Malen oder Arbeiten mit Ton) sowie EMDR und Strategien zur Umstrukturierung dysfunktionaler Kognitionen zum Einsatz. Für eine strukturierte Konfrontation in der Traumagruppe wurden kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken („Schlagzeilenübung“, „Trauma-Zeitschiene“ oder „Trauma-Rekonstruktion mit Flipchart“) entwickelt. Ferner haben sich in der Gruppe zur Reintegration imaginative Techniken bewährt wie „Tempel der Zukunft“ (Zielplanung), „Waagemodell“ (Ressourcenorientierung) oder „Rückfallbewältigungsplan“ (Rückfallprophylaxe).

KIDNET - Narrative Expositionstherapie für traumatisierte Flüchtlingskinder in Deutschland

M. Ruf, M. Schauer, F. Neuner, C. Catani, E. Schauer, T. Elbert; Konstanz

Im Rahmen der Arbeit der psychologischen Forschungs- und Modellambulanz für Flüchtlinge der Universität Konstanz wurde 25 mehrfach traumatisierten Flüchtlingskindern im Alter zwischen 7 und 16 Jahren die Teilnahme an einer Therapiestudie zur Überprüfung der Effektivität einer kindgerechten Form der Narrativen Expositionstherapie (NET; Schauer, Neuner, Elbert; 2005) angeboten. Hierbei wurde auch der Einfluss der Therapie auf die kognitiven Fähigkeiten der Kinder im Bereich von Aufmerksamkeit (d2), Gedächtnis (Rey-Test) und allgemeiner Intelligenz (Raven Matrices Test) erhoben. Die Kinder wurden randomisiert der Therapiegruppe (n=12) und einer Wartelistengruppe (n=13) zugewiesen. Die Nachuntersuchungen der Kinder aus der Therapiegruppe fanden vier Wochen nach Ende der Therapie, sechs Monate und zwölf Monate nach Beginn der Therapie statt, die Nachuntersuchungen der Kinder aus der Wartelistengruppe fanden sechs Monate nach der Erstuntersuchung statt. Sofern sie noch immer die Kriterien einer PTBS erfüllten, bekamen sie KIDNET angeboten.

Die Untersuchungen ein halbes Jahr nach Therapiebeginn zeigen, dass KIDNET auch langfristig äußerst effektiv in der Behandlung von traumatisierten Flüchtlingskindern ist ($F_{(1,23)}=17.9$, $p<.01$; $d=1.8$). Zusätzlich werden auch die Ergebnisse der Einjahreskatamnese sowie die Ergebnisse der kognitiven Tests zur Erfassung von Aufmerksamkeit, Gedächtnis und allgemeiner Intelligenz vorgestellt.

Gefördert vom Europäischen Flüchtlingsfonds und der DFG

Neuner F, Schauer M, Karunakara U, Klaschik C, Elbert T (2004) A Comparison of Narrative Exposure Therapy, Supportive Counseling and Psychoeducation for Treating Posttraumatic Stress Disorder in an African Refugee Settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 579-587.

Schauer E, Neuner F, Elbert T, Ertl V, Onyut P, Odenwald M, Schauer M (2004) Narrative Exposure Therapy in Children: a Case Study. *Intervention* 2, 18 – 32.

Schauer M, Neuner F, Elbert T (2005) Narrative Exposure Therapy (NET). A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders after War, Terror, or Torture. Hogrefe & Huber Publishers.

EMDR und Biofeedback in der Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen. Effekte eines strukturierten Behandlungsprogramms

S. Jacobs, T. Bruns, M. Strack, A. de Jong; Göttingen

Vorgestellt wird eine neues multimodales Behandlungsprogramm zur Behandlung der PTB. Ausgehend von neueren Befunden der Neurowissenschaften, die darauf hinweisen, dass eine Dissoziation zwischen implizitem und explizitem Traumagedächtnis die wesentliche Grundlage der PTB darstellt, wurden verschiedene Module in das Programm integriert. Dazu gehören neben Informationen über Störungszusammenhänge, ein Edukationsfilm für Patienten, sowie biofeedback gestütztes EMDR. Ziel der Anwendung von Biofeedback ist es, den Klienten und Therapeuten implizite Prozesse während der Traumaexposition rückzumelden und das Ausmaß der Übereinstimmung zwischen subjektiver Belastung und physiologischer Erregung zu überprüfen.

Die Ergebnisse einer Studie mit 15 Patienten zei-

gen eine deutliche Reduktion der Traumasymptomatik und anderer psychischer Störungen sowie eine deutliche Reduktion der physiologischen Spannung (gemessen mit EDA) (Effektstärken zwischen 2.0 und 4.0). Subjektive und objektive Maße für die Spannungsreduktion stimmen in der Regel überein.

Lehrfilm: Stefan Jacobs, Timon Bruns: EMDR und Biofeedback in der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen. Zentrale Einrichtung Medien, Universität Göttingen, DVD 45 Min.

Traumatherapie mit der KIP (Katathym imaginative Psychotherapie)

K. Krippner, B. Steiner; Witten

Traumatherapie trägt der Erfahrung Rechnung, dass in ihr imaginativen Verfahren eine besondere Bedeutung zukommt. Über das Medium bildhaften Denkens werden Verbindungen zwischen Verhaltensinszenierungen und Körperempfindungen mit der Sphäre sprachlichen Ausdrucks und mit rationalem Verstehen geknüpft (Fischer & Riedesser 1998).

Traumatherapie mit der KIP hat zum Ziel, die sensomotorisch, bildhafte und verbale Ebene der traumatischen Erfahrung miteinander zu verbinden und so traumatische Erfahrungen in die Lebensgeschichte und das Ich-Selbst-System der Betroffenen zu integrieren. Dazu nutzt sie die Ergebnisse der Psychotraumatologie (wissenschaftliche Untersuchung und Behandlung seelischer Verletzungen und ihrer Folgen; Fischer & Riedesser 1998), die langjährigen Erfahrungen aus der Katathym Imaginativen Psychotherapie (KIP) mit Traumatisierten, die Erfahrungen der dynamisch imaginativen Traumatherapie (Reddemann & Sachsse) und Wurmsers psychodynamischen Ansatz zur Bearbeitung innerer Konflikte, die auf Traumen basieren.

In dem Vortrag soll die Traumatherapie mit der KIP theoretisch vorgestellt und anhand von Fallbeispielen und gemalten Imaginationen anschaulich dargestellt werden.

Symposium 3 :

Behandlung von Patienten mit komplexen Traumafolgen

Die Nutzung der Ego-State-Therapie bei der Arbeit an Opfer- und Täterintrojekten

J. Peichl; Nürnberg

Es war Paul Federn (ein Schüler Freuds), der ein Energiemodell vorschlug, das Ego-States innerhalb des Ich erfasste. John und Hellen Watkins erweiterten das Konzept Paul Federns und seines Protege Edoardo Weiss und schufen eine Form Hypnoanalytischer Therapie, die als Ego-State-Therapie bekannt ist. Die Watkins konzeptualisierten das Ich als einen Zustand, der aus mehreren Ich-Zuständen besteht, die voneinander durch mehr oder weniger durchlässige Grenzen getrennt werden. Jeder dieser Ego-States wird als anpassungsfähig und in einer Familie von Sub-Selbsts existierend angesehen, die in einer funktionalen Weise handeln kann. Durch strukturelle Dissoziation (Nijenhuis) in traumatischen Erfahrungen der Kindheit, bilden sich bei trauma-assoziierten Störungen – z.B. Borderline-Störung – deutlich markierte Opfer-Ego-States und durch Introjektion des Täters, traumatische Introjekte, die als Überlebensstrategie dienen. Der Vortrag zeigt ihre Entstehung, ihre Funktion und den therapeutischen Umgang damit, sowohl im klinischen wie im ambulanten Setting.

Neurobiologie der Bindungstraumatisierungen und Konsequenzen für die Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen

W. Wöller; Bad Honnef

Für die Therapieplanung bei bindungstraumatisierten Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen stehen uns heute verschiedene konkurrierende Therapiekonzepte zur Verfügung, die auf unterschiedlichen Störungsmodellen basieren und die neurobiologischen Grundlagen der Bindungstraumatisierungen nur teilweise berücksichtigen. Sie reichen von kognitiv-behavioralen Konzepten (dialektisch-behaviorale Therapie nach Linehan, Schema-Therapie nach Young), psychodynami-

schen Konzepten (Übertragungsfokussierende Therapie nach Kernberg, Strukturbezogene Psychotherapie nach Rudolf, Mentalisierungsfördernde Therapie nach Bateman u. Fonagy) bis zu interpersonellen Konzepten (Interpersonelle rekonstruktive Lerntherapie nach Benjamin) und traumatherapeutischen Ansätzen (Reddemann, Sachsse). Tatsächlich können neurobiologische Befunde und Modelle (z.B. zu neuronalen Netzwerken, zur Plastizität des Gehirns, zur veränderten Informationsverarbeitung nach Traumatisierungen) die Konzeptualisierung der Behandlungsplanung nennenswert unterstützen. Dies gilt vor allem für Phänomene der gestörten Emotionsregulierung und der gestörten Mentalisierungsfunktion. Hier hat die entwicklungspsychologische Forschung überzeugend gezeigt, dass diese Fähigkeiten in einer hinreichend guten Bindungsbeziehung erworben werden und dass Bindungstraumatisierungen zu strukturellen Schäden in den für sie wichtigen Hirnregionen führen. Diese Erkenntnisse gestatten die Entwicklung eines integrativen Behandlungskonzeptes auf psychodynamischer Grundlage, das beziehungsorientiert, bewältigungsorientiert, einsichtsorientiert und ressourcenorientiert vorgeht, das eine positive Beziehungsneuerfahrung mit einer gezielten Förderung defizitärer Bewältigungsformen verbindet und die Theorie der neuronalen Netzwerke ebenso wie die Gesetze der Plastizität des Gehirns berücksichtigt.

Gruppentherapie bei Frauen mit Traumafolgestörungen nach sexuellen Gewalterfahrungen

H. Bauder, S. Diehl; Bad Dürkheim

Untersucht wurde die Wirksamkeit eines integrierten stationäres Gruppenkonzeptes für die Therapie von Frauen mit Traumafolgestörungen nach sexueller Gewalt. Das Behandlungskonzept basiert auf einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Vorgehen, in das psychoedukative und imaginative Elemente sowie körpertherapeutische Übungen integriert wurden. Es besteht aus insgesamt 10 Sitzungen über einen Zeitraum von 5 Wochen. Schwerpunktthemen sind Stabilisierung,

der Umgang mit Auslösern für posttraumatische Reaktionen, Schuld- und Schamgefühlen, Einordnen der erlebten Traumatisierung in die eigene Biographie, Arbeit mit inneren Anteilen, Abgrenzung und Sexualität. Durch das gezielte Einsetzen von Körperübungen, die physiologische und emotionale Reaktionen auslösen, kann der Organismus umlernen, um aus der chronisch wiederkehrenden Alarmsituation herauszukommen. Überprüft wurde, ob die Patientinnen von der multimodalen Traumatherapie in der Gruppe profitieren.

Erste Ergebnisse im Vergleich mit einer Kontrollgruppe von Patientinnen, die an einer unspezifischen Gruppentherapie teilnahmen und mit denen im Rahmen der Einzeltherapie an den Traumatisierungen gearbeitet wurde, werden vorgestellt. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelte es sich um Patientinnen, die multiple Traumatisierungen erlebt haben und an komplexen Traumafolgestörungen litten. In den untersuchten Fragebögen zeigte sich bei den Patientinnen der Experimentalgruppe eine signifikant stärkere Abnahme posttraumatischer Symptome, traumabezogener negativer Gedanken, dysfunktionaler Bewältigungsstrategien und depressiver Begleitsymptome als in der Kontrollgruppe. Die Teilnahme an der Gruppe sowie die einzelnen Bausteine wurden von den Patientinnen als sehr hilfreich bewertet. Eine Überforderung oder Symptomverstärkung durch die Auseinandersetzung mit den erlebten Traumatisierungen in der Gruppe trat nicht auf.

Das dissoziierte Helfersystem - Patienten mit DID (Dissoziativer Identitätsstörung) und ihre Helfer

S. Laure; Graz

Patienten mit Dissoziativen Identitätsstörungen zeichnen sich unter anderem durch die Aufspaltung ihrer Person in diverse "Alters" oder Persönlichkeitszustände aus, die untereinander gar nicht oder nur teilweise in kommunikativem Kontakt stehen.

Dies führt zu großen Problemen im Alltag dieser Menschen unter anderem durch das Entstehen von Zeitlücken, in denen die Betroffenen keine

Kontrolle über ihr Tun haben oder das "Switchen" in Kleinkind-Anteile, die dann mit den Aufgaben des Alltagslebens heillos überfordert sind.

Es scheint, dass diese Patienten ganz ähnliche Systeme auch in ihrem "Außen" entstehen lassen. Sie scheinen eine besondere Fähigkeit zu haben, sich Helfersysteme zu organisieren, diese bis zu deren Erschöpfung zu fordern und auch sehr enge private Kontakte entstehen zu lassen. Problematisch scheint hierbei auch zu sein, dass diese Helfersysteme ähnliche Kommunikationsprobleme aufweisen, wie das Innensystem.

- Welchen Stellenwert bei dieser Realität eine "Helferkonferenz" haben kann,
- was sie im Einzelnen für die Gruppe der Helfer und die "innere Gruppe" der Betroffenen bedeuten kann,
- welche Veränderungen im Innen und Außen dadurch entstehen können und
- welchen Sinn sie in einem Gesamtkonzept einer Behandlung haben könnte,

möchte ich anhand eines Fallbeispiels darstellen und in meinem Beitrag mit Ihnen diskutieren.

Symposium 4: Komplizierte Trauer

Trauer - eine Erkrankung?

A. Kersting, K. Kroker, J. Steinhardt; Münster

Verlusterlebnisse gelten als Risikofaktoren für psychiatrische Erkrankungen. Aktuelle wissenschaftliche Untersuchungen weisen darauf hin, dass Trauerprozesse Auswirkungen auf den allgemeinen Gesundheitszustand haben können und darüber hinaus mit einem erhöhten Risiko für depressive Erkrankungen und einer erhöhten Mortalität einhergehen können. Dabei ist insbesondere der Verlust eines Kindes mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko der Eltern für psychiatrische Erkrankungen verbunden.

Methodik: Vorgestellt werden die Ergebnisse einer prospektiven Longitudinalstudie, in der 64 Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch aus medizi-

nischer Indikation in der Spätschwangerschaft untersucht wurden. Nach der Diagnose einer schweren fetalen Anomalie entschieden sich diese Frauen für einen Abbruch der Schwangerschaft, der mit der Geburt eines toten Kindes verbunden war. Die Kontrollgruppe bestand aus einer Stichprobe von 46 Frauen nach der Spontangeburt eines reifen gesunden Kindes. Die Messzeitpunkte umfassten 14 Tage, 6 Monate und 14 Monate postpartum. Erhoben wurde neben dem Ausmaß an Trauer, das traumatische Erleben, Angst und Depression, sowie das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. Dabei wurden sowohl Selbst- als auch Fremdeinschätzungsinstrumente eingesetzt.

Ergebnisse/Diskussion: Die vorgestellten Ergebnisse zeigen, dass sich die untersuchten Frauen nach der Geburt eines toten Kindes hinsichtlich des traumatischen Erlebens des Ausmaßes an Angst und Depression über alle Messzeitpunkte hinweg signifikant von den Frauen der Kontrollgruppe unterscheiden. Darüber hinaus wurde bei 17 % der Patienten eine klinische Diagnose (Angst, Depression, posttraumatische Belastungsstörungen) gestellt. Es ist davon auszugehen, dass ein Schwangerschaftsabbruch in der Spätschwangerschaft als ein traumatisches Verlustereignis anzusehen ist, das mit einem hohen Risiko für einen pathologischen Trauerprozess einhergehen kann.

Komplizierte Trauer: Vergleich zweier diagnostischer Systeme mittels Latenter-Klassen-Modelle

S. Forstmeier, A. Maercker; Zürich

Einleitung: Für die Psychotraumatologie rückt zunehmend die Problematik der komplizierten Trauer in den Fokus. Zwei diagnostische Systeme wurden vorgeschlagen für die Diagnose einer Komplizierten Trauer (KT). Horowitz et al (1997) konzeptualisieren KT als ein Stress-Reaktions-Syndrom und differenzieren zwischen Symptomen der Intrusion, Vermeidung und misslingenden Anpassung. Prigerson et al (1999) berichten die Konsensus-Experten-Kriterien, diese beinhalten Symptome der Beeinträchtigung durch Trennung und Traumatisierung. Obwohl einige Symptome innerhalb dieser beiden Systeme überlappen, ha-

ben sie unterschiedliche Strukturen. Es wird vermutet, dass die beiden Systeme daher zu unterschiedlichen Prävalenzschätzungen für KT führen und unterschiedliche Sensitivität und Spezifität aufweisen. Da es keinen gold standard für die Diagnose einer KT gibt, versuchte diese Studie, Sensitivität und Spezifität mittels Latenter-Klassen-Modelle (LKM) zu analysieren.

Methode: In der repräsentativen Zürcher Altersstudie wurden Aspekte des Trauerfalls, die Diagnose einer KT sowie anderer Störungen erhoben. Sensitivität und Spezifität der beiden diagnostischen Systeme wurden geschätzt mittels LKM-Analyse.

Ergebnisse: Die Prävalenzrate betrug 4.3 (Horowitz et al) und 0.99 (Prigerson et al), mit einer geringen Übereinstimmung zwischen den Systemen ($\kappa = 0.13$). Die LKM-Analyse wies darauf hin, dass die Horowitz et al Kriterien die grösste Sensitivität besitzen (0.69 vs. 0.31). Hinsichtlich der Spezifität sind beide Systeme sehr gut (0.98 und 1.0).

Schlussfolgerungen: Das Horowitz et al System wird durch diese Daten am meisten unterstützt. Die weitere Forschung sollte jedoch die diagnostischen Systeme integrieren, um zu einer internationalen Standardisierung der diagnostischen Kriterien für KT zu gelangen.

Meta-Analyse zur Behandlung von Trauer- und Verlustreaktionen bei Kindern und Jugendlichen

R. Rosner, J. Kruse, M. Hagl; München

Fragestellung: Das Hauptziel dieser qualitativen und quantitativen Übersicht ist die Bewertung der Effektivität unterschiedlicher Behandlungen von Trauer- und Verlustreaktionen bei Kindern und Jugendlichen. Im Vergleich zur Behandlung von Verlusten bei Erwachsenen liegen hier noch weniger Studien mit kontrollierten Designs vor.

Methode: Die Übersicht basiert auf Studien, die entweder in englisch oder deutsch bis Anfang 2006 veröffentlicht wurden, bzw. unveröffentlichten Arbeiten, die uns von Forschern zur Verfügung gestellt wurden. Eingeschlossene Datenban-

ken waren PsychINFO, PSYINDEX, Medline, EMBASE, ISI Current contents connect/Life Sciences, ERIC, SOMED, Dissertation Abstracts international/Proquest, PILOTS, ERIC und die Cochrane Library. Ebenso erfolgte eine Internet-Recherche, sowie eine Handsuche einschlägiger Zeitschriften und Bücher. Forschergruppen, die in den letzten Jahren in diesem Bereich aktiv waren, wurden kontaktiert, um nicht publizierte Studien zu finden. Als Effektstärkenmaß wurde Hedges g in einem Random-Effects-Modell benutzt. Aufgrund der geringen Zahl der vorliegenden Untersuchungen werden die Ergebnisse auch qualitativ besprochen.

Ergebnisse: Es zeigt sich, dass fast keine Studien vorliegen, die Trauermaße als Outcome verwenden. Vielmehr bezieht sich die Effektivität der Behandlung auf allgemeine psychische Belastung, Depressivität und Ängstlichkeit. Insgesamt sind die Effekte gering. Auch ein Altersbezug der Ergebnisse kann nicht festgestellt werden.

Komplizierte Trauer bei Einsatzkräften der freiwilligen Feuerwehr

M. Maragos, J. Arnold, A. Fürstberger, C. Holzleitner, W. Butollo; München

Feuerwehrleute gehören zu den Berufsgruppen, die einem erhöhtem Risiko ausgesetzt sind, psychische Störungen, insbesondere eine Posttraumatische Belastungsstörung, zu entwickeln. Handelt es sich dabei um Angehörige einer freiwilligen Feuerwehr, besonders in ländlichen Gebieten, besteht zu den berufsbedingten psychischen Belastungen das Risiko, im Rahmen eines Einsatzes mit bekannten oder gar verwandten Personen in Kontakt zu kommen. In dieser Studie wurde die Belegschaft (N=50) einer freiwilligen Feuerwehr (Großraum München) hinsichtlich dem Vorliegen von komplizierten Trauerreaktionen untersucht. Zur Erfassung klinisch-psychologischer Diagnosen wurde das DIA-X (computerunterstütztes, strukturiertes klinisches Interview nach DSM-IV) eingesetzt. Komplizierte Trauer wurde mit Hilfe des Complex Grief Inventory (CGI) erfasst. Erste Ergebnisse werden vorgestellt und diskutiert.

Konzept und Ergebnisse eines internet-basierten Präventionsprogrammes für Komplizierte Trauer

B. Wagner, A. Maercker; Trier

Über die Wirksamkeit von Präventionsprogrammen für komplizierte Trauer gibt es bisher keine wissenschaftlich überprüften Aussagen. Gerade dann wenn der Tod stigmatisierende Umstände hat (z.B. Suizid, der Tod eines Kindes, Mord) oder auf unerwartete, gewaltsame oder traumatische Art und Weise geschieht, kann dies langfristige Beeinträchtigungen des physischen und psychischen Wohlbefindens nach sich ziehen. Bisherige Hilfsangebote für Trauernde in den ersten Monaten nach dem Tod sind vor allem in Form von Selbsthilfegruppen, aber auch immer häufiger im Internet zu finden. Im Rahmen einer Studie in Zusammenarbeit mit der Online-Lebensberatung des Bistum Trier und der Universität Trier wurde ein dreiwöchiges Präventionsprogramm für komplizierte Trauer durchgeführt. Das Programm richtete sich an Trauernde, die in den vergangenen 14 Monaten eine nahe stehende Person verloren haben. Der Kontakt zwischen den Beratern und den Teilnehmern fand ausschließlich über das Internet statt und beruhte auf einem protokollbasierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungsmanual. Das Trauerberatungsprogramm beinhaltet fünf Module, die in Form von Schreibaufträgen bearbeitet werden: Aktivierung von sozialer Unterstützung, Alltagsstruktur, Infragestellen von Schuld- und Schamgefühlen, geschlechtsspezifische Kommunikations- und Trauermuster, sowie Kommunikation mit dem Partner und Familie und Bindung an die verlorene Person. Anhand einer Fallstudie werden die einzelnen Module beschrieben und erste Ergebnisse der auf insgesamt 30 Teilnehmern angelegten Studie werden vorgestellt. Herausforderungen und potentielle Vorteile eines internet-basierten Trauerberatungsprogrammes werden diskutiert.

Symposium 5:

Posttraumatische Störungen bei allgemeinpsychiatrischen Patienten

Dissoziative Störungen und Komorbiditäten bei psychiatrischen Patienten

F. Rodewald, E. Fellensiek, U. Gast; Hannover/Bielefeld

In dem Vortrag werden die Ergebnisse einer Studie zur Prävalenz dissoziativer Störungen und komorbider Störungsbilder bei allgemeinpsychiatrischen Patienten präsentiert.

Für die Studie wurden in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kreiskrankenhauses Norden insgesamt $N = 332$ neu aufgenommene Patienten u.a. mit dem Fragebogen für dissoziative Symptome (FDS) untersucht. Patienten mit erhöhten FDS-Werten ($FDS > 20$) wurden mit dem Strukturierten Klinischen Interview für dissoziative Störungen (SKID-D), dem Multidimensionalen Inventar für dissoziative Symptome (MID) und der Kurzversion des Diagnostischen Interviews für psychische Störungen (Mini-DIPS) nachuntersucht. Zudem erfolgte eine Nachuntersuchung auch bei jedem 10. neu aufgenommenen Patienten mit Werten von $FDS < 20$ und darüber hinaus auch bei Patienten, die bei $FDS < 20$ lagen, klinisch aber Hinweise auf eine dissoziative Störung zeigten.

Die Prävalenz dissoziativer Störungen lag in der Stichprobe bei 5,7%. PatientInnen mit dissoziativen Störungen wiesen im Mittel 4,89 begleitende psychiatrische Erkrankungen auf, während allgemeinpsychiatrische Patienten ohne dissoziative Störungen im Mittel 2,22 komorbide Erkrankungen zeigten.

Fazit: Dissoziative Störungen treten in allgemeinpsychiatrischen Populationen häufig auf, werden jedoch nach wie vor häufig erst sehr spät diagnostiziert. Sie sollten daher bei entsprechenden Hinweisen immer differentialdiagnostisch mit in Erwägung gezogen werden.

Traumatisierung bei schizophrenen und schweren affektiven Erkrankungen: Die Bedeutung der posttraumatischen Belastungsstörung

C. Spitzer, M. Vogel, H. J. Freyberger, H.-J. Grabe; Stralsund

Studien aus dem anglo-amerikanischen Raum haben zeigen können, dass Patienten mit schizophrenen und schweren affektiven Störungen (die so genannten ‚severe mental illness‘; SMI) häufiger traumatische Erfahrungen und sich daraus entwickelnde posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) aufweisen als die Allgemeinbevölkerung. Die Lebenszeitprävalenz für Traumatisierungen schwankt bei dieser Patientengruppe zwischen 74 und 98%. Dementsprechend findet sich eine Lebenszeitprävalenz der PTSD zwischen 13 und 43%. Unabhängig von ätiopathogenetischen Überlegungen wurde kürzlich ein interaktives Modell vorgelegt, welches der PTSD eine Schlüsselrolle zuweist bei der Vermittlung der negativen Effekte des Traumas auf die Schwere und den Verlauf der SMI. Dieses Modell impliziert, dass zwar das Trauma durchaus die Schwere und den Verlauf der jeweiligen Störung beeinflussen kann, dass aber das eigentliche Bindeglied die PTSD darstellt.

In unserer Studie wurden 122 stationäre Patienten eingeschlossen, von denen 75 unter einer schizophrenen (ICD-10 F2) und 47 unter affektiven Störung (ICD-10 F3) litten. Mittels psychometrischer Verfahren wurden traumatische Erlebnisse und die Diagnose einer PTSD abgeklärt sowie die aktuelle Psychopathologie, dissoziative und alexithyme Merkmale erfasst.

83 Studienteilnehmer (68%) berichteten über mindestens ein Trauma und von diesen wiederum erfüllte ein Drittel die Kriterien der PTSD. Die Patienten mit einer komorbiden PTSD hatten signifikant mehr Psychopathologie, dissoziative Symptome und Alexithymie als die traumatisierten Patienten ohne PTSD und jene ohne Traumavorgeschichte; die beiden letztgenannten Gruppen unterschieden sich hingegen nicht voneinander. Unsere Befunde stützen das interaktive Modell, welches direkte und indirekte Effekte der PTSD auf den Verlauf und den Schweregrad der

schizophrenen und schweren affektiven Erkrankungen postuliert. Die direkte Beeinflussung erfolgt über die 3 Kernsyndrome der PTSD: das Vermeiden trauma-assoziiierter Stimuli kann zur sozialen Isolation und damit eingeschränkten Möglichkeiten des Realitätsbezuges führen; die intrusiven Symptome fungieren als intermittierende Stressoren mit Aktivierung der entsprechenden neuroendokrinen Systeme und das Hyperarousal beeinträchtigt die kognitiven Funktionen. Zu den indirekten Effekten gehören typische Korrelate der PTSD wie Suchtmittelabhängigkeit, Re-Traumatisierung und geringe Compliance. Die diagnostischen und therapeutischen Implikationen dieses Modells werden abschließend diskutiert.

Traumatisierungen und posttraumatische Störungen bei Suchtpatienten

I. Schäfer, N. Zieger, A. Voß, T. Fink, C. Haasen; Hamburg

Personen mit Suchterkrankungen weisen hohe Raten traumatischer Erfahrungen auf. Häufig handelt es sich dabei um interpersonelle Traumatisierungen im Kindesalter, bzw. Erlebnisse körperlicher oder sexueller Gewalt in späteren Lebensabschnitten. Viele Befunde weisen darauf hin, dass die Folgen dieser Erlebnisse den Verlauf der Suchttherapie oft erschweren oder ihren Erfolg ganz in Frage stellen, wenn sie nicht im Rahmen der Behandlung spezifisch berücksichtigt werden. Eine besondere Bedeutung kommt dabei komorbiden Störungen wie der Posttraumatischen Belastungsstörung zu. In Studien aus dem anglo-amerikanischen Raum wurde bei Suchtpatienten in Behandlung eine Lebenszeitprävalenz der Störung von bis zu 50% gefunden. Zumeist erfüllten etwa ein Viertel bis ein Drittel der Patienten die Kriterien für eine aktuelle Posttraumatische Belastungsstörung. Entsprechende Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum liegen bislang jedoch kaum vor.

Im Rahmen einer eigenen Studie wurden 80 alkoholabhängige Patientinnen und Patienten untersucht, die konsekutiv auf einer Alkoholentzugssta-

tion behandelt wurden. Anhand standardisierter Instrumente wurden dabei u.a. Traumatisierungen (Structured Trauma Interview), der Verlauf der Abhängigkeit (European Addiction Severity Index) und psychiatrische Komorbidität erfasst (Posttraumatic Diagnostic Scale, Mini International Neuropsychiatric Interview). Im Vortrag werden Befunde zur Prävalenz von Traumatisierungen in verschiedenen Lebensabschnitten sowie deren Zusammenhängen mit komorbider Psychopathologie bzw. dem Verlauf der Suchterkrankungen vorgestellt und Konsequenzen für die klinische Versorgung diskutiert.

Postervorträge:

Frühe emotionale Traumatisierungen bei schizophrenen Patienten

L. Langer, T. Harfst, B. Reitemeier, V. Aderhold, I. Schäfer; Hamburg

Einleitung: In den vergangenen Jahren wurde die Bedeutung interpersonaler Traumatisierungen in der Kindheit bei Patienten mit schizophrenen Psychosen zunehmend deutlich. So zeigten sich in vielen Untersuchungen bei Betroffenen deutliche Unterschiede im Hinblick auf die Symptomatik und den Krankheitsverlauf (Read et al. 2005). Die meisten Studien konzentrierten sich dabei ausschließlich auf die Bedeutung sexueller und physischer Gewalterlebnisse. Zu weiteren Formen kindlicher interpersonaler Traumatisierungen, etwa emotionalem Missbrauch und emotionaler Vernachlässigung, liegen bislang kaum Befunde vor. In der vorliegenden Untersuchung wurden anhand etablierter Instrumente auch diese Formen kindlicher Traumatisierungen und Zusammenhänge mit der klinischen Symptomatik untersucht.

Methodik: Bei 70 stationär behandelten Patientinnen und Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10 F20, F23 und F25) wurden nach deren klinischer Stabilisierung Traumatisierungen anhand des Structured Trauma Interview (STI), des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) und des Parental Bonding Instrument (PBI) erhoben. Zusätzlich wurde die psychotische

Symptomatik anhand der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) und verschiedene weitere psychopathologische- und Verlaufsparemeter erfasst.

Ergebnisse und Diskussion: Die Ergebnisse werden im Hinblick auf Prävalenzraten, unterschiedliche Muster kindlicher Traumatisierungen und deren Zusammenhänge mit der Symptomatik diskutiert, unter besonderer Berücksichtigung von emotionalem Missbrauch und emotionaler Vernachlässigung.

Literatur: Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications (2005) *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112: 330-350.

Zusammenhänge zwischen Traumatisierungen und dissoziativen Symptomen bei schizophrenen Patienten

B. Reitemeier, T. Harfst, L. Langer, V. Aderhold, I. Schäfer; Hamburg

Einleitung: In den vergangenen Jahren wurde durch zahlreiche Studien bestätigt, dass Patienten mit schizophrenen Psychosen hohe Prävalenzraten interpersonaler Traumatisierungen in der Kindheit aufweisen (Read et al. 2005). Bei betroffenen Patienten zeigten sich häufig Zusammenhänge mit der Symptomatik und dem Krankheitsverlauf. Zur Bedeutung dissoziativer Phänomene, die zu den wichtigsten Folgen traumatischer Erfahrungen gezählt werden, liegen dabei bislang kaum Befunde vor. Erste Untersuchungen deuten darauf hin, dass übliche Selbstbeurteilungsinstrumente, etwa die „Dissociative Experiences Scale“ (DES), bei Patienten mit akuten psychotischen Störungen nur begrenzt eingesetzt werden können (Schäfer et al., in Druck). In der vorliegenden Untersuchung wurden deshalb bei einer Stichprobe von Patienten mit Psychosen aus dem schizophrenen Spektrum zusätzlich klinische Interviews durchgeführt und Zusammenhänge zwischen kindlichen Traumatisierungen und dissoziativen Symptomen untersucht.

Methodik: Bei 35 stationär behandelten Patientinnen und Patienten mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10 F20, F23 und F25)

wurden nach deren klinischer Stabilisierung dissoziative Symptome anhand des Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS) und des Strukturier-ten klinischen Interview für DSM-IV Dissoziative Störungen (SCID-D) erhoben. Zusätzlich wurde die psychotische Symptomatik anhand der Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) erhoben und verschiedene weitere psychopathologische- und Verlaufsparemeter erfasst. Traumatisierungen wurden anhand des Structured Trauma Interview (STI) und des Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) erhoben.

Ergebnisse und Diskussion: Die Ergebnisse werden im Hinblick auf Prävalenzraten kindlicher Traumatisierungen, Zusammenhänge mit dissoziativen Symptomen und Überschneidungen mit der psychotischen Symptomatik diskutiert.

Literatur: Read J, van Os J, Morrison AP, Ross CA. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications (2005) *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112: 330-350.

Frühe Traumatisierungen und elterliches Erziehungsverhalten bei Patienten mit Zwangsstörungen

S. Köhler, S. Fricke, I. Wesser, B. Geldschus, I. Schäfer; Hamburg

Einleitung: Bei Patienten mit psychischen Störungen finden sich regelmäßig hohe Raten traumatischer Erlebnisse in der Kindheit, aber auch in späteren Lebensabschnitten. Die Relevanz dieser Erfahrungen für die Entstehung, den Verlauf und die Therapie psychischer Erkrankungen wird dabei zunehmend deutlich (z.B. Kendler et al. 2000, Rosenberg et al. 2001). Zwangserkrankungen zählen zu den psychischen Störungen, für die verglichen mit anderen Diagnosegruppen, etwa affektiven Störungen oder Essstörungen, bislang kaum Befunde zur Häufigkeit und Relevanz früher Traumatisierungen vorliegen. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, die Häufigkeit verschiedener Formen kindlicher interpersonaler Traumatisierungen und etwaige Zusammenhänge mit verschiedenen Symptombereichen bei einer Stichprobe von stationär behandelten Patienten mit

Zwangsstörungen zu untersuchen.

Methodik: Bei 40 stationär behandelten Patientinnen und Patienten mit Zwangsstörungen (nach DSM-IV) wurden innerhalb der ersten Woche nach Aufnahme anhand des *Structured Trauma Interview (STI)*, des *Parental Bonding Instrument (PBI)* sowie des *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)* interpersonale Traumatisierungen in Kindheit und Jugend sowie elterliches Erziehungsverhalten erhoben. Anhand verschiedener Instrumente wurden zum selben Zeitpunkt und erneut eine Woche vor Entlassung Zwangssymptome und weitere Psychopathologie erfasst (u.a. anhand von Y-BOCS, SCL-90-R, HAMD und FDS).

Ergebnisse und Diskussion: Die Ergebnisse weisen auf eine hohe Prävalenz von interpersonalen Traumatisierungen in Kindheit und Jugend bei Zwangspatientinnen und -patienten hin. Zusammenhänge mit verschiedenen Symptombereichen und Verlaufsparemetern werden diskutiert.

Literatur: Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, Prescott CA (2000): Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry* 57, 953-959.

Rosenberg SD, Mueser KT, Friedman MJ, Gorman PG, Drake RE, Vidaver RM, Torrey WC, Jankowski MK (2001): Developing effective treatments for posttraumatic stress disorder among people with severe mental illness. *Psychiatric Services* 52, 1453-1461.

Symposium 6 : Psychotherapie der PTBS

Internetbasierte kognitive Verhaltenstherapie (Interapy) für Patienten mit PTB im arabischen Sprachraum

C. Knaevelsrud, B. Wagner; Berlin

Mitte der 90er Jahre entwickelte Prof. Alfred Lange (Universität Amsterdam) eine internetbasierte, kognitiv-verhaltenstherapeutische Schreibtherapie zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsreaktionen und komplizierter Trauer. Die Wirksamkeit dieser Therapieform wurde sowohl im niederländischen als auch im deutschen Sprachraum nachgewiesen. Das Behandlungszent-

rum für Folteropfer Berlin überprüft die Anwendbarkeit dieser Behandlungsform erstmals im arabischen Sprachraum. Das Behandlungskonzept beinhaltet Psychoedukation, Screening und ein kognitiv-behaviorales Behandlungsprotokoll. Die Behandlung besteht aus zehn klar strukturierten Schreibaufgaben über einen Zeitraum von 5 Wochen und ist in drei Phasen eingeteilt: Selbstkonfrontation, Kognitive Umstrukturierung und Social Sharing. Die Patienten erhalten auf ihre Texte jeweils Rückmeldung von speziell geschulten Therapeuten. Im Rahmen einer Pilotstudie wurden fünf arabisch-sprachige Patienten behandelt.

Wie wirkt sich die Begleitung durch ein eigenes Kind während der stationären Rehabilitation auf die Behandlung aus?

A. Schumacher; Waren/Müritz

Die Fachklinik Waren ist eine Rehabilitationsklinik für Verhaltensmedizin und Psychosomatik mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt. Seit der Aufnahme ihres Betriebs im September 2000 bietet die Klinik Müttern oder Vätern die Möglichkeit, Begleitkinder im Alter zwischen 2 und 12 Jahren zur stationären Behandlung mitzubringen. Die jüngeren Kinder werden tagsüber während der Behandlungszeiten ihres Elternteils (fast immer die Mutter) im klinikeigenen Kindergarten betreut, ältere Kinder besuchen vormittags eine der örtlichen Schulen in Waren. Ein im eigentlichen Sinne therapeutisches Programm wird für die Kinder nicht angeboten, an den Wochenenden ist der Elternteil für die Betreuung des Kindes zuständig.

Seit 2002 haben wir in der Klinik einen Schwerpunktbereich Traumastörungen aufgebaut. Hierbei haben wir zunächst auf klassisch kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze und Konzepte der Dialektisch-Behavioralen Therapie nach Linehan zurückgegriffen, so gehört ein dem Skills-Training verwandtes "Gefühlssteuerungstraining" zum Therapieprogramm. Anschließend haben wir diesen Ansatz mit imaginativen und hypnotherapeutischen Übungen erweitert, wobei wir insbesondere auch die von Reddemann vorgestellten

Stabilisierungsübungen einsetzen. Bei entsprechender Indikation können auch EMDR-Behandlungen durchgeführt werden.

In diesem Beitrag soll für die in den Jahren 2004 und 2005 in unserer Klinik mit Diagnose einer Traumafolgestörung behandelten PatientInnen der Frage nachgegangen werden, ob und wie sich die Tatsache, von einem eigenen Kind begleitet zu werden, auf die Behandlung auswirkt. Insbesondere sollen anhand routinemäßig mit der Basisdokumentation erhobener Daten folgende Fragen untersucht werden:

- Wie häufig liegt bei Eltern mit Begleitkindern eine Traumafolgestörung vor? Gibt es hier Unterschiede in der Häufigkeit der Diagnosen oder der Art der traumatisierenden Vorerfahrungen gegenüber PatientInnen ohne Begleitkinder?
- Wie ist der Behandlungserfolg bei Eltern mit Begleitkindern, die unter Traumafolgestörungen leiden? Gibt es Unterschiede gegenüber PatientInnen mit Traumafolgestörungen, die ihre stationäre Therapie ohne Begleitkinder durchführen?

Anhand der empirischen Befunde wird diskutiert, ob für PatientInnen mit Traumafolgestörungen die Mitnahme eines Begleitkinds eine Beeinträchtigung darstellt, ggf. welche Schlussfolgerungen daraus gezogen werden können.

Geschlechtsspezifische Aspekte bei der psychotherapeutischen Behandlung von Patientinnen mit PTSD

A. Moldzio; Hamburg

In der Gesundheitsforschung ist die geschlechtsdifferenzierte Betrachtung von Lebenszusammenhängen ein zunehmend aktueller werdendes Thema. Zwischen Frauen und Männern mit einer PTSD gibt es deutliche Unterschiede in der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung und den jeweiligen geschlechtsspezifischen Belastungen und Ressourcen. Beispielsweise machen Frauen zwar statistisch gesehen weniger traumatische

Erfahrungen als Männer, entwickeln jedoch bei gleichem Trauma häufiger eine PTSD als diese und haben einen chronischeren Verlauf. Zudem werden Frauen häufiger Opfer von sexualisierter Gewalt und haben damit die höchste Prävalenz nachfolgend eine PTSD zu entwickeln.

Daraus ergeben sich auch vielfältige Implikationen für die Psychotherapie traumatisierter Patientinnen, denen wir im Rahmen unserer Behandlungseinheit für Frauen (BeF) in Hamburg Rechnung tragen.

Wir behandeln in einem ausschließlich weiblichen Therapeutinnenteam insgesamt 33 stationäre, teilstationäre und ambulante traumatisierte Patientinnen nach dem PITT-Konzept von Reddemann. Dabei können unsere Patientinnen ohne Beziehungsabbrüche zum Therapeutinnenteam sowohl stationär als auch teilstationär, sowie im Anschluss ambulant von uns behandelt werden. In unserem Stationskonzept und den Einzel- und Gruppentherapien werden geschlechtsspezifische Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung der traumatischen Erfahrungen miteinbezogen. Unsere Erfahrungen damit und die statistische Auswertung der Zufriedenheit unserer Patientinnen mit unseren Behandlungsangeboten sollen gleichfalls zur Darstellung kommen.

Langzeitverlauf Posttraumatischer Belastungsstörungen bei Bundeswehrsoldaten

K. Barre, P. Zimmermann, K.H. Biesold; Hamburg

Einfluss stationärer EMDR-Therapie und spezifischer Charakteristika des Traumas in einer Armee ohne Kampfeinsätze.

In der vorliegenden Studie wurde ein Patientenkollektiv von 89 Bundeswehrsoldaten, die zwischen 1998 und 2003 wegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) im Bundeswehrkrankenhaus Hamburg stationär aufgenommen wurden, retrospektiv evaluiert und im Mittel 29 Monate nach Therapieabschluss nachbefragt.

Dabei wurde der Einfluss mehrerer prätraumatischer, traumabezogener und posttraumatischer Variablen auf die traumabezogene Symptomatik

(gemessen mit IES und PTSS-10) in der Langzeitkatamnese überprüft.

Die Ergebnisse deuten an, dass durch stationäre Traumatherapie unter Einsatz von EMDR der Störungsverlauf der PTBS-Symptomatik signifikant positiv beeinflusst werden kann.

Ein weitere Differenzierung ergab sich durch ein Charakteristikum des Traumas: wurde der Betroffene Zeuge eines Todesfalls oder verschuldete diesen, war das Langzeitergebnis in der IES signifikant ungünstiger als bei anderweitig Traumatisierten.

Symposium 7:

Trauma durch Folter und Gewalt

Extremtraumatisierung durch Folter

N. Leißner, G. Dötsch, H.C. Traue; Ulm

Gegenstand: Die systematische und beabsichtigte Zufügung von schwerem körperlichen oder seelischen Leid oder Schmerz, ausgeführt von einem oder mehreren Vertretern der Regierung eines Landes, eines politischen Regimes oder einer organisierten Gruppe wird als Folter bezeichnet. Das Thema Folter ist erschreckend aktuell. Nach Angaben von Amnesty International wird in über 130 Ländern der Erde nach wie vor gefoltert. Zwischen 10 bis 35% aller in den westlichen Ländern Asyl suchenden Menschen leiden entsprechend den Schätzungen des Internationalen Rehabilitationszentrums für Folteropfer in Dänemark unter den Folgen erfahrener Folter. In der vorliegenden Studie werden Zusammenhänge zwischen kultureller Herkunft, Foltermethode sowie psychischen Beschwerden bei Folterüberlebenden untersucht.

Methoden: Die Analysen basieren auf Daten des Behandlungszentrums für Folteropfer Ulm. Die Datenbasis stellt eine Totalerhebung der Zeiträume 1999 bis 2004 dar und umfasst 1505 Klienten. Neben demographischen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Herkunftsland) sind krankheitsbezogene Informationen (klinische Diagnosen, somatische und psychische Beschwerden), behandlungsspezifische Informationen (Art der Therapie) sowie

Informationen über erlittene Foltermethoden erhalten. Die Analysetichprobe umfasst alle im Jahr 2004 untersuchten Klienten.

Ergebnisse: Erste vorläufige Ergebnisse zeigen einen kultur- bzw. länderspezifischen Einfluss auf die eingesetzten Foltermethoden, sowie die berichtete Symptomatik. Darüber hinaus wurden Zusammenhänge zwischen erfahrenen Foltertechniken und spezifischen psychischen Beschwerden gefunden.

Diskussion: Folterüberlebende weisen über die posttraumatischen Symptome hinaus eine Reihe psychischer Beschwerden auf, die teilweise kulturspezifisch geprägt sind. Die psychotherapeutische Behandlung Folterüberlebender ist vielschichtig und kann ohne die Berücksichtigung des kulturellen Hintergrundes kaum gelingen.

Folter und Trauma: Welche Rolle spielt Vergebung bei der psychischen Genesung?

N. Stammel, C. Knaevelsrud; Berlin

Vergebung wird gemeinhin als ein Prozess definiert, in dem eine ungerechterweise verletzte Person bewusst ihren Ärger, den sie gegenüber dem Täter verspürt, aufgibt (vgl. Enright, 1998; McCullough, 1997). Studien zu Vergebung belegen bei eher alltäglichen Konflikten einen positiven Zusammenhang zwischen Vergebung und psychischer Gesundheit, u.a. bei Personen mit Depressionen und Angst.

Die Rolle von Vergebung bei Opfern von Menschenrechtsverletzungen, wie z.B. Folter und kriegerischen Auseinandersetzungen, ist jedoch umstritten. Auf gesellschaftlicher Ebene wird die Aussöhnung zwischen Opfern und Tätern in einigen Ländern, wie in Südafrika oder auf dem Balkan, im Rahmen von Wahrheits- und Versöhnungskommissionen gefördert. Die Effekte von Vergebung und Versöhnung für das Individuum werden in der Literatur allerdings kontrovers diskutiert, da es sich in diesem Fall um besonders tiefe und existentielle Verletzungen der menschlichen Würde handelt.

Es wird ein Überblick über gängige Vergebungsmodelle gegeben, Zusammenhänge zwischen Vergebung und anderen psychologischen Variablen werden erläutert. Vor diesem Hintergrund werden erste Daten einer derzeit laufenden Studie zum Zusammenhang zwischen Vergebung und psychischer Gesundheit bei Folterüberlebenden mit posttraumatischem Stress vorgestellt. Die Datenerhebung findet parallel in den Behandlungszentren für Folteropfer in Berlin und Kirkuk (Irak) statt.

Evaluation der psychotherapeutischen Praxis zur Behandlung von PTBS bei Opfern organisierter Gewalt

S. Gotthardt, P. Rössig, F. Neuner, T. Elbert; Konstanz

In der vorliegenden Studie wurde das psychotherapeutische Vorgehen bei traumatisierten Flüchtlingen in Behandlungszentren für Flüchtlinge sowie bei niedergelassenen Psychotherapeuten dokumentiert. Die Therapeuten notierten u.a. Datum, Dauer, inhaltlichen Schwerpunkt und angewendete therapeutische Technik jeder Sitzung in einer Psychotherapie. Parallel wurde das Ausmaß psychiatrischer Symptomatik bei den Patienten (n=12) mit Hilfe der CAPS, der M.I.N.I. sowie des HAMD zu Beginn der Therapie, nach 6 und 12 Monaten erhoben. Die diagnostischen Interviews wurden von Mitarbeitern der Psychologischen Forschungs- und Modellambulanz für Flüchtlinge der Universität Konstanz durchgeführt.

In Bezug auf die PTB-Symptomatik (CAPS) ergibt sich eine signifikante Symptomreduktion innerhalb der ersten 6 Monate, danach nimmt die Symptomatik bei den Patienten wieder zu. Die depressive Symptomatik verändert sich nicht signifikant über den 1-Jahreszeitraum hinweg. Die Entwicklung der Symptomatik wird in Zusammenhang mit den erhobenen Therapievariablen diskutiert.

Psychoedukative Gruppe für traumatisierte Flüchtlinge

A. Liedl; Berlin

Psychoedukation, auch Patientenschulung genannt, klärt Betroffene über ihre Erkrankung, die damit verbundenen Beschwerden sowie mögliche Behandlungsverfahren auf.

Die gruppentherapeutische Arbeit mit Kriegs- und Folteropfern unterscheidet sich allerdings deutlich von schon bestehenden Gruppeninterventionen im Traumabereich. Besondere Anforderungen stellen die interkulturelle und multilinguale Gruppenzusammensetzung, sowie das zum Teil sehr niedrige Bildungsniveau (Analphabeten) der Teilnehmer dar. Um diesen besonderen Anforderungen gerecht zu werden, wurde im Behandlungszentrum für Folteropfer (bzfo) ein Manual *Psychoedukation für traumatisierte Flüchtlinge* entwickelt. In vierzehn wöchentlich stattfindenden Sitzungen werden gemeinsam mit den Patienten traumabezogene und interkulturelle Themen bearbeitet (u.a. Interkulturalität - Leben in Deutschland, Trauma, PTSD, Schmerzen, Übernahme von Verantwortung, Ressourcenarbeit, Wertschätzung). Die Wirksamkeit dieser Intervention wurde im Rahmen einer Kontrollstudie überprüft.

Symposium 8:

Komplexe Traumatisierung bei psychischen Störungen: Neuroendokrinologische und neurophysiologische Charakteristika

Veränderungen der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden Achse bei der Borderline Persönlichkeitsstörung: die Relevanz komorbider PTSD-Symptomatik

K. Wingefeld, A. Hill, W. Lange, M. Driessen;
Bielefeld/Lübeck

Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) weisen eine hohe Prävalenz von frühen traumatisierenden Erfahrungen auf, wie sexuelle und/oder physische Misshandlungen oder emotionale Vernachlässigung. Es besteht zudem eine hohe Komorbidität mit der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und depressiven Erkrankun-

gen. Verschiedene klinische Studien konnten zeigen, dass traumatische Erfahrungen mit Veränderungen der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHNA) einhergehen. Während die PTSD durch eine verringerte Ausschüttung von Cortisol und eine gesteigerte Feedbacksensitivität der HHNA gekennzeichnet ist, werden für die Depression eher gegenläufige Befunde berichtet.

Für die Borderline Persönlichkeitsstörungen liegen teilweise recht widersprüchliche Befunde vor: So wurde im Dexamethason Hemmtest (DHT) sowohl eine gesteigerte als auch eine verringerte Feedbacksensitivität beschrieben. In zwei eigenen Studien, in denen der DHT verwendet wurde, konnten wir zeigen, dass die Regulation der HHNA in Abhängigkeit komorbider Störungen, wie der PTSD, variiert. Weiterhin fanden wir auch in der basalen Cortisolausschüttung Unterschiede zwischen Borderline-Patienten mit einer hohen Anzahl an PTSD Symptomen im Vergleich zu Patienten mit einer geringen Symptombelastung. Interessanterweise wies die Gruppe mit geringer PTSD Symptomatik eine gesteigerte Cortisolausschüttung auf, während die Patientin mit einer hohen Anzahl an PTSD Symptomen mit der Kontrollgruppe vergleichbar war.

Diese Ergebnisse unterstreichen die Relevanz komorbider psychischer Erkrankungen bezüglich neuroendokriner Veränderungen bei der Borderline Persönlichkeitsstörung. In weiteren Studien sollten entsprechende Subgruppen der BPS genauer untersucht und beschrieben werden, mit dem Ziel die psychobiologischen Mechanismen dieser Erkrankung besser zu verstehen und Therapieangebote zu optimieren.

Neuronale Korrelate episodischer und semantischer Gedächtnisleistungen bei Patientinnen mit einer Borderline Persönlichkeitsstörung

C. Mensebach, T. Beblo, K. Wingefeld, F. G. Woermann; Bielefeld

In vielen Studien wurden bei Patientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS) Beein-

trächtigungen des Gedächtnisses berichtet, wobei auch gegenläufige Befunde vorliegen. Ebenso weisen einige funktionelle Bildgebungsstudien auf Dysfunktionen von Gehirnarealen hin, die mit Gedächtnisprozessen wie Enkodierung, Konsolidierung und Abruf in Verbindung stehen. Eine direkte Untersuchung der neuronalen Korrelate von Gedächtnisleistungen bei BPS erfolgte bisher jedoch nicht.

Wir untersuchten 18 rechtshändige Frauen mit BPS und 18 Kontrollfrauen mittels funktioneller Kernspintomographie während einer episodischen (Wiedergabe einer Wortliste) und einer semantischen (Wortflüssigkeit) Gedächtnisaufgabe. Während die Patientinnen sich hinsichtlich ihrer Gedächtnisleistung nicht von den Kontrollpersonen unterschieden, zeigten sie aufgabenspezifische neuronale Überaktivierungen im fMRI. Während des Abrufs der Wortliste fanden wir eine erhöhte bilaterale Aktivierung des posterioren cingulären Kortex, des linken mittleren und superioren Temporallappens sowie des rechten inferioren Frontallappens. In der Wortflüssigkeitsaufgabe zeigten die Patientinnen eine verstärkte Aktivierung des posterioren cingulären Kortex, des rechten temporalen Kortex, des linken anterioren cingulären Kortex und des Gyrus postcentralis.

Die Nutzung zusätzlicher neuronaler Netzwerke könnte eine erhöhte Anstrengung im Sinne der Aktivierung zusätzlicher Aufmerksamkeitsressourcen während der Gedächtnisaufgaben widerspiegeln.

Elektrophysiologische Korrelate der Traumaschädigung bei PTB

H. Menning, A. Maercker; Zürich

In einem optimierten Mismatch-Negativity (MMN) Design (Näätänen, 2004) wurde eine EEG Untersuchung an Opfern eines Traumas mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTB) und an einer Gruppe ohne PTB durchgeführt. Die MMN ist ein objektives Maß der automatischen, vorbewussten Verarbeitung von devianten Reizen, die besonders deutlich im auditorischen System ausgeprägt ist. Dabei werden in einer Reihe von häufigen Standardstimuli (50%) 8 unterschiedliche,

seltene, davon abweichende Stimuli (Devianten) dargeboten, die sich in Frequenz (höher/tiefer), Intensität (lauter/leiser), Dauer (kürzer), Richtung (von links/von rechts) der Stimulation und durch das Vorhandensein einer Lücke unterschieden. Während der Präsentation der Töne sahen die Probanden einen stummen Film mit einer Bahnfahrt durch die Schweiz als Distraktorbedingung. Psychometrische Daten wurden anhand des SKID, des BSI, einem Aufmerksamkeitsfragebogen, eines Händigkeitsfragebogen und eines PTB-Screenings nach Breslau/Maercker erhoben. Vorläufige Ergebnisse zeigen eine gute Ausdifferenzierung der beiden Gruppen in den psychometrischen und elektrophysiologischen Daten. Die PTB-Gruppe wies in fast allen BSI-Skalen erhöhte Krankheitswerte auf. Die MMN war bei der PTB-Gruppe in 6 von 8 Bedingungen schwächer ausgeprägt als in der Kontrollgruppe, was auf eine gestörte Detektion und Diskrimination von neuen Reizen hindeutet.

In einem zweiten Experiment wurde eine komplexere, realitätsnähere Stimulation mit emotional getönten (traumarelevanten) auditorischen Reizen vorgenommen. Die Probanden sahen ebenfalls einen stummen Film, während sie in 8 unterschiedlichen Blöcken 4 negative (Kratzen, Schuss, Schlag, Waffenladen) und 4 neutrale (Klopfen, Zugpfeife, Akkord, Vogelzwitschern) Töne von je 100 ms Länge hörten. Die Standardreize waren immer jeweils ein Deviant aus einem anderen Block. Damit wurde gewährleistet, dass jeder Ton einmal als Standard von sich selbst als Deviant subtrahiert werden konnte. Diese Differenz ergibt die reine MMN. Die Differenz zum Standard im selben Block ergibt die emotional (neutral oder negativ) getönte MMN. Die Differenz zwischen der MMN auf negative und MMN auf neutrale Töne hingegen ergibt den spezifischen Effekt negativer Töne. Erste Ergebnisse bestätigen eine abgeschwächte MMN in der PTB-Gruppe im Vergleich zur Non-PTB Gruppe. Es werden mögliche Auswirkungen bestimmter Symptomvariablen der Störung wie Anspannung, Hyperarousal, Schlaflosigkeit, erhöhte Vigilanz auf die auditorische Detektions- und Diskriminationsfähigkeit, wie sie die MMN repräsentiert, diskutiert.

Postervorträge:

Olfaktorische Wahrnehmung bei traumatisierten Patienten

I. Müller, J. Schellong, K. Petrowski, P. Joraschky, T. Hummel; Dresden

Es ist seit längerem bekannt, dass chronischer Stress, wie er bei früh traumatisierten Menschen aufgetreten ist, zu physiologischen und schließlich auch zu hirnstrukturellen Veränderungen führt. Diese finden sich vor allem im limbischen System. In mehreren Studien mit traumatisierten Patienten zeigten sich Auffälligkeiten in den Kernen der Amygdala und im Hippocampus, aber auch im insulären, orbitofrontalen, cingulären und im visuellen Kortex. Teile des limbischen Systems - nämlich Amygdala und piriformer Kortex - sind nicht nur für die Emotionsregulation zuständig, sondern gleichzeitig Projektionsareale des olfaktorischen Systems. Dies legt die Vermutung einer veränderten olfaktorischen Wahrnehmung bei traumatisierten Patienten nahe.

Zur Überprüfung dieser Hypothese vergleichen wir in einer dreiarmligen Studie eine Gruppe psychosomatischer Patienten mit traumatischen Kindheitserfahrungen mit einer Gruppe von Patienten ohne Traumatisierung und einer Gruppe gesunder Erwachsener hinsichtlich ihrer olfaktorischen Wahrnehmung. Dazu untersuchen wir die Geruchsschwelle, -diskrimination und -identifikation mittels „Sniffin`Sticks“ und leiten olfaktorisch evozierte Potentiale ab. Erste Ergebnisse werden vorgestellt.

Effekte von Cortison auf das Angsterleben bei Sozialer Phobie

L.M. Soravia, D.J.-F. de Quervain, G. Nietlisbach, U. Ehlert, M. Heinrichs; Zürich

Im Rahmen dieser umfassenden neurobiologischen Studie wurde untersucht, inwieweit ein erhöhter Glucocorticoidspiegel den Abruf von stimulus-assoziierten Angsterinnerungen bei Patienten mit Sozialer Phobie vermindert. Wie in einer Studie an Patienten mit PTSD festgestellt werden konnte, zeigen sich unter Gabe einer geringen Cortison-Dosis (10mg) Symptomreduktionen,

insbesondere im Wiedererleben des Traumas und in der Vermeidung (Aerni et al., 2004). Bei Personen mit Sozialer Phobie wurde dies bisher nicht untersucht.

In einem placebokontrollierten Doppelblinddesign wurden 21 Personen mit einer Sozialen Phobie und 22 Kontrollprobanden untersucht. Eine Stunde vor einem standardisierten psychosozialen Stresstest (Trier Social Stress Test) wurde den Probanden 25 mg Cortison oder Placebo oral verabreicht. Neben psychologischen Parametern (Stimmung, Ängstlichkeit, Depressivität, Aufmerksamkeitslenkung, sozialphobisches Verhalten) wurde auch Cortisol im Speichel als biologischen Parameter gemessen.

Die Ergebnisse der Visual Analog Scale (VAS) zeigen, dass Cortison einen spezifisch anxiolytischen Effekt hat, welcher sich in einem reduzierten Angsterleben ($F_{1,38} = 5,56$, $p < 0.05$), geringeren körperlichen Reaktionen ($F_{1,38} = 5,28$, $p < 0.05$) und vermindertem Vermeidungsbedürfnis ($F_{1,38} = 5,79$, $p < 0.05$) bei Patienten mit Sozialer Phobie zeigt. Da der Stresstest für die Kontrollprobanden keine angstausslösende Situation darstellt, zeigt sich die Angstreduktion durch Cortisongabe bei den Kontrollprobanden nicht.

Die parallelen Ergebnisse mit PTSD-Patienten legen nahe (Aerni et al., 2004), dass die Gabe von Cortison das aversive Traumagedächtnis hemmt. Es besteht die Erwartung, dass PTSD-Patienten wie die Sozialphobiker in der vorliegenden Studie nach Cortisongabe bezüglich sozialem Stress ebenfalls weniger Angstempfinden zeigen.

Literatur: Aerni A, Traber R, Hock C, Roozendaal B, Schelling G, Papassotiropoulos A, Nitsch R, Schnyder U, De Quervain D (2004): Low-Dose Cortisol for Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 1488-1490.

Arbeitsgedächtnis vor und nach Konfrontation mit traumatischen Erinnerungen

L. Jelinek, D. Seifert, S. Randjbar, S. Moritz; Hamburg

Eine Vielzahl von Studien konnte neurokognitive Defizite bei Posttraumatischer Belastungsstörung

(PTBS) aufzeigen. Neben Auffälligkeiten im medial temporalen sowie präfrontalen Kortex wird ein erhöhtes Erregungsniveau bei PTBS zunehmend mit neuropsychologischen Dysfunktionen in Verbindung gebracht. Die klinische Beobachtung lehrt, dass Erregungszustände innerhalb einer Testsitzung stark variieren (z.B. nach traumabezogenen Interviews). Auswirkungen auf anschließende kognitive Parameter sind dabei schwer vorherzusagen. Ziel der Studie war es zu untersuchen, wie sich die Konfrontation mit traumatischen Erinnerungen auf die nachfolgende kognitive Leistung bei PTBS Patienten auswirkt. Zu diesem Zweck wurden zwei Parallelversionen des Adaptive Digital Ordering Test (DOT, Werheid et al., 2002) 33 traumatisierten Personen (15 mit und 18 ohne PTBS) vor und nach einer Traumabefragung vorgelegt, welche eine detaillierte Schilderung des belastenden Erlebnisses von Seiten des Probanden beinhaltete. Im Einklang mit früheren Studien wiesen Personen mit PTBS Beeinträchtigungen im Arbeitsgedächtnis auf, welche sich jedoch nicht in Abhängigkeit vom Vorgabezeitpunkt veränderten. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen darauf hin, dass kognitive Beeinträchtigungen bei PTBS kein Artefakt erhöhter Erregung in Folge der Traumakonfrontation darstellen. In zukünftigen Untersuchungen sollte dennoch verstärkt auf mögliche Reihenfolgeeffekte zwischen traumabezogenen und experimentellen Verfahren im Versuchsaufbau geachtet werden.

Haben psychische Traumata Einfluss auf die Stressanalgesie? Eine fMRT-Studie

S. Lang, S. Lipinski, S. Ridder, H. Flor; Heidelberg

Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung (PBS) ist bekannt, dass das endogene opioide System, das bei der stressinduzierten Analgesie eine wichtige Rolle spielt, dysfunktional ist. Z.B. zeigen diese Menschen nach traumarelevanten Reizen einen verstärkten analgetischen Effekt im Vergleich zu gesunden Kontrollen. Unbekannt jedoch ist, ob das System durch das Trauma selbst oder durch andere prädisponierende Faktoren verändert ist. Zudem ist unbekannt, ob die Schmerzverarbeitung generell verändert ist oder nur bei

traumaspezifischen Reizen. In der vorliegenden Studie wurden Pbn mit einem psychischen Trauma, jedoch ohne eine PBS und Pbn ohne psychisches Trauma hinsichtlich des stressinduzierten analgetischen Effekts untersucht, da möglicherweise schon ein psychisches Trauma zu veränderten Schmerzverarbeitungsprozessen und subjektiven Erleben des Schmerzes führt. Die Schmerzverarbeitung vor und nach dem Stressor wurde mittels fMRT erfasst. Als Maß für den Stress wurden Blutdruck und Herzrate abgeleitet, die sich während des Stressors bei beiden Gruppen signifikant erhöhten. Pbn mit einem Trauma schätzten den Schmerzreiz nach dem Stress genauso hoch ein wie vor dem Stress, während Pbn ohne Trauma den Schmerz nach dem Stress als weniger schmerzhaft angaben. Die funktionellen Daten zeigten in beiden Gruppen Aktivierungen in den typischen Schmerzverarbeitungsarealen, wie Insel, periaquäduktalem Grau (PAG), Thalamus, primärem und sekundärem somatosensorischen Kortex (SI, SII). Jedoch hatten Pbn ohne Trauma nach dem Stressor eine signifikant höhere Aktivierung im anterioren Cingulum (ACC), während Pbn mit Trauma diesen Unterschied nicht zeigten. Dagegen wiesen Pbn mit Trauma eine verstärkte Aktivierung in der Insel und in präfrontalen Arealen auf, was möglicherweise auf ein erhöhtes Schmerzempfinden zurückzuführen ist und der damit einhergehenden stärkeren kognitiven Verarbeitung, was im Einklang mit der fehlenden subjektiven Schmerzreduktion steht. Das ACC spielt dagegen eine wichtige Rolle bei der emotionalen Schmerzverarbeitung. Die Ergebnisse zeigen, dass sich Pbn mit und ohne Trauma hinsichtlich der stressinduzierten Analgesie unterscheiden, obgleich bei Pbn mit Trauma keine PBS vorliegt. Somit scheint schon ein einzelnes traumatisches Erlebnis zu Veränderungen im endogenen opioiden System zu führen.

Symposium 9 : Begutachtung traumatisierter Patienten

Standards der Diagnostik und Begutachtung Posttraumatischer Belastungsstörungen

W. Schneider, H. J. Freyberger; Rostock/Greifswald

Im Vortrag werden zunächst Grundlagen der Beurteilung und Gutachtertätigkeit sowie der Mindestanforderungen an die Gutachten dargestellt. Es wird dann der gegenwärtige Stand zur Erforschung, zur klinischen Behandlung und zur Begutachtung von Störungen vorgestellt, die als primäre oder sekundäre Folgen von Realtraumatisierungen auftreten. Dabei wird ein Fokus die klinische und testpsychologische Diagnostik der posttraumatischen Belastungsstörung und der anhaltenden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung darstellen. Ein weiterer Fokus liegt auf der klinischen und testpsychologischen Diagnostik weiterer psychischer Störungen, die ebenfalls überzufällig gehäuft nach Traumatisierung auftreten. Hierbei stellen Festlegungen zum Schweregrad einer Persönlichkeitsveränderung einen besonders diffizilen Bereich dar, auf den gesondert eingegangen wird.

Für die klinische und gutachterliche Beurteilung im Einzelfall ist es notwendig, die soziodemographischen, vorerkrankungsbezogenen und weiteren Risikofaktoren herauszuarbeiten, die bei Exposition mit einem traumatischem Ereignis die Wahrscheinlichkeit einer späteren Störungsbildung erhöhen. Insbesondere ist hier auf die sogenannten konkurrierenden Ereignisse sowie Traumata in der Biographie Bezug zu nehmen. Darüber hinaus sollen sogenannte Ereignisfaktoren ätiologisch und pathogenetisch betrachtet werden, da sich in der Literatur ebenfalls deren prädiktive Bedeutung zur Auslösung auf Aufrechterhaltung von Störungen gezeigt hat. Hierzu gehören unter anderem die Schweregradbeurteilung des Traumas, die Täter-Opfer-Beziehung und der Perversionsgrad der erfolgten traumarelevanten interpersonellen Handlungen. Schließlich sind bei der gutachterlichen Beurteilung auch sogenannte salutogene Faktoren zu berücksichtigen, die die Remissionswahrscheinlichkeit betroffener Menschen erhöhen und aus denen sich unmittelbare

Therapieimplikationen ergeben. Auch diese (Bewältigungs-) Ressourcen werden im Vortrag vorgestellt und diskutiert.

Zusammenhang zwischen sozialmedizinischer Begutachtung und Therapieerfolg bei stationärer verhaltensmedizinischer Traumatherapie

R. Keller, M. Lappas, W. Senft; Überherrn-Berus

Bei Klinikentlassung und 1-Jahres-Katamnese von 50 Traumagruppenteilnehmern zeigte sich, dass zwar ca. 80% der Patienten durch eine stationäre verhaltensmedizinische Traumabehandlung bei Klinikentlassung (T2) und zur 1-Jahres-Katamnese (T3) profitiert hatten, jedoch unterschieden sich Profitierer und Nicht-Profitierer deutlich. Es sollte nun untersucht werden, ob Patienten, die in erster Linie sozialmedizinisch begutachtet werden, wie angenommen weniger profitieren als Patienten ohne expliziten Begutachtungsauftrag. PDS, BDI, SCL-90-R wurden bei 75 stationär behandelten Traumatisierten zu allen 3 Messzeitpunkten, zusätzlich IES-R bei T1, T2, ein Patientenfragebogen zur Traumagruppenteilnahme zu T2 sowie ein Katamnesefragebogen zu T3 eingesetzt. Therapeutenurteile lagen durch Basisdokumentation sowie Therapeutenfragebogen zur Traumagruppenteilnahme für T2 vor. Bei einer einfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung war die abhängige Variable der Schweregrad der PTSD auf der von Foa et al. entwickelten PDS, die Gutachtenbedingung wurde durch die Basisdokumentation mit Leistungsbeurteilung in Arbeitstherapie oder Projektgruppe erfasst. Sowohl zu T2 als auch zu T3 ergaben sich schlechtere Ergebnisse für Patienten mit vorrangigem Begutachtungsauftrag als für Patienten ohne explizite Begutachtung der Leistungsfähigkeit. Dabei spielte es keine Rolle, ob ausschließlich stabilisierend oder mit einer Kombination aus stabilisierenden und konfrontativen Methoden vorgegangen wurde. Mit Variablen wie Geschlecht, Partnersituation etc. ergaben sich keine Zusammenhänge. Patienten, die bei Entlassung die Therapie als erfolgreich bewerteten, wiesen einen signifikant stärkeren Rückgang des Schweregrades der PDS auf. Dage-

gen differenzierte korrelierte der subjektive Therapieerfolg signifikant zwischen dem gemessenen Therapieerfolg nach Entlassung (PDS-Schweregrad-Differenz Aufnahme-Entlassung) hoch mit dem Schweregrad der PDS. Mittlere keine nennenswerten Korrelationen ergaben sich zwischen Schweregrad (Differenz T1-T2) und Wartezeit, Lebensalter, Erkrankungsdauer sowie Häufigkeit von Einzeltherapie. Nach diesen Ergebnissen sollte der Auftrag zur sozialmedizinischen Begutachtung der Leistungsfähigkeit von dem Auftrag zur stationären Behandlung bzw. Rehabilitation traumatisierter Patienten getrennt werden. Andernfalls könnten sich z.B. nicht nur Aspekte eines Rentenbegehrens, sondern auch die psychische Belastung im Zusammenhang mit der Begutachtungssituation (Verunsicherung, Machtgefälle usw.) negativ auswirken. Eine stationäre Traumatherapie erscheint erst zu einem späteren Zeitpunkt nach der Begutachtung sinnvoll. Dies widerspricht dem Grundsatz der DRV, der lautet: „Reha vor Rente“.

Begutachtung Überlebender organisierter Gewalt

M. Schauer, M. Ruf, M. Odenwald, F. Neuner, T. Elbert ; Konstanz/Reichenau

Es besteht ein problemfördernder Mangel an wissenschaftlich gesicherten, evidenz-basierten Methoden zur psychiatrisch-psychologischen Untersuchung und Diagnostik von Flüchtlingen, vertriebenen Personen und auch anerkannten Asylbewerbern. Umgekehrt wirken sich der psychische Zustand der Flüchtlinge, ihre traumatischen Erfahrungen und deren pathologische Folgen sowohl auf den Asylprozess, als auch auf die Integration im Exilland und vor allem auf die Fähigkeit zur Entscheidung über eine evt. Rückkehr ins Heimatland maladaptiv aus. Unsere Forschungen an der *Psychologischen Forschungs- und Modellambulanz für Flüchtlinge* und, in Zusammenarbeit mit vivo international, in den Krisenländern selbst (Herkunftsländer der Flüchtlinge), haben zum Ziel, etwaige psychische Leiden und Störungen von Opfern organisierter Gewalt nach multiplen und komplexen Traumata wie Krieg, Folter, kör-

perlicher und sexueller Gewalt zu untersuchen und angemessen zu diagnostizieren. Aufbauend auf die erfolgten, ersten diagnostischen Studien, die dazu dienten das Spektrum psychiatrischer Symptome bei Überlebenden von Genozid und Verbrechen gegen die Menschlichkeit, sowie die Nützlichkeit vorhandener psychometrischer Instrumente (Fragebögen, strukturierte Interviews) durch Studien zur Reliabilität und Validität zu erkennen, werden geeignete Instrumente getestet und weiterentwickelt, die sich gezielt an der gefundenen Prävalenz von Hauptstörungen der Flüchtlinge orientieren. Elemente der Begutachtung an der Modell-Ambulanz in Konstanz sind typischerweise: medizinische und lebensgeschichtliche Anamnese, Konstanzer Checkliste zu organisierten Gewalterfahrungen, CAPS, M.I.N.I., HAMD sowie neurophysiologische Funktionsableitung zur Untersuchung abnormaler Hirnwellen.

Die Begutachtung traumatisierter Menschen nach organisierter Gewalt muss aber nicht nur klinisch und ethisch einen hohen Standard erzielen, sondern auch das Asylverfahren berücksichtigen und den Menschenrechtsbereich. Es zeigt sich eine sehr gute Durchführbarkeit, welche direkt abhängig von den zuletzt genannten Faktoren ist. Umgekehrt steigt auch die Anerkennung vor Gerichten und Behörden mit dem Einsatz standardisierter Verfahren.

Die Neurophysiologie validiert das psychodiagnostische Verfahren, kann es aber nicht ersetzen. Es werden Prozedere und Ergebnisse der diagnostischen Untersuchungen dargestellt.

Gefördert durch den Europäischen Flüchtlingsfonds (EFF)

Symposium 10: Akuttraumatisierungen und Akutintervention

Akutinterventionen nach Bombenattentat in Afghanistan

K.H. Biesold; Hamburg

Am 7. Juni 2003 wurde in Kabul/ Afghanistan der bisher schwerste Anschlag auf deutsche Soldaten in einem Auslandseinsatz verübt. Ein Selbstmordattentäter zündete neben einem Bus, der mit 32

Soldaten besetzt war, eine Bombe. 4 Soldaten kamen ums Leben, 6 wurden schwer, die übrigen mittel und leicht verletzt.

Im Rahmen eines Erlebnis- und Erfahrungsberichtes wird aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht über die Einsatzbedingungen der Soldaten im Auslandseinsatz berichtet. Es werden das Konzept der psychosozialen Betreuung in den ersten Tagen und Wochen nach dem traumatisierenden Ereignis sowie die speziellen Gegebenheiten bei Durchführung der Kriseninterventionsmaßnahmen nach dem Bombenattentat und die Auswirkungen des Anschlags auf das gesamte ISAF-Einsatzkontingent vorgestellt und erläutert.

Dabei soll gezeigt werden, dass Individualbehandlungskonzepte wegen mangelnder personeller Ressourcen und struktureller Gegebenheiten unter Umständen nicht durchführbar sind. Erforschte „optimale“ Interventionsmethoden sind nicht immer anwendbar und müssen dann flexibel modifiziert werden.

Psychologische Reaktionen professioneller Helfer auf die Terroranschläge in London am 7.7.2005

H. Berth, W. Meyer, A. Dinkel, F. Balck; Dresden

Am 7.7. 2005 fanden in der Innenstadt von London zeitgleich vier terroristische, der Al-Qaida zugeschriebene, Bombenattentate auf U-Bahnen/ Busse statt. 56 Menschen starben, mehr als 700 wurden zum Teil schwer verletzt. Die Studie verfolgt das Ziel, die psychologischen Konsequenzen dieser Attentate bei den in London zur Rettung von Verletzten eingesetzten Notärzten und Rettungsassistenten zu untersuchen.

N = 15 Ärzte und N = 5 Rettungsassistenten (MW Alter 38.1 Jahre, N = 5 weiblich) des London Helicopter Emergency Medical Services (HEMS) wurden acht bis 25 Tage nach den Anschlügen (MW 14.7 Tage) telefonisch mittels eines modifizierten Gottschalk-Gleser-Interviews befragt. Die Texte wurden aufgezeichnet, transkribiert und computergestützt unter Verwendung der Software PCAD 2000 nach der Gottschalk-Gleser-

Methode ausgewertet. Die Gottschalk-Gleser-Inhaltsanalyse erlaubt anhand des Sprachverhaltens die valide und reliable Erfassung von zahlreichen Affekten, u. a. von Angst, Aggressivität und Depression.

Die Scores in den verschiedenen Skalen wurden mit Normwerten der Normalbevölkerung und den Daten einer früheren Studie, die Notärzte nach präklinischen Reanimationen untersuchte, verglichen. Es zeigten sich im Vergleich zu Normwerten bei je über 50 % der Notärzte deutlich erhöhte Werte in den Angstskalen, den Aggressivitätsskalen, der Skala Somatische Beschwerden und der Gesundheits-Krankheitsskala. Die Lebensqualität war bei 45 % der Befragten eingeschränkt. Eine multiple Regression erbrachte keine signifikanten Prädiktoren (soziodemographische Merkmale) für das erhöhte Beschwerdenniveau. Im Vergleich zu einer Stichprobe von Notärzten nach präklinischen Reanimationen waren die Werte der Londoner Notärzte in den Skalen Verletzungsangst und nach außen gerichtete Aggressivität höher, während die Ärzte nach Reanimationen höhere Scores in den Skalen Todesangst, Schamangst und Gesamte Angst aufwiesen.

Die Studie zeigt zusammenfassend eine hohe Belastung bei den professionellen Helfern, die unabhängig ist von Merkmalen wie Alter, Geschlecht, Religion, Partnerschaft oder Berufserfahrung. Die psychischen Folgen von Terrorattacken sind auch bei Notärzten und Rettungsassistenten, die tagtäglich mit Toten und Schwerstverletzten Umgang haben, deutlich ausgeprägt und unterstreichen die Notwendigkeit spezieller Unterstützungsangebote für diese Berufsgruppe.

Evaluation eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenbehandlungsprogrammes für traumatisierte Patienten nach schweren Bahnunfällen und Suiziden

M. Fauth, A. Mehnert, L. Schirmer, B. Werner; Hamburg

Hintergrund und Zielsetzung: Eine Risikogruppe für traumatische Erfahrungen und die Entwicklung einer PTSD stellen Berufsgruppen im Verkehrs-

wesen und hier insbesondere Lokführer dar. Die Vital-Kliniken GmbH Klinik Buchenholm führen speziell für diese Berufsgruppe ein kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientiertes Gruppenbehandlungsprogramm durch.

Zielsetzungen des Programms sind u.a. Psychoedukation, Reduktion von Schuld- und Schamgefühlen, Veränderung dysfunktionaler Kognitionen, Reduktion der PTSD-Symptomatik, Erhöhung der Bewältigungskompetenzen (Tertiärprävention) sowie die Wiedereingliederung in den Alltag. Die Behandlung erfolgt in Gruppen mit maximal 8 Patienten. Geschlecht und Störungsbild sind homogen.

Zielsetzung dieser empirischen Studie ist die Evaluation dieses kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenbehandlungsprogramms, die Erfassung der psychischen Komorbidität und deren Verlauf, der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sowie die Untersuchung der Auswirkungen auf das Erwerbsleben und die berufliche Wiedereingliederung der Patienten.

Es wird untersucht, inwieweit Symptomreduktion und subjektive Beurteilung der Behandlung korrelieren, und ob sich Patientengruppen unterteilt nach Merkmalen wie Schwere der Symptomatik zu Therapiebeginn, Wunsch nach Rückkehr ins Erwerbsleben versus Rentenbegehren, Dauer der Arbeitsunfähigkeit, sowie der subjektiven Einschätzung der Gruppentherapie anhand von möglichen Wirkfaktoren, hinsichtlich des Therapieerfolges unterscheiden lassen.

Methodik: Die Studie basiert auf einem prospektiven Untersuchungsdesign mit drei Messzeitpunkten. Eingesetzt wird ein umfangreiches Set von Selbstbeurteilungsfragebögen wie u.a. PDS, HADS und Fragebögen zur Beurteilung der Gruppentherapie, zum Erwerbsleben sowie zur beruflichen Wiedereingliederung.

Ergebnisse: Zum Abschluss der Studie werden Daten von ca. 50-60 Patienten vorliegen. Die Teilnahmequote beträgt ca. 85%. Bei der Mehrzahl der Patienten liegt das Ereignis (überwiegend schwere Bahnunfälle und Suizide) drei bis sechs Monate zurück. Etwa die Hälfte der Patienten ist zu Beginn der Reha-Maßnahme arbeitsunfähig.

Dissimulation traumaspezifischer Symptome bei Polizeibeamten beiderlei Geschlechts

N. Schütte, O. Bär, U. Weiß, G. Heuft; Münster

Hintergrund und Fragestellung: Polizeibeamtinnen und Polizeibeamten sind in hohem Ausmaß mit potentiell psychotraumatischen Situationen konfrontiert. Mit dieser Untersuchung soll geklärt werden, ob traumaspezifische Symptome dissimuliert werden und welche nicht-traumaspezifischen Symptome nach Belastungssituationen von den betroffenen PolizistInnen angegeben werden.

Methode: In der vorliegenden Studie wurden 49 Polizeibeamte beiderlei Geschlechts (weiblich $n=13$; männlich $n=36$) durch spezialisierte Interventionsteams unmittelbar nach einem beruflich bedingten traumatischen Ereignis untersucht. Nach einem strukturierten Gespräch wurden die traumaspezifischen Symptome mit dem IES-R-Fragebogen (Impact of Event Scale) und die nicht-traumaspezifischen Beschwerden mit dem BSI-Fragebogen (Brief Symptom Inventory) erfasst.

Ergebnisse: Alle Polizeibeamte wiesen im Selbstrating im IES im Vergleich zur Norm sehr geringe Werte auf. Als Vergleichsmaßstab wurde der PTSD-Risikoindex für die Entstehung einer PTSD nach einer Psychotraumatisierung von Maercker & Schützwohl (1998) herangezogen. Die Werte aller teilnehmenden Polizeibeamten beiderlei Geschlechts lagen unter der Null-Marke (mittlerer weiblicher PTSD-Risikoindex = -2.65; mittlerer männlicher PTSD-Risikoindex = -3.22; Werte über Null weisen auf das Risiko einer PTSD hin).

Bei den nicht-traumaspezifischen Symptomen, die mit dem BSI-Fragebogen erfasst wurden, wiesen die weiblichen Polizeibeamtinnen im Vergleich zu den männlichen Kollegen signifikant höhere Werte auf ($t = 2.12$, $p = .039$) (Vergleich zur Norm: $T_{\text{weiblich}} = 70$; $T_{\text{männlich}} = 61$).

Diskussion: Zieht man die subjektive Selbsteinschätzung der traumaspezifischen Symptome in Form des PTSD-Risikoindex heran, würde keine Polizeibeamtin / kein Polizeibeamter ein Risiko für eine PTSD aufweisen. Auch unter der Annahme, dass PolizeibeamtInnen durch ihre Ausbildung ein geringeres Risiko für die Entstehung einer PTSD aufweisen, ist dies Ergebnis als Hinweis auf eine

Dissimulation traumaspezifischer Symptome von Polizeibeamten beiderlei Geschlechts zu werten. Die nicht-traumatischen Beschwerden werden eher von den weiblichen Polizeibeamtinnen im subjektiven Selbstrating genannt, während diese Symptome von den männlichen Kollegen eher nicht angegeben werden. Hieraus ergeben sich Konsequenzen für die weitere Forschung vor allem im Hinblick auf die Langzeitfolgen beruflich verursachten traumatischen Stresses.

Gefördert durch Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA; Kennziffer F1995)

Symposium II: Prävention im Einsatzwesen

Prävention im Einsatzwesen

W. Butollo, M. Krüsmann, R. Karl, M. Schmelzer, A. Müller-Cyran; München

Belastungen als Folge traumatischer Erfahrungen werden seit den 80er Jahren auch für Einsatzkräfte im Sinne einer sekundären Traumatisierung beschrieben. Um diesen einsatzbedingten Erkrankungen adäquat zu begegnen, sind bundesweit eine Reihe von Strategien zur Prävention im Einsatzwesen entwickelt worden, und zwar in erheblichem Ausmaß durch selbst gesteuerte Initiativen betroffener Einsatzkräfte. Unterschiedlichste Angebote zur primären und sekundären Prävention wurden entwickelt, jedoch nicht immer konzeptuell unterlegt oder wissenschaftlich überprüft.

In dem hier beschriebenen Projekt wurde, finanziert vom Bundesministerium des Innern, eine Analyse der individuellen Belastungs- und Bewältigungsfähigkeit bei Mitgliedern der Feuerwehren, dem Technischen Hilfswerk und den Hilfsorganisationen durchgeführt, sowie eine Bestandsanalyse bereits vorhandener Angebote. Eine prospektive Verlaufsstudie zur Evaluation sekundärer Präventionsmaßnahmen umfasste die Erhebung der Inanspruchnahme angebotener Nachsorge sowie den Vergleich verschiedener Nachsorgemaßnahmen. Entwickelt und evaluiert wurde eine Schulung zur primären Prävention.

Ziel des Projekts ist die Formulierung von Emp-

fehlungen für eine Gesamtkonzeption effektiver Prävention, die Bedürfnisse, Praktiken und Rahmenbedingungen der jeweiligen Organisationen berücksichtigt.

Vorgestellt werden hier Ergebnisse aus der epidemiologischen Erhebung, Empfehlungen zur Umsetzung der primärpräventiven Maßnahmen sowie Ergebnisse aus der Evaluation von Nachsorgemaßnahmen im Kontext der Freiwilligen Feuerwehr.

Empfehlungen zur Konzeption präventiver Maßnahmen

M. Schmelzer, M. Krüsmann, W. Butollo, R. Karl, A. Müller-Cyran; München

Belastungen von Einsatzkräften sowie deren Präventionsmaßnahmen fanden in den letzten Jahren vielfache Beachtung sowohl in der Forschung als auch in der Praxis. Das deutsche Bundesministerium des Inneren finanzierte ein mehrjähriges Projekt zur primären und sekundären Prävention tätigkeitsbedingter Belastungsstörungen im Einsatzwesen.

In diesem Beitrag werden Empfehlungen für eine Gesamtkonzeption effektiver primärer Prävention dargestellt, die bereits bestehende Aktivitäten in der Praxis berücksichtigen. Grundlage der Empfehlungen sind empirische Erkenntnisse aus Ist-Stands-Analysen, Untersuchung über Belastungs- und Bewältigungsfaktoren der Einsatzkräfte sowie die Evaluation von primären Präventionsmaßnahmen, die im Rahmen des Projektes gewonnen wurden. Der Grundgedanke einer Gesamtkonzeption zielt darauf ab, Maßnahmen der primären, sekundären und tertiären Prävention in einem modularen System zu integrieren, um entsprechende Synergieeffekte erzielen zu können. Im Vortrag wird insbesondere auf Aspekte der strukturellen Rahmenbedingungen sowie der Auswahl, Aus- und Fortbildung von Präventionsmitarbeitern eingegangen.

Nachsorgerelevante Einsätze und Faktoren

M. Krüsmann, R. Karl, M. Schmelzer, W. Butollo;
München

Effektive Nachsorgemaßnahmen müssen auf der Beschreibung von Nachsorge relevanten Indikationen und Faktoren aufbauen. In diesem Beitrag wird der Frage nachgegangen, welche Art von Einsätzen und welche spezifischen Faktoren im Kontext der Einsatzfähigkeit mit hoher Belastung einhergehen. Untersucht wurden diese Zusammenhänge bei Einsatzkräften der Freiwilligen Feuerwehren in Bayern. Dabei zeigte sich, dass die im Allgemeinen beschriebenen Indikationen für Nachsorge wie erwartet in einem nachweisbaren Zusammenhang mit der Belastung in den Wochen nach einem extremen Einsatz stehen. Allerdings kann die zum Erhebungszeitpunkt registrierte posttraumatische Belastung nicht nur auf das Ereignismerkmal, also das tatsächliche, den Einsatz auslösende belastende Ereignis (z.B. Tod eines Kindes), sondern auch auf Einsatzabläufe, Interpretationen und Kommunikation im Kontext der Einsätze zurück geführt werden.

Belastungen und Bewältigung im ehrenamtlichen Feuerwehrdienst

W. Butollo, R. Karl, M. Krüsmann, M. Schmelzer, S. Powell; München

Studien über das Ausmaß psychischer Belastungen bei Einsatzkräften zeigen ein deutlich erhöhtes Risiko, einsatzbedingt zu erkranken. Allerdings liegen kaum gesicherte Daten für den Bereich der ehrenamtlichen Tätigkeit vor. In Bayern und Brandenburg wurde in einer repräsentativen Untersuchung an 1594 freiwilligen Feuerwehrleuten das Ausmaß der Belastungs- sowie der Bewältigungsfaktoren evaluiert. Es wurden detaillierte Informationen bezüglich der Merkmale belastender Einsätze sowie relevanter Personen- und Umweltfaktoren erhoben. PTBS Symptome (damals und derzeit) wurden anhand des PDS und des IES-R abgefragt. Vorgestellt wird hier das Ausmaß der damaligen (zum Zeitpunkt des belastenden Einsatzes) und der derzeitigen Belastung, gemessen anhand der PDS. Des Weiteren wird darauf eingegangen,

welche einsatzbedingten und peritraumatischen Faktoren eine Genesung nach anfänglicher Belastung fördern.

Inanspruchnahme und Effekte bei unterschiedlichen Nachsorgemaßnahmen

M. Krüsmann, A. Müller-Cyran, R. Karl, M. Schmelzer, W. Butollo; München

Die Erkenntnis, dass neben direkt und primär traumatisierten Menschen auch Einsatzkräfte in Folge einsatzbedingter Belastungen psychisch erkranken können, hat in den letzten Jahren dazu geführt, dass in den Einsatzorganisationen Angebote zur sekundären Prävention entwickelt wurden, hier meist CISD nach Mitchell. Die angebotenen Nachsorgemaßnahmen konnten bisher einer wissenschaftlichen Überprüfung allerdings nicht standhalten. Im Rahmen einer prospektiven Untersuchung (ausgegeben wurden 12.000 Basisfragen vor einem zu untersuchenden belastenden Einsatz) wurde untersucht, welche Unterschiede im Ausmaß der Belastung zwischen Einsatzkräften vorliegen, die angebotene Nachsorgemaßnahmen in Anspruch nehmen und jenen, die dieses Angebot nicht wahrnehmen. Vorgestellt werden auch die Auswirkungen von unterschiedlichen Nachsorgemaßnahmen auf die Entwicklung posttraumatischer Belastung sowie der allgemeine Lebenszufriedenheit.

**Symposium 12:
Varia I****Schmerzen als Folgesymptom nach einem potenziell psychotraumatischen Ereignis im Rahmen der Berufsausübung**

O. Bär, N. Schütte, U. Weiss, G. Heuft; Münster

Hintergrund und Fragestellung: Hyperarousal ist nach DSM-IV eines der Diagnosekriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung, die neben den psychischen Symptomen auch körperliche Reaktionen umfasst. Die vorliegende Untersuchung geht der Frage nach, welche weiteren psychosomatischen Symptome als Folge einer poten-

tiell traumatischen Situation im beruflichen Kontext bei PolizeibeamtInnen auftreten. Insbesondere wird die Hypothese untersucht, dass das traumatische Ereignis die Ursache für verschiedene körperliche Symptome, insbesondere Schmerz darstellt.

Methode: In der vorliegenden Studie wurden 49 PolizeibeamtInnen durch spezialisierte Interventionsteams unmittelbar nach einem traumatischen Ereignis im Rahmen der Berufsausübung betreut und weiterhin prospektiv untersucht. Nach dem strukturierten Gespräch durch das Interventionsteam füllten die Teilnehmenden den Fragebogen zur Traumaschwere IES-R (Impact of Event Scale) und zur Erfassung gesundheitlicher Beschwerden den IRES (Indikatoren des Reha-Status) aus.

Ergebnisse: Es zeigte sich, dass nach einem potenziell psychotraumatischen Ereignis bei denjenigen, die gesundheitliche Beschwerden wie Bluthochdruck, Schmerzhäufigkeit und Schmerzstärke angaben, signifikant höhere Werte für die Traumaschwere im IES vorlagen als bei denjenigen, die geringe Werte für die psychosomatischen Symptome angaben (t-Werte: $t_{\text{Bluthochdruck}}=3.29$, $p=0.002^*$; $t_{\text{Schmerzhäufigkeit}}=2.96$, $p=0.005^*$; $t_{\text{Schmerzstärke}}=1.81$, $p=0.077$ n.s.; $\alpha=.05$).

Diskussion: Das Erleben einer Psychotraumatisierung bewirkt psychosomatische Symptome wie Bluthochdruck und Schmerzen. Vegetative Symptome, wie Tachykardie und erhöhter Blutdruck sind im DSM-IV zwar nicht dezidiert als Trauma-folgesymptomatik genannt, können aber unter den D-Kriterium des Hyperarousals als vegetative Reaktion im Rahmen von vermehrter Reizbarkeit (D2) oder vermehrter Schreckhaftigkeit (D5) nachvollziehbar eingeordnet werden. Neu aufgetretene, nicht organisch durch das Trauma begründete Schmerzen sind in den Diagnosekriterien für eine PTSD nicht benannt. Da sich in dieser Untersuchung signifikant häufiger und deutlich stärkere Schmerzen als Trauma-Folgesymptomatik parallel zu hohen Werten im IES-R zeigte, stellt sich die Frage, ob neben den bekannten rein psychischen Symptomen auch psychosomatische Symptome als Trauma-Folgesymptome auftreten können. Hieraus ergeben sich Ansätze für weitere Untersuchungen hinsichtlich des Zusammenhanges zwischen Trauma und Schmerz.

"Augenblock", "Drücken" und "Schock". Eine textuelle Analyse zum Traditionsproblem in der Trauma-Theorie

M. Konitzer; Hannover

Hintergrund und Fragestellung: In der Selbstexplikation der EMDR-Methode bei Shapiro fällt auf, dass ohne Bezugnahme auf eine historische Tradition das neue Verfahren und sein Findemechanismus vorgestellt werden. Hieraus ergibt sich die Frage, ob es sich um Unkenntnis der psychotherapeutischen Theoriegeschichte, bewusstes Unterschlagen fremder Urhebererschaft oder Selbstüberschätzung im naturwissenschaftlich orientierten Entdeckerhabitus handelt. Gegenüber neurobiologischen Selbstbegründungen versucht dieser Beitrag, Traumatheorie und Traumatherapie unter konzeptionellen Aspekten zu betrachten, als kulturell geprägtes Konstrukt.

Material und Methode: Im Sinne einer textuellen Inhaltsanalyse nach Bloom werden Texte aus der Geschichte der Psychotherapie zu einem "corpus" zusammengefasst, aus dem sich semantische Bezüge zur aktuellen Traumaliteratur ergeben. Es sind dies Texte des "frühen" Freud sowie seiner "körperorientierten" Kollegen und Schüler (Ferenczi, Reich, Groddeck) und deren Nachfolger (Lowen, Pierrakos, Boyesen). Diese werden auf Texte der aktuellen Traumaliteratur bezogen. Die textuelle Analyse nach Bloom ermöglicht das Aufzeigen semantischer Bezüge zwischen Vorläufern und Nachfolgern. Bloom benennt 5 Mechanismen des Verschweigens der Vorläufer und bezeichnet das Verhältnis von Nachfolgern zu Vorläufern als "Einflussangst".

Ergebnisse: Bei den genannten Autoren finden sich deutliche Bezüge zur aktuellen Traumaliteratur, die sich traditionell-ätiologisch ("Schock"), traditionell-symptomatisch ("Augenblock") und traditionell-therapeutisch ("Drücken") systematisieren lassen. Das Ergebnis wird in weiteren Begriffen tabellarisch als "traditionelles" und "aktuelles" Traumaparadigma dargestellt. Weiter wird dargestellt, dass die stillschweigende Transformation der traditionellen Begrifflichkeit in das theoretische Konstrukt der Traumatheorie sich nach den bereits durch Bloom beschriebenen Modi vollzieht: Korrektur, Vervollständigung, Reduktion,

Relativierung und insbesondere Absorption.

Diskussion: Das Verschweigen der Vorläufer im Trauma-Paradigma kann somit als Beispiel von "Einflussangst" gelesen werden. Für geisteswissenschaftliche und poetische Traditionsverhältnisse ist dieses Phänomen der "Einflussangst" in der scientific community vielfältig diskutiert und akzeptiert. Für eine sich als neuartig und neurobiologisch fundiert verstehende Psychotherapie des Traumas ergeben sich Hinweise für die kulturelle Bedingtheit des eigenen Konzepts.

Posttraumatische körperliche Symptomdynamik als Erinnerungspur und Beziehungsfokus

M. Küttemeyer; Köln

Systematische, linguistisch untermauerte, auf die körperlichen Beschwerden fokussierte Anamnesen bei traumatisierten Patienten in den letzten zehn Jahren ergaben: Posttraumatische körperliche Symptome entwickeln sich nach strengen affektiven Gesetzen und zeigen spezifische, traumadynamisch verstehbare Merkmale. Sie sind exzessiv, entsprechend der Intensität unwillkürlicher Traumaerinnerung, manifestieren sich *anfallsartig* (dissoziativ) aufgrund rezidivierend ansteigenden Affektdrucks mit plötzlichem Zusammenbrechen der Abwehr. Die körperlichen Missempfindungen werden *szenisch* beschrieben („höllisch“), der dissoziative Schmerz z.B. mit *invasiven* Metaphern („Messerstich, Todesstoß“); die zurückliegende traumatische Szene wird unbewußt mit erzählt. Gleichzeitig imponieren „*anorganische*“ Metaphern („wie ein Klumpen, Stein, Beton“) als Ausdruck des Selbstschutzes, des Versuchs, schmerzunempfindlich zu sein. Diese *Gegenläufigkeit* (heftiger Schmerz - Analgesie, Lähmung – kloniforme Tonuserhöhung, Konvulsionen – Totstellreflex) lässt sich in allen subjektiven und motorisch sichtbaren posttraumatischen Symptomen erkennen, als Ausdruck der Ambivalenz von Traumareinszenierung und Selbstschutz. Aus den geschilderten Körperbeschwerden lässt sich auch der im Vordergrund stehende Affekt entnehmen.

Die Kenntnis der unverwechselbaren klinischen

Merkmale kann fächerübergreifend zur Frühdiagnose posttraumatisch dissoziativer Störungen beitragen. Das Aufgreifen der Metapher durch den Arzt („Messerstich, Klumpen“) und Benennen des Affekts (Angst, Trauer) setzt einen beziehungsstiftenden Mitteilungsfluss in Gang, der häufig bereits eine Milderung der Symptomatik zur Folge hat. Das Fokussieren auf die körperlichen Beschwerden stellt also auch einen ersten Behandlungsschritt dar und ist ebenso im Verlauf der Psychotherapie immer wieder überraschend ergiebig. Das Aufgreifen der Metapher durch den Arzt („Messerstich, Klumpen“) und Benennen des Affekts (Angst, Trauer) kann einen beziehungsstiftenden Mitteilungsfluß in Gang bringen, der häufig bereits eine Milderung der Symptomatik zur Folge hat. Das Fokussieren auf die körperlichen Beschwerden stellt also auch einen wichtigen Behandlungsschritt dar und ist ebenso im Verlauf der Psychotherapie immer wieder überraschend ergiebig. Die Kenntnis der unverwechselbaren klinischen Merkmale kann vor allem fächerübergreifend zur Frühdiagnose posttraumatisch dissoziativer Störungen beitragen.

Küttemeyer M (2003) Psychogener Schmerz als Dissoziation. *Psychother Sozialwiss* 5, 320-337.

Nicht Nervenzellen, sondern Bewusstseinskonfigurationen "sprechen" miteinander

G. Lobeck; Dresden

Der Kategorienfehler zahlreicher neurobiologischer Modelle, bereits die Erregungsübermittlung auf der Ebene von Neuronenverbänden als einen Informationsaustausch anzusehen, verstellt den Blick auf notwendig vorausgegangene, evolutionsbiologische Entwicklungsschritte, die es dann erst ermöglichten, dass sich ein dynamisches Zentrum, der Bewusstseinsvorgang selbst, mit seiner Fähigkeit, binnen kürzester Zeit eine außerordentliche Menge an Information zu integrieren, entwickeln konnte. Dadurch aber bleiben wesentliche, neurobiologisch begründete Arbeitsregeln und gewachsene Organisationsformen des psychischen Apparates zu sehr im Dunkel, was führende deutsche Neurowissenschaftler in einem Manifest beklagend herausstellen. Schüßlers Fazit, dass neu-

ro-biologisch bislang oft nur Korrelate psychischer Phänomene beschrieben wurden, wodurch letztere aber nicht eindeutig besser erklärt sind als im Rahmen ihrer psychischen Erschließung, unterstreicht, ebenso wie die sorgfältige Rezension der „Neuropsychotherapie“ von Grawe durch Fischer, die Schwierigkeiten kurzschlüssig hergestellter Koppelungen klinischen Wissens mit neurobiologischen Modellvorstellungen dieser hier kritisierten Art.

Ein evolutionsbiologisches Hirnfunktionsmodell (nach Edelman), das diesen Kategorienfehler zu meiden sucht, wird kurz skizziert und anhand der Posttraumatischen Belastungsstörung in seiner kreativen Potenz vorgestellt.

Symposium 13 : Sekundäre Traumatisierungen

Wie kommt es zu Sekundärer Traumatisierung? - Neurophysiologische Hintergründe und mögliche Risikofaktoren

J. Daniels; Bielefeld

Die Sekundäre Traumatisierung stellt eine Anomalie für die Theorie der PTSD dar: Wie können therapeutische Situationen, die nicht von unkontrollierbarem Stress, Hilflosigkeit und Übererregung geprägt sind, trotzdem zu Intrusionen und Hyperarousal führen?

Vorgestellt werden erste neurophysiologische Modelle der Empathie und der Sekundären Traumatisierung. Zudem soll ein möglicher Risikofaktor, die peritraumatische Dissoziation, mit seinen neurophysiologischen Korrelaten dargestellt und anhand der Daten der epidemiologischen Studie überprüft werden. Erste Ableitungen für die Prävention der Sekundären Traumatisierung werden diskutiert.

Ergebnisse der ersten epidemiologischen Studie zu Sekundärer Traumatisierung

J. Daniels; Bielefeld

Gibt es Sekundäre Traumatisierung - d.h. die Übertragung traumatypischer Symptome auf die

Behandelnden? Die bisherigen Studien zu Sekundärer Traumatisierung haben diese Frage mit Ja beantworten können. Unklar blieb jedoch noch, ob es sich um ein seltenes Phänomen handelt, oder ob viele KollegInnen im Laufe ihrer Berufstätigkeit davon betroffen sind. Auch die Dauer der Belastung sowie das Ausmaß der sekundären Störungen wie Alkoholismus und Depression wurden bisher nicht erfasst. Vorgestellt wird deshalb die erste epidemiologische Studie zu Sekundärer Traumatisierung (N > 1000), die 2005 im deutschsprachigen Raum durchgeführt wurde. Diese gibt erste Einblicke in die Häufigkeit und Dauer der Störung sowie das Vorkommen spezifischer Symptomcluster in unterschiedlichen Gruppen.

Strukturdefizite in Traumazentren und die Traumatisierung der Helfer

C. Pross; Berlin

Bisherige Studien über stellvertretende Traumatisierung (vicarious traumatization) richten den Fokus vorwiegend auf die Beziehung zwischen Helfer und Klient. Eine qualitative Untersuchung von Traumazentren zeigt, dass ganze Teams und Institutionen von stellvertretender Traumatisierung betroffen sein können. Besonders gefährdet sind Institutionen mit unklaren Strukturen, gekennzeichnet von:

- fehlender Einhaltung von Grenzen
- keinem ausgewogenes Verhältnis zwischen empathischer Nähe und professioneller Distanz zu den Klienten
- schwerfälligen basisdemokratischen Entscheidungsprozessen
- Mangel an professionellem Management und klarer Führungsstruktur
- Rollen- und Kompetenzdiffusion
- Fehlen einer gemeinsamen Behandlungsphilosophie
- Mangel an professionellen Qualitätsstandards
- schwammigen Kriterien für die Einstellung von Personal

Therapiezentren für Opfer von Gewalt werden häufig gegründet von charismatischen Persönlichkeiten mit unternehmerischen Fähigkeiten und einem missionarischen Pioniergeist. Sie müssen sich über vorgegebene Strukturen hinwegsetzen, um den Aufbau des Zentrums gegen bürokratische Widerstände in einem indifferenten und verleugnenden gesellschaftlichen Umfeld durchzusetzen. Genau diese Eigenschaften verhindern jedoch im weiteren Verlauf die unerlässliche Differenzierung und Professionalisierung der Einrichtung und es kommt zu einem oft über Jahre dauernden selbstzerstörerischen Prozess von zermürbenden und lähmenden Grabenkämpfen.

Traumaüberlebende haben die völlige Aufhebung und Zerstörung jeglicher Struktur und Orientierung erlebt. Eine gesunde und klare Struktur in einem Therapiezentrum gibt den Klienten Halt und Sicherheit. Mit der o.g. Strukturlosigkeit und den daraus folgenden destruktiven Prozessen im Helferteam reinszeniert die Einrichtung die traumatische Erlebniswelt ihrer Klienten.

Sekundäre Traumatisierung bei der Identifizierungskommission des Bundeskriminalamtes nach dem Tsunami

M. Maragkos, A. Witt, A. Wöbken, W. Hartmann, W. Butollo; München

Nach dem Tsunami in Süd-Ost-Asien im Dezember 2004 hatte die Identifizierungskommission (IDKO) des Bundeskriminalamtes die Aufgabe, die Leichen vor Ort zu identifizieren. Im Rahmen der psychologischen Nachsorge, die vom Erstautor zwischen Januar und Dezember 2005 durchgeführt wurde, wurde mittels Fragebögen der einsatzbezogene psychopathologische Status der Mitglieder der IDKO erhoben. Die ermittelten Ergebnisse werden berichtet und Vorschläge für zukünftige Einsätze ausgearbeitet.

Symposium 14: Ergebnisse psychometrischer Forschung

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) - Ein Meßinstrument zur Erfassung von Traumatisierungen in der Kindheit - Evaluation an diversen Stichproben

H. Wulff, T. Schröder, H. Reinhold, M. Driessen; Bielefeld

Der CTQ ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Messung von in der Kindheit erlebten traumatischen Erfahrungen. Die Originalfassung der 28 Item Version des CTQ von Bernstein und Fink (1998) wurde durch die Arbeitsgruppe M. Driessen, U. Gast, H. Wulff, A. Hill ins Deutsche übersetzt und umfasst Fragen nach sexuellem, körperlichem oder emotionalem Missbrauch sowie Fragen zu emotionaler oder körperlicher Vernachlässigung in der Kindheit. Zusätzlich ergeben drei Fragen eine Skala zur Bagatellisierung/ Verleugnung.

Wir setzten das Messinstrument in 5 unterschiedlichen Studien an diversen Stichproben ein: An 209 stationären und teilstationären Patienten einer Psychiatrischen Klinik, an 139 Insassen der Justizvollzugsanstalt Bielefeld, an 380 Probanden der Allgemeinbevölkerung, an 21 Frauen mit einer Borderlinestörung und im Rahmen einer laufenden Studie an stationären und teilstationären Patienten mit Suchterkrankungen.

Unser Messinstrument konnte in diesen verschiedenen Stichproben traumatische Erfahrungen der Kindheit reliabel und valide abbilden. Insgesamt erwies sich der Einsatz des Selbstbeurteilungsfragebogens als einfach durchführbar und sicher auswertbar, so dass der Einsatz des CTQ die multimodale Diagnostik erweitern kann und sich somit als erstes deutschsprachiges Screeninginstrument zur Erfassung traumatischen Erfahrungen in der Kindheit eignet.

Veränderungsmessung mit IES-R und FDS-20 bei PTBS-Patientinnen

R. Mestel, A. Grinschgl, V. Bracke; München/Bad Grönenbach

Es liegen wenige Befunde zur Veränderung stationär psychosomatisch behandelter Patientinnen auf störungsspezifischen Skalen wie der Impact of Event Scale (IES-R; Maercker, Schützwohl) oder dem Fragebogen zur Dissoziation (Kurzform; Spitzer et al, 2004) vor. Zwischen den Jahren 2000 – 2005 wurden an einer psychosomatischen Rehaklinik $n=1.632$ Patientinnen, die angegeben hatten, aktuell noch unter einem Trauma zu leiden, unter anderem mit dem IES-R und der FDS-20 untersucht. Etwa $n=680$ (41,7%) Patientinnen davon wiesen eine Posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-10 (PTBS) auf. Etwa 75 Prozent dieser Patientinnen waren komplex in Folge früherer sexueller Gewalterfahrungen traumatisiert. Für die IES-R Skala „Intrusionen“ ergab sich für die Gesamtgruppe ($n=1.632$) ein Mittelwert (prä) von 15,6 (SD: 9,4), für „Vermeidung“ 18,7 (SD: 10,6) und „Übererregung“ 16,5 (SD: 8,6). Der FDS-20 Summenwert bei Therapiebeginn lag bei 17,2 (SD: 15,8). Patienten mit PTBS hatten deutlich höhere Werte auf allen Skalen als solche ohne eine PTBS. Auf allen drei Skalen ergab sich im Laufe der etwa 7-wöchigen Therapie eine signifikante Symptomverbesserung ($p<.05$), wobei die Effektstärken für die drei Skalen aufgrund der großen Ausgangsstreuungen „nur“ zwischen .22 und .57, also im eher kleinen Bereich, lagen. Es werden Vorschläge für die Klassifikation klinisch relevanter Veränderungen nach Jacobson für die traumaspezifischen Skalen unterbreitet. Untersucht wird ferner, ob die Einzelitems in ähnlicher Weise änderungssensitiv sind.

Maercker A, Schützwohl M (1998): Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event-Skala-revidierte Version (IES-R). *Diagnostica*, 2, 130 - 141.

Spitzer C, Mestel R, Klingelhöfer J, Freyberger H (2004): Kurzform des Fragebogens zur Dissoziation (FDS-20). *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 54, 165 - 172.

Die Rolle von Rumination und abstraktem Denken bei der Aufrechterhaltung der PTBS

T. Ehring, A. Ehlers, S. Frank; Bielefeld/London

Theoretischer Hintergrund: Traumaüberlebende mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) erleben nicht nur häufige intrusive Erinnerungen an das Trauma, sie beschäftigen sich darüber hinaus oft auch in repetitiver Weise gedanklich mit dem Erlebnis, seinen Ursachen und Konsequenzen. Diese Form des perseverativen Denkens wird als Rumination (Grübeln) bezeichnet und wurde von einigen Autoren als wichtiger aufrechterhaltender Faktor der PTBS vorgeschlagen (Ehlers & Clark, 2000; Joseph et al., 1995). Ziel der dargestellten Studien war es, die Rolle von Rumination, insbesondere der Abstraktheit ruminativen Denkens, bei der Aufrechterhaltung der PTBS zu untersuchen. Es wurde erwartet, dass die Aufrechterhaltung der PTBS durch (1) die Häufigkeit von trauma-bezogener Rumination sowie (2) das Ausmaß an Abstraktheit ruminativen Denkens vorhergesagt wird.

Methode: In einer Querschnittstudie ($N = 101$) und einer prospektiven Längsschnittstudie ($N = 147$) mit Verkehrsunfallüberlebenden wurden Rumination, PTBS und Depression mit Hilfe von Fragebögen und strukturierten Interviews erfasst.

Ergebnisse: Beide Hypothesen konnten bestätigt werden. Es wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Ruminationsstärke und der Aufrechterhaltung von PTBS-Symptomen gefunden, der auch dann noch signifikant blieb, wenn die Symptomschwere kurz nach dem Trauma statistisch kontrolliert wurde. Darüber hinaus zeigten multiple Regressionsanalysen, dass Abstraktheit in einer iterativen Ruminationsaufgabe und selbstberichtete Ruminationshäufigkeit PTBS besser vorhersagten als Ruminationshäufigkeit allein.

Diskussion: Die Ergebnisse unterstützten die Sicht, dass Rumination ein wichtiger Aufrechterhaltungsfaktor bei der Posttraumatischen Belastungsstörung ist und die abstrakte Natur ruminativen Denkens dabei eine Rolle spielen könnte. Implikationen für zukünftige Forschung sowie die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung werden diskutiert.

Der Hannover-Fragebogen zur Selbstregulation und Ich-Funktionen: Konzept und erste Ergebnisse

B. Jäger, M. Sack, G. Schmid-Ott; Hannover

Selbstregulation und Ich-Funktionen stehen theoretisch und klinisch in enger Beziehung zur Psychotraumatologie: (1) Spätestens seit der Arbeit von Gunderson et al. (1993) wird die Beziehung zwischen Borderline-Persönlichkeitsstörungen und PTSDs diskutiert, (2) defizitäre Ich-Funktionen stehen im Verdacht, Voraussetzung für die Pathogenität eines Traumas zu sein und (3) die Stärkung der Selbstregulationsfähigkeit bildet einen bewährten Fokus für die Therapie.

Methode: Der Hannover-Selbstregulations-Fragebogen (HSRI) wurde als praktikables Instrument zur Erfassung von Ich-Funktionen und Selbstregulationsfähigkeiten konzipiert. Ein Datenpool von insgesamt 120 Items wurde in zwei Schritten auf 35 Items reduziert, die sich auf die Skalen *Beziehungsstörungen*, *Affektdifferenzierung* und *Affekttoleranz*, *Frustrationstoleranz* und *Impulskontrolle*, *Identitätsdiffusion* und *Selbstwertregulation* verteilen (Cronbach's Alpha 0.71-0.95). Insgesamt wurden bislang 388 Patienten unserer psychosomatischen Poliklinik und 145 Kontrollpersonen untersucht.

Ergebnisse: Die interne Konsistenz der 5 Skalen erwies sich als sehr gut ($r_{CR}=0.71-0.95$). Zur Untersuchung der Kriteriumsvalidität wurden die Skalenwerte von Controls und Patienten sowie verschiedene Diagnosegruppen miteinander verglichen. Es ergaben sich in beiden Fällen hochsignifikant differenzierende Mittelwerte sowohl der Gesamtskala wie auch von 4 der 5 Skalen. Die höchsten Skalen-Gesamtwerte zeigten Patienten mit Dissoziativer Störung (13.8 ± 3.8) und Persönlichkeitsstörungen der Cluster A (16.2 ± 3.3), B (11.9 ± 3.4) und C (10.7 ± 4.6), Patienten mit komplexer PTSD (10.5 ± 5.2). Die niedrigsten Werte zeigten Patienten mit 'klassischen' psychosomatischen Diagnosen wie Schmerzstörungen (4.1 ± 3.4), anderen somatoformen Störungen (5.5 ± 3.6) und Anpassungsstörungen (7.3 ± 4.1) ($F=55,3$; $df=13$; $p<.001$). Den wichtigsten Beitrag zur Diskriminierung des Strukturniveaus liefern die Skalen *Selbstwertregulation* und *Beziehungsstörungen*.

hungsstörungen.

Schlussfolgerungen: Der HSRI ist ein valider und nützlicher Fragebogen zur generellen und differenzierten Erfassung von Ich-Funktionsdefiziten und aufgrund der ökonomischen und zuverlässigen Gestaltung gleichermaßen für klinische und forschungsorientierte Anwendungen zu empfehlen.

Symposium 15:

Epidemiologie posttraumatischer Belastungsstörungen

PTBS, häusliche Gewalt und Kinderarbeit? Eine epidemiologische Studie mit Schulkindern in Kabul

C. Catani, E. Schauer, I. Missmahl, J.P. Bette, T. Elbert; Konstanz

Die über 20 Jahre andauernden kriegerischen Auseinandersetzungen in Afghanistan haben Hunderttausende von Todesopfern gefordert, darunter viele Zivilisten. Millionen afghanischer Bürger wurden zu Binnenflüchtlingen oder mussten in Nachbarländer fliehen. Auch Kinder, die den Krieg nicht direkt miterlebt haben, leiden unter langfristigen indirekten Konsequenzen wie z.B. dem Verlust von Angehörigen, Armut und häuslicher Gewalt. Die vorliegende Studie wurde mit dem Ziel durchgeführt, das Ausmaß und die Art von psychosozialen Problemen zu bestimmen, unter denen Schulkinder im Dashti Barchi Stadtteil von Kabul heute leiden. Dieses Gebiet wurde, wie der Großteil der Hauptstadt, im Krieg vehement bombardiert und zählt zu den ärmsten Bezirken Kabuls.

Eine Stichprobe von 287 Schulkindern (122 Mädchen) im Alter von 7 bis 14 Jahren nahm an der Studie teil. Traumatische Stressoren im Zusammenhang mit Krieg und häuslicher Gewalt, PTBS Symptome und soziodemographische Charakteristika wurden anhand eines klinischen Interviews unter Einschluss des UCLA PTSD INDEX bestimmt. Die Untersuchungen wurden durch ausgebildete lokale Counsellor durchgeführt. Mit einigem zeitlichen Abstand fanden Validie-

rungsinterviews unter Verwendung des CAPS-CA durch klinische Experten statt.

Die Ergebnisse belegen, dass viele Kinder einer Reihe von Belastungen einschließlich traumatischer Stressoren, die insbesondere im Zusammenhang mit häuslicher Gewalt stehen, ausgesetzt sind. Jungen gaben im Vergleich zu Mädchen die Erfahrung von mehr kriegsbezogenen Ereignissen (45 vs. 33%) und häuslicher Gewalt (68% vs. 53%) an. Die Folgen der Konfrontation mit derart stressbehafteten Ereignissen spiegeln sich in einer PTBS Prävalenzrate von 23% bei den Jungen, verglichen mit 13% bei den Mädchen wieder. Kinderarbeit stellte ein zusätzliches, häufiges Phänomen dar (49% der Jungen und 29% der Mädchen). Zudem ergaben sich Zusammenhänge zwischen Kinderarbeit einerseits und familiärer Armut, mangelhafter körperlicher Gesundheit, einer häufigeren Konfrontation mit häuslicher Gewalt und der PTBS Diagnose andererseits. Die Ergebnisse der Studie sollen, einschließlich der Resultate der Interviewvalidierung, im Detail präsentiert werden. Gleichzeitig sollen die Konsequenzen der epidemiologischen Ergebnisse erörtert werden.

Die Prävalenz der akuten Belastungsstörung bei Kindern nach Straßenverkehrsunfällen

D. Zehnder, M. A. Landolt; Zürich

Ausgangslage: Verkehrsunfälle als objektiv und/oder subjektiv bedrohliche Ereignisse lösen bei betroffenen Kindern meist ausgeprägte Gefühle von Angst und Hilflosigkeit aus und erfüllen damit die Definitionskriterien für ein psychisches Trauma gemäss DSM-IV-TR. Obwohl Unfälle in westlichen Ländern mit zu den häufigsten Ursachen von Traumafolgestörungen gehören, liegen bisher keine Untersuchungen zur Prävalenz der akuten Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen vor.

Methodik: Im Zeitraum von 7 bis 10 Tagen nach einem Verkehrsunfall wurden in der vorliegenden explorativen Studie 49 Kinder und Jugendliche im Alter von 7 bis 16 Jahren ($M=11.4$ J., $SD=2.8$ J.) untersucht. Zum Einsatz kam das Interview zur Akuten Belastungsstörung bei Kindern und Ju-

gendlichen (IBS-A-KJ).

Resultate: Von 49 betroffenen Kindern erfüllten 11 (22.4%) alle Kriterien für die Diagnose einer akuten Belastungsstörung, 23 (46.9%) zeigten mindestens 3 dissoziative Symptome, 40 (81.6%) mindestens 1 intrusives Symptom, 33 (67.3%) mindestens 1 Symptom der Vermeidung und 35 (71.4%) mindestens 1 Symptom von erhöhtem Arousal. Die Ausprägung der akuten Belastungssymptomatik war bei den Mädchen signifikant stärker. Keine Korrelationen konnten zwischen der Häufigkeit akuter Belastungssymptome und dem Schweregrad der beim Unfall erlittenen Verletzungen gefunden werden. Mittelstarke Zusammenhänge traten hingegen zwischen subjektiven Bewertungsprozessen (Bedrohungs- und Schuldgefühle) und der Häufigkeit akuter Belastungssymptome zu Tage.

Diskussion: Unsere Befunde zeigen, dass nach einem Verkehrsunfall unabhängig vom Schweregrad der Verletzungen ein großer Teil der Betroffenen unter akuten Belastungssymptomen leidet. In besonderem Maße sind Mädchen davon betroffen. Subjektive Bewertungsprozesse sind mit akuten Belastungssymptomen assoziiert. Da aufgrund der Literatur bekannt ist, dass eine akute Belastungsstörung häufig in eine posttraumatische Belastungsstörung mündet, sollten gefährdete Kinder möglichst bald nach einem Verkehrsunfall identifiziert werden. So ist es möglich, ihnen professionelle Hilfe zukommen zu lassen, damit im Sinne der sekundären Prävention die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung verhindert werden kann.

PTSD bei einem 15-Jahres follow-up nach schwerem unfallbedingtem Polytrauma

H.W. Künsebeck, L. Haurisa, C. Probst, H.C. Pape, F. Lamprecht; Hannover

Posttraumatische Belastungsstörungen (PTB) scheinen bei Patienten nach schweren unfallbedingtem Polytraumen häufiger zu sein als bisher angenommen wurde und sie erschweren die volle Rehabilitation auch im Langzeitverlauf. Wir haben den Zusammenhang zwischen physischen und

psychischen Parametern bei Unfallopfern mit schweren Polytraumen 10 bis 20 Jahre nach dem Unfallereignis untersucht. 326 der zu diesem Zeitpunkt noch lebenden 637 Patienten nahmen an unserer postalisch durchgeführten Fragebogenstudie teil. Psychologische Erhebungsinstrumente waren die revidierte Impact of Event Scale (IES-R) und die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Das funktionale Ergebnis wurde mit dem SF-12 und dem Hannover Score für Polytrauma Outcome (HASPOC) gemessen.

In Bezug auf die traumatische Situation des Unfalls erfüllten 79 der 326 teilnehmenden Patienten (24%) die Kriterien einer PTB. Zusätzlich litten 124 (38%) an einer depressiven Störung. 52 diese Patienten hatten sowohl Symptome einer PTB als auch einer Depression. Die posttraumatische Belastungsstörung korrelierte nicht mit dem Geschlecht, der Schwere der Unfallverletzungen (ISS) und extremen körperlichen Unfallfolgen wie einer Amputation der Arme oder Beine. Signifikante Korrelationen waren mit dem Lebensalter zu beobachten (jüngere hatten seltener ein psychisches Trauma), und der körperlichen Funktionsfähigkeit - gemessen mit dem SF-12 (mehr körperliche und psychische Beeinträchtigungen bei Patienten mit Depression and PTB) aber nicht mit dem HASPOC.

Die Korrelation von PTB und eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit nach unfallbedingtem Polytrauma auch noch bis zu 20 Jahre nach dem Unfall zeigt, dass es ein bedeutsames Problem ist. Weitere Forschung ist erforderlich, um personspezifische Prädispositionen zu evaluieren, die zur Entwicklung einer PTB beitragen. Andererseits sollten integrierte chirurgisch-orthopädische und psychotherapeutische Behandlungsansätze in Wirksamkeit und Nutzen untersucht werden.

Prävalenz traumatischer Ereignisse und posttraumatischer Störungen bei türkischen Patienten im Vergleich zu deutschen Patienten in allgemeinärztlichen Praxen

S. Tagay, Y. Erim, G. Fobbe, R. Zarasiz, S. Gesenhues, W. Senf; Essen

Fragestellung: Untersuchungen zu einer adäquaten Versorgung von Migranten sind selten. In der vorliegenden Studie untersuchten wir die Prävalenz traumatischer Ereignisse und posttraumatische Störungen bei türkischen Patienten im Vergleich zu deutschen Patienten in der Primärversorgung.

Methode: 195 türkische Patienten (Alter 40.4 Jahre, range: 18-80 Jahre, 63.6% weiblich) und 389 deutsche Patienten (53,3 Jahre, range 19-95 Jahre, 59% weiblich) wurden mit dem Essener Trauma-Inventar (ETI) in unterschiedlichen Hausarztpraxen untersucht. Ferner wurden Angaben zu Migration und Akkulturation, Gesundheitswissen und -verhalten, Depression und Angst und Religiosität erfasst.

Ergebnisse: Im Durchschnitt lebten die türkischen Patienten seit 25.2 Jahren in der BRD, 46.4% fühlten sich sowohl der Türkei als auch der BRD verbunden und für 58.6% war es „wichtig“ bis „sehr wichtig“, von einem türkischen Arzt behandelt zu werden. Ferner bezeichneten sich 42.0% als „ziemlich religiös“ und weitere 22.8% als „eher sehr religiös“. Lediglich 17,8% der deutschen Patienten hingegen bezeichneten sich als „ziemlich religiös“ und nur 4,1% als „eher sehr religiös“ ($p < .001$).

Nach der Trauma-Check-Liste des ETI gaben rund 53% der türkischen Patienten an, mindestens ein Trauma in ihrem bisherigen Leben erlebt zu haben, aber 36.7% erfüllten das Eingangstraumakriterium nach DMS-IV. Als häufigstes schlimmstes Trauma mit 45.8% wurde der „Tod einer wichtigen Bezugsperson“ genannt. 16.9% hatten nach ETI klinisch auffällige Cut-Off-Werte für eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD). Dagegen berichteten 73,5% der deutschen Patienten mindestens ein Trauma in ihrem bisherigen Leben erlebt zu haben, jedoch erfüllten nur 5,9% die Kriterien einer PTSD ($p < .001$). Darüber hinaus zeigten türkische Patienten signifikant mehr Depression ($p < .001$) und mehr Angst

($p < .001$) auf als deutsche Patienten.

Diskussion: Bei rund 17% der türkischen Patienten wurde testpsychometrisch eine PTSD festgestellt. Vor dem Hintergrund der Migration und den damit verbundenen Risikofaktoren stellt sich die Frage, ob türkische Migranten eine größere Vulnerabilität für die Entwicklung psychiatrischer Störungen aufweisen.

Symposium 16: Varia II

"Hypersensibilität" für unangenehme Reize bei Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung?

B. Balliel, J. Kissler, B. Rockstroh, T. Elbert;
Konstanz

Ist das Furchtnetzwerk traumatisierter Patienten so existenziell vergrößert, dass es sie bereits bei der Bewältigung alltäglicher Aufgaben behindert? Gibt es eine „Hypersensibilität“ auch für unangenehme Reize, die gar nicht unmittelbar mit dem Trauma zu tun haben?

Untersucht wurden 19 jugendliche Flüchtlinge (10 Patienten mit PTBS nach DSM-IV und 9 Kontrollen) in einem intentionalen Lernparadigma unter Ableitung des EEGs. Gelernt werden sollten 30 angenehme, unangenehme und neutrale Wortpaare (semantisch nicht verbunden und gematcht in Bezug auf Wortlänge und -frequenz). Die Wortpaare wurden zunächst einmal gezeigt, anschließend im cued recall abgefragt, weitere vier Male präsentiert und erneut abgefragt.

Die Auswertung der behavioralen Daten ergibt bedeutsame Effekte der Wiederholung und der Valenz des dargebotenen Wortpaars (angenehme Wortpaare werden besser gelernt). Darüber hinaus zeigt sich ein Gruppenunterschied in Bezug auf unangenehme Wortpaare: Teilnehmer mit PTBS geben statistisch bedeutsam mehr falsch positive unangenehme Wörter an. Dies sind in der Wortliste enthaltene, aber auf das Reizwort bezogen nicht korrekte Antworten.

Die Perseveration affektiv negativer, aber in Bezug auf die Aufgabenstellung falscher Antworten spricht für eine Hypersensibilität von Patienten mit PTBS gegenüber jedweden Reizen, die negativen Affekt und hohe Erregung mit sich bringen können. Die Tatsache, dass es sich bei der Auswahl unangenehmer Reize nicht um traumaspezifische Reize handelte, unterstützt die These, dass die pathologische Vermeidung unangenehmer Reize stark generalisiert ist. Möglicherweise reicht allein die negative Erregung aus, um eine Komponente des Furchtnetzwerkes zu aktivieren und eine Differenzierung zwischen den verschiedenen Auslösern dieser Erregung zu verhindern. Weitere Effekte werden diskutiert.

Unterstützt durch die German-Israeli-Foundation

Der IES im Rahmen der Ausbildung von Traumakonsultanten in Beslan

T. Adler, M. Gavranidou, M. Maragkos, T. Dietz, S. Zlat; München

Die Kindernothilfe organisiert zusammen mit innot ein Ausbildungsprogramm für bis zu 40 lokalen Mitarbeiterinnen von Schulen, sozialen Einrichtungen, Krankenhäusern und der Kirche. Diese lernen in speziellen Kursen, wie sie traumatisierten Kindern langfristig helfen können.

Bei dem Selektionsworkshop haben wir anhand des IES festgestellt, dass ca. ein Drittel der TeilnehmerInnen selber betroffen sind. Wir haben sechs Monate und ein Jahr nach Beginn des Curriculums den IES wieder eingesetzt mit dem Ziel, den Verlauf der anfangs festgestellten PTB-Symptome zu eruieren. Die Daten werden derzeit ausgewertet. Erste Ergebnisse sollen auf dem Kongress vorgestellt und diskutiert werden.

Berichterstattung über traumatische Ereignisse - welche Rolle spielen soziale Faktoren?

A. Weidmann, L. Fehm, T. Fydrich; Berlin

Journalisten berichten häufig über traumatische Ereignisse und gehören nicht selten zu den ersten,

die an einer Unglücksstelle eintreffen. Allerdings liegen bisher kaum Forschungsergebnisse dazu vor, welche Folgen dies für Journalisten hat, wie sie mit ihren Erfahrungen umgehen und in welchem Ausmaß sie mit anderen darüber sprechen. Dabei haben viele Studien auf die Bedeutung sozialer Faktoren im Kontext einer Traumatisierung hingewiesen: So ist u.a. belegt, dass ein geringes Ausmaß an Disclosure (Offenlegung traumatischer Erfahrungen), negative Reaktionen der Umwelt, ein geringes Maß an Anerkennung sowie mangelnde soziale Unterstützung die Entwicklung einer posttraumatischen Symptomatik begünstigen.

Die Tsunami-Katastrophe im Dezember 2004 / Januar 2005 weckte großes Interesse bei den Medien. Überdurchschnittlich viele Mitarbeiter berichteten aus dem Katastrophengebiet. Wir kontaktierten diese Mitarbeiter einige Monate nach ihrem Einsatz. Insgesamt 61 deutschsprachige Journalisten, Fotojournalisten und Producer aus Deutschland, Österreich und der Schweiz nahmen an einer internetbasierten Befragung teil. Erhoben wurde das Ausmaß, in dem sie traumatischen Ereignissen ausgesetzt waren, die Rahmenbedingungen des Einsatzes, soziale Faktoren, sowie die depressive und posttraumatische Symptomatik acht Monate nach der Katastrophe.

Trotz einer hohen traumatischen Exposition war die allgemeine Symptombelastung acht Monate nach dem Einsatz im Tsunami-Gebiet eher gering. Nur bei 6,6 Prozent der Stichprobe lagen Hinweise auf die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung vor. Die Studienteilnehmer gaben an, häufiger mit Partner, Familie und Freunden über ihre Erlebnisse gesprochen zu haben als mit Vorgesetzten und Kollegen, und von diesen mehr soziale Unterstützung erhalten zu haben. In Bezug auf Zusammenhänge zwischen sozialen Faktoren und Symptombelastung scheinen die Vorgesetzten eine besondere Stellung einzunehmen: War die soziale Unterstützung speziell durch die Vorgesetzten gering, zeigten sie negative Reaktionen oder ein geringes Ausmaß an Anerkennung, so wiesen die Studienteilnehmer eine größere allgemeinen Symptombelastung auf. Gleiches galt für Personen, die während des Einsatzes keine Unterstützung durch Kollegen erfahren hatten (z.B. weil sie alleine unterwegs waren). Die zusätzli-

chen Implikationen für die Medienpraxis werden diskutiert.

Littleton - Erfurt - Beslan: Extremereignisse zwischen Mediensation und Opferhilfe

R. Braun; Ilmenau

Vorgestellt werden die Ergebnisse eines Seminars, das primär dazu diente, Studierenden der Medien- und Kommunikationswissenschaften für die Erfordernisse der Notfallpsychotherapie und Akutinterventionen zu sensibilisieren.

Die Studierenden befassten sich anhand internationaler Beispiele (Littleton 1999 / Erfurt 2002 / Beslan 2004) mit der medialen Berichterstattung über Extremereignisse wie z.B. Schulmassaker. Dabei wurde ein in den Kommunikationswissenschaften oft vernachlässigter Aspekt hervorgehoben: Nämlich die psychologische Hilfe für die traumatisierten Opfer und ihre Angehörigen. Die Opferhilfe steht in enger Wechselwirkung mit der Öffentlichkeitsarbeit und der medialen Berichterstattung. Nicht selten wird den Opfern durch unprofessionelle und unethische Medienberichterstattung psychisch noch weiter geschadet. Dem ist durch eine entsprechende Sensibilisierung und Professionalisierung entgegen zu wirken.

Neben theoretischen Modellen und Reflexionen konnten im Rahmen des Seminars auch zahlreiche eigene Erfahrungen und Medienauftritte aus der Arbeit als Notfallpsychologin nach dem Massaker am Erfurt Gutenberg-Gymnasium eingebracht werden.

Darüber hinaus wurde mit den Studierenden ein Planspiel durchgeführt. Sie nahmen aktiv die Rolle eines Krisenstabes ein, der die Kommunikation über ein Extremereignis zu organisieren hat - und dabei eben auch die psychologischen Dimensionen und die Opferhilfe professionell im Blick behalten sollte.

In der Auswertungsphase des Seminars wurden dann von den Studierenden erste Mindeststandards im Umgang mit Opfern für an Großschadensereignisse beteiligte Medienvertreter erarbeitet.

- Dr. Tine Adler**, innot, Ludwig-Maximilians-Universität München, Dachauer Straße 37, 80335 München, adler@innot.net
- Britta Balliel**, Klinische Psychologie am Zentrum für Psychiatrie, Universität Konstanz, Feursteinstr. 55, Haus 22, 78479 Reichenau-Lindenbühl, Britta.Balliel@uni-konstanz.de
- Dr. med. Olaf Bär**, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, Domagkstr. 22, 48147 Münster, baerolaf@mednet.uni-muenster.de
- Klaus Barre**, Lesserstr. 180, 22049 Hamburg, klausbarre@bundeswehr.org
- Dr. Thomas Beblo**, Klinik für Psychiatrie, Evangel. Krankenhaus Bielefeld, Remterweg 69-71, 33617 Bielefeld, Thomas.Beblo@evkb.de
- Dr. Hendrik Berth**, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden, berth@inhaltsanalyse.de
- Dr. med. Karl-Heinz Biesold**, Lesserstr. 180, 22049 Hamburg, karlheinzbiesold@bundeswehr.org
- Dr. phil. Richard Braun**, Institut für Medien- und Kommunikationswissenschaften, TU Ilmenau, Goethestr. 2, 99867 Gotha, Dr.Braun@drbub.de
- Prof. Dr. Willi Butollo**, Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität München, Leopoldstrasse 13, 80802 München, willi@butollo.de
- Dr. Claudia Catani**, Klinische Psychologie, Universität Konstanz, Feursteinstr.55, Haus 22, 78479 Reichenau-Lindenbühl, claudia.catani@uni-konstanz.de
- Dipl.-Psych. Judith Daniels**, Physiologische Psychologie, Universität Bielefeld, Bielsteinstr. 12, 33604 Bielefeld, judith.daniels@uni-bielefeld.de
- Dr. med. Cornelia Dehner-Rau**, Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin, Evangel. Krankenhaus Bielefeld, Graf-von-Galen-Str. 58, 33619 Bielefeld
- M.A. Sabine Diehl**, Psychosomatische Klinik Bad Dürkheim, Kurbrunnenstraße 12, 67098 Bad Dürkheim, sabine.diehl@gmx.de
- Dr. Thomas Ehring**, Abteilung für Psychologie, Universität Bielefeld, Universitätsstr. 25, 33615 Bielefeld, thomas.ehring@uni-bielefeld.de
- Roswitha Ewald**, Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin, Evangel. Krankenhaus Bielefeld, Graf-von-Galen-Str. 58, 33619 Bielefeld
- Dipl.-Psych. Mathias Fauth**, Vital-Kliniken GmbH, Klinik Buchenholm, Plöner Str. 20, 23714 Bad Malente, matthias.fauth@vital-kliniken.de
- Dr. Simon Forstmeier**, Psychologisches Institut, Psychopathologie, Universität Zürich, Scheuchzerstr. 21, CH-8006 Zürich, s.forstmeier@psychologie.unizh.ch
- PD Dr. med. Ursula Gast**, Klinik für psychotherapeutische und psychosomatische Medizin, Evangel. Krankenhaus Bielefeld, Graf-von-Galen-Str. 58, 33619 Bielefeld, ursula.gast@evkb.de
- Dipl.-Psych. Silke Gotthardt**, Klinische Psychologie, Universität Konstanz, PO Box D 25, 78457 Konstanz, Silke.Gotthardt@uni-konstanz.de
- Dipl.-Psych. Michaela Huber**, Söseweg 26, 37081 Göttingen, huber_michaela@t-online.de
- Dr. Stefan Jacobs**, Insitut für Psychologie, Klinische Psychologie, Universität Göttingen, Gosslerstr.14, 37073 Göttingen, sjacobs@uni-goettingen.de
- PD Dr. rer. nat. Burkard Jäger**, Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, jaeger.burkard@mh-hannover.de
- Dipl.-Psych. Lena Jelinek**, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistrasse 52, 20246 Hamburg, l.jelinek@uke.uni-hamburg.de
- Dipl.-Psych. Rolf Keller**, Psychosomatische Klinik Berus, Orannastr. 55, 66802 Überherrn-Berus, rkeller@ahg.de

Adressen der Referenten

PD Dr. med. Anette Kersting, Universitätsklinikum für Psychiatrie, Universität Münster, Albert-Schweitzer-Str. 11, 48149 Münster, Anette.Kersting@ukmuenster.de

Dr. Christine Knaevelsrud, Berliner Zentrum für Folteropfer, Turmstr. 21, 10559 Berlin, c.knaevelsrud@bzfo.de

Sandra Köhler, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Hamburg, Martinistr. 52, 20246 Hamburg

PD Dr. med. Martin Konitzer, Abteilung Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Ferdinand-Wallbrecht-Str. 6-8, 30163 Hannover

Dr. Klaus Krippner, Wiesenstr. 19, 58452 Witten, klaus_krippner@web.de

Dipl.- Psych. Marion Krüsmann, Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität München, Leopoldstrasse 13, 80802 München, marion.kruesmann@t-online.de

Prof. Dr. Hans-Werner Künsebeck, Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, kuensebeck.hans-werner@mh-hannover.de

Dr. med. Mechthilde Kütemeyer, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universität Köln, Am Kempishof 17, 50354 Hürth, kuete@arcor.de

Dr. Simone Lang, Institut für Neuropsychologie und Klinische Psychologie, Universität Heidelberg, J5, 68159 Mannheim, lang@zi-mannheim.de

Liv Langer, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, liv.langer@gmx.net

Dr. med. Magdalena Lappas, Psychosomatische Klinik Berus, Orannastr. 55, 66802 Überherrn-Berus

Dr. med. Sonja Laure, Universitätsklinik für Psychiatrie, Universität Graz, Auenbruggerplatz 31, A-8036 Graz, sonja.laure@klinikum-graz.at

Dipl.-Psych. Nicole Leißner, Sektion Gesundheitspsychologie, Universität Ulm, Am Hochsträß, 89081 Ulm, nicole.leissner@uni-ulm.de

Alexandra Liedl, Behandlungszentrum für Folteropfer, Turmstrasse 21, 10559 Berlin, a.liedl@bzfo.de

Dr. Gottfried Lobeck, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Städtisches Krankenhaus Dresden, Heinrich-Cotta-Straße 12, 01324 Dresden, Gottfried.Lobeck@khdn.de

Dr. Markos Maragos, Department Psychologie, Ludwig-Maximilians-Universität München, Leopoldstr. 13, 80802 München, maragos@psy.uni-muenchen.de

Dr. Hans Menning, Psychologisches Institut, Lehrstuhl Psychopathologie, Universität Zürich, Scheuchzerstr. 21, CH-8006 Zürich, h.menning@psychologie.unizh.ch

Dr. Robert Mestel, Klinik für Psychosomatische Medizin Bad Grönenbach, Sebastian Kneipp Allee 3 A, 87730 Bad Grönenbach, mestel@kliniken-groenenbach.de

Dr. med. et phil. Andrea Moldzio, Behandlungseinheit für Frauen, Klinikum Nord Hamburg Ochsenzoll, Langenhorner Chaussee 560, 22419 Hamburg, AMoldzio@aol.com

Ilona Müller, Medizinische Fakultät, TU-Dresden, Malerstr. 31, Haus 1, 01326 Dresden, ilona.mueller@mailbox.tu-dresden.de

lic. phil Gabriela Nietlisbach, Psychologisches Institut/Psychopathologie, Universität Zürich, Scheuchzerstrasse 21, CH-8006 Zürich, g.nietlisbach@psychologie.unizh.ch

Dr. med. Jochen Peichl, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Klinikum Nürnberg, Prof.-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg, peichl@klinikum-nuernberg.de

Dr. phil. Christian Pross, Clara-Zetkin-Str. 8, 14471 Potsdam, c.pross@bzfo.de

Barbara Reitemeier, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, breitemeier@web.de

Dr. Frauke Rodewald, Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, rodewald.frauke@mh-hannover.de

- Prof. Dr. Rita Rosner**, Department Psychologie, Ludwig-Maximilians-Universität München, Leopoldstr. 13, 80802 München, rosner@psy.uni-muenchen.de
- Martina Ruf**, Psychologische Forschungs- und Modellambulanz für Flüchtlinge, Universität Konstanz, Feursteinstraße 55, 78479 Reichenau-Lindenbühl, Martina.Ruf@uni-konstanz.de
- Dr. med. Ingo Schäfer**, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätskrankenhaus Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, i.schaefer@uke.uni-hamburg.de
- Dr. Maggie Schauer**, Psychologische Forschungs- und Modellambulanz für Flüchtlinge, Universität Konstanz, Feursteinstr. 55, 78479 Reichenau-Lindenbühl, Margarete.Schauer@uni-konstanz.de
- Dipl.-Psych. Monika Schmelzer**, Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität-München, Leopoldstrasse 13, 80802 München, schmelzer@psy.uni-muenchen.de
- Prof. Dr. Dr. Wolfgang Schneider**, Psychosomatik und Psychotherapie, Universität Rostock, ,,,
- Dr. Dipl.-Psych Albrecht Schumacher**, Rehabilitationsklinik für Verhaltensmedizin und Psychosomatik, Fachklinik Waren/Müritz , Auf dem Nesselberg 5, 17192 Waren/Müritz, aschumac@ahg.de
- Dipl.-Psych. Nils Schütte**, Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Münster, Domagkstraße 22, 48149 Münster, Nils.Schuette@ukmuenster.de
- PD Dr. med. Carsten Spitzer**, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald am Klinikum der Hansestadt Stralsund, Rostocker Chaussee 70, 18437 Stralsund, spitzer@mail.uni-greifswald.de
- Dipl.-Psych. Nadine Stammel**, Turmstr. 21, 10559 Berlin, n.stammel@bzfo.de
- Dr. rer. medic. Dipl.-Psych. Sefik Tagay**, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universität Essen, Virchowstr. 174, 45147 Essen, sefik.tagay@uni-essen.de
- Dipl.-Psych. Birgit Wagner**, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Trier, Tarforst, 54286 Trier, bwagner@interapy.nl
- Dipl.-Psych. Anke Weidmann**, Institut für Psychologie, Humboldt-Universität Berlin, Rudower Chaussee 18, 12489 Berlin, anke.weidmann@psychologie.hu-berlin.de
- Dr. med. Claudia Wilhelm-Gößling**, Abteilung Klinische Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, wilhelm-goessling.claudia@mh-hannover.de
- Dr. Katja Wingenfeld**, Klinik für Psychiatrie, Evangel. Krankenhaus Bielefeld, Remterweg 69-71, 33617 Bielefeld katja.wingenfeld@evkb.de
- PD Dr. med. Wolfgang Wöller**, Rhein-Klinik, Luisenstr. 3, 53604 Bad Honnef, wolfgang.woeller@johanneswerk.de
- Hella Wulff**, Klinik für Psychiatrie, Evangel. Krankenhaus Bielefeld, Remterweg 69-71, 33617 Bielefeld, Hella.Wulff@evkb.de
- lic. phil. Daniel Zehnder**, Psychosomatik und Psychiatrie, Universitäts-Kinderspital Zürich, Steinwiesstrasse 75, CH-8032 Zürich, daniel.zehnder@kispi.unizh.ch

