

Reale, neurotische und strukturelle Angst

Harald J. Freyberger

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universitätsmedizin Greifswald



Inhalt

1. Grundlagen: Das Defensivsystem und die Amygdalaregulation
2. Definitionsversuche zur neurotischen und realen Angst
3. Eine alte Kontroverse: Trauma - Anlage, Simulation oder Krankheit ?
4. Situative Angst und Trauma
5. Eine neue Kontroverse: Exposition und Trauma
6. Narrative Expositionstherapie

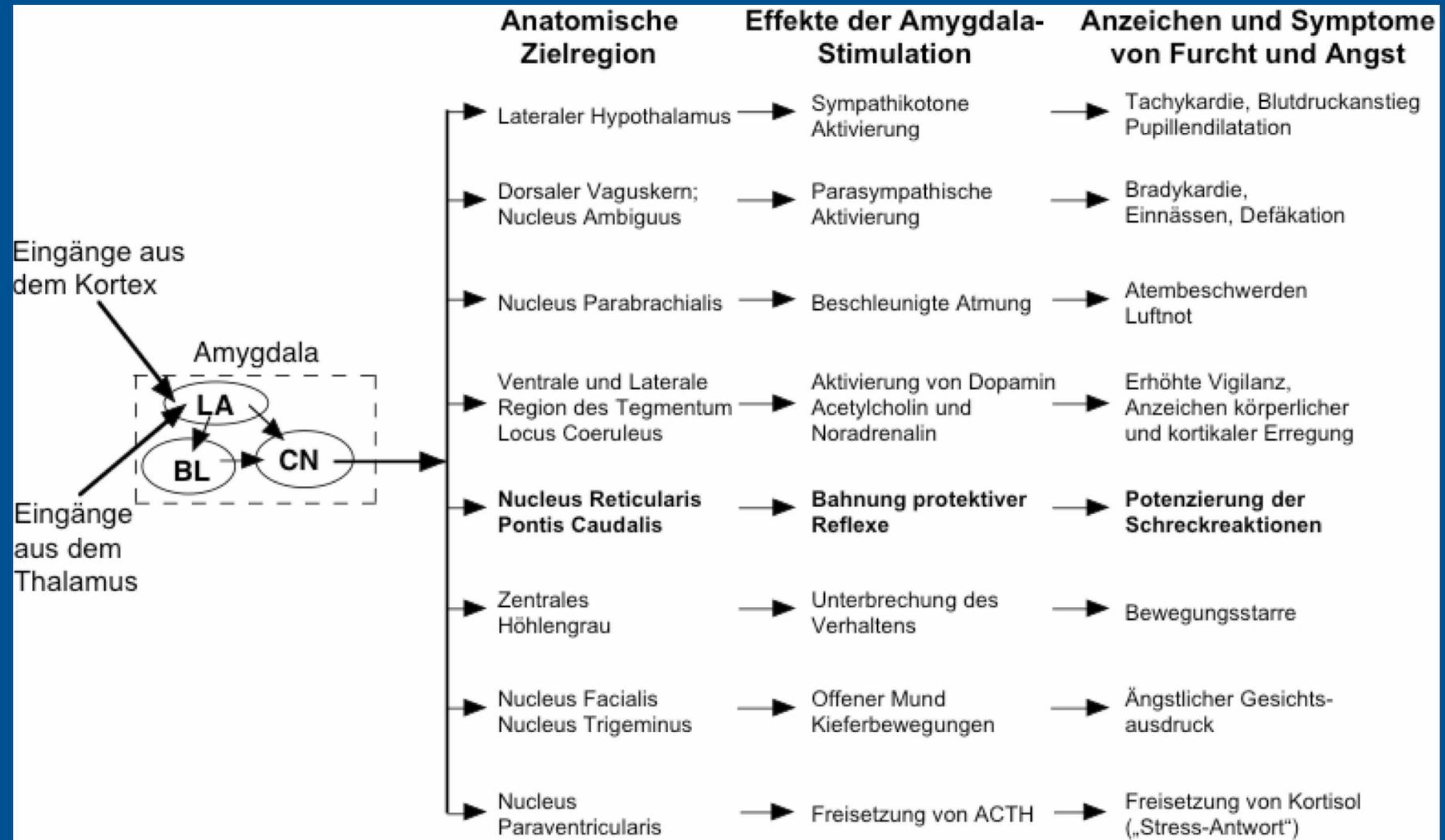
Furchtkonzepte (Hamm et al., 2010)

- Pathologische Furcht und Angst entwickeln sich aus “normalen” Furcht- und Angstreaktionen.
- Furcht wird durch externale oder internale bedrohliche Reize ausgelöst, welche das Defensivsystem des Organismus aktivieren. Dieses Defensivsystem entdeckt den bedrohlichen Reiz und organisiert dann ein Verhaltensmuster, um mit der Bedrohung fertig zu werden.
- Furcht ist daher wichtig für das Überleben des Organismus. Furcht an sich ist also kein pathologischer Zustand. Pathologisch wird die Furcht, wenn sie bei zu geringer Intensität der Bedrohung aktiviert wird.

Merkmale des Furchtsystems (Hamm et al., 2010)

- Es ist *selektiv*, denn es wird durch Reize aktiviert, die bereits für andere Säugetiere lebensbedrohlich waren.
- Die durch das Furchtsystem aktivierten Verhaltensprogramme sind sehr *automatisiert*, sobald sie initiiert sind, können sie nicht mehr so leicht abgeschaltet werden.
- Die Verhaltensprogramme sind nicht notwendigerweise koordiniert (dissoziiert).
- Die *neuronalen Strukturen* dieses Furchtsystems sind im Tiermodell gut erforscht.

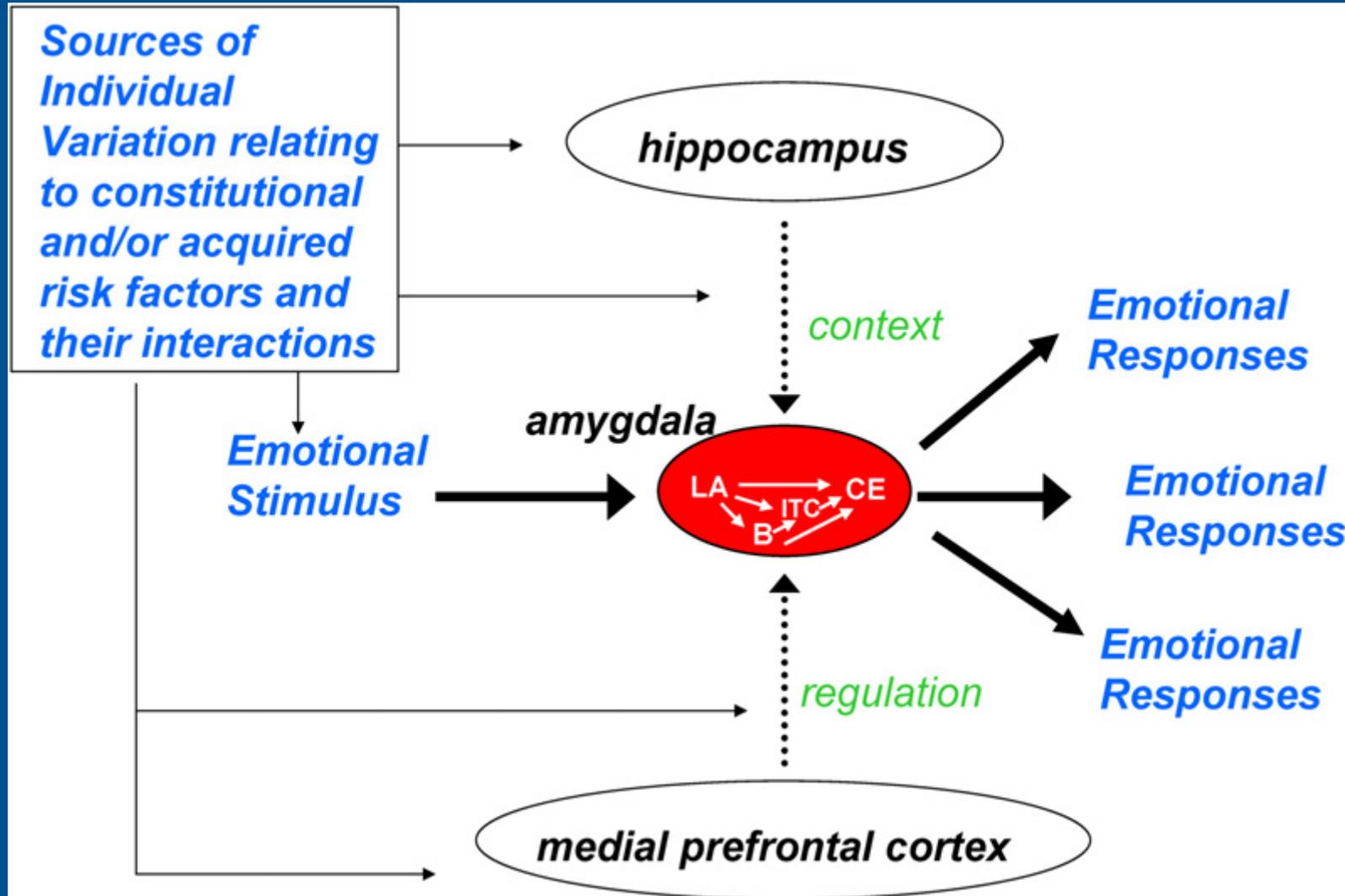
Defensivsystem



Phasen der Furcht

1. Erhöhte Aufmerksamkeit und Orientierung (Vor-Begegnung – Bradykardie)
2. Hinwendung zum Stimulus mit Aufmerksamkeits-Bias (funktionale Dissoziation I – antizipatorische Angst)
3. Defensive Aktionsbereitschaft mit Zunahme der Angstäquivalente
4. In Abhängigkeit von der Art und Intensität des Stimulus: Aktion (Kampf oder Flucht) oder Lähmung (funktionale Dissoziation II)

Konzept der Amygdalakontrolle (Yehouda u. LeDoux, 2007)

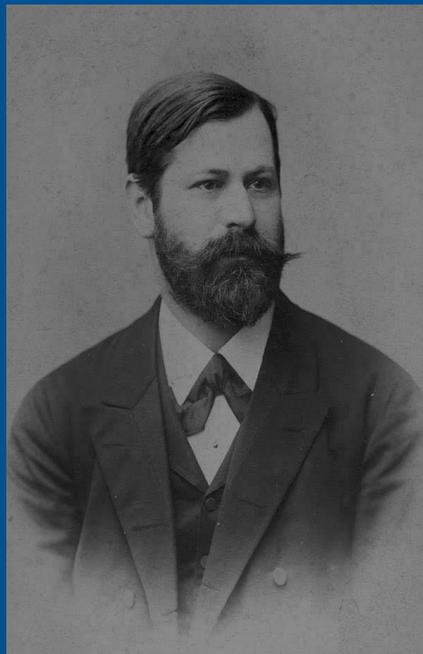


Fazit 1

1. Aversive Erlebnisse können das Defensivsystem sensibilisieren oder immunisieren.
2. Die folgende Dynamik wird u.a. determiniert durch:
 - automatisierte, länger laufende und nicht abstellbare Verhaltensprogramme
 - die Intensität des Stimulus und damit verbundene Ereignisfaktoren
 - Risiko- und konstitutionelle Faktoren
 - die Kontextualisierung und die auf der bewußten Wahrnehmungsebene erfolgende Gegenregulation

Freuds erstes Konzept 1895 („Angst-Lust“)

Stauung libidinöser Triebenergie, die sich mangels adäquater somatischer Abfuhr im psychischen Erleben direkt in Angst umsetzt.



Freuds zweites Konzept („Hemmung, Symptom und Angst“, 1926)

- Reaktion des Ich in Gefahrensituationen
- Antizipation einer „traumatischen“ Überwältigung durch Reizüberflutung
- Zustand von Hilfs- und Hoffnungslosigkeit, unabhängig davon, ob es sich um eine intrapsychische (z.B. durch Triebstauung) oder extrapsychische Verursachung (z.B. durch traumatische Gewalt) handelt
- bei der neurotischen Angst fällt der Affekt im Verhältnis zur Gefahrensituation übertrieben aus, die eigentliche Gefahrenquelle ist unbewußt, die Abwehrvorgänge versagen

Freuds zweites Konzept („Hemmung, Symptom und Angst“, 1926)

- durch die Verdrängung wird die bewußte Gefahrenwahrnehmung ausgeschaltet, das Ich bleibt angstfrei
- gelingt die Verdrängung nicht ausreichend, kommt es zu bewußt wahrnehmbaren Symptombildungen (z.B. Phobie und Zwang)
- Symptome haben eine angstbindende Funktion: wird das Symptom unterdrückt, kommt es zur Manifestation von Angst
- partielle Aufgabe des Traumakonzepts zu Gunsten intrapsychischer Verursachung

Freuds Phobie-Konzept (1919)

- neurotisches Symptom mit höherer Angstbindung
- durch Vermeidungsverhalten läßt sich der Angsteinbruch abwehren
- Verschiebung eines intrapsychischen Konflikts auf eine äußere Situation/Objekt (z.B. bei drohendem Verlust der Kontrolle über Triebimpulse)
- der intrapsychische Konflikt wird in eine äußerliche und bewußt wahrnehmbare Bedrohung transformiert, die leicht vermeidbar ist. Er selbst bleibt unbewußt

Verhaltenstherapeutische Konzepte

- sind näher an der situativen Symptomentstehung
- berücksichtigen expliziter symptomaufrecht-
erhaltende Prozess im Sinne von Regelkreisen und
Generalisierung
- berücksichtigen stärker aktuelle Attributionsprozesse
- betrachten kognitive und Verhaltensrepräsentanzen
der Angst

- vermitteln ein nachvollziehbareres Krankheitsmodell
- explizieren einen Algorithmus des therapeutischen
Vorgehens

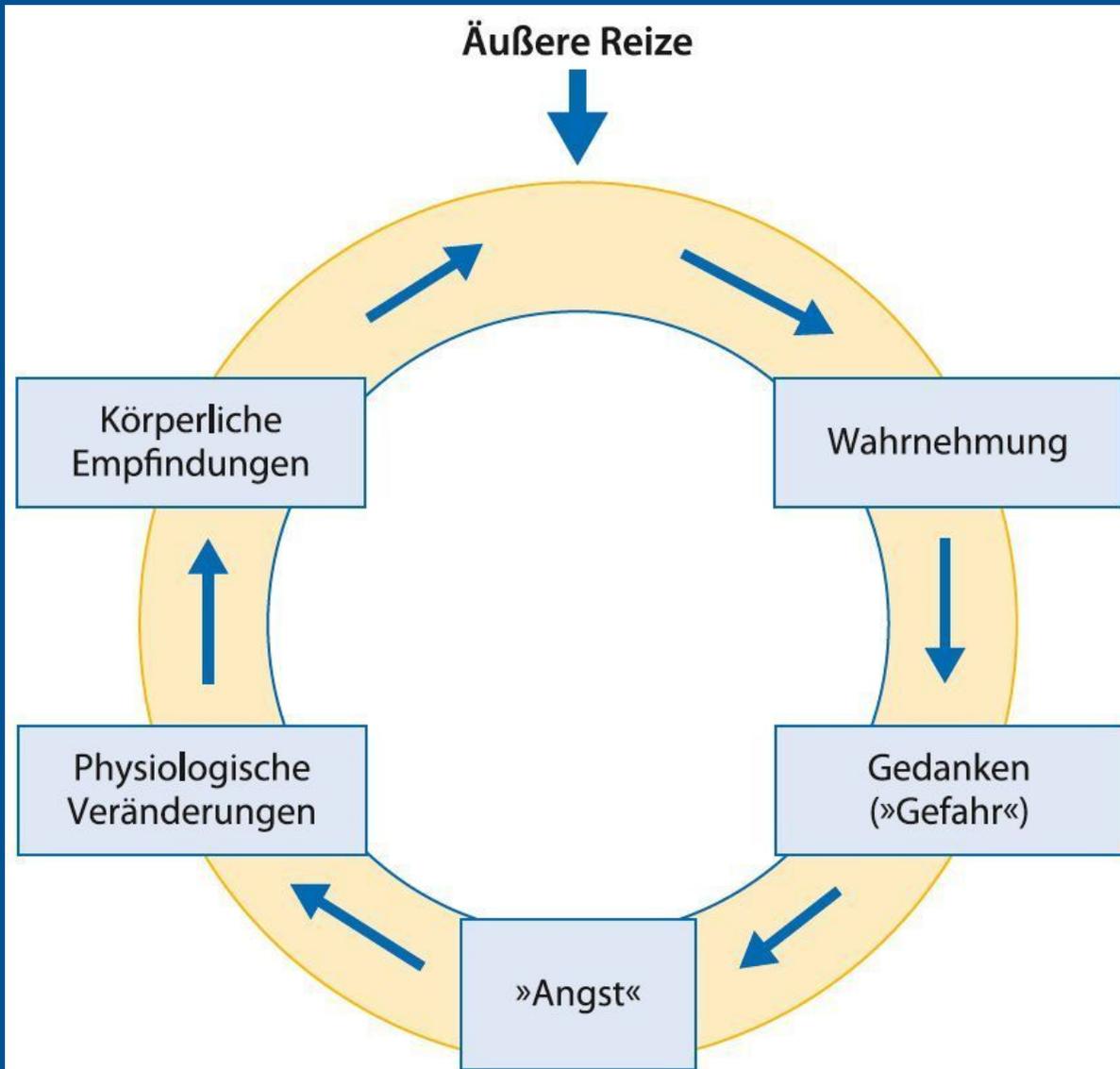
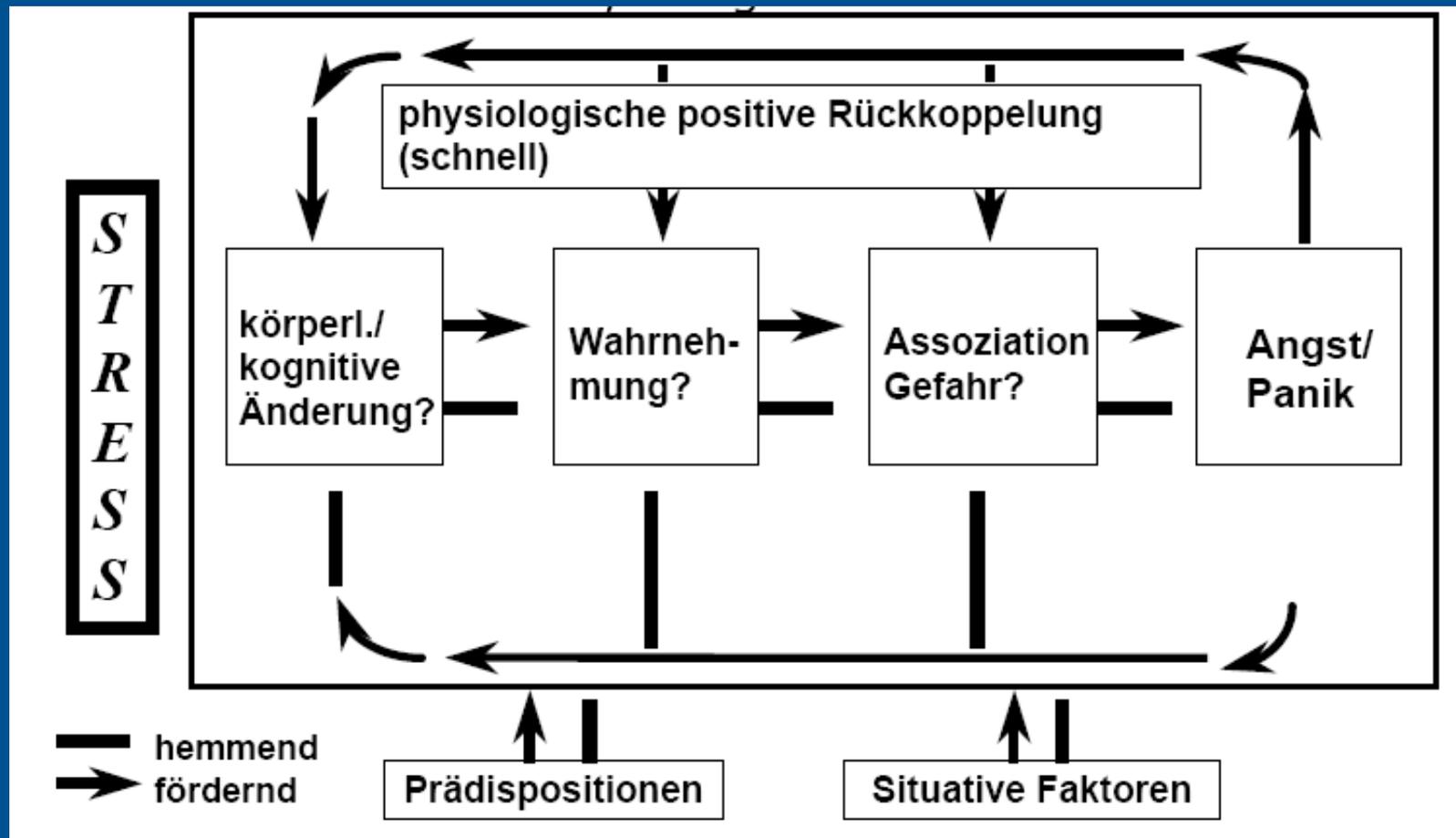
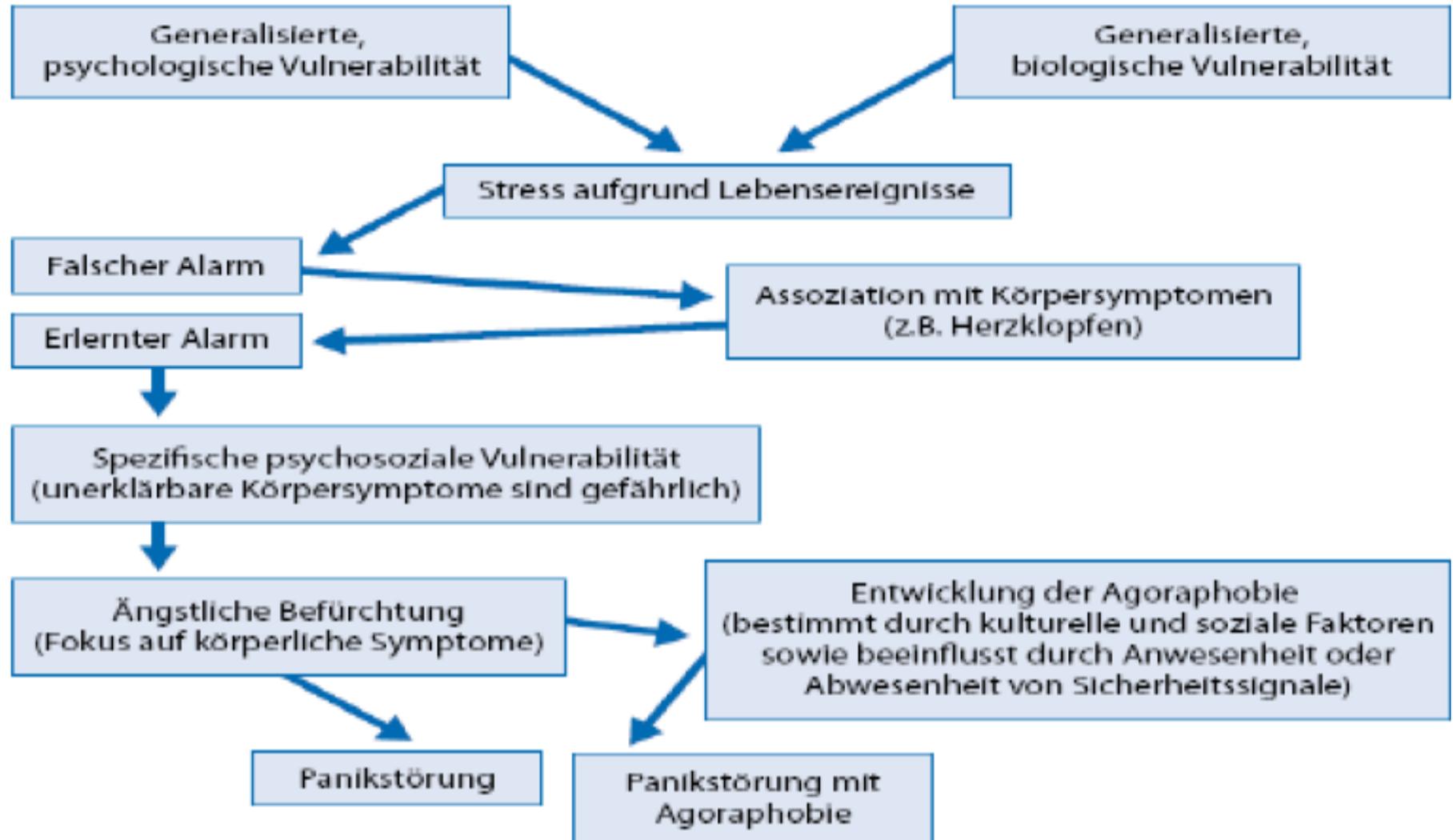


Abb 41.1: Teufelskreis der Angst
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2011. Aus Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (2011). Klinische Psychologie & Psychotherapie. 2. Auflage. Springer-Verlag: Berlin Heidelberg

Psychophysiologisches Modell der Panikstörung von Margraf und Schneider, 2000

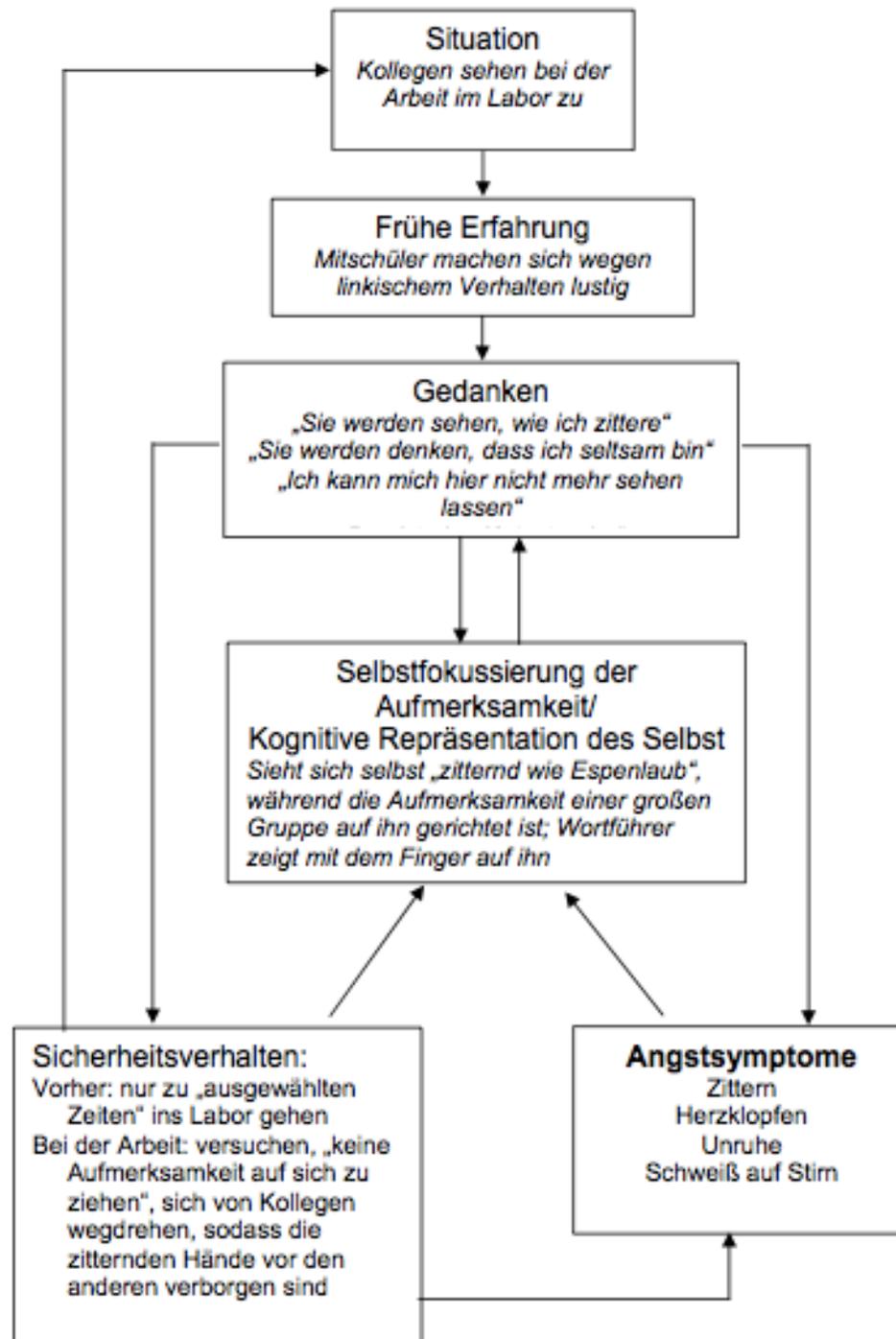


Ätiologiemodell der Panikstörung und Agoraphobie nach White und Barlow, 2002

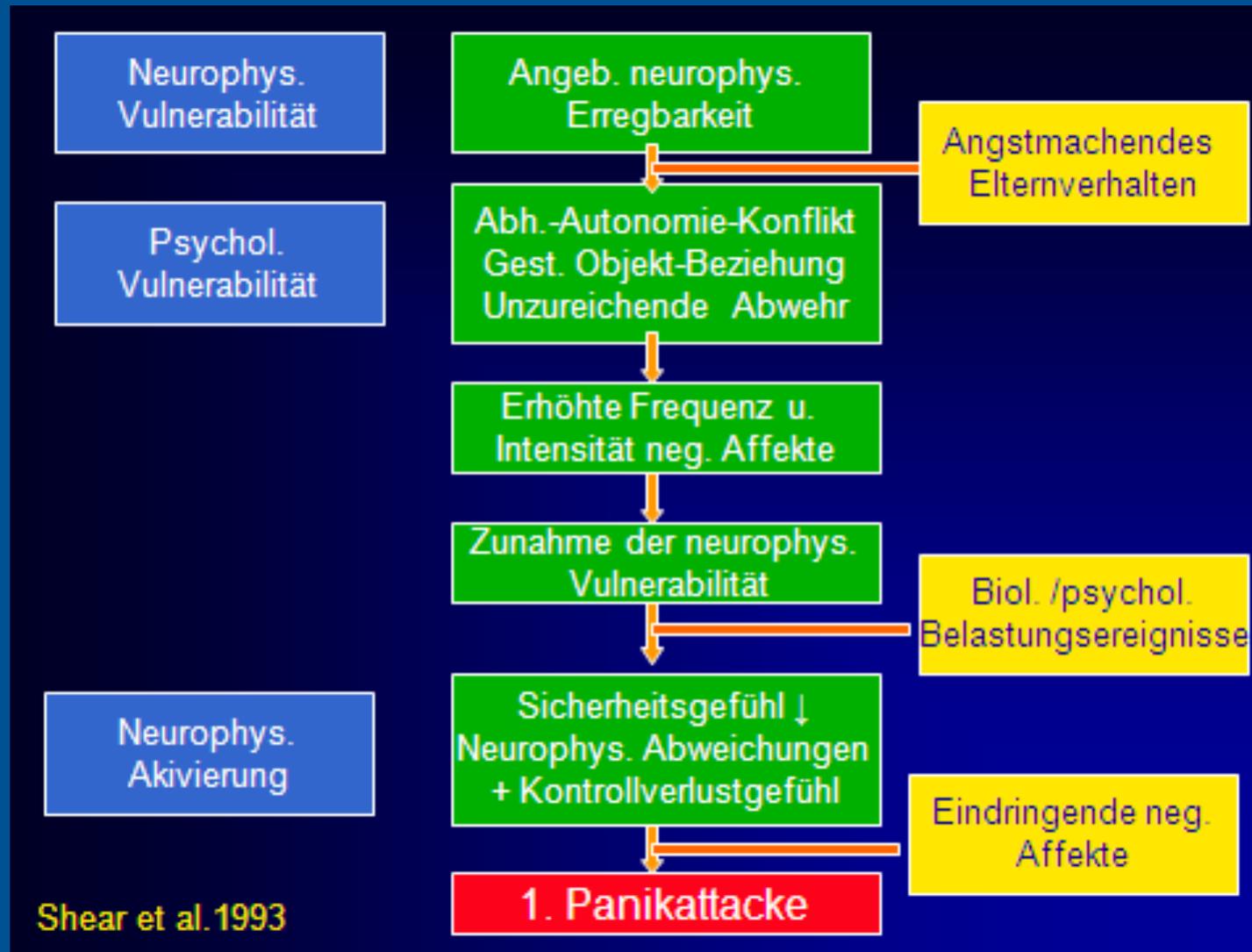


Kognitives Modell der sozialen Phobie nach Clark u. Wells, 1995:

- Aktivierung Schemata
- soziale Bedrohung
- Verschiebung der Aufmerksamkeit



Psychodynamisches Modell der Panikstörung



Strukturmodell von Ängsten mit zunehmender Qualität der Ich-Funktionen (nach Hoffmann, 2010)

- Angst, verrückt zu werden und die Kontrolle zu verlieren
- frei flottierende (generalisierte) Angst
- Angst um die Existenz
- Angst vor Krankheit und um die Gesundheit (Hypochondrie)
- Angst, in eine hilflose Situation zu geraten (Agoraphobie)
- isolierte Angstanfälle („Panikattacken“)
- gerichtete, objektbezogene Angst („isolierte Phobie“)

An der Angstregulation beteiligte strukturelle Merkmale (nach OPD)

Selbstwahrnehmung

Selbstreflexion
Affektdifferenzierung

Selbststeuerung

Impulssteuerung
Affekttoleranz

Innere Kommunikation

Affekte erleben

Äußere Kommunikation

Affektmitteilung

Bindung

Internalisierung
Bindungsfähigkeit
Bindung lösen

Repetitiv-dysfunktionale Konflikte in der OPD

1. Individuation versus Abhängigkeit: Nähe-Distanz
2. Unterwerfung versus Kontrolle: Kontrollverlust
3. Versorgung versus Autarkie: Verlustangst
4. Selbstwertkonflikt: Scham-Angst
5. Schuldkonflikt: Schuld-Angst
6. Ödipaler Konflikt: Aufmerksamkeitsverlust
7. Identitätskonflikt: Diffusions-Angst

Zusammenhänge zwischen Struktur und Konflikt (n = 220)

1. **Abhängigkeit/Autonomie (r = -.61)**
2. Kontrolle/Unterwerfung (r = .37)
3. Versorgung/Autarkie (r = .24)
4. **Selbstwert (r = -.23)**
5. Über-Ich (r = .19)
6. Ödipal-sexuell (r = .45)

Entwicklungspsychologische Matrix: Zentrale Annahmen der Bindungstheorie

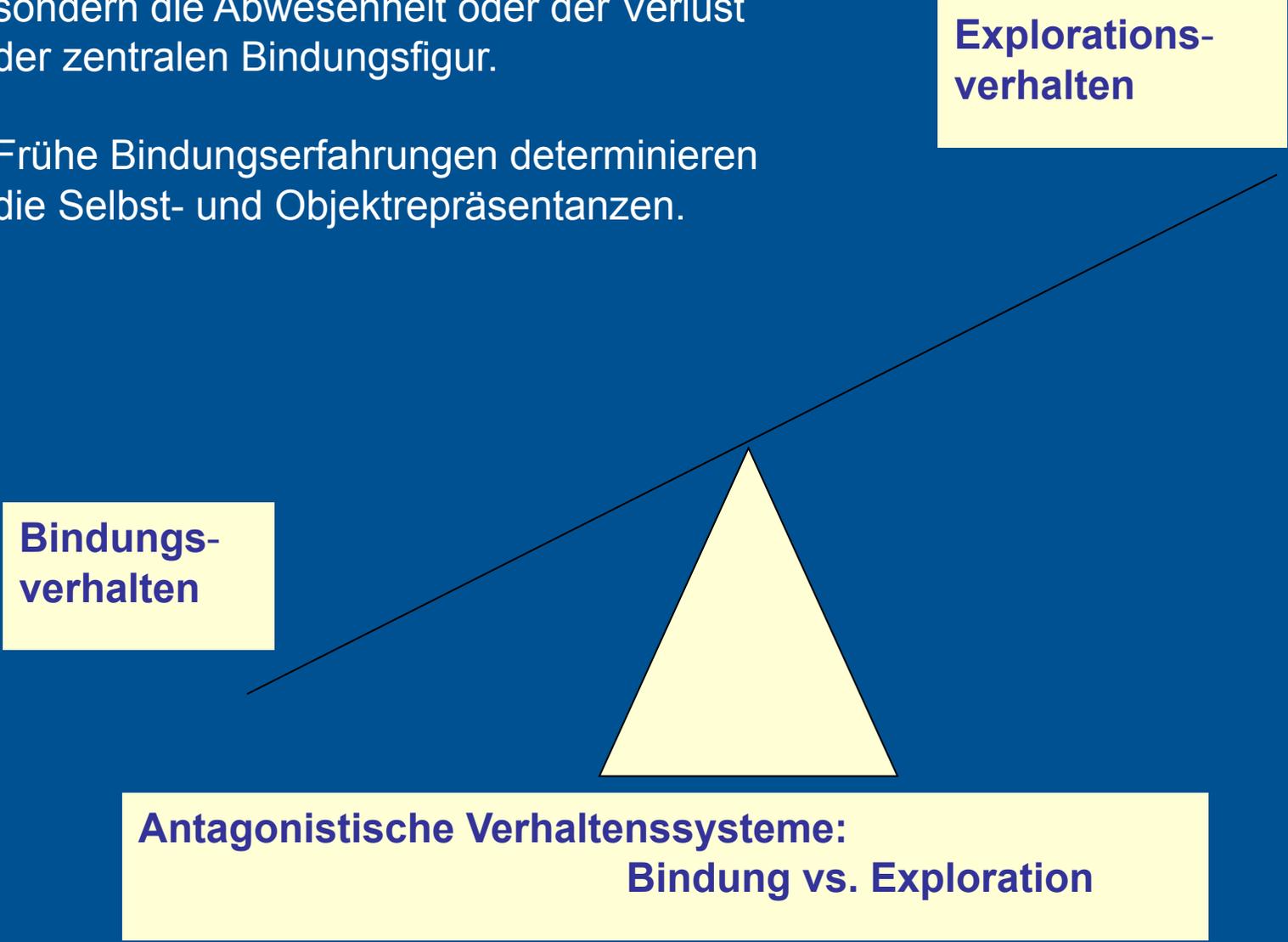
1. Die Erfahrung schützender primärer Bezugspersonen ist die Grundlage innerer Stabilität und schützt vor überhöhter Angstentwicklung bzw. dem Verlust der steuernden Funktion der Angst.
2. Die Beziehung zur Bindungsperson ist durch die Nähe-Suche gekennzeichnet. Das System wird durch Trennung, Krankheit, Bedrohung u. ä. aktiviert.
3. Das Vertrauen in die Zuverlässigkeit der Bindungsperson entwickelt sich früh und prägt das spätere Bindungsmodell von Menschen in 4 grundsätzlichen Bindungstypen.

Pseudophobie: nicht die Angst vor der vermiedenden Situation ist entscheidend, sondern die Abwesenheit oder der Verlust der zentralen Bindungsfigur.

Frühe Bindungserfahrungen determinieren die Selbst- und Objektrepräsentanzen.

**Explorations-
verhalten**

**Bindungs-
verhalten**



**Antagonistische Verhaltenssysteme:
Bindung vs. Exploration**

Fazit 2

Neurotische Angst ist gekennzeichnet durch

- die Diskrepanz zwischen Auslöser und Antwort
- Kontextualisierung und Gegenregulation auf mittlerem Niveau
- intrapsychische repetitive Konfliktmuster
- den (partiellen) Verlust der Abwehr- bzw. der Kompensationsmöglichkeiten
- Wechselwirkungseffekte zwischen kognitiven Attributions- und Lernprozessen
- einen dimensionalen Übergang in strukturbezogene Angst
- eine primäre oder sekundäre Irritation des Bindungssystems

Wovor sich die Deutschen fürchten

Ich habe am meisten Angst, dass ...

in Prozent



Quelle: GfK/Apotheken Umschau; Basis: 1966 Befragte (2001: 2452 Befragte)

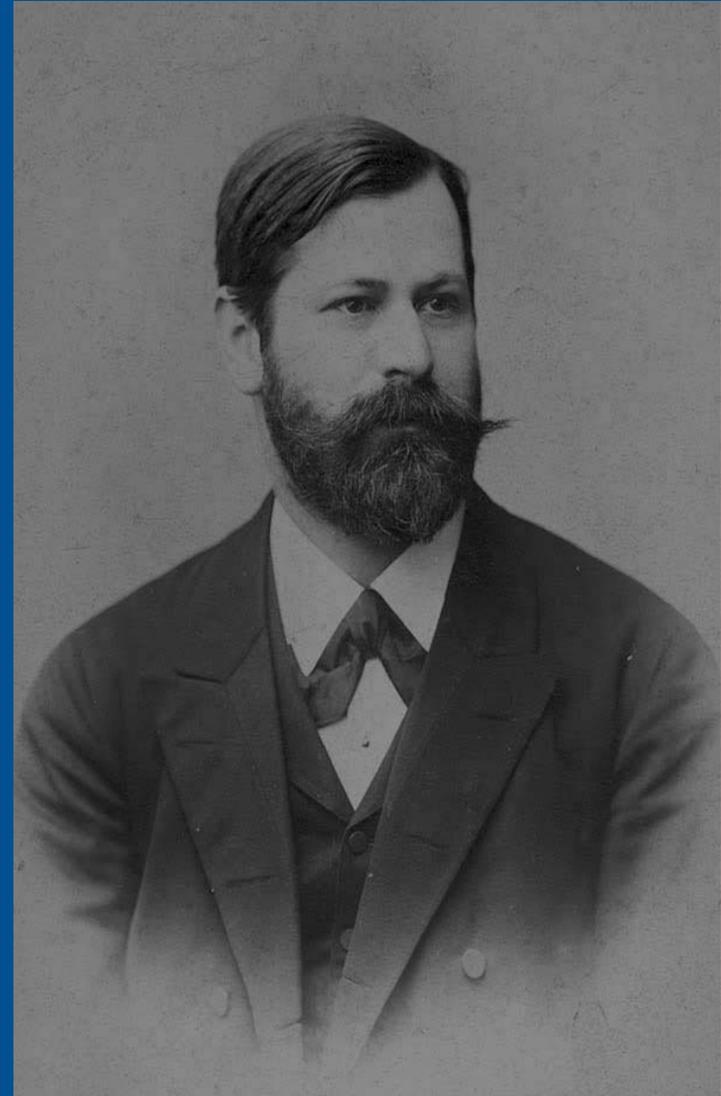
Kontextmerkmale am Beispiel MV (CM)

- Der Männerüberschuß in der Gruppe der 18-29jährigen liegt in MV in den Regionen zwischen 8 und 25% (Mittelwert 13.4%).
- Überproportional viele junge Frauen mit hohem Bildungsabschluß verlassen das Land.
- Die Mobilitätsanforderungen sind um den Faktor 2.8 seit der Wende gestiegen (Reduktion 85% auf 65% des beschränkten Mobilitätsradius)
- Der Informationsfluss hat sich durch die Einführung von Handys und PCs seit der Wende um den Faktor 6-8 erhöht
- Keine erhöhten Prävalenzraten primärer, aber sekundärer Parameter

Sigmund Freud (1856-1939)

Zum Traumabegriff in den Vorlesungen

„...Wir nennen so ein Erlebnis, welches dem Seelenleben innerhalb kurzer Zeit einen so starken Reizzuwachs bringt, das die Erledigung oder Aufarbeitung desselben in normal-gewohnter Weise mißglückt, woraus dauernde Störungen im Energiebetrieb resultieren müssen...“





Pierre Janet (1859 - 1947)

L'Automatisme psychologique (1889)

„In der Hysterie findet sich eine Abspaltung (franz. désagrégation) bestimmter Erlebnisanteile aus dem Bewußtsein, die weiterhin aktiv bleiben und so die dissoziativen Symptome hervorrufen.“

Risikofaktor peritraumatische Dissoziation



Dissoziatives Erleben während und unmittelbar nach Traumatisierung:

- Bewegungslosigkeit („freezing“)
- Analgesie und Anästhesie
- veränderte Raum- und Zeitwahrnehmung
- initial funktionaler Charakter („Flucht nach innen“)

Intensität und 4-wöchiger Verlauf im Rahmen einer akuten Belastungsreaktion prädiziert PTSD

Posttraumatische Dissoziation

- Amnesie für Aspekte des Traumas mit Trennung der kognitiven, sensomotorischen und affektiven Erinnerungsspuren
- verändertes Körpererleben mit Depersonalisation, Derealisation (und Konversion)
- Kontextlosigkeit des Hyperarousals



Sigmund Freud (1856 - 1939)

Studien über Hysterie (1895)

„Die Neigung zu dieser Dissoziation und damit zum Auftreten abnormer Bewußtseinszustände,..., ist das Grundphänomen dieser Neurose.“

„Bei der Hysterie erfolgt die Unschädlichmachung der unverträglichen Vorstellung dadurch, daß deren Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt wird, wofür ich den Namen Konversion vorschlagen möchte.“

Die Kontroverse

1. Das Janetsche Dissoziationskonzept geriet in Vergessenheit, das Freudsche Konversionskonzept dominierte den Diskurs.
2. Die Diskussion um eigenständige Folgen realer traumatischer Angst erfolgte in der Dialektik zwischen Entschädigung/Wiedergutmachung und Ätiologie.
3. Die Wurzeln einer breit geführten Simulations- und Aggravationsdebatte liegen in den Konzepten der frühen Militärpsychiatrie.

Karl Jaspers (1883 – 1969)

„...prämorbide
Organminderwertigkeit...“
(1945)



Ernst Kretschmer (1888 - 1964)

„...bei gesunden Menschen
ist die Belastungsfähigkeit
gegenüber Traumatisierungen
unbegrenzt...“ (1952)



Kurt R. Eissler (1908 - 1998)

„...die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben...“ (1963)



Die historische Reinszenierung 1990 ff.

- 250-300 tsd. politische Häftlinge der DDR: 30-50% PTSD, Ablehnungsquoten in Verfahren nach den SED-Unrechtsbereinigungsgesetzen bei 88-95%
- Politisch involvierte und schlecht ausgebildete Gutachter
- die gesundheitlichen Folgen von sog. Zersetzungsmaßnahmen (“Das Leben der Anderen”) wurden in den Gesetzen “vergessen”
- in der Heimkinddebatte spielte das System der sog. Jugendwerkhöfe und der vorenthaltenen Ausbildung eine nachgeordnete Rolle

Wie muss ein Ereignis/ Prozess beschaffen sein, um pathogen zu wirken ?

Ereignisfaktoren

- Unerwartetheit
- Dauer, Schweregrad
- Kontrollierbarkeit
- Interpersonelle Brutalität
- Sog. Debriefing

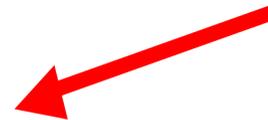
Risikofaktoren

- Alter bei Ereignis
- Geschlecht
- Frühere Traumata
- Frühere psychische Störungen
- Peritraumatische Dissoziation
- Psychosoziale Variablen, IQ

PTSD

Schutzfaktoren

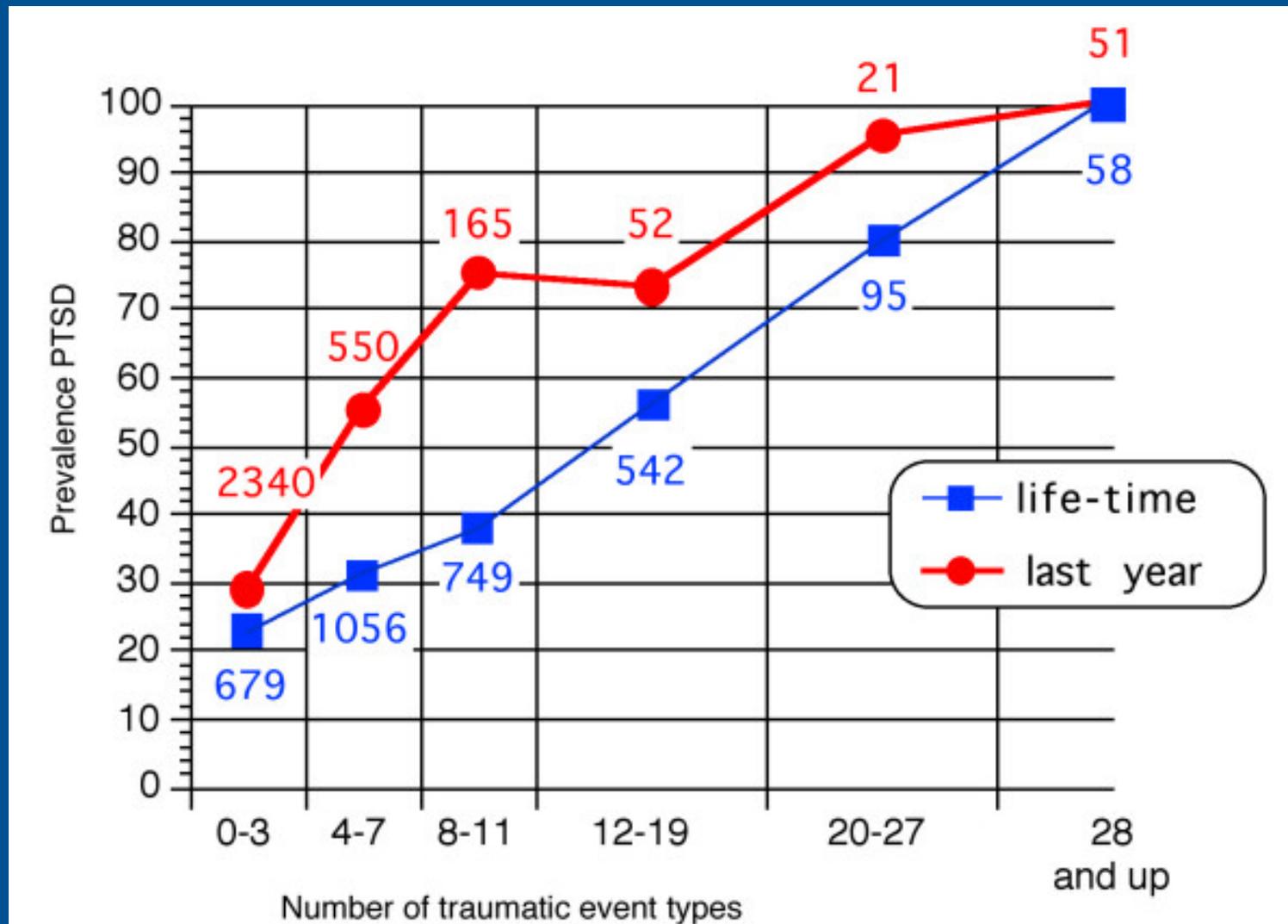
- Kohärenzsinn
- Soziale Unterstützung
- Bewältigungsmechanismen



Ereignisfaktoren (%)

	Häufigkeit	PTSD
Vergewaltigung	5,5	55,5
Sexuelle Belästigung	7,5	19,3
Krieg	3,2	38,8
Waffengewaltandrohung	12,9	17,2
Körperliche Gewalt	9,0	11,5
Unfälle	19,4	7,6
Zeuge bei Unfall	25,0	7,0

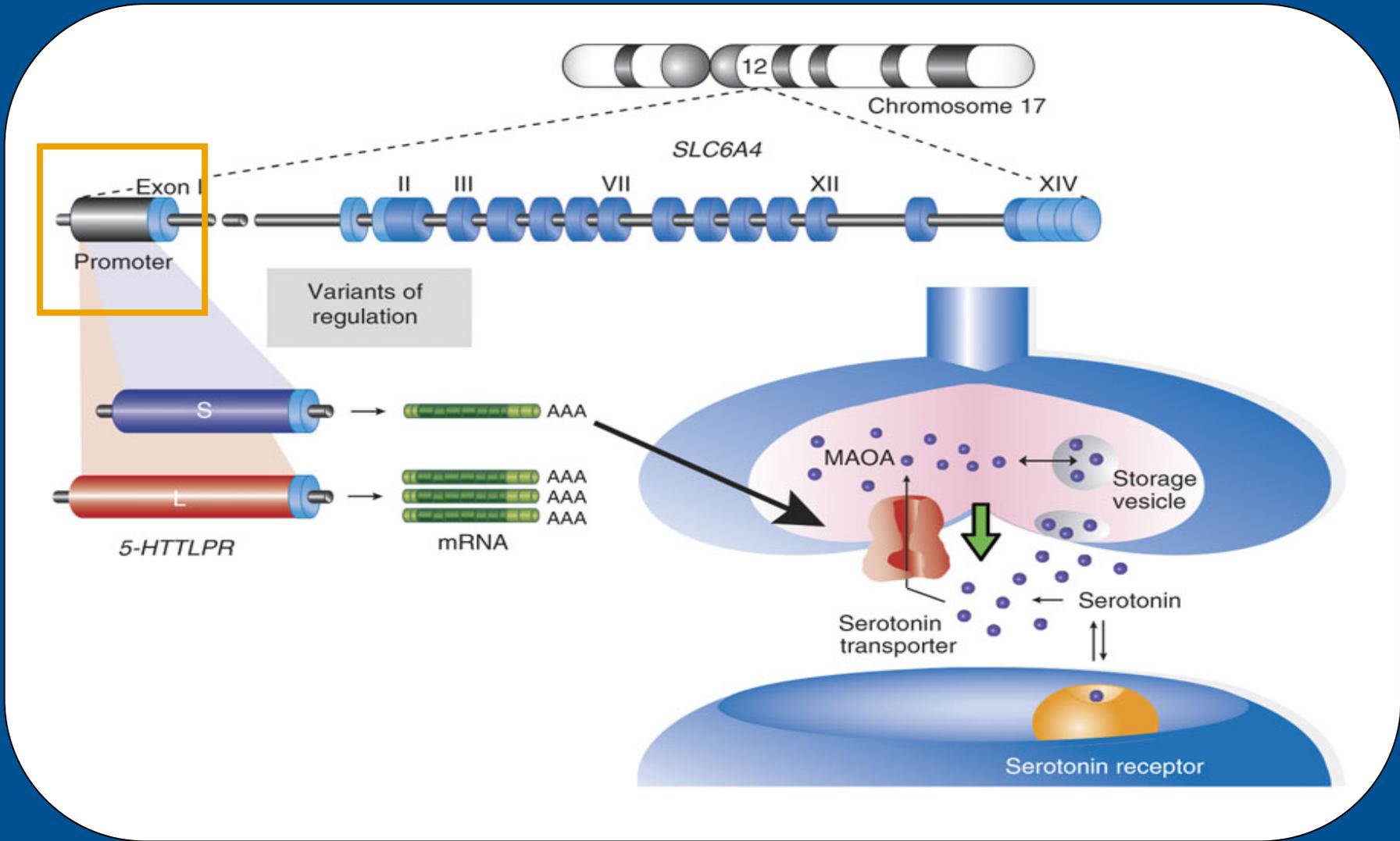
Anzahl traumatischer Ereignisse und Häufigkeit der PTSD



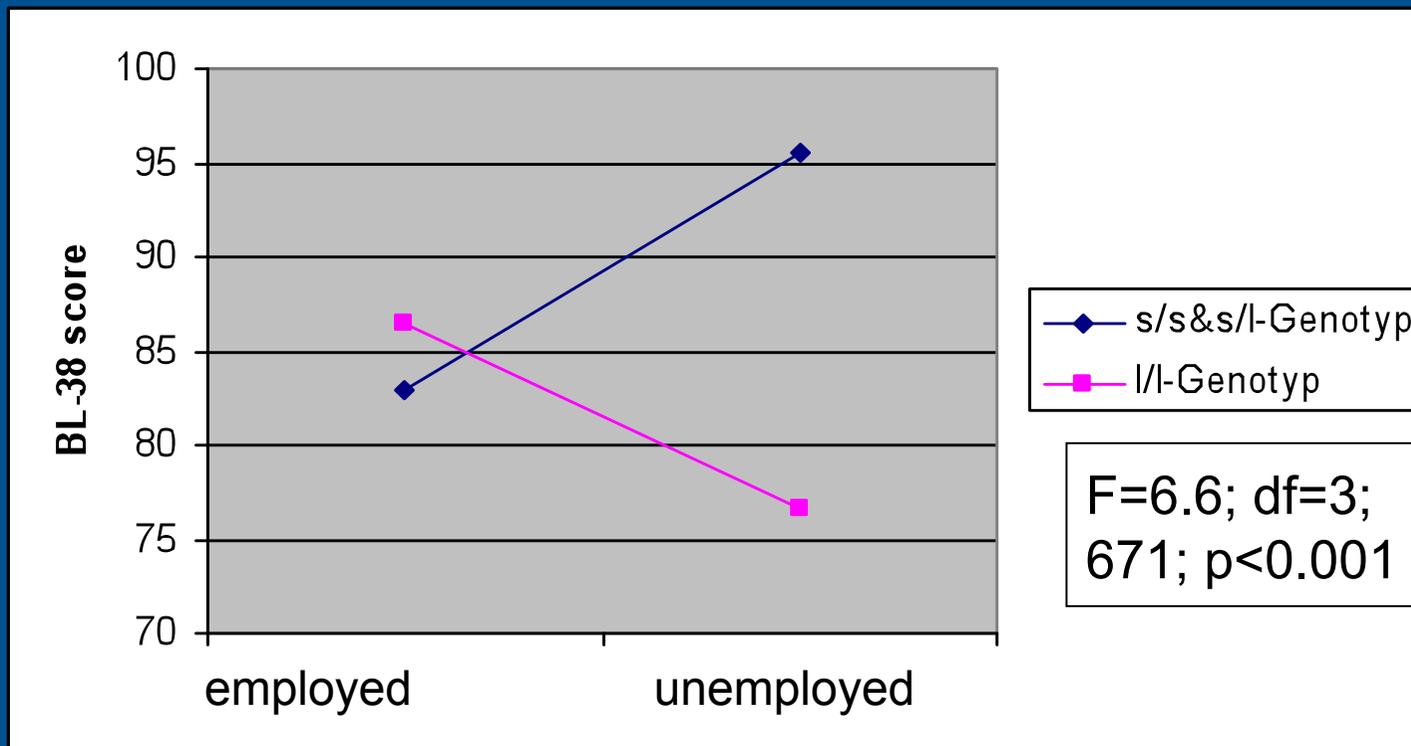
Versorgungsepidemiologie

- mittleres Erkrankungsrisiko bei etwa 30%
- mittlere Remissionswahrscheinlichkeit bei etwa 50%
- Traumatisierung ist Risikofaktor für eine Vielzahl psychischer Störungen
- die PTSD zeigt hohe Komorbiditätsraten und hohe Übergangswahrscheinlichkeiten in andere psychische Störungen im Langzeitverlauf
- Aussagen zum Risikofaktoren (und damit auch zum Langzeitverlauf) basieren im wesentlichen auf Kurzzeitstudien (< 5 Jahre)

Rolle des Serotonintransporters



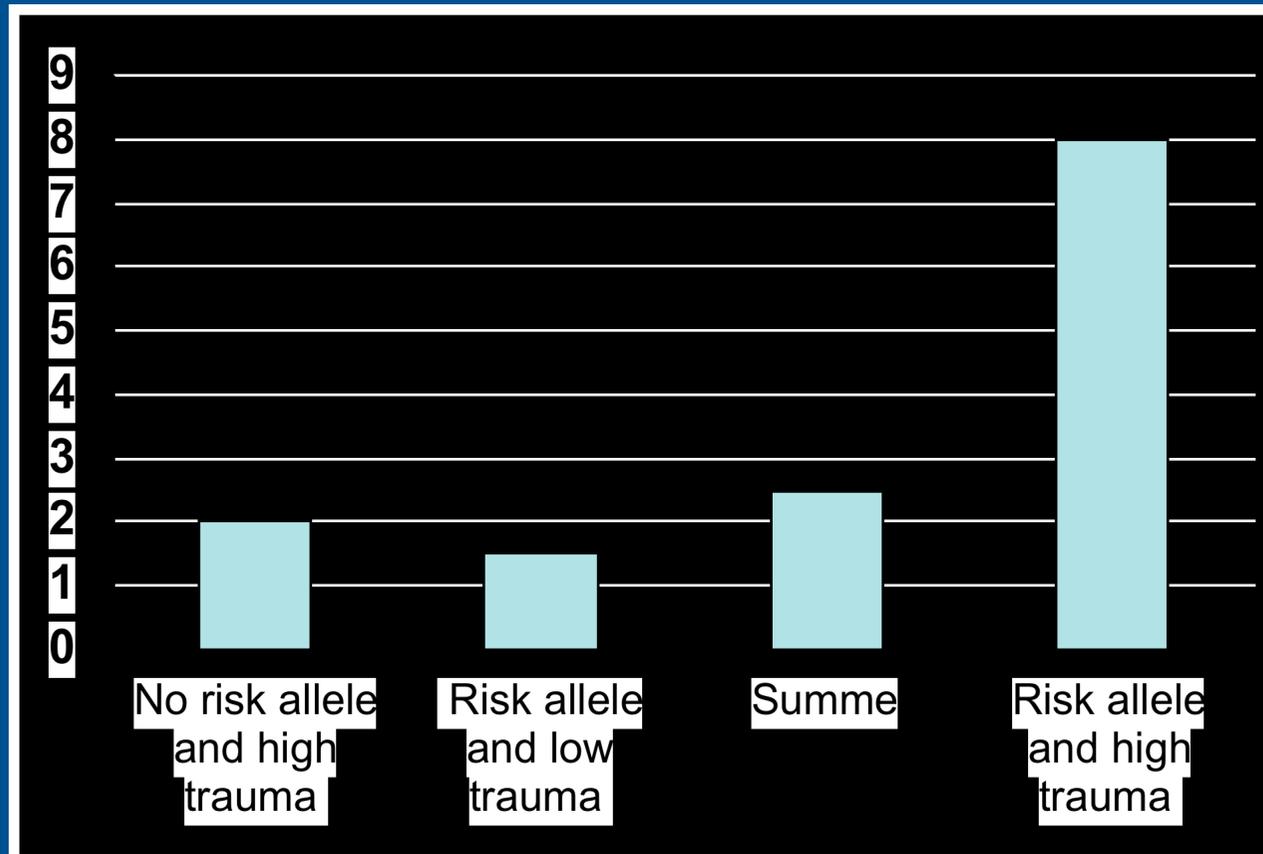
Gene-Environment-Interaction (SLC6A4)



Grabe HJ et al. (2005)

SLC6A4 x Trauma und Depression

OR

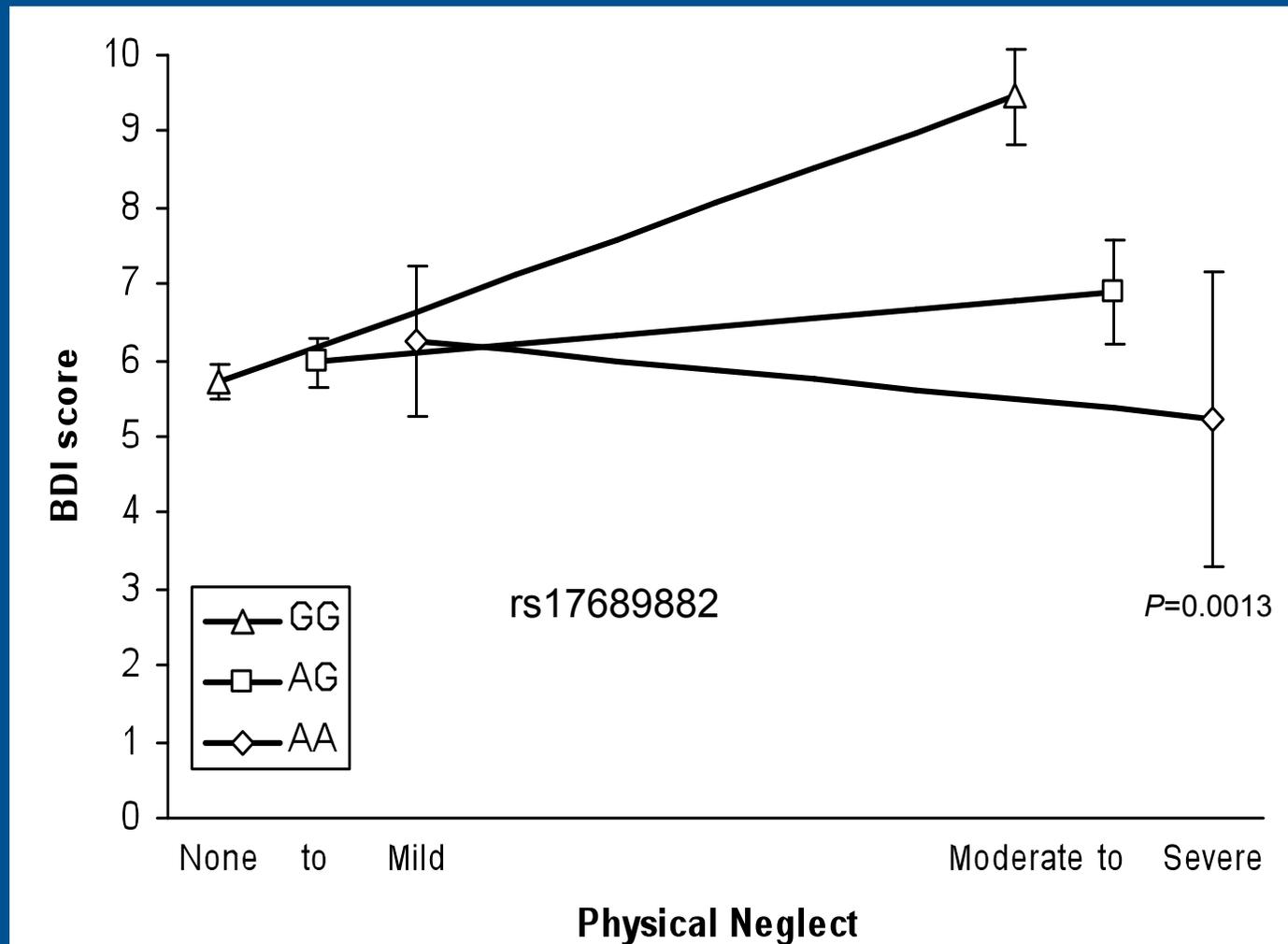


Relative Excess Risk due to Interaction (RERI) = 5.5 (95% CI: 0.8 - 18.3; $p < 0.05$)*

2 LA-alleles versus 0 LA-alleles; *accelerated bootstrap approach with 10,000 bootstrap samples

Grabe HJ et al. (2009)

Interaktion „Physical Neglect“, Aktualtrauma und Corticotropin-Releasing-Hormone Receptor 1 (Grabe et al., 2011)



Was bleibt 60 Jahre danach ?

Eine Studie mit n = 900 Holocaust-Überlebenden

- Schlafstörungen (Angst-/Alpträume)	567 (94.5%)
- Intrusionen	533 (88.8%)
- dissoziative Symptome	241 (40.2%)
- Hyperarousal	188 (31.3%)
- Flashbacks	12 (2.0%)
- Realitätsverlust Erwachen	23 (3.8%)

Wichtigster Unterschied zu Vietnamveteranenstudien:
Keine relevanten Raten an Suchterkrankungen und
Vermeidungsverhalten

Fazit 3

- Einer Vernachlässigung traumatischer Konzepte über Jahrzehnte, folgte ein Forschungsexzess mit Vernachlässigung des Intrapsychischen: alles Trauma ?
- Arrodierung des Traumabegriffes in der Dialektik zwischen Schädigung und Entschädigung (“posttraumatische Verbitterungsstörung”)
- Je valenter das Trauma, umso höher das Risiko und umso wahrscheinlicher die Beteiligung neurobiologischer Systeme. Je größer die “Vorschädigung” oder “Ansprechbarkeit”, um so stärker spricht das System an (partieller Verlust der Gegenregulation und der Kontextualisierung).

Pro und contra Exposition/ Konfrontation – Schulenstreit oder ein deutsches Phänomen ?

- Induktion von Intrusionen und Angstäquivalenten mit bleibenden Schäden
- Verfahren mit Exposition am erfolgreichsten
- Stabilisierung = Lernen von Vermeidungstechniken, Botschaft an den Patienten, das es gefährlich ist, sich mit dem Trauma auseinanderzusetzen, die Erinnerung an das Trauma bleibt bedrohlich und unaussprechlich mit weiterer Fragmentierung der Erinnerungen
- Dialektik von Haupt- und Nebenwirkungen (Neuner: Narrative Expositionstherapie vs. Reddemann: Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie)

Risiken und Nebenwirkungen

Traumazentrierte Frühintervention (Debriefing):

- keine Reduktion von psychischem Stress
- keine Risikosenkung für PTSD
- 1 Jahres-Follow-up: erhöhtes Risiko für PTSD (OR 2.01 - 2.88)
- Unterbrechung des naturalistischen Verarbeitungsprozesses
- Debriefing durch unbekanntem Therapeuten
- Einsatz von Benzodiazepinen

Konsequenz: individualisierte Therapie und narrative Exposition

Nebenwirkungen nach Therapeuten- angaben (n = 111 stationäre Patienten)

1. Suizidalität und Selbstbeschädigung: 28%
2. Interaktionen mit dem Täter oder signifikanten Dritten: 21 %
3. Dissoziation: 44%
4. Temporäre Verschlechterungen im Therapieprozess (Depression, Angst, psychotische Symptome): 51%

Und andere ?

Häufigkeit von nicht beachteten Kontra- indikationen bei Patienten mit PTSD (n = 127 Abbrecher)

1. Belastbarkeit und Alter: 17%
2. Instabile Symptomatik (z.B. unbeherrschbare Intrusionen, Suizidalität, Impulsivität, Halluzinationen, Wahn): 34 %
3. Instabile Komorbidität: 31 %
4. Vermischung von Täter- und Opferrollen: 11%
5. Trauma gehört zur Identität des Patienten: 7%

Narrative Expositionstherapie

- für den Einsatz in Krisengebieten entwickelt
- emotionale Exposition gegenüber dissoziierten Erinnerungen mit Habituation
- Reorganisation in kohärente chronologische Narrative unter Einbeziehung der gesamten Biographie
- zentrales Trauma steht im Vordergrund und wird exemplarisch bearbeitet
- analoge internetbasierte Ansätze (testimonial therapy: Exposition, kognitive Restrukturierung und Integration)

Lebensrückblicksinterventionen

1. Lebensbilanzannahme: Traumaerinnerungen interferieren negativ mit positiven Erinnerungen und beeinflussen zentrale Narrative
2. Traumagedächtnisannahme: Das Traumagedächtnis ist in seiner Bedeutung ungenügend strukturiert und mangelhaft in andere Erinnerungskontexte integriert
3. Sinnfindungsannahme: Es besteht eine individuelle Tendenz zur Sinnfindung insbesondere in der Verarbeitung aversiver kognitiver und emotionaler Ereignisse.

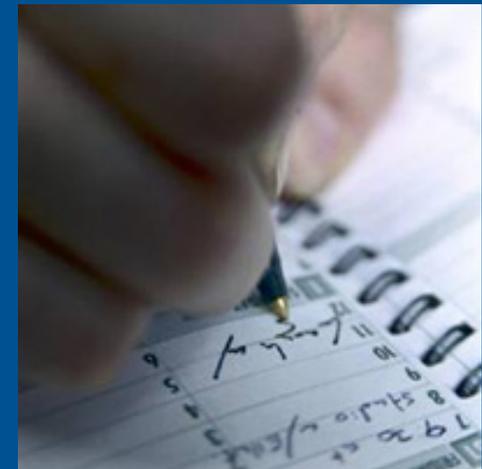
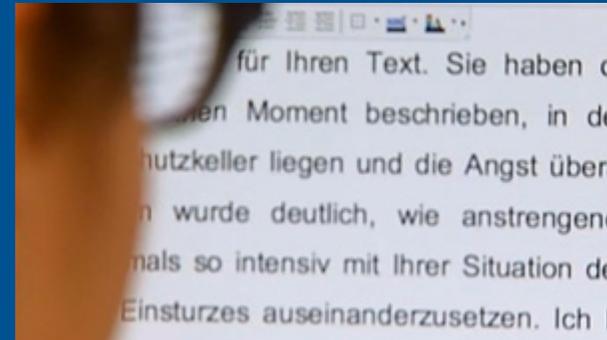
Ziele der Lebensrückblicksinterventionen

1. Bilanzierung der positiven und negativen Erinnerungen mit Verbesserung der Kontrolle über den bewußten Zugriff
2. Emotional aversiv besetzte traumatische Erinnerungen werden elaboriert und zu einem Narrativ verarbeitet.
3. Dem Erlebten kann ein (ggf. transgenerationaler und/oder individuell veränderungsrelevanter) Sinn gegeben werden.

Integrative Testimonial Therapie

- Basiert auf störungsspezifischem Behandlungsmanual (ITT)
- Patient und Therapeut kommunizieren schriftlich & asynchron
- Individuelle Patient-Therapeut-Beziehung

- Behandlungsdauer: ca. 6 Wochen (11 Schreibsitzungen)
- Pro Woche: Zwei strukturierte Schreibaufträge à 45 Minuten zu festen Terminen
- Rückmeldung innerhalb 24h





Startseite

Trauma

Behandlung

Studie

Datenschutz

Alternativen

Anmeldung

Kontakt

Impressum

Startseite

Allgemein

Einige Menschen, die traumatische Situationen durchleben, leiden später unter psychischen und körperlichen Beschwerden, die als Folge der erschütternden Ereignisse auftreten, sog. Posttraumatische Störungen. Dies sind u.a. Schlafstörungen, Gefühle von Schuld und Scham, Angst, unfreiwilliges Erinnern der Situation, Interessenverlust, Schmerzzustände und Konzentrationsschwierigkeiten.

Manchmal kommt es im Alter zu einem verstärkten Wiedererinnern und einer gedanklichen Beschäftigung mit dem Erlebten. Viele Menschen, die durch Kriegserlebnisse traumatisiert sind, haben nie oder nur bruchstückhaft über das Erlebte gesprochen.

Behandlungsangebot

Das Behandlungsangebot richtet sich an ältere Menschen über 65 Jahre, die momentan aufgrund ihrer traumatischen Erlebnisse während und kurz nach Ende des II. Weltkrieges unter psychischen Langzeitfolgen leiden.

Die Therapie vereint Komponenten, die sich als sehr wirksam in der Behandlung von posttraumatischen Störungen gezeigt haben. Im Vordergrund der Therapie steht die biographische Aufarbeitung, in deren Zusammenhang das traumatische Erlebnis aus der Vergangenheit bearbeitet wird.

KlientIn und TherapeutIn kommunizieren ausschließlich über das Internet, in Ausnahmefällen auch über den herkömmlichen Briefweg oder per Fax. Die TherapeutInnen folgen dabei einem wissenschaftlich fundierten Behandlungsprotokoll, das aus strukturierten Behandlungseinheiten besteht, die jedoch auf die Situation und die Möglichkeiten des Klienten eingehen und angepasst werden. Die KlientInnen schreiben zuhause, aus ihrer vertrauten Umgebung und können so ihre Biographie und ihr Trauma in Begleitung eines Therapeuten verarbeiten.

Die Behandlung dauert sechs Wochen.

Prozedere

Rekrutierung:

Medienbeiträge, Hausärzte, Essen auf Rädern, Seniorenforen

www.lebenstagebuch.de

- Info über Behandlung, Psychoedukation etc.
- Patient schickt Behandlungsanfrage über e-mail
- Patient erhält individualisierten Zugangscod für Screening zur Eingangsdagnostik (ggf. telefonische Zusatzdiagnostik)

Einschluss

Einverständniserklärung, Randomisierung, Zuweisung an Einzeltherapeuten der ITT

Ausschluss

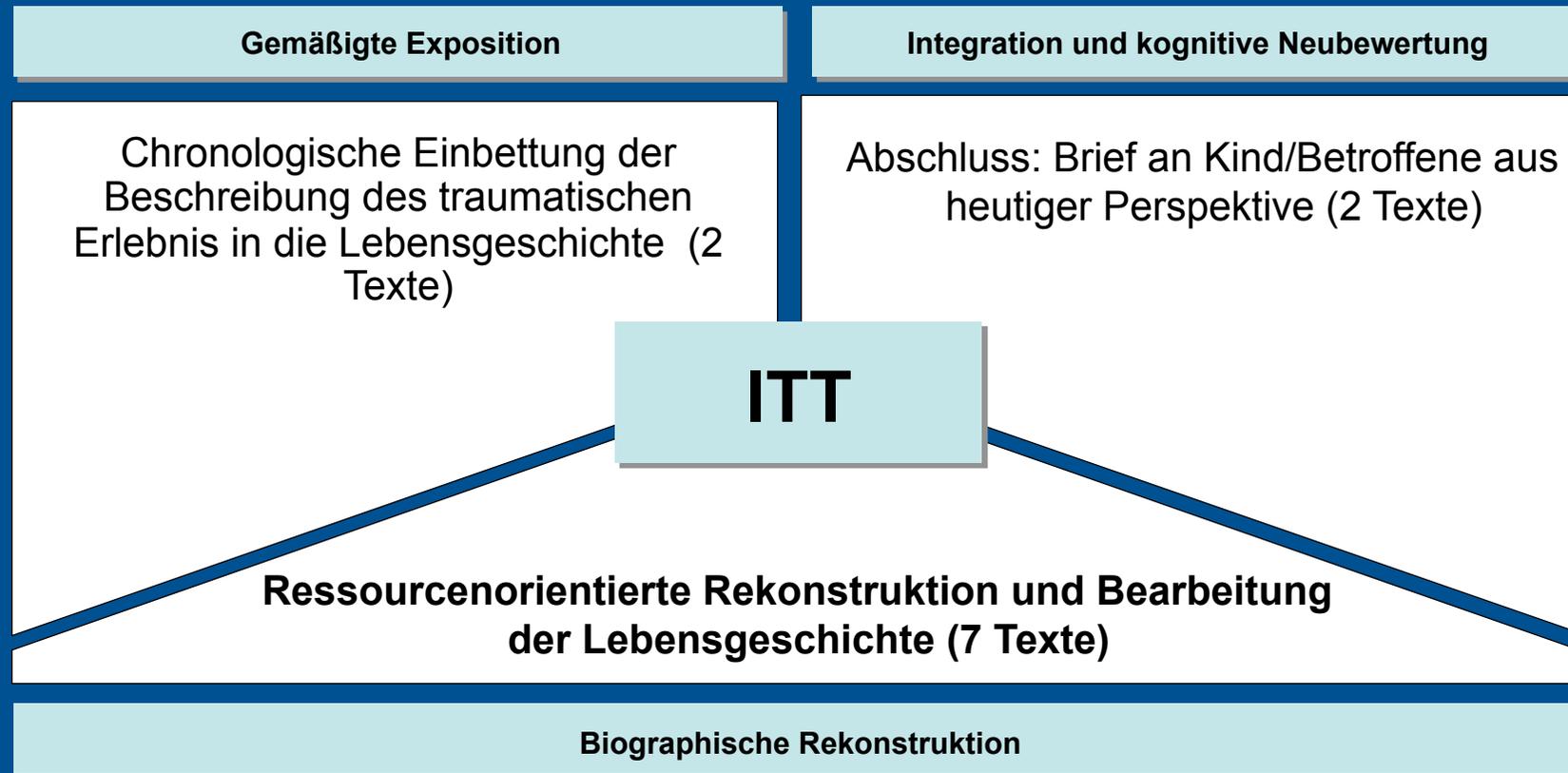
Überweisung zu niedergelassenem PT

Behandlung:

Biographische Rekonstruktion, gemäßigte Exposition, Integration und kognitive Neubewertung

Post-assessment & Follow-up

ITT: schematische Übersicht (Knaevelsrud et al., 2013)



Internetbasiertes, interaktive Programm für kriegstraumatisierte ältere Frauen

Stichprobe

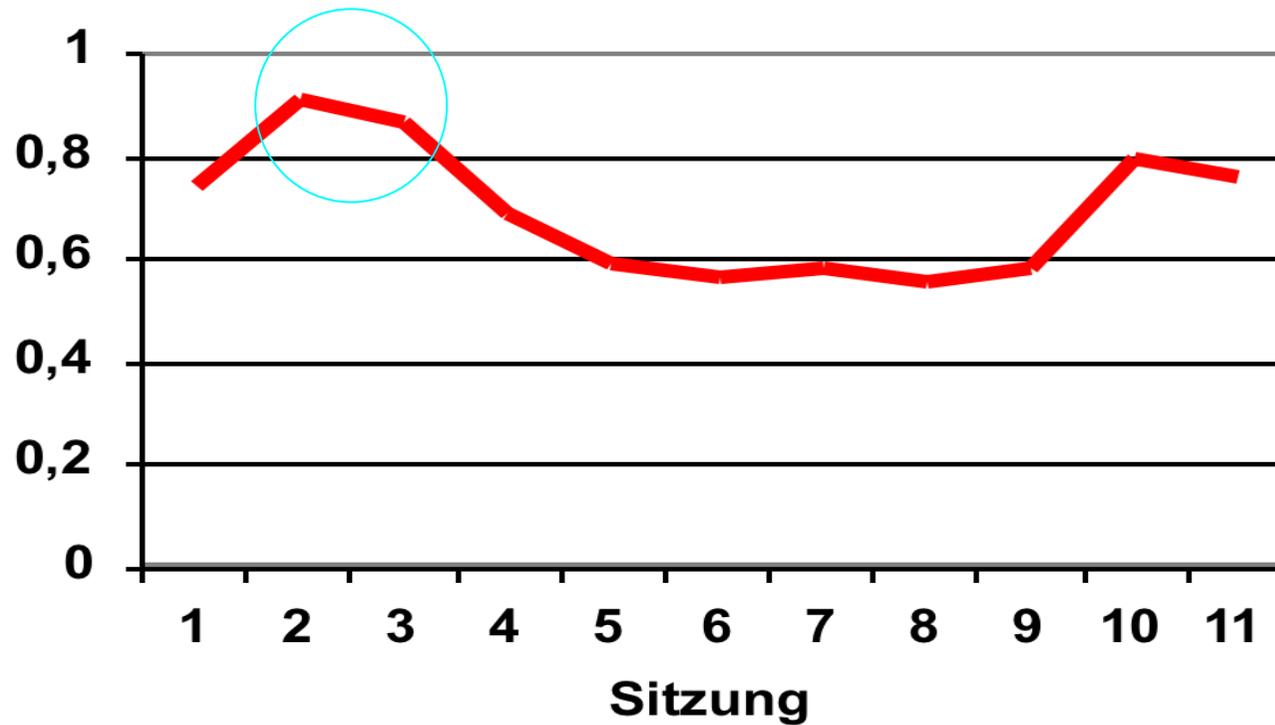
	ITT (n=45)	Warteliste (n=46)
Geschlecht (weiblich)	74%	53%
Alter (Jahre)	M=74.4 (63-82)	M=71.8 (65-85)
Bildung (Jahre)		
<= 10	51%	40%
> 10	49%	60%
Familienstand		
verheiratet	44%	78%
geschieden	40%	7%
ledig	7%	9%
verwitwet	9%	7%
Indextrauma		
Flucht/Vertreibung	30%	20%
Bombardierung	19%	39%
Zeugen Kriegsgräuel	44%	36%
Vergewaltigung	7%	5%
Jahre seit Trauma	M=61,2 (61-68)	M=65,2 (60-69)

Mittelwerte (SD) und Effektstärken: PTSD

	Prä Mean (SD)	Post Mean (SD)	3-Follow-Up Mean (SD)	6-Follow-Up Mean (SD)	12-Follow-Up Mean (SD)	EffectSize (Cohen's d) Prä-post/prä-12FU
Posttraumatic Stress Disorder Scale						
Treatment group	22.4 (9.14)	15.3 (9.06)	14.2 (10.56)	11.6 (9.31)	12.2 (10.39)	0.78 / 1.04
Control group	21.6 (7.39)	19.0 (7.25)				0.36
PDS Intrusion						
Treatment group	6.9 (3.67)	5.6 (3.45)	4.4 (3.59)	2.8 (2.86)	3.2 (3.29)	0.37 / 1.05
Control group	6.1 (2.28)	5.7 (3.00)				0.15
PDS Vermeidung						
Treatment group	8.3 (4.76)	4.4 (4.00)	4.9 (5.55)	4.5 (4.92)	4.4 (5.13)	0.89 / 0.74
Control group	8.5 (4.50)	7.2 (4.16)				0.30
PDS Hyperarousal						
Treatment group	7.3 (3.71)	4.8 (3.36)	4.8 (3.31)	4.3 (3.37)	4.4 (3.37)	0.71 / 0.81
Control group	6.9 (3.29)	6.1 (2.85)				0.26

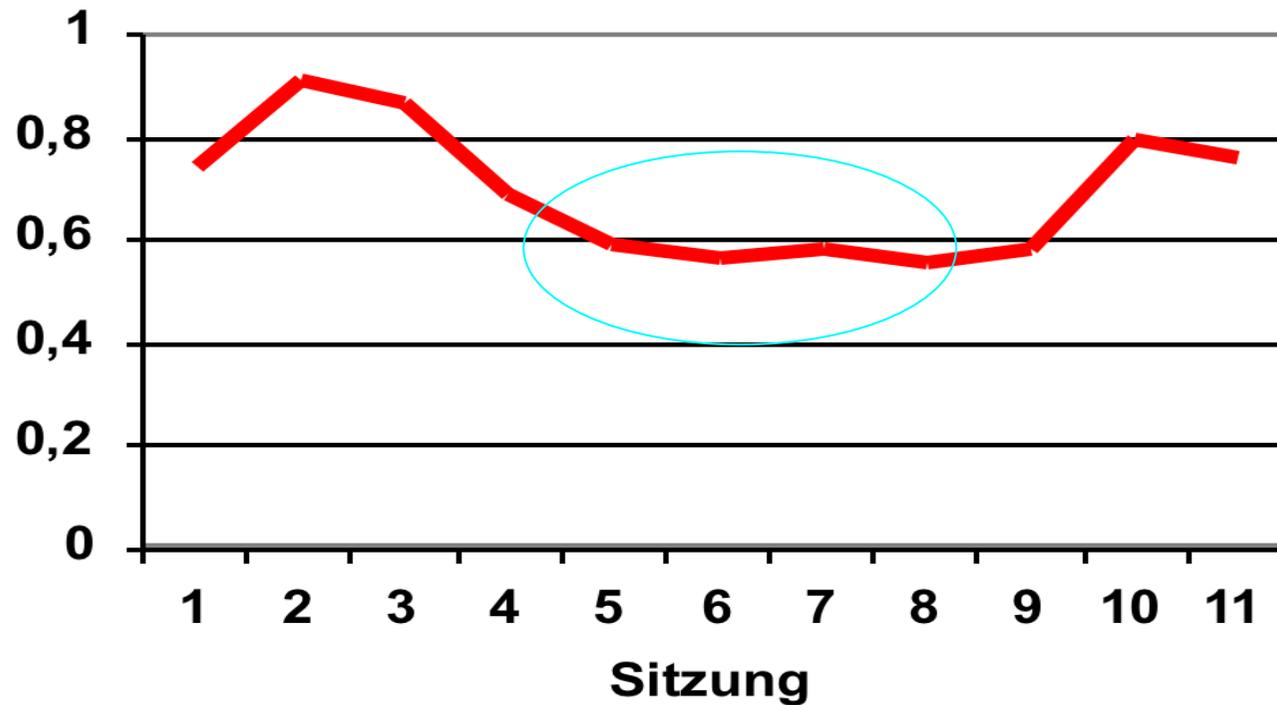
Verlauf der Gottschalk-Gleser-Angstscores (Berth et al.)

Traumatexte



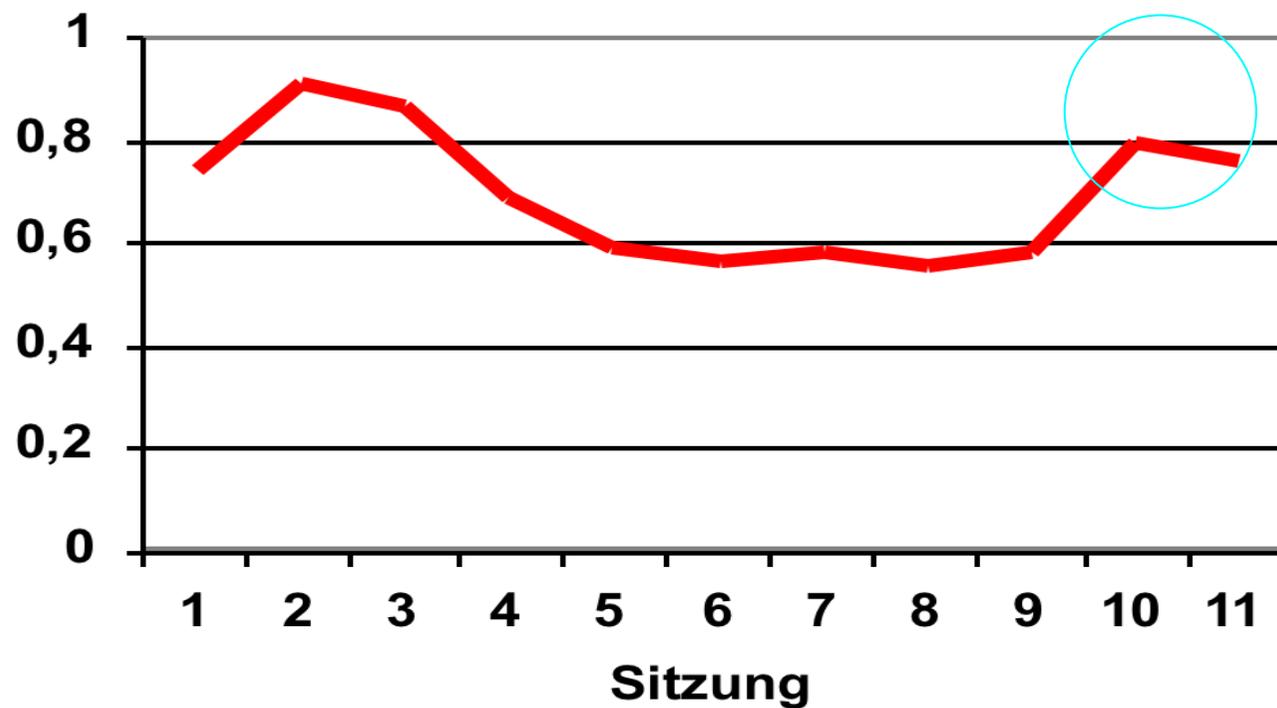
Verlauf der Gottschalk-Gleser-Angstscores (Berth et al.)

Nachkriegsbiografie



Verlauf der Gottschalk-Gleser-Angstscores (Berth et al.)

Brief an das kleine Kind



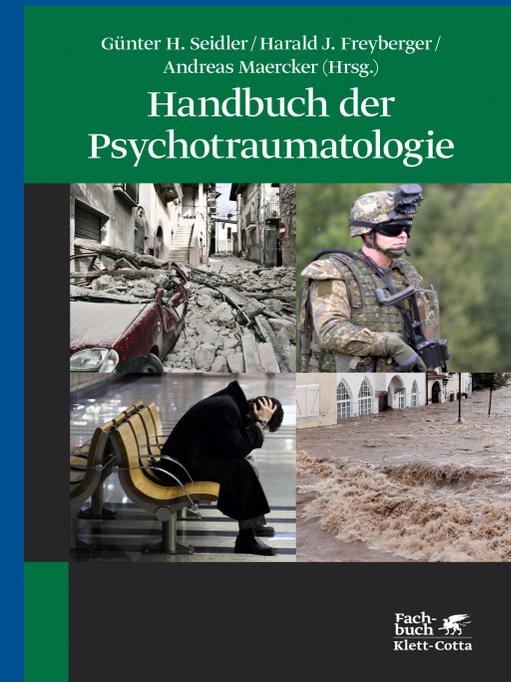
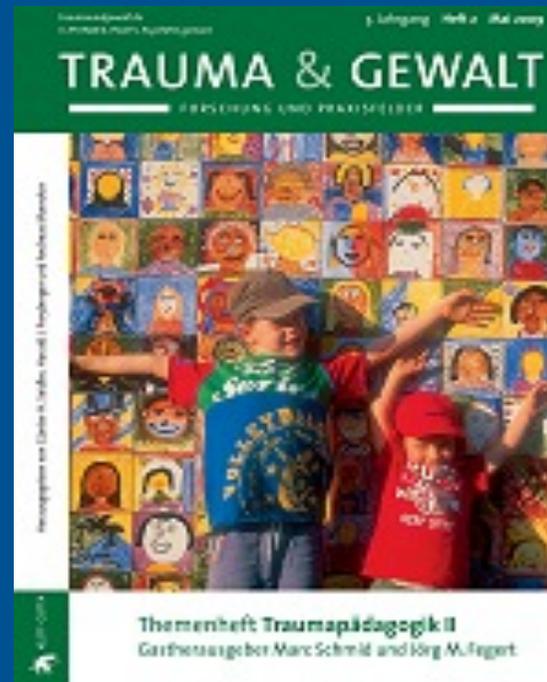
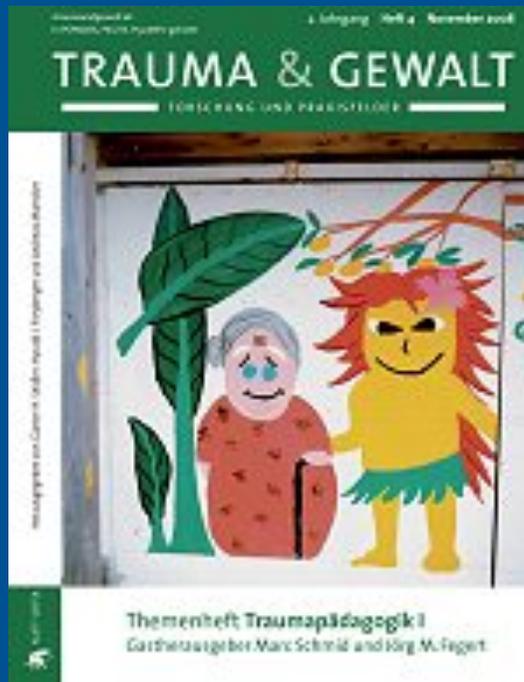
Was ist irritierend an diesem Ansatz ?

Er ist wirksam trotz

- Aufgabe der face-to-face Beziehung
- die Exposition wird in Intensität und Dauer dem Patienten überlassen, mit dem Risiko aubleibenden Angstabfalls und Habituation
- Keine relevanten Raten von dop-outs

Zitate zum Therapieabschluß

- „Ich bin sehr froh, diese Schreibtherapie gemacht zu haben, mein gesamtes Befinden hat sich sehr verbessert und ich habe das Gefühl, dass sehr viel Gutes in Gang gekommen ist. Ich bin zufrieden und schaue der Zukunft mit wachen Augen und offenem Herzen entgegen.“
- „Ich hätte nie geglaubt, wie tief mich diese Behandlung erreichte. Die Wogen der Erinnerungen überschlugen mich. Irgendwie fühlte ich mich solange allein gelassen. Viele Hilfen haben sich mir gezeigt; nur die Stärke, sie auch immer abzurufen, habe ich erst jetzt gewonnen.“
- „Mein Vertrauen zu mir und meinen Möglichkeiten ist größer geworden und ich habe nicht mehr so starke Schuldgefühle. Dadurch ist auch mein Verhältnis zu mir wichtigen Menschen (vorwiegend Familie) leichter geworden.“



Dank an: Christine Knaevelsrud, Maria Böttche und Philipp Kuwert
Hans Jürgen Grabe und seine Arbeitsgruppe
Carsten Spitzer und seine Arbeitsgruppe
Alfons Hamm und seine Arbeitsgruppe

pdf bei: freyberg@uni-greifswald.de

Literatur

Freyberger HJ, Schneider W, Stieglitz RD (Hrsg., 2011): Kompendium Psychiatrie Psychosomatische Medizin Psychotherapie. Huber-Hogrefe, Bern.

Grabe HJ, Schwahn C, Appel K, Mahler J, Schulz A, Spitzer C, Barnow S, John U, Freyberger HJ, Roskopf D, Völzke H. (2011): Update on the 2005 paper: moderation of mental and physical distress by polymorphisms in the 5-HT transporter gene by interacting with social stressors and chronic disease burden. Mol Psychiatry. 2011 Apr;16(4): 345-6.

Grabe HJ, Lange M, Wolff B, Völzke H, **Lucht M**, **Freyberger HJ**, John U, Cascorbi J (2005): Mental and physical distress is modulated by a polymorphism in the 5-HT transporter gene interacting with social stressors and chronic disease burden. Mol Psychiatry 10: 220-224

Hamm AO, Weike AI, Melzig CA (2006): Wenn Furcht und Angst entgleisen. Zur Pathologie des menschlichen Defensivsystems. Psychologische Rundschau 57:154-164.

Knaevelsrud C, Böttche M, Kuwert P (im Druck): Langzeiteffekte einer internetgestützten kognitiv-behaviouralen Schreibtherapie für traumatisierte ältere Menschen des II. Weltkriegs.

Seidler GH, Freyberger HJ, Maercker A (Hrsg., 2011): Handbuch der Psychotraumatologie. Klett-Cotta, Stuttgart.

Yehouda R, Le Doux J (2007): Response variation following trauma: a translational neuroscience approach to understand PTSD. Neuron 6:19.