

» Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung

Ruth Ebbinghaus, M. Bauer, S. Priebe
Abteilung für Sozialpsychiatrie, Freie Universität Berlin

Zusammenfassung. Die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) ist zunehmend Gegenstand empirischer Forschung. Über die Behandlungsmöglichkeiten gibt es bisher jedoch wenig gesichertes Wissen. In dieser Übersicht werden allgemeine Therapierichtlinien und Gemeinsamkeiten verschiedener psychotherapeutischer Verfahren sowie die Ansätze der verhaltenstherapeutischen, kognitiven, psychodynamischen Methoden und der Hypnotherapie dargestellt. Kontrollierte Studien zeigen für die Verhaltenstherapie gute Ergebnisse in der Reduktion der intrusiven PTSD-Symptome, die Effektivität der psychodynamischen Therapie wurde in einer Studie für die typischen Vermeidungssymptome belegt. Ansätze von Familien- und Gruppentherapie werden beschrieben, ihre Effektivität wurde bisher aber nicht empirisch geprüft. Die Bedeutung integrativer Konzepte und Modelle sowie besondere Richtlinien in der Behandlung von Opfern politischer Verfolgung werden zusammenfassend erläutert. In der Pharmakotherapie belegen Untersuchungen positive Effekte auf partielle PTSD-Symptome, insbesondere für die SSRI-Antidepressiva. Insgesamt kann die Pharmakotherapie eine sinnvolle Ergänzung zur Psychotherapie darstellen. Verbindliche Richtlinien für die Behandlung der PTSD lassen sich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht aufstellen.

Treatment of Posttraumatic Stress Disorder – A Review. PTSD is a frequent subject of empirical psychiatric research. There is, however, little knowledge about the efficacy of treatment methods. In this review, general therapeutic guidelines and common components of different psychotherapies are described. Approaches of behaviour, cognitive, psychodynamic and hypnotherapy are outlined. Controlled studies show the reduction of intrusive PTSD-symptoms in behaviour therapy. Effects of psychodynamic therapy on avoidance symptoms have been demonstrated in one study. Family and group therapy are described, their efficacy has not been empirically tested yet. The need to integrate different concepts and models is emphasized. Special guidelines in the treatment of victims of political persecution are summarized. In pharmacotherapy positive effects on partial PTSD-symptoms has been shown in particular for SSRI-antidepressants. Pharmacotherapy may be a useful addition to psychotherapy. Fixed guidelines for the treatment of PTSD can not be set up yet.

Einleitung

Unter dem Eindruck gehäufte psychischer Störungen bei ehemaligen Vietnam-Soldaten wurde 1980 die „posttraumatische Belastungsstörung“ (PTSD) als eigene diagnostische Kategorie im amerikanischen Klassifikationssystem DSM-III aufgenommen. Im DSM-III und in den neueren Versionen DSM-III-R und DSM-IV sowie im ICD-10 ist PTSD den Angststörungen zugeordnet und durch folgende Symptome charakterisiert: das ungewollte Wiedererleben und Erinnern eines traumatischen Ereignisses in Träumen und Gedanken (intrusive Symptome), die Vermeidung von Situationen, die an das Ereignis erinnern, und eine Einschränkung der emotionalen Reagibilität (Vermeidungssymptome) sowie anhaltende Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus wie Schlafstörungen, Reizbarkeit oder Schreckreaktionen. PTSD kann sowohl nach traumatischen Einzelereignissen wie Verkehrsunfällen, Vergewaltigung und Naturkatastrophen, als auch nach anhaltenden Belastungssituationen wie Krieg, Folter, politischer Verfolgung und Haft auftreten. Die Einführung der Diagnose führte weltweit zu einer Stimulierung empirischer Forschung. Symptomatik und Bedingungsfaktoren der Erkrankung sind inzwischen genauer erfaßt. Nach Norris (1992) und Breslau (1991) wurde die Häufigkeit von PTSD lange Zeit unterschätzt. Ihre Studien ergaben eine Prävalenz der Erkrankung von 1–9% in der Allgemeinbevölkerung. Die Notwendigkeit, für diese Patienten effektive therapeutische Methoden zu entwickeln, wird u.a. durch eine signifikant höhere Selbstmord- und Unfallrate im Vergleich zur Normalbevölkerung unterstrichen (Hearst et al., 1986; Bullman u. Kang, 1994). Die Möglichkeit zu einer erfolgreichen Behandlung wird zunächst dadurch erschwert, daß viele Betroffene aufgrund von Schuld- und Schamgefühlen keine professionelle Hilfe aufsuchen oder den Fragen über das traumatische Ereignis ausweichen, zudem wird ein Zusammenhang zwischen traumatischem Erleben und gegenwärtigen psychischen Störungen häufig weder von den Betroffenen selbst noch von ihren Behandlern erkannt. Wenn es zu einer Behandlung kommt, so ist die Abbruchrate relativ groß und erhöht sich mit dem Abstand zum traumatischen Ereignis. In einer Untersuchung von Burnstein (1986) betrug sie 12% bei einem Abstand von 12 Wochen und 82% bei einem Abstand von 40 Wochen zum Trauma. Eine therapeutische Intervention sollte demnach möglichst früh erfolgen.

Welche Methode ist nun zur Therapie der PTSD indiziert, und welches gesicherte Wissen liegt über die Behandlungsmöglichkeiten vor? Zur Beantwortung dieser Fragen haben wir die vorliegende Übersicht zusammengestellt. In einer Literaturrecherche konnten ca. 260 meist englischsprachige Berichte

über die Behandlung der PTSD identifiziert werden. 95% davon sind deskriptiv, als offene Studien konzipiert und mit Fallbeispielen oder systematischen Tests belegt. Lediglich elf Arbeiten erfüllen die Bedingungen von kontrollierten klinischen Studien, weitere enthalten Literaturübersichten über die Behandlung (Motta, 1993; Solomon, 1992; Fairbank, 1987; Choy, 1992; McFarlane, 1989; Drefsing u. Berger, 1991).

Allgemeine Behandlungsrichtlinien

Als gemeinsames Ziel in der Behandlung der PTSD nennen viele Autoren übereinstimmend die Konfrontation mit den Traumaereignissen und die Integration dieser Erfahrungen in die persönliche Entwicklung und Weltanschauung des Betroffenen. Das Leiden der Opfer sollte nicht rein individuell, sondern im gesellschaftlichen Kontext betrachtet werden. Als Voraussetzung für eine effektive Behandlung wird eine vertrauensvolle Therapeut-Patient-Beziehung betont. Der Therapeut sollte auf die Bedürfnisse des Patienten eingehen, seine Bewältigungsmöglichkeiten beachten und Rücksicht auf die Schwere der Symptomatik nehmen. Eine eher aktive und empathische Haltung des Therapeuten sowie die Behandlung in einer sicheren und vertrauensvollen Umgebung wird allgemein empfohlen. Es sei wichtig, die Rollen und Normen der Therapie zu erklären und den Patienten in die Behandlungsplanung einzubeziehen. Häufig wird die Notwendigkeit großer Flexibilität des Therapeuten im Gebrauch verschiedener Therapietechniken hervorgehoben. Schwartz u. Prout (1991) und Ochberg (1995) nennen fünf wichtige Phasen in der Therapie der PTSD, die unabhängig von der angewandten Methode zu beachten seien. Zu Beginn soll durch stützende Interventionen die Hauptsymptomatik des Betroffenen gelindert und Informationen über die PTSD vermittelt und erklärt werden. Im weiteren wird die Normalität der Reaktion auf das Trauma hervorgehoben und eine vorsichtige Konfrontation mit dem Traumaereignis angestrebt. Ziel ist hierbei das Vermeidungsverhalten des Klienten zu reduzieren und gemeinsam Lösungen für neues Verhalten zu finden. Das häufig gestörte Selbstbild des Opfers soll sich im therapeutischen Prozeß von der Rolle des passiven Opfers zum aktiven Überlebenden wandeln, und es soll wieder mehr Selbstvertrauen in die eigene Person und die eigenen Fähigkeiten erlangt werden. Am Ende der Therapie steht das Ziel, das Trauma in das Selbstkonzept des Betroffenen zu integrieren und die dissoziativen Anteile der Erkrankung zu reduzieren.

In der Behandlung der PTSD sind nach McFarlane (1988) und Green et al. (1990) auch die in Studien belegten oder durch klinische Erfahrungen begründeten prognostischen Kriterien zu berücksichtigen. Eine bessere Prognose zeigten nach diesen Autoren Patienten mit stabiler Persönlichkeit, ohne zusätzliche psychische Erkrankungen, ohne erbliche Belastung mit psychischen Erkrankungen, mit niedrigem Schweregrad des Traumas, mit kurzer Traumadauer und mit guten sozialen Bindungen. Die akute posttraumatische Störung habe ebenfalls eine bessere Prognose als die späte oder chronische, da die Persönlichkeit des Betroffenen noch relativ intakt ist und keine langandauernden Veränderungen ausgebildet wurden (McFarlane, 1988).

Psychotherapie

Die posttraumatische Belastungsstörung kann sich in verschiedenen physiologischen und psychischen Funktionsbereichen zeigen und auswirken. Diesen Bereichen entsprechend wurden theoretische Modelle entwickelt, auf denen die unterschiedlichen psychotherapeutischen Behandlungsformen basieren.

Verhaltenstherapie und kognitive Therapie

Einige Untersucher (Keane et al., 1985; Kilpatrick et al., 1985) haben ein verhaltenstheoretisches Modell für die Ätiologie und Behandlung der PTSD entwickelt. Basierend auf Mowrers (1960) Zwei-Faktoren-Lerntheorie wird hier die Bedeutung von klassischer und instrumenteller Konditionierung in der Entwicklung der PTSD-Symptomatik hervorgehoben. Vorerst neutrale Reize könnten durch zufälliges, gleichzeitiges Auftreten mit den Reizen des Traumas und später auch unabhängig von diesen zu gleichen Angstreaktionen führen. Um eine Angstreduktion zu erzielen, können verschiedene Strategien entwickelt werden, beispielsweise ein Vermeiden des angstauslösenden Reizes. Die erlebte Angstreduktion erhielte dann das vermeidende Verhalten aufrecht.

In der Literatur werden zwei Hauptansätze der aus lerntheoretischen Annahmen entwickelten Interventionen beschrieben (Fairbank u. Nicholson, 1987). Der erste Ansatz basiert auf Expositionstechniken, der zweite Ansatz ist eine Variation von Streßverarbeitungsmethoden. Die häufigsten angewandten Techniken sind die systematische Desensibilisierung mit stufenweiser hierarchisch gegliederter Darbietung von angstauslösenden Reizen (Schindler, 1980), Reizüberflutung durch In-vivo-Darbietung von Reizen, die mit dem Trauma assoziiert werden (Johnson et al., 1982), Reizüberflutung in der Vorstellung (Fairbank et al., 1983; Fairbank u. Keane, 1982; Keane et al., 1989; Cooper u. Clum, 1989; Boudewyns u. Shipley, 1983), Streßverarbeitungstraining (Fairbank et al., 1983; Fairbank u. Keane, 1982; Keane u. Kaloupek, 1982), Ärgerkontrolltraining (Keane et al., 1985) und Ablenkungstraining (Johnson et al., 1982).

Die am besten untersuchte kognitive Methode wurde von Kilpatrick et al. (1982) entwickelt und wird als SIT bezeichnet (stress inoculation training). Sie stellt eine Kombination verschiedener Techniken dar: Muskelrelaxation (Bernstein und Barkovec, 1973; Jacobson, 1938), Gedankenstoppen (Olasov u. Foa in Saigh, Wolpe 1973), Atemkontrolle (Clarke et al., 1985), Kommunikationstraining (Becker et al., 1987), geleitete Selbstdialoge, kognitives Neukonstruieren und Streßvorbeugungstraining (Meichenbaum, 1974).

In Tab. 1 sind sechs kontrollierte Studien (Solomon, S.D. et al., 1992) aufgeführt, zwei beschreiben die Anwendung der systematischen Desensibilisierung (Peniston, 1986; Brom et al., 1989) und vier Reizüberflutungstechniken (Keane et al., 1989; Cooper u. Clum, 1989; Boudewyns u. Heyer, 1990; Foa et al., 1991). Alle Studien zeigen die Effektivität der Reizüberflutung und der Desensibilisierung in der Reduktion von intrusiven (aufdrängendes Erinnern, Erleben) Symptomen mit anhaltendem Erfolg auch in den Nachuntersuchungen, dagegen war die Wirkung auf Symptome wie Gefühllosigkeit und Vermeidung gering.

Tab. 1 Ergebnisse der kontrollierten Psychotherapiestudien.

Autoren	Patienten	Behandlungszeit/Dauer	zusätzliche Therapie	Ergebnis
1986 Peniston	16 Vietnam-Kriegsveteranen	Relaxation und biofeedback-unterstützte Desensibilisierung 48 Sitzungen 4 Monate	teilweise Tranquilizer und sonstige Medikation	Reduktion intrusiver Symptome keine stationäre Wiederaufnahme in der Desensibilisierungsgruppe – 5 stationäre Krankenhausbehandlungen in der Kontrollgruppe
1989/ Keane et al.	24 Vietnam-Veteranen	Relaxation und Überflutungstherapie 14 Sitzungen	teilweise anxiolytische und andere Psychopharmaka	nach 6 Monaten Reduktion von Depression, Angst, intrusiven Symptomen; keine Änderung in der Wartelistengruppe
1989/ Cooper u. Clum	26 Vietnam-Kriegsveteranen	Überflutungstherapie 6–14 Sitzungen	teilweise Psychopharmaka alle erhielten wöchentlich Gruppen- und Individualtherapie	Reduktion der intrusiven Symptome; nach 3 Monaten Reduktion von Schlafstörungen und psychotischen Symptomen; keine Besserungen in der Kontrollgruppe; keine Änderung der depressiven Symptome in beiden Gruppen
1990/ Boudewyns u. Hyer	51 männl. Vietnam-Kriegsveteranen	DTE = direkte therapeutische Exposition 10–12 Sitzungen	Gruppentherapie und stützendes Milieu	keine Unterschiede in beiden Gruppen in der Symptomatik direkt nach der Behandlung; nach 3 Monaten DTE-Gruppe verbessert sich mehr auf der Veterans Adjustment Scale als die Kontrollgruppe
1991 Foa et al.	66 weibl. Vergewaltigungsopfer	SIT = Streßvermeidungstraining; Überflutungstherapie (PE); Beratungstherapie 9 Sitzungen 4–5 Wochen	keine	direkt nach Behandlung bei SIT stärkste Reduktion der PTSD-Symptome; Angst und Depression nahmen in allen Behandlungsgruppen ab; nach 3,5 Monaten PE besser als SIT und Beratungstherapie in allen Symptomkreisen
1989/ Brom et al.	112 Erwachsene verschiedene Traumata	mittl. Anzahl d. Sitzungen: psychodynamische Therapie 18 Hypnotherapie 14 Desensibilisierung 15	keine	Reduktion in Impact of Event Skala in allen 3 Gruppen im Vergleich zur Kontrollgruppe; psychodynamische Therapie effektiver in Reduktion von Vermeidungsverhalten; Desensibilisierung und Hypnotherapie effektiver in Reduktion der intrusiven Symptome

Bei der Anwendung von flooding sei zu berücksichtigen, so Pitman et al. (1991) und Cooper u. Clum (1989), daß diese Technik bei PTSD-Patienten mit zusätzlichen Erkrankungen, insbesondere Depressionen, Alkoholabusus und Panikstörungen, zur Exazerbation oder Verschlechterung dieser Symptomatik führen könne. Die Autoren schließen daraus, daß zusätzliche Therapien mit direktem Zugang zu diesen Bereichen angewandt werden müssen.

Die einzige kontrollierte Studie der kognitiven Therapie wurde von Foa et al. (1991) durchgeführt (Tab. 1). Die Autoren meinen, SIT erweise sich als effektiver im Vergleich zu allen anderen angewandten Methoden in der Reduktion von PTSD-Symptomen einschließlich Angst und Depression nur direkt nach der Therapie, jedoch nicht nach 3 1/2 Monaten in der Nach-

tersuchung, da die gelernten Bewältigungstechniken von den Patienten nicht weiter angewandt würden.

Eine nichttraditionelle und kontrovers diskutierte Behandlung für die PTSD ist die "eye movement desensitization" von Shapiro (1991). Herbert u. Mueser (1992) äußern sich kritisch über die Effektivität dieser Methode und konnten in ihrer systematischen Untersuchung nur geringe Behandlungserfolge feststellen. Eine vergleichende Studie von Metter u. Michelson (1993) ergab keine signifikante Besserung der PTSD-Symptomatik durch "eye movement desensitization" gegenüber einer Kontrollgruppe. Einzelne Fallberichte mit hoffnungsvollen Erfolgsmeldungen über die Anwendung dieser Therapie sollten vor diesem Hintergrund vorsichtig bewertet werden.

Psychodynamische Therapie und Hypnotherapie

Das psychodynamische Konzept von Horowitz (1974) beinhaltet, daß ein traumatisches Ereignis eine Erregungsüberladung bzw. Informationsüberladung für das Individuum darstellt. Der Versuch des „Ich“, ein neues Gleichgewicht (Homöostase) herzustellen, habe zur Folge, daß die überschüssige Energie oder Information gebunden, entladen oder abregiert wird. Der Betroffene sei damit konfrontiert, das erlebte Trauma und die damit assoziierten Gefühle mit seinem früheren Selbst- und Weltkonzept in Einklang zu bringen. Wenn der Versuch scheitert, die Diskrepanz zwischen vorhandenen internen und erlebten externen Informationen auszugleichen, äußere sich dies pathologisch in Verleugnungstendenzen oder übersteigertem Kontrollverhalten. So entstünden die typischen PTSD-Symptome des ständigen Wiedererinnerns und -erlebens und der Vermeidung (Horowitz u. Kaltreider, 1980; Horowitz, 1986; Schwartz, 1990; Widom, 1989).

In der Hypnotherapie fand man bei der Untersuchung von Vietnamveteranen mit starken PTSD-Symptomen eine signifikant höhere Hypnotisierbarkeit und Vorstellungskraft als bei Veteranen mit geringer oder keiner PTSD-Symptomatik (Stutmann u. Bliss, 1995; Spiegel et al., 1988).

Als Ziel der psychodynamischen und auch der Hypnotherapie wird, meist durch aufdeckende Verfahren, die Integration des traumatischen Ereignisses gesehen. Die Therapiemethoden sollten je nach Phase der PTSD (Horowitz u. Kaltreider, 1980), dem jeweiligen Stand der Therapie (Brende u. McCann, 1984) und der Persönlichkeit des Betroffenen variieren (Horowitz, 1974). Ein Aufdecken des Traumas sei nur in Abhängigkeit vom Motivationsgrad, dem erhaltenen Selbstbild und der Schwere der Symptomatik des Patienten möglich (Horowitz, Marmar et al., 1984). Horowitz (1973; 1974) hat die verschiedenen Therapietechniken entsprechend den Phasen der PTSD aufgezeigt. Im Stadium von ständiger Wiedererinnerung und -erleben sollten vorrangig stützende, nicht aufdeckende Interventionen angewandt werden (Tagesstrukturierung, edukative Maßnahmen, Medikation), um die belastenden Affekte und repressiven Symptome zu lindern. Dagegen seien in einer Phase von starker Verleugnung aufdeckende Methoden angebracht, um Kontrolle zu reduzieren (z.B. durch Interpretation der Widerstände, Hypnose, Gebrauch der Vorstellungskraft) und eine Abreaktion und Katharsis zu ermöglichen. Brende u. McCann (1984) betonen die sinnvolle Anwendung von stützenden Techniken zu Beginn einer Therapie, eine Interpretation des Traumas sei dagegen erst im späteren Stadium der Therapie möglich.

Zwei unkontrollierte Studien über die Effektivität von psychodynamischer Therapie wurden von Horowitz et al. (1984) und Lindy et al. (1983) vorgestellt. Die Ergebnisse vor und nach der Behandlung ergeben nach Meinung der Autoren, daß aufdeckende Therapiemethoden geeignet sind für Patienten mit guter Motivation und stabilem Selbstbild, stützende Therapie dagegen effektiver sei für Patienten mit niedriger Motivation und gestörtem Selbstbild. Auch wenn diese Studien einen wichtigen Schritt in der Evaluation der psychodynamischen Therapie darstellen, sind ihre Ergebnisse durch das Fehlen einer Kontrollgruppe und durch die Heterogenität der gewählten Probanden limitiert.

Die einzige kontrollierte klinische Studie (Tab. 1) wurde von Brom et al. (1989) vorgestellt. Die psychodynamische Therapie erwies sich als effektiv in der Reduktion der Vermeidungssymptome, weniger effektiv in der Reduktion der intrusiven Symptome. Hypnotherapie und Desensibilisierung zeigten dagegen gute Erfolge in der Reduktion der intrusiven und wenig Effekte auf die Vermeidungssymptome.

Besonderheiten der Therapie von politisch Verfolgten, Folteropfern, Gefangenen, Flüchtlingen

Die jüngsten historischen Entwicklungen in Deutschland konfrontieren Behandler und Gutachter zunehmend mit den psychischen Folgen politischer Inhaftierung in der ehemaligen DDR. Eine Arbeitsgruppe der Abteilung für Sozialpsychiatrie der FU Berlin beschäftigt sich deshalb seit 4 Jahren wissenschaftlich mit dieser Problematik und unterhält ein Projekt zur indirekten Hilfe für die Betroffenen. Peters (1987, 1991) weist auf die dringend notwendige Aufmerksamkeit in Helferkreisen gegenüber den Opfern hin und diskutiert Fragen zur Begutachtung und Behandlung. Bauer u. Priebe (1995) stellen Richtlinien zur Begutachtung auf. Durch weltweit zunehmende Nationalitätenkonflikte und Religionskriege nimmt der Behandlungsbedarf traumatisierter politischer Flüchtlinge aus verschiedenen Ländern ebenfalls ständig zu. Im folgenden Kapitel soll deshalb auf die Besonderheiten in der Therapie dieser Betroffenenengruppen eingegangen werden.

Einige Autoren haben sich intensiv mit der Therapie von Opfern politischer Verfolgung und Flüchtlingen auseinandergesetzt und auf die folgenden Probleme und Besonderheiten in der Behandlung hingewiesen (Allodi, 1991; Solve et al., 1991; Morris et al., 1992; Boehnlein, 1985; Kinzie et al., 1984). Da viele ehemals politisch verfolgte und Gefangene negative Erfahrungen mit professionellen Helfern gemacht hätten (Kollaborateure und Helfer der Machthabenden) können das Krankenhausmilieu, Injektionen oder bestimmte Geräte wie EEG oder EKG Erinnerungen an Traumaerfahrungen wecken. Neben den bereits angeführten allgemeinen Richtlinien werden von diesen Autoren die Berücksichtigung der sprachlichen Probleme, des kulturellen und religiösen Hintergrundes des Betroffenen, der aktuellen politischen und sozialen Lage des Herkunftslandes, der Ideologie des Patienten sowie seiner Schuldgefühle und Isolierung mit möglichem Identitätsverlust für die Therapie hervorgehoben. Die Familie des Opfers sollte in die Behandlung einbezogen werden, da auch sie häufig direkt betroffen wurde und die sozialen Schwierigkeiten durch praktische Hilfe und Vermittlung bei zuständigen Stellen vermindert werden. Nonverbale Therapietechniken wie Kunst- und Körpertherapie werden als eine wichtige Ergänzung in der Behandlung genannt.

Zur Therapie von Folteropfern, Flüchtlingen und politisch Inhaftierten gibt es zwischen den psychodynamisch orientierten Therapeuten unterschiedliche Meinungen über die Notwendigkeit, das Trauma aufzudecken. Ortman et al. (1987) und Somnier u. Genefke (1986) betonen, daß ohne völlige Aufdeckung des Traumas keine effektive Therapie zustande käme. Eine häufig angewandte aufdeckende Technik, "Testimony", soll deshalb im folgenden genauer beschrieben werden. Sie wurde nach langen Erfahrungen mit Folteropfern in Chile entwickelt. Die Opfer werden aufgefordert, ihre traumatischen Erfahrungen und die damit assoziierten Gefühle zu beschrei-

ben; darüber wird eine Tonbandaufzeichnung hergestellt und der Text gemeinsam oder vom Therapeuten allein transkribiert. Anhand des Dokumentes werden die Traumaerlebnisse durchgearbeitet. Die erfolgte kognitive und affektive Rekonstruktion der Ereignisse soll eine Katharsis ermöglichen (Cienfuegos u. Monelli, 1983; Lira, 1986; Becker, 1992). Als weniger erfolgreich wird diese Methode bei Opfern mit häufigen und langdauernden Traumatisierungen bzw. mit bereits vor dem Trauma bestehenden psychischen Erkrankungen erachtet. Auch wenn der aufdeckende Prozeß für viele Opfer hilfreich ist, sollte – so Kalucy (1988) – die Verarbeitungskapazität des Patienten berücksichtigt werden. Auch Horowitz (1986) warnt vor voreiligem Aufdecken und der Gefahr von aggressiven oder stark emotionalen Gefühlsausbrüchen der Betroffenen. In der Therapie sollte zwischen pathologischer Verdrängung des Traumas und berechtigtem Selbstschutz des Patienten unterschieden werden. Wie McFarlane (1989) ausführt, zeigte sich schon in der Therapie Holocaust-Überlebender, daß die Opfer oft nicht in der Lage waren, über ihre Erfahrungen zu berichten, durch supportive Therapie aber gute Besserungen erzielt werden konnten. Viele hätten gute Bewältigungsmechanismen entwickelt, die tragfähig genug für ihr weiteres Leben waren.

Guus van der Veer (1992) belegt mit Fallbeispielen sehr differenziert den Gebrauch psychotherapeutischer Techniken in der Behandlung von politischen Flüchtlingen. Er unterscheidet Behandlungsmethoden, die eher auf begrenzte, kurzfristige Ziele wie die Reduktion der Symptome und Erhaltung von Alltagsbewältigungskompetenzen und die mehr auf weniger begrenzte Ziele ausgerichtet sind. Bei letztgenannten sollten die Behandlungsmethoden die emotionale Erfahrung des Betroffenen korrigieren und durch Aufdeckung eine Integration des Traumas erreichen. Als dritte wichtige Therapiemethode nennt er die Krisenintervention als häufig erste therapeutische Maßnahme, die nach den üblichen Richtlinien erfolgt (Häfner, 1974). Diese reicht aber als alleinige Intervention nicht in jedem Fall aus, wie Solomon u. Bentenshity (1993) in ihrer Studie mit israelischen Frontsoldaten berichten, da sich ohne weitere Behandlung bei einer beträchtlichen Anzahl von Traumatisierten später chronische PTSD-Symptome entwickelten.

Familientherapie

Einige Untersucher haben sich intensiv mit der Problematik traumatisierter Familien auseinandergesetzt (Figley, 1988; Figley u. McCubbin, 1983; Peterson et al., 1991). Sie stellen heraus, daß Familien auf vier verschiedene Arten von traumatischen Ereignissen betroffen werden können: 1) durch ein gemeinsam erlittenes Trauma, z.B. eine Naturkatastrophe; 2) durch ein gemeinsames Trauma, wobei ein Familienmitglied stellvertretend für die anderen zum Opfer wird, z.B. Geiselnahme und Entführung; 3) durch eine sekundäre Traumatisierung, wenn ein traumatisiertes Familienmitglied durch seine psychischen Probleme ein anderes stark beeinträchtigt; 4) durch ein intrafamiliäres Trauma, wenn in der Familie selbst die Ursache des Traumas liegt, z.B. bei Kindesmißbrauch. Eine sekundäre Traumatisierung der Kinder entstehe auch, wenn der Traumatisierte eine feindselige Haltung gegen diese einnimmt und aggressive Emotionsausbrüche erfolgen (Rosenheck u. Nathan, 1985). In ihrer klinischen Arbeit mit traumatisierten Familien fanden die genannten Autoren Schlüsselpro-

bleme, welche besonders die gestörte Intimität und die Ausdrucksmöglichkeiten der Familie betrafen, wie verbale und physische Gewalt, Isolation, Rollenkonfusion, Triangulation, Verschweigen des eigentlichen Problems und eine gestörte Kommunikation, die meist in einem stark gestörten Familiensystem münden. Das Ergebnis dieser sich ständig wiederholenden Verhaltensmuster der Familie nennt Bentovim (1992) ein "trauma-organized system", in dem für Gespräche und Reflexion kein Raum mehr vorhanden ist. Betrachte man die zerstörerischen Effekte eines Traumas auf das einzelne Familienmitglied und die Familie in ihrer Gesamtheit, so werde deutlich (Allen u. Bloom, 1994), daß in vielen Fällen eine alleinige Therapie des Betroffenen nicht ausreicht, sondern eine familientherapeutische Intervention notwendig werde (Hogancamp u. Figley, 1983). Von einigen Autoren wird zu Beginn einer Familientherapie eine Vorbesprechung mit den einzelnen Familienmitgliedern empfohlen, um Informationen über PTSD allgemein und die Traumaerfahrungen des Betroffenen zu geben. Die anschließende gemeinsame Behandlung solle auf die speziellen Probleme und Ressourcen der Familie ausgerichtet erfolgen (Brown, 1984; Motta, 1990; Carrol et al., 1991; Rosenheck u. Thompson, 1986). Als Ziel der Therapie wird das Herausarbeiten von problemlösenden Bewältigungsstrategien genannt. Die Bedeutung des Traumas für die Familie solle möglichst von allen Mitgliedern akzeptiert werden. Konfrontative Arbeit dürfe hierbei erst im späteren Stadium der Therapie erfolgen, wenn der Traumatisierte weniger Schutz benötigt und den möglichen Verlust seines Ansehens in der Familie akzeptieren könne (Allen u. Bloom, 1994). Nach Figley (1988) sind folgende Punkte in der Therapie bedeutend: Es sollten gemeinsame Ziele in der Therapie mit allen Beteiligten gefunden werden, das Trauma als Ursache müsse gemeinsam herausgearbeitet werden, neue Sichtweisen auf das Problem sind zu ermöglichen und optimistische Einstellungen und Lösungsmöglichkeiten für die Zukunft zu entwerfen.

In einer Untersuchung von israelischen Kriegsveteranen und ihren Familien im „Koach-Programm“ (Bleich et al., 1992) wurden objektiv keine Änderungen nach erfolgter Behandlung in den gestörten Funktionen und in den Symptomen gemessen, die subjektiven Eindrücke der Untersucher und Betroffenen fanden aber Besserungen in den persönlichen Beziehungen, den Bewältigungsmöglichkeiten und der Reintegration in die Gesellschaft der Betroffenen. Kontrollierte klinische Studien erfolgten bisher nicht.

Gruppentherapie

Gruppentherapie wurde häufig in der Behandlung von Vietnam-Veteranen in speziellen Zentren angeboten. Als Gründe für die Behandlung der PTSD durch Gruppentherapie nennen einige Autoren (Goodwin, 1980, 1987; Scurfield, 1984; Boehnlein, 1993; Koller, 1992; Fishman, 1990): mögliche Hilfe gegen Isolation, Unterstützung durch Gruppenmitglieder, Steigerung des Selbstwertgefühls durch geteilte Erfahrungen, die Bearbeitung des Traumas in stützender Atmosphäre, Erlernen des Umgangs mit Gefühlen und Verhalten und Hilfen in der sozialen Wiedereingliederung. Es falle Traumatisierten oft leichter, mit Menschen, die gleiche Erfahrungen gemacht haben, zu reden (Blum et al., 1984; McCaughey, 1985). Sie lernen in der Gruppe, daß ihre Erfahrungen nicht einmalig und isoliert sind, Gefühle der Entfremdung würden abgeschwächt, da die Erfahrungen geteilt werden können. Die positiven Bewältigungs-

strategien könnten am Beispiel anderer gelernt werden. Interaktionen in der Gruppe würden genutzt, um unangepasstes Verhalten aufzuzeigen.

Es gibt traditionelle verarbeitungsorientierte und auf spezielle Verhaltensansätze ausgerichtete Gruppen. Parson (1993) entwickelte ein psychoanalytisches Gruppentherapiemodell, um die komplexen unbewußten Motivationen Traumatisierter in der Gruppe zu bearbeiten. Ein häufiger Ansatz in der stationären Behandlung von kriegsbedingtem PTSD ist die „Trauma-Fokussierte-Gruppe“ (Roszynko u. Dondershine, 1991). Das Ziel dieses Gruppentherapieansatzes ist die Rekonstruktion der Traumaerfahrungen und Verarbeitung der emotionalen Erfahrungen mit dem Trauma. Sie seien nicht für alle PTSD-Betroffenen gleich gut geeignet, die Bewältigungsmöglichkeiten des einzelnen müssen berücksichtigt werden und ein stabiles schützendes Umfeld sei erforderlich. Alle Gruppen sind zeitlich begrenzt (Galloucis u. Kaufmann, 1986; Priebe et al., 1993). Ausgeschlossen werden Patienten mit akuten Psychosen, Verfolgungsgedanken oder anderen ausgeprägten Gefühlsreaktionen (Yalom, 1985). Extreme Reaktionen wie diese würden in der Individualtherapie wirksamer behandelt.

Offene „Rap“-Gruppen entstanden 1970, damit Vietnam-Veteranen sich über ihre traumatischen Erfahrungen austauschen und eine Orientierung ins zivile Leben finden können (Lifton, 1975, 1978). Sie werden von Nichtprofessionellen geleitet. Inhaltlich geht es hier meist um den Abbau von Ärger, um Impulskontrolle, Schuldgefühle, Depression und Beziehungsproblematik (Scurfield et al., 1984). Gemeinsam ist allen Gruppenansätzen, durch die Stärkung eigener Fähigkeiten, soziale Unterstützung, zwischenmenschliches Lernen und dem Ausdruck von Angst- und Schuldgefühlen sowie durch das Teilen gleicher Erfahrungen in vertrauensvoller Umgebung eine Besserung der Symptome anzustreben (Shuchter u. Zisook, 1987; Rosenheim u. Elizura, 1977; Walker u. Nash, 1981; Donovan et al., 1979). Marmar et al. (1988) verglichen die Effektivität von individueller psychodynamischer Therapie mit der Behandlung in einer Selbsthilfegruppe. Alle Patienten in der Studie hatten als Traumaursache den Verlust einer geliebten Person. Beide Behandlungen ergaben signifikante und vergleichbare Besserungen, auffällig war die höhere vorzeitige Abbruchrate der Therapie in der Gruppe (77%) gegenüber der Individualtherapie (32%). Obwohl die Gruppentherapie häufig in der Behandlung der PTSD eingesetzt wird, erfolgten bisher keine kontrollierten klinischen Studien.

Integrative Konzepte und Behandlungsmodelle

Einige Autoren sind bemüht, die Vielschichtigkeit der PTSD stärker zu berücksichtigen und integrative Konzepte und Therapiemodelle zu entwickeln. Everly (1995) beschreibt eine Zwei-Faktoren-Metatherapie (neurokognitive Therapie). Sie basiert auf der Annahme, daß durch das Trauma eine neurologische Hypersensitivität (exzessive subkortikale ZNS und neuroendokrine neurologische Erregung) entstehe und nennt als Behandlungsmöglichkeiten die Reduktion überstimulierender Reize, Ermutigung zur Katharsis, Entspannungstraining (Massagen, Biofeedback, Meditation, Atemtherapie), Desensibilisierung und Psychopharmakotherapie. Die gleichzeitig bestehende psychologische Hypersensitivität solle durch die Integration des Traumas in die bestehende Weltanschauung oder der Kreation einer parallelen bzw. neuen Weltanschauung so-

wie durch Beeinflussung der Selbstwahrnehmung des Betroffenen durch verhaltenstherapeutische und edukative Methoden behandelt werden. Schwartz (1989) diskutiert die Therapiemöglichkeiten aus einer kombinierten biologischen, psychologischen und sozialen Perspektive. Shalev et al. (1993) berichten über einen entsprechenden multidimensionalen Behandlungsansatz. Gersons (1995) betont die Notwendigkeit eines eklektischen Therapieansatzes, um den verschiedenen Einflüssen der PTSD gerecht zu werden, und die Bedeutung einer psychoedukativen Einführungsphase zu Beginn der Therapie. Viola u. McCarthy (1994) beschreiben ausführlich ein eklektisches stationäres Behandlungsmodell für Vietnam-Veteranen mit PTSD, zusammengesetzt aus einer edukativen Einführungsphase, kognitiven und gestalttherapeutischen Methoden, Gruppentherapie und Medikation.

Psychopharmakotherapie

Die Psychopharmakotherapie besitzt in der Behandlung posttraumatischer Störungen bislang in der Literatur eine untergeordnete Rolle. Verglichen mit der relativ großen Zahl an Publikationen über posttraumatische Störungen gibt es nur wenige Berichte über den therapeutischen Einsatz von psychotropen Substanzen. Die ersten kontrollierten Studien über den Einsatz von Psychopharmaka bei PTSD erschienen erst gegen Ende der 80er Jahre. Ein Grund für die bis heute in der Literatur zu beobachtende zögerliche Empfehlung zum Einsatz von Psychopharmaka mag darin liegen, daß erst in den letzten Jahren vermehrt biologische Modelle zur Ätiologie posttraumatischer Störungen entwickelt wurden (Charney et al., 1993).

Es gibt eine Reihe von offenen, unkontrollierten Studien über den erfolgreichen Einsatz von verschiedenen psychotropen Substanzen bei Patienten mit PTSD (van der Kolk, 1987; Davidson, 1992). Die Zahl systematischer, kontrollierter pharmakologischer Studien ist angesichts der relativ hohen Prävalenz dieses Krankheitsbildes jedoch vergleichsweise gering (Solomon et al., 1992). So existieren bislang nur sechs randomisierte, plazebokontrollierte Doppelblindstudien mit PTSD-Patienten, die überwiegend bei amerikanischen Vietnam-Veteranen durchgeführt wurden. In diesen sechs kontrollierten Studien wurden insgesamt ca. 200 Patienten eingeschlossen, eine mit anderen Erkrankungen vergleichbarer Prävalenz sehr geringe Zahl. Bei diesen Studien wurden mit einer Ausnahme ausschließlich Antidepressiva verschiedener Substanzgruppen (trizyklische Antidepressiva, MAO-Hemmer und selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer SSRI) geprüft (Tab. 2). Eine kontrollierte Studie verglich Alprazolam mit Plazebo. Die folgende Übersicht über die bislang publizierten pharmakologischen Studien bei PTSD berichtet in erster Linie über die Ergebnisse der plazebokontrollierten Studien.

Trizyklische Antidepressiva

Bei Patienten mit PTSD wurden bislang zwei randomisierte, plazebokontrollierte Doppelblindstudien mit trizyklischen Antidepressiva publiziert. In einer 4wöchigen Studie verglichen Reist u. Mitarb. (1989) Desipramin (mittlere Tagesdosis 165 mg) mit Plazebo bei 18 Vietnam-Veteranen. Dabei zeigte sich in der Desipramin-Gruppe nur bei einigen Depressionssymptomen eine leichte Verbesserung; ansonsten hatte das Antidepressivum keinen Einfluß auf die PTSD-Symptomatik. Patienten der Plazebogruppe zeigten ebenfalls keine Besse-

Tab. 2 Ergebnisse der plazebokontrollierten Doppelblind-Psychopharmaka-Studien.

Autoren	Patienten	Substanzen Dosis/Dauer	zusätzliche Therapie	Ergebnis
1988 Shestatzky et al.	13 verschiedene Traumata (Krieg, Bombenangriff, Flugzeugabsturz)	Phenelzin 45 – 75 g > 4 Wochen	stützende Psychotherapie	beide Gruppen global nur wenig verbessert
1991 Kosten et al.	60 Vietnam- Veteranen	Imipramin 225 mg Phenelzin 68 mg jeweils 8 Wochen	keine	Phenelzin/Imipramin besser als Plazebo vor allem intrusive Symptome gebessert Vermeidungssymptome nicht besser
1989 Reist et al.	27 Vietnam- Veteranen	Desipramin 100 – 200 mg 4 Wochen	stationäre Gruppentherapie	depressive Symptomatik bei Pat. mit Zusatzdiagnose Major Depression gebessert, keine Besserung der spez. PTSD-Symptome
1990 Davidson et al.	46 Kriegsveteranen (2. Weltkrieg, Korea, Vietnam)	Amitriptylin 50 – 300 mg 8 Wochen	stationäre Pat. stützende Milieutherapie	nach 4 Wochen: nur Ergebnisse auf HAMD besser mit AMI nach 8 Wochen: zusätzlich Vermeidungssymptome besser auf HAMA kein Effekt auf intrusive Symptome
1994 van der Kolk et al.	64 Veteranen (n = 31) verschiedene Traumata (n = 33)	Fluoxetin 40 mg 5 Wochen	nur stützende Psychotherapie	spez. PTSD-Symptome und Depressivität signifikant mit Fluoxetin gesenkt Gruppe der Nichtveteranen deutlicher verbessert als Veteranen

rung (Reist et al., 1989). Davidson u. Mitarb. (1990) fanden in einer 8wöchigen Studie bei 46 amerikanischen Kriegsveteranen (2. Weltkrieg, Korea, Vietnam), daß die Werte auf den Hamilton-Depressions- und Angstskalen bereits nach 4 Wochen in der Amitriptylingruppe (Amitriptylindosis bis zu 300 mg/die je nach individueller Verträglichkeit) signifikant gesenkt wurden. Darüber hinaus wurden nach 8 Wochen auch anhaltende Vermeidungssymptome gebessert. Keinen Effekt zeigte Amitriptylin hingegen auf die intrusiven Symptome. Auch in dieser Studie zeigten Patienten der Plazebogruppe auf keiner Skala eine Symptomverbesserung (Davidson et al., 1990).

MAO-Hemmer

Die erste plazebokontrollierte Studie überhaupt wurde bei 13 israelischen PTSD-Patienten von Shestatzky u. Mitarb. (1988) mit dem Monoaminoxidasehemmer Phenelzin (Tagesdosis 45 – 75 mg) veröffentlicht (diese Substanz ist in Deutschland nicht auf dem Markt). Bei den Patienten mit ganz unterschiedlichen Traumata (u.a. Kriegserlebnisse, Bombenanschlag, Flugzeugabsturz) besserte sich die Symptomatik während der 4wöchigen Studiendauer mit einem Cross-Over-Design nur geringfügig in beiden Gruppen (Shestatzky et al., 1988). Kosten u. Mitarb. (1991) verglichen Phenelzin (mittlere Tagesdosis 68 mg) mit dem trizyklischen Antidepressivum Imipramin (mittlere Dosis 225 mg/die) und Plazebo bei 60 Vietnam-Veteranen. Beide Medikamentengruppen verbesserten sich während der 8wöchigen Studiendauer in der PTSD-Symptomatik signifikant. Dies traf vor allem auf die intrusiven Symptome zu, während sich die Vermeidungssymptome nicht besserten.

Auch diese Studie fand keine Symptomreduktion in der Plazebogruppe.

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)

Vielversprechend sind die Ergebnisse einer jüngst publizierten, plazebokontrollierten Studie mit dem SSRI-Antidepressivum Fluoxetin, die an einer Patientengruppe (n = 64) mit unterschiedlichen Traumata (Patienten einer „Trauma-Klinik“, z. B. Opfer von Attentaten, Vergewaltigung und Katastrophen sowie Vietnam-Veteranen) durchgeführt wurde. Im Gegensatz zu früheren Studien konnte dabei gezeigt werden, daß mit Fluoxetin Symptome aller PTSD-Symptomkategorien signifikant gesenkt werden konnten, wobei sich vor allem die Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus und der eingeschränkten emotionalen Reagibilität deutlich besserten (van der Kolk et al., 1994).

Benzodiazepine (Alprazolam)

In der einzigen kontrollierten Studie mit einer Substanz, die nicht zur Gruppe der Antidepressiva gehört, wurde von Braun u. Mitarb. (Braun et al., 1990) das Triazolobenzodiazepin Alprazolam bei 16 israelischen Patienten mit unterschiedlichen Traumata gegen Plazebo geprüft. Nach der 5wöchigen Studiendauer zeigten die Patienten der Alprazolamgruppe nur auf der Hamilton-Angstskala bessere Werte als die Patienten der Plazebogruppe. Da Benzodiazepine bekanntlich ein hohes Abhängigkeitspotential besitzen und es nach Absetzen zu Entzugerscheinungen kommen kann, wird von einigen Autoren vom Gebrauch von Benzodiazepinen bei PTSD abgeraten.

(Friedman, 1988). Andere Autoren lehnen Benzodiazepine nicht generell ab (van der Kolk, 1987) und empfehlen die Hinzugabe von Benzodiazepinen zu einem Antidepressivum z.B. dann, wenn frei flottierende Angst persistiert (Davidson, 1992).

Antikonvulsiva und Lithium

Antikonvulsiva (Carbamazepin und Valproat) und Lithium wurden bei PTSD-Patienten in offenen Studien untersucht. Der Gebrauch dieser Substanzen wurde von theoretischen Überlegungen abgeleitet, wonach das Kindling als pathophysiologischer Prozeß der PTSD-Symptomatik zugrunde liegen könnte (van der Kolk, Greenberg, 1987). Danach würden Substanzen mit bekannter Antikindlingwirkung wie Carbamazepin, Valproat und Lithium eine durch wiederholte Stressoren verursachte abnorme Exzitabilität limbischer Neurone dämpfen (Post, Weiss, 1989). In der Tat konnten sowohl für Carbamazepine (Lipper et al., 1986), Lithium (van der Kolk, 1983) als auch Valproat (Fesler, 1991) positive Effekte auf die spezifischen PTSD-Symptome wie z.B. Hyperarousal und Wiedererleben des Traumas verzeichnet werden. Die Ergebnisse werden von den Autoren teilweise als so günstig bewertet, daß sie kontrollierte Studien für dringend erforderlich halten (Fesler, 1991).

Alpha₂-Agonisten und Betablocker

Verschiedene Substanzen, die die noradrenerge Aktivität im Locus coeruleus und damit das autonome Arousal unterdrücken, wurden in Hinblick auf die Beeinflussung des Hyperarousals bei PTSD eingesetzt. Sowohl der als Antihypertonikum bekannte Alpha₂-Agonist Clonidin als auch der Betablocker Propranolol zeigten einen positiven Einfluß auf die Symptome des Hyperarousals (u.a. Schlafstörungen) und des Wiedererlebens des Traumas (u.a. Alpträume) (Kolb et al., 1984).

Buspiron

Buspiron, ein neues Anxiolytikum aus der Stoffgruppe der Azapirone mit 5-HT_{1A}-agonistischen Eigenschaften, wird primär zur Behandlung der generalisierten Angststörung eingesetzt. Da bei Buspiron, über das in den USA im Gegensatz zu Deutschland bereits mehrjährige Erfahrungen vorliegen, bislang keine Abhängigkeitsentwicklungen bekannt geworden sind, wurde die Substanz vor kurzem bei PTSD-Patienten mit günstigem Ergebnis untersucht. Bei sieben von acht Patienten konnte eine signifikante Reduktion aller PTSD-Symptomkategorien während der 4wöchigen Studienphase beobachtet werden (Duffy u. Malloy, 1994).

Neuroleptika

Der Einsatz von Neuroleptika bei Patienten mit PTSD wird in der Literatur aufgrund von Einzelfallstudien sehr zurückhaltend beurteilt. Nur selten haben Neuroleptika einen Platz in der Therapie (Friedman, 1988; Davidson, 1992). Indikationen zur Verordnung von Neuroleptika sind gegeben, wenn psychotische Symptome (z.B. Paranoia, optische und akustische Halluzinationen von den traumatischen Erlebnissen) oder aggressives Verhalten auftreten (Friedman, 1988).

Schlußfolgerungen

Eine große Anzahl von Behandlungsmethoden werden für die PTSD angewendet, es existieren aber z.Z. nur wenige kontrollierte Studien über die Effektivität dieser Behandlungen. Verbindliche Richtlinien sind aus diesem Grunde weder für die Psychotherapie noch für die Pharmakotherapie abzuleiten. Verhaltenstherapeutische Techniken wie Desensibilisierung und Reizüberflutung (Flooding) zeigen in Studien belegte Erfolge, besonders auf die Reduktion der intrusiven Symptome. Zu beachten sind hierbei aber die Berichte über mögliche Komplikationen, besonders bei Patienten mit gleichzeitig bestehenden anderen Erkrankungen wie Panikstörungen und Depression. Studien über die Anwendung von kognitiver und psychodynamischer Therapie sowie Hypnose weisen ebenfalls auf eine mögliche Wirksamkeit in der Behandlung besonders der Vermeidungssymptome hin. Die Gruppentherapie zeigt in der Reduktion von Isolation und bez. der Wiedereingliederung der Betroffenen in die Gesellschaft nach klinischer Erfahrung gute Ergebnisse. Familientherapeutische Interventionen scheinen sinnvoll, da die alleinige Behandlung der Betroffenen oft nicht ausreicht, und die Auswirkungen des Traumas häufig die Familie direkt oder sekundär betreffen. Weitere kontrollierte Untersuchungen sind aber erforderlich, um die Effektivität und Eignung der Therapietechniken in der Behandlung der PTSD empirisch zu überprüfen. Um der Vielschichtigkeit der PTSD gerecht zu werden, entwickeln einige Behandler und Untersucher zunehmend integrative Konzepte und Behandlungsmodelle. Zu hoffen ist dabei, daß eine solche Integration von etablierten Ansätzen die Entwicklung neuer und spezifischer psychotherapeutischer Modelle zur Behandlung von PTSD erleichtert.

Nach dem heutigen Kenntnisstand stellt die Psychopharmakotherapie eine mögliche Ergänzung in der Behandlung posttraumatischer Störungen dar. Sie sollte auch dann in Erwägung gezogen werden, wenn Patienten aufgrund der Schwere ihrer Störung für eine psychotherapeutische Behandlung nur schwer zugänglich sind. Belegt ist ein positiver Effekt auf partielle PTSD-Symptome für die Gruppe der Antidepressiva, wobei das Resultat der bislang einzigen Studie mit einem SSRI-Antidepressivum am vielversprechendsten ist. Anzunehmen ist vor allem eine positive Beeinflussung depressiver Symptome bei PTSD-Patienten. Die teilweise negativen Ergebnisse haben möglicherweise ihre Ursache in zu niedrigen Dosierungen und in zu kurzen Studiendauern, da die Studien mit längerer Prüfzeit günstigere Ergebnisse zeigten. Von einigen Autoren wird deshalb eine mindestens 6monatige Therapie mit einem Antidepressivum in einer Dosis empfohlen, wie sie bei der Behandlung depressiver Erkrankungen üblich ist (Davidson, 1992). Bei allen plazebokontrollierten Studien fällt auf, daß sich die Patienten der Plazebogruppe praktisch nicht besserten (Davidson, 1992). Darüber hinaus gibt es mehrere offene Studien mit einer Vielzahl von Psychopharmaka mit unterschiedlichem Ergebnis, die jedoch einer weiteren systematischen Erprobung unter kontrollierten Bedingungen bedürfen. Zukünftige Studien sollten länger (mindestens 8 Wochen) und an größeren Patientengruppen durchgeführt werden, wobei insbesondere vergleichende Pharmakastudien fehlen. Ebenso sollte der kombinierte Einsatz von Psychopharmaka und Psychotherapie überprüft werden.

Ein auffälliger Mangel in der umfangreichen Literatur über die Behandlung von PTSD ist, daß die Autoren in ihren Berichten und Untersuchungen häufig keinen Bezug auf bereits bestehende Kenntnisse und erfolgte Studien nehmen (Boulanger, 1990). Die PTSD ist in ihren psychischen Auswirkungen vielschichtig und bez. der Traumaursachen und Betroffenengruppen besteht eine große Heterogenität. Dies sollte in zukünftigen Studien berücksichtigt werden und auf die Auswahl homogener Stichproben bez. Art des Traumas, Zeitpunkt des Ereignisses und Symptomatik geachtet werden.

Die zahlreichen klinischen Berichte über erfolgreiche Behandlungen von PTSD-Patienten mit unterschiedlichen Methoden und die z.T. sehr differenzierten Anleitungen haben Motta (1993) zu dem Schluß veranlaßt, daß irgendeine Therapie besser sei als gar keine. Dies ist angesichts der vorliegenden Übersicht zwar für einige Therapieverfahren anzunehmen, für die meisten bisher aber in keiner Weise belegt.

Literatur

- Allen, S. N., S. L. Bloom: Group and family treatment of posttraumatic stress disorder 17. *The Psychiatric Clinics of North America* (1994) 425–437
- Allodi, F. A.: Assessment and treatment of torture victims. A critical review. *J. of Nerv. Ment. Dis.* 179 (1991) 4–11
- Bauer, M., S. Priebe: Zur Begutachtung psychischer Störungen nach politischer Haft in der DDR. *Nervenarzt* 66 (1995) 388–396
- Becker, D.: Ohne Haß keine Versöhnung. Das Trauma der Verfolgten. Kore Verlag, Freiburg (1992) 202–264
- Becker, R. E., R. G. Heimberg, A. S. Bellack: *Social Skills Training Treatment for Depression*. Pergamon Press, New York 1987
- Bentovim, A.: *Trauma Organized Systems: Physical and Sexual Abuse in Families*. Karnac Books, London 1992
- Bleich, A., A. Shalev, S. Shoham et al.: PTSD: Theoretical and practical considerations as reflected through Koach—an innovative treatment projekt. *J. of Traumatic Stress* 5 (1992) 265–271
- Bernstein, D. A., T. D. Borkovec: *Progressive Relaxation*. Training. Champaign, Ill., Research Press, 1973
- Blum, M. D., E. M. Kelley, M. Meysner: An assessment of treatment needs of Vietnam era veterans. *Hospital and Community Psychiatry* 35 (1984) 691–696
- Boehnlein, J. K.: Clinical relevance of grief and mourning among Cambodian refugees 25 (1987) 765–772
- Boehnlein, J. K., L. F. Sparr: Grouptherapy with WWII-Expows: Longterm posttraumatic adjustment in a geriatric population. *Am. J. of Psychotherapy* 47 (1993) 273–282
- Boudewyns, P. A., L. Hyer: Physiological response to combat memories and preliminary treatment outcome in Vietnam veteran PTSD patients treated with direct therapeutic exposure. *Behav. Ther.* 21 (1990) 63–87
- Boudewyns, P. A., R. H. Shipley: *Flooding and implosive therapy: Direct therapeutic exposure in clinical practice*. Plenum, New York 1983
- Boulanger, G.: A state of anarchy and a call to arms: The research and treatment of posttraumatic stress disorder. *J. of Contemporary Psychotherapy* 20 (1990) 5–15
- Braun, P., D. Greenberg, H. Dasberg, B. Lerer: Core symptoms of posttraumatic stress disorder unimproved by alprazolam treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* 51 (1990) 236–238
- Brende, J. O., I. L. McCann: Regressive experiences in Vietnam veterans: their relationship to war, posttraumatic symptoms and recovery. *J. of Contemporary Psychotherapy* 14 (1984) 57–75
- Breslau, N., G. C. Davis, P. Andreski, E. Peterson: Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults 40 (1991) 216–222
- Brom, D., R. J. Kleber, P. B. Defares: Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *J. of Consulting Clinical Psychology* 57 (1989) 607–612
- Brown, P. C.: Legacies of war: treatment considerations with Vietnam veterans and their families. *Social Work* 29 (1984) 372–379
- Bullmann, T. A., H. K. Kang: Posttraumatic stress disorder and the risk of traumatic deaths among Vietnam veterans. *J. of Nervous and Mental Disease* 182 (1994) 604–610
- Burnstein, A.: Treatment noncompliance in patients with posttraumatic stress disorder. *Psychosomatics* 27 (1986) 37–40
- Caroll, E. M., D. W. Foy, B. J. Cannon, G. Zwier: Assessment issues involving the families of trauma victims. *Journal of Traumatic Stress* 4 (1991) 25–40
- Charney, D. S., A. Y. Deutch, J. H. Krystal, S. M. Southwick, M. Davis: Psychobiologic mechanisms of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry* 50 (1993) 294–305
- Choy, T., F. de Bosset: Posttraumatic stress disorder: An overview. *Can. J. Psychiatry* 37 (1992) 578–583
- Cienfuegos, A. J., C. Monelli: The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *Am. J. of Orthopsychiatry* 53 (1983) 41–53
- Clarke, D. M., P. M. Salkovskis, A. J. Chaukley: Respiratory control as a treatment for panic attacks. *J. of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 16 (1985) 23–30
- Cooper, N. A., G. A. Clum: Imaginal flooding as a supplementary treatment for PTSD in combat veterans: a controlled study. *Behavior Therapy* 20 (1989) 381–391
- Davidson, J., H. Kudler, R. Smith, S. L. Mahorney, S. Lipper, E. Hammett, W. B. Saunders, J. O. Cavenar: Treatment of post-traumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. *Archives of General Psychiatry* 47 (1990) 259–266
- Davidson, J.: Drug therapy of posttraumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry* 160 (1992) 309–314
- Donovan, J. M., M. J. Bennet, C. M. McElroy: The crisis group – an outcome study. *Am. J. of Psychiatry* 136 (1979) 906–910
- Dreßing, H., M. Berger: Posttraumatische Streßerkrankungen. Zur Entwicklung des gegenwärtigen Krankheitskonzeptes. *Nervenarzt* 62 (1991) 16–26
- Duffy, J. D., P. F. Malloy: Efficacy of buspirone in the treatment of posttraumatic stress disorder: an open trial. *Annals of Clinical Psychiatry* 6 (1994) 33–37
- Everly, G. S. Jr.(Hrsg.): *The neurocognitive therapy of post-traumatic stress*. In: *Psychotraumatology*. Plenum Press, New York (1995) 159–169
- Fairbank, J. A., R. T. Gross, T. M. Keane: Treatment of posttraumatic stress disorder: Evaluating outcome with a behavioral code. *Behavior Modification* 7 (1983) 557–568
- Fairbank, J. A., T. M. Keane: Flooding for combat-related stress disorders: Assessment of anxiety reduction across traumatic memories. *Behavior Therapy* 13 (1982) 499–510
- Fairbank, J. A., R. A. Nicholson: Theoretical and empirical issues in the treatment of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *J. of Clinical Psychology* 43 (1987) 44–55
- Fesler, F. A.: Valproate in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 52 (1991) 361–364
- Figley, C. R.: Post-traumatic family therapy. In: Ochberg, F. M. (Hrsg.): *Post-traumatic therapy and victims of violence*. Brunner/Mazel, New York (1988) 83–109
- Figley, C. R., H. I. McCubbin (Hrsg.): *Stress and the Family*. Volume II. *Coping With Catastrophe*. Brunner/Mazel, New York 1983
- Fischman, Y., J. Ross: Group treatment of exiled survivors of torture. *Am. J. of Orthopsychiatry* 60 (1990) 135–142

- Foa, E. B., B. Olasov Rothbaum, D. S. Riggs, T. B. Murdock: Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *J. of Consulting and Clinical Psychology* 59 (1991) 715–723
- Friedman, M. J.: Toward rational pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: An interim report. *American Journal of Psychiatry* 145 (1988) 281–285
- Galloucis, M., M. E. Kaufmann: Group therapy with Vietnam veterans: a brief review. *Group* 12 (1988) 85–102
- Gersons, P. R.: Therapeutical approach of PTSD. Paper presented at the Fourth European Conference On Traumatic Stress. Paris, France, 7–11 May 1995
- Goodwin, J.: The etiology of combat-related Post-traumatic Stress Disorders. In: Williams, T. (Hrsg.): Post-traumatic disorders of the Vietnam veterans: observations and recommendations for the psychological treatment of the veteran and his family. *Disabled American Veterans*, Cincinnati, OH (1980) 1–25
- Green, B. L., M. C. Grace, J. D. Lindy et al.: Risk factors for PTSD and other diagnosis in a general sample of Vietnam veterans. *Am. J. of Psychiatry* 147 (1990) 729–733
- Häfner, H.: Krisenintervention. *Psychiatrie/Praxis* 1 (1974) 139–150
- Hearst, N., T. B. Newman, S. B. Hulley: Delayed effects of the military draft on mortality: a randomized neutral experiment. *The New England J. of Medicine* 314 (1986) 620–624
- Herbert, J. D., K. T. Mueser: Eye movement desensitization: A critique of the evidence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 23 (1992) 169–174
- Hogancamp, V. E., C. R. Figley: War: bringing the battle home. In: Figley, C. R., H. L. McCubbin (Hrsg.): *Stress and the family. Coping with catastrophe*. Brunner/Mazel, New York (1983) 148–165
- Horowitz, M.: Stress response syndromes, character style, and dynamic psychotherapy. *Arch. Gen. Psychiatry* 31 (1974) 768–781
- Horowitz, M. (Hrsg.): *Stress Response Syndromes*. 2nd ed. Jason Aronson Inc., Northvale, NJ 1986
- Horowitz, M., N. B. Kaltreider: Brief psychotherapy of stress response syndromes. In: Karasu, T. B., L. Bellak (Hrsg.): *Specialized Techniques in Individual Psychotherapy*. Brunner/Mazel, New York (1980) 162–183
- Horowitz, M., C. Marmar, D. S. Wess, K. N. Dewitt, R. Rosenbaum: Brief psychotherapy of bereavement reactions: The relationship of process to outcome. *Arch. Gen. Psychiatry* 41 (1984) 438–448
- Jacobsen, E.: *Progressive Relaxation*. University of Chicago Press, Chicago, Ill., 1938
- Johnson, C. H., J. D. Gilmore, R. S. Shenoy: Use of a feeding procedure in the treatment of a stress-related anxiety disorder. *J. of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 13 (1982) 235–237
- Kalucy, R. S.: The health needs of victims of torture. *Medical J. of Australia* 148 (1988) 321–323
- Keane, T. M., J. A. Fairbank, J. M. Caddell, R. T. Zimering, M. E. Bender: A behavioral approach to assessing and treating posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. In: Figley, C. R. (Hrsg.): *Trauma and its wake: The assessment and treatment of posttraumatic stress disorder*. Brunner/Mazel, New York 1985
- Keane, T. M., J. A. Fairbank, J. M. Caddell, R. T. Zimering: Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy* 20 (1989) 245–260
- Keane, T. M., D. G. Kaloupek: Imaginal flooding in the treatment of a posttraumatic stress disorder. *J. of Consulting and Clinical Psychology* 50 (1982) 138–140
- Kilpatrick, D. G., L. J. Veronen, C. L. Best: Factors predicting psychological distress among rape victims. In: Figley, C. R. (Hrsg.): *Trauma and Its Wake*. Brunner/Mazel, New York (1985) 113–141
- Kilpatrick, D. G., L. J. Veronen, P. A. Resick: Psychological sequelae to rape: assessment and treatment strategies. In: Dolays, D. M., R. L. Meredith (Hrsg.): *Behavioral Medicine: Assessment and Treatment Strategies*. Plenum Press, New York (1982) 473–497
- Kinzie, J. D., R. H. Fredrickson, R. Ben et al.: Posttraumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps. *Am. J. Psychiatry* 141 (1984) 645–650
- Kolb, L. C.: Chronic Post-traumatic stress disorder: implications of recent epidemiological and neuro-psychological studies. *Psychological Medicine* 19 (1989) 821–824
- Kolb, L. C., B. C. Burris, S. Griffiths: Propranolol and clonidine in the treatment of post traumatic disorders of war. In: Kolk, B. A. van der (Hrsg.): *Post traumatic stress disorder: Psychological and biological sequelae*. American Psychiatric Press, Washington DC (1984) 97–107
- Kolk, B. A. van der, D. Dreyfuss, M. Michaels, D. Shera, R. Berkowitz, R. Fisler, G. Sace: Fluoxetine in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 55 (1994) 517–522
- Kolk, B. A. van der, M. S. Greenberg: The psychobiology of the trauma response: hyperarousal, constriction, and addiction to traumatic reexposure. In: Kolk, B. A. van der (Hrsg.): *Psychological trauma*. American Psychiatric Press, Washington DC (1987) 63–87
- Kolk, B. A. van der: Psychopharmacological issues in posttraumatic stress disorder. *Hospital and Community Psychiatry* 34 (1983) 683–691
- Kolk, B. A. van der: The drug treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders* 13 (1987) 203–213
- Koller, P., C. R. Marmar, N. Kanas: Psychodynamic group treatment of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *International J. of Group Psychotherapy* 42 (1992) 225–246
- Kosten, T. R., J. B. Frank, E. Dan, C. J. McDougale, E. L. Giller: Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder using phenelzine or imipramine. *Journal of Nervous and Mental Disease* 179 (1991) 366–370
- Lifton, R. J.: The postwar war. *Journal of Social Issues* 31 (1975) 181–195
- Lifton, R. J.: Advocacy and corruption in the healthy profession. In: Figley, C. R. (Hrsg.): *Stress disorders among Vietnam veterans: theory, research and treatment*. Brunner/Mazel, New York (1978) 209–229
- Lindy, J. D., M. Grace, B. L. Green: Outreach to a reluctant population. *Am. J. Orthopsychiatry* 51 (1981) 468–478
- Lindy, J. D., B. L. Green, M. Grace, J. Titchener: Psychotherapy with survivors of the Beverly Hills Supper Club fire. *Am. J. Psychotherapy* 37 (1983) 593–610
- Lipper, S., J. R. Davidson, T. A. Grady, J. D. Edinger, E. B. Hammet, S. L. Mahorney, J. O. Cavenar: Preliminary study of carbamazepine in post-traumatic stress disorder. *Psychosomatics* 27 (1986) 849–854
- Marmar, C. R., M. J. Horowitz, D. S. Weiss et al.: A controlled trial of brief psychotherapy and mutual-help group treatment of conjugal bereavement. *American Journal of Psychiatry* 145 (1988) 145–203
- McCaughey, B. G.: Treatment of active duty Vietnam veterans: some clinical observations. *U.S. News and Health research Center, Report* (1985) 51–84
- McFarlane, A. C.: The longitudinal course of post-traumatic morbidity. The range of outcomes and their predictors. *J. of Nerv. Ment. Dis.* 176 (1988) 30–39
- McFarlane, A. C.: The treatment of post-traumatic stress disorder. *Br. J. of Medical Psychology* 62 (1989) 81–90

- Meichenbaum, D. (Hrsg.): *Cognitive Behavior Modification*. General Learning Press, Morristown, NJ 1974
- Metter, J., L. K. Michelson: Theoretical clinical research and ethical constraints of the eye movement desensitization reprocessing technique. *Journal of Traumatic Stress* 6 (1993) 413–415
- Morris, P., D. Silove: Cultural influences in psychotherapy with refugee survivors of torture and trauma. *Hospital and Community Psychiatry* 43 (1992) 820–824
- Motta, R. W.: Psychotherapy for Vietnam-related posttraumatic stress disorder. *Psychological Reports* 73 (1993) 67–77
- Motta, R. W.: Personal and intramilital effects of the Vietnam war experience. *The Behavior Therapist* 13 (1990) 155–157
- Mowrer, O. H. (Hrsg.): *Learning theory and behavior*. John Wiley u. Sons, Inc., New York 1960
- Norris, F. N.: The epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J. of Consulting Clinical Psychology* 60 (1992) 409–418
- Ochberg, F. M.: Post-traumatic therapy. In: Everly, G. S. jr., J. M. Lating (Hrsg.): *Psychotraumatology*. Plenum Press, New York (1995) 245–264
- Olasov Rothbaum, B., E. B. Foa: Cognitive-behavioral treatment of posttraumatic stress disorder. In: Saigh, P. A. (Hrsg.): *Posttraumatic Stress Disorder: A behavioral approach to assessment and treatment*. Pergamon Press, In Press, New York
- Ortmann, J., I. K. Genefke, R. N. Jacobsen et al.: Rehabilitation of torture victims: An interdisciplinary treatment model. *Am. J. of Social Psychiatry* 3 (1987) 161–167
- Parson, E. R.: Posttraumatic narcissism: Healing traumatic alterations in the self through curvilinear group psychotherapy. In: Wilson, J. P., B. Raphael (Hrsg.): *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. Plenum Press, New York (1993) 821–840
- Peniston, E. G.: EMG biofeedback-assisted desensitization treatment for Vietnam combat veterans post-traumatic stress disorder. *Clinical Biofeedback and Health* 9 (1986) 35–41
- Peters, U. H.: Über das Stasi-Verfolgten-Syndrom. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 59 (1991) 251–265
- Peters, U. H.: Die psychischen Folgen der Verfolgung. Das Überlebenden-Syndrom. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 57 (1989) 169–191
- Peterson, K. C., M. F. Prout, R. A. Schwartz: *Post-Traumatic Stress Disorder: A Clinicians Guide*. Plenum Press, New York 1991
- Pitman, R. K., B. Altman, E. Greenwald et al.: Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry* 52 (1991) 17–20
- Post, R. M., S. R. B. Weiss: Sensitization, kindling, and anticonvulsants in mania. *Journal of Clinical Psychiatry* 50 (1989) 23–30
- Priebe, S., K. Bolze, H. Rudolf: Andauernde psychische Störungen nach Repressalien infolge eines Ausreiseantrages in der damaligen DDR. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 62 (1994) 433–437
- Priebe, S., H. Rudolf, M. Bauer, B. Häring: Psychische Störungen nach politischer Inhaftierung in der DDR-Sichtweisen der Betroffenen. *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 61 (1993) 55–61
- Reist, C., C. D. Kauffmann, R. J. Haier, C. Sangdahl, E. M. de Met, A. Chicz-de Met, J. N. Nelson: A controlled trial of desipramine in 18 men with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry* 146 (1989) 513–516
- Rosenheck, R., P. Nathan: Secondary traumatization in the children of Vietnam veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *Hospital and Community Psychiatry* 36 (1985) 538–539
- Rosenheck, R., J. Thompson: "Detoxification" of Vietnam war trauma: A combined family-individual approach. *Family Process* 25 (1986) 559–570
- Rosenheim, E., S. Elizura: Group therapy for traumatic neurosis. *Current Psychiatric Therapies* 17 (1977) 143–148
- Rozytko, V., H. E. Dondershine: Trauma focus group therapy for Vietnam veterans with PTSD. *Psychotherapy* 28 (1991) 157–161
- Schindler, F. E.: Treatment by systematic desensitization of a recurring nightmare of a real life trauma. *J. of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 11 (1980) 53–54
- Schwartz, L. S.: A bio-psychosocial treatment approach to post-traumatic stress disorder. *J. of Traumatic Stress* 3 (1990) 221–238
- Schwartz, R. A., M. E. Prout: Integrative approaches in the treatment of Post-traumatic Stress Disorder. *Psychotherapy* 28 (1991) 364–373
- Scurfield, R. M.: Post-traumatic assessment and treatment: overview and formulation. In: Figley, C. R. (Hrsg.): *Trauma and its wake*. Brunner/Mazel, New York (1984) 219–256
- Scurfield, R. M., T. M. Corker et al.: Three post-Vietnam "rap/therapy" groups: an analysis. *Group* 88 (1984) 3–21
- Shalev, A. Y., T. Galai, S. Eth: Levels of trauma: A multidimensional approach to the treatment of PTSD. *Psychiatry* 56 (1993) 166–177
- Shapiro, F.: Eye movement desensitization and reprocessing procedure: from EMD to EMD/R – a new treatment model for anxiety and related trauma. *Behavior Therapist* 14 (1991) 133–135
- Shestatzky, M., D. Greenberg, B. Lerer: A controlled trial of phenelzine in posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research* 24 (1988) 149–155
- Shuchter, S., S. Zisook: Group crisis intervention following the PSA crash. *Psychiatry in Medicine* 4 (1987) 93–101
- Slove, D., R. Tarn, R. Burles, J. Reed: Psychosocial needs of torture survivors. Australian and New Zealand. *J. of Psychiatry* 25 (1991) 481–490
- Solomon, S. D., E. T. Gerrity, A. M. Muff: Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. An empirical review. *JAMA* 268 (1992) 633–638
- Solomon, Z., R. Benbenishty: The role of proximity, immediacy, and expectancy in frontline treatment of combat stress reaction among Israelis in the Lebanon war. *Am. J. Psychiatry* 143 (1986) 613–617
- Somnier, F. E., I. K. Genefke: Psychotherapy for victims of torture. *Br. J. Psychiatry* (1986) 323–329
- Spiegel, D., T. Hunt, H. E. Dondershine: Dissociation and Hypnotizability in Posttraumatic Stress Disorder. *Am. J. Psychiatry* 145 (1988) 301–305
- Stutman, R. K., E. L. Bliss: Posttraumatic Stress Disorder, Hypnotizability and Imagery. *Am. J. Psychiatry* 142 (1985) 741–743
- Veer, G. van der (Hrsg.): *Counselling and Therapy with Refugees*. Wiley u. Sons, New York (1992) 102–181
- Viola, J. M., D. A. McCarthy: An eclectic inpatient treatment model for Vietnam and Desert Storm veterans suffering from post-traumatic stress disorder. *Military Medicine* 159 (1994) 217
- Walker, J. L., J. L. Nash: Group therapy in the treatment of Vietnam combat veterans. *International J. of Group Psychotherapy* 31 (1981) 379–389
- Widom, C. S.: The cycle of violence. *Science* 24 (1989) 117–264
- Wolpe, J. (Hrsg.): *The Practice of Behavior Therapy*. Pergamon Press, New York 1973
- Yalom, I. O. (Hrsg.): *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books, New York 1985

Ruth Ebbinghaus

Abteilung für Sozialpsychiatrie
Freie Universität Berlin
Platanenallee 19
D-14050 Berlin