

Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen

Krankheitsmodelle und Therapiepraxis –
störungsspezifisch und schulenübergreifend

Herausgegeben von Andreas Maercker und Rita Rosner



Mit Beiträgen von

K. Baumann	A. Hofmann	C. M. Monson	K. Steele
W. Butollo	E. van Keuk	E. R. S. Nijenhuis	S. P. Stevens
L. G. Calhoun	Ch. Knaevelsrud	B. Peter	K. Sturz
B. Droždek	A. Lange	J. C. Plumb	R. G. Tedeschi
G. Flatten	P. Liebermann	R. Rosner	M. Wessa
H. Flor	M. Linden	B. Schippan	T. Zöllner
V. M. Follette	A. Maercker	P. P. Schnurr	
B. P. R. Gersons	M. Maragkos	U. Schnyder	
O. van der Hart	H. Mattheß	J. Soyler	



Thieme

Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen

Krankheitsmodelle und Therapiepraxis –
störungsspezifisch und schulenübergreifend

Andreas Maercker
Rita Rosner

Mit Beiträgen von

K. Baumann

W. Butollo

L. G. Calhoun

B. Droždek

G. Flatten

H. Flor

V. M. Follette

B. P. R. Gersons

O. van der Hart

A. Hofmann

E. van Keuk

Ch. Knaevelsrud

A. Lange

P. Liebermann

M. Linden

A. Maercker

M. Maragos

H. Mattheß

C. M. Monson

E. R. S. Nijenhuis

B. Peter

J. C. Plumb

R. Rosner

B. Schippan

P. P. Schnurr

U. Schnyder

J. Soyer

K. Steele

S. P. Stevens

K. Sturz

R. G. Tedeschi

M. Wessa

T. Zöllner

5 Abbildungen

11 Tabellen

Georg Thieme Verlag
Stuttgart · New York

*Bibliographische Information
Der Deutschen Bibliothek*

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar

Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe **dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes** entspricht.

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. **Jeder Benutzer ist angehalten**, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. **Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.** Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

© 2006 Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
D-70469 Stuttgart
Telefon: +49 (711) 8931-0
Unsere Homepage: <http://www.thieme.de>

Printed in Germany

Zeichnungen: Hilger VerlagsService, Heidelberg
Umschlaggestaltung: Thieme Verlagsgruppe
Umschlagfoto: Martina Berge, Erbach
Satz: Hilger VerlagsService, Heidelberg
Gesetzt in Adobe InDesign
Druck: Westermann Druck, Zwickau

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden **nicht** besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

ISBN 3-13-141111-2
ISBN 978-3-13-141111-2

1 2 3 4 5 6

Anschriften

Kai Baumann
Forschungsgruppe Psychosomatische
Rehabilitation
BfA-Klinik Seehof
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow/Berlin

Prof. Dr. Willi Butollo
Ludwig-Maximilians-Universität
Department Psychologie
Leopoldstraße 13
80802 München

Prof. Lawrence G. Calhoun
University of North Carolina
at Charlotte
Department of Psychology
9201 University City Boulevard
Charlotte NC 28223-0001
USA

Dr. Boris Droždek
Reinier van Arkel Groep
Psychotraumacentrum
Postbus 10150
5260 GB Vught
NIEDERLANDE

Dr. Guido Flatten
Euregio-Institut für Psychosomatik
und Psychotraumatologie
Jakobstraße 2
52064 Aachen

Prof. Dr. rer. soc., Dipl.-Psych. Herta Flor
Institut für Neuropsychologie
und Klinische Psychologie
an der Ruprecht-Karls-Universität
Heidelberg
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Quadrat J5
68159 Mannheim

Prof. Dr. Victoria M. Follette
University of Nevada, Reno
Department of Psychology, MS 296
Reno, Nevada 89557-0062
USA

Prof. Dr. Berthold P. R. Gersons
Universiteit van Amsterdam
Academisch Medisch Centrum AMC
Psychiatrie AMC/De Meren
Tafelbergweg 25
1105 BC Amsterdam
NIEDERLANDE

Prof. Dr. Onno van der Hart
Department of Clinical Psychology
University of Utrecht
Heidelberglaan 1
3584 CS Utrecht
NIEDERLANDE

Dr. med. Arne Hofmann
EMDR-Institut Deutschland
Dolmanstraße 86 b
51427 Bergisch-Gladbach

Dipl.-Psych. Eva van Keuk
Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge
Benrather Straße 7
40213 Düsseldorf

Dr. phil. Christine Knaevelsrud
Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin
GSZ Moabit
Turmstraße 21
10559 Berlin

Prof. Dr. Alfred Lange
University of Amsterdam
Department of Clinical Psychology
Roeterstraat 15
1018 WB Amsterdam
NIEDERLANDE

Peter Liebermann
Hermann-Oppenheim-Institut
für Psychotraumatologie
Dönhoffstraße 15
51375 Leverkusen

Prof. Dr. med., Dipl.-Psych. Michael Linden
Forschungsgruppe Psychosomatische
Rehabilitation an der
Charité und der Abt. Verhaltenstherapie
und Psychosomatik am
Rehabilitationszentrum Seehof des
Deutschen Rentenversicherungs Bund
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow/Berlin

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Maercker
Universität Zürich
Psychopathologie und Psycho-
therapeutische Ambulanz
Scheuchzerstrasse 21
8006 Zürich
SCHWEIZ

Dr. Markos Maragkos
Ludwig-Maximilians-Universität
Department Psychologie
Leopoldstraße 13
80802 München

Dr. med. Helga Mattheß
Großenbaumer Allee 35a
47269 Duisburg

Dr. Candice M. Monson
Women's Health Sciences Division
VA National Center for PTSD
VA Boston Healthcare System
150 South Huntington Avenue (116-B3)
Boston, MA 02130
USA

Dr. phil. Ellert R. S. Nijenhuis
GGz DREenthe
Beilerstraat 197
9401 PJ Assen
NIEDERLANDE

Dr. Dipl.-Psych. Burkhard Peter
Milton-Erickson-Gesellschaft
für Klinische Hypnose e.V.
Konradstraße 16
80801 München

Jennifer C. Plumb
University of Nevada, Reno
Department of Psychology
Mail Stop 298
Reno, Nevada 89557-0062
USA

Prof. Dr. Rita Rosner
Ludwig-Maximilians-Universität
Department Psychologie
Leopoldstraße 13
80802 München

Barbara Schippan
Forschungsgruppe Psychosomatische
Rehabilitation
BfA-Klinik Seehof
Lichterfelder Allee 55
14513 Teltow/Berlin

Prof. Dr. Paula P. Schnurr
National Center for PTSD
Executive Division (116D)
VA Medical Center
215 North Mainstreet
White River Junction, VT 05009
USA

Prof. Dr. med. Ulrich Schnyder
Universitätsspital Zürich
Psychiatrische Poliklinik
Culmannstrasse 8
8091 Zürich
SCHWEIZ

Dipl. Soz.-Päd. (FH), Dipl. theol.
Jürgen Soyler
Refugio München
Mariahilfplatz 10
81541 München

Kathy Steele, MN, CS
Metropolitan Psychotherapy Associates
1900 Century Place NE, Suite 200
Atlanta, GA 30345
USA

Dr. Susan P. Stevens
Women's Health Sciences Division
VA National Center for PTSD
VA Boston Healthcare System
150 South Huntington Avenue (116-B3)
Boston, MA 02130
USA

Dr. med. Kornelia Sturz
Klinik für Psychosomatische Medizin
Klinik Schwedenstein Pulsnitz
Obersteinaer Weg
01896 Pulsnitz

Prof. Richard G. Tedeschi
University of North Carolina
at Charlotte
Department of Psychology (COAS)
Charlotte NC 28223
USA

Dr. med. Michèle Wessa
Institut für Neuropsychologie
und Klinische Psychologie
an der Ruprecht-Karls-Universität
Heidelberg
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Quadrat J5
68159 Mannheim

Dipl.-Psych. Tanja Zöllner
Medizinisch-Psychosomatische Klinik
Roseneck
Am Roseneck 6
83209 Prien

Geleitwort der Reihenherausgeber

Das bereits 1892 von Hermann Oppenheim beschriebene Phänomen einer traumatischen Neurose wurde, wie Andreas Maercker und Rita Rosner in ihrem Einleitungskapitel zu diesem Buch erwähnen, in der Fachwelt zwar über 100 Jahre nicht entsprechend gewürdigt und beachtet, hat aber heute umso mehr in den klinischen Bildern der PTBS und der Traumafolgestörungen eine hohe klinische Bedeutung erlangt. Die Autoren weisen besonders darauf hin, dass gerade die integrativen Ansätze in der Psychotraumatologie zeigen, wie die „leidige“ Unterscheidung oder Abgrenzung zwischen den Therapieschulen überwunden werden kann und aus theoretischer und praktischer Sicht auch nicht mehr zeitgemäß ist. Auf diese Weise vertritt das von den Herausgebern mit einer großen Zahl von erfahrenen Experten auf dem Gebiet der Psychotraumatologie ausgearbeitete Buch ganz die Ziele dieser Reihe, die an den Störungen orientierte Krankheitsmodelle und entsprechende Ansätze in der Psychotherapie schulenübergreifend den Lesern praxisnah vermitteln möchte.

In den ersten Kapiteln des Bandes werden wir mit psychologischen, psychodynamischen und psychobiologischen Grundlagen der Trauma- und PTBS-Therapie vertraut gemacht. Im Teil II des Bandes werden die Ansätze und Anwendungsmöglichkeiten der Trauma- und PTBS-Therapie aus den unterschiedlichsten klinischen Perspektiven und Erfahrungen dargestellt. Es wird deutlich, wie differenziert die Therapieangebote für Patientinnen und Patienten mit PTSD und Traumafolgestörungen in den letzten Jahren konzeptuell und klinisch in stationären und ambulanten Zentren ausgearbeitet wurden. Im klinischen Alltag müssen wir jedoch immer wieder feststellen, wie schwierig und langwierig es oft ist, traumatisierte Patientinnen und Patienten in eine traumaspezifische Therapie zu vermitteln, nicht zuletzt weil die Versorgungsangebote für die große Zahl der Patienten noch längst nicht ausreichen oder regional nicht verfügbar sind.

Die Beiträge in diesem Band können den in Praxis und Klinik tätigen Kolleginnen und Kollegen eine gute Quelle der Information und auch ein Ratgeber bei der Erkennung und Differenzierung von Trauma und Traumafolgestörungen sein und sie bei der Indikationsstellung für eine bestimmte spezifische Traumatherapie unterstützen.

Wir danken den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Thieme-Verlags – insbesondere Frau Heide Addicks – für die gute Zusammenarbeit und wünschen dem Buch über die „Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen“ eine gute Resonanz bei den Leserinnen und Lesern.

München und Heidelberg, März 2006

P. Buchheim, M. Cierpka

Vorwort der Bandherausgeber

Das Feld der Psychotraumatologie hat in den letzten Jahren eine starke Expansion erlebt. Therapieansätze wurden entwickelt, verfeinert und an spezifische Rahmenbedingungen angepasst. Eine auch für den informierten Praktiker kaum noch überschaubare Flut an wissenschaftlichen Arbeiten wurde veröffentlicht. Diese rasante Entwicklung fand auch im deutschsprachigen Raum ihren Niederschlag in einer Vielzahl von Publikationen, sodass sich für uns die Frage stellte, wie ein weiteres Traumabuch aussehen sollte, damit es eine Ergänzung und Weiterführung aktuell vorhandener Bücher darstellt.

Am wichtigsten für ein neues repräsentatives Buch erschienen uns drei Prinzipien: Die Beiträge sollten den aktuellen Wissensstand und zwar insbesondere in den Grundlagenkapiteln widerspiegeln. Die Beiträge sollten einen kurzen Einblick in die etablierten Behandlungsmethoden geben und natürlich auch hier den aktuellen Stand abbilden, und es sollten Interventionen oder Interventionsbereiche dargestellt werden, die in den üblichen Lehrbüchern bisher eher vernachlässigt wurden. Kurzum, das Buch sollte sowohl etwas für die Beginner im Bereich der Traumatologie sein als auch für diejenigen, die dem Gebiet seit längerem nahe stehen und die sich für die neuesten Forschungsergebnisse oder besondere Anwendungsgebiete wie etwa die stationäre Traumatherapie oder die Möglichkeiten der Sozialen Arbeit interessieren.

Entsprechend dieser Vorgaben wurden die Beiträge in diesem Buch zusammengestellt. Das Buch besteht aus zwei Teilen – Teil I: Grundlagen der Trauma- und PTBS-Therapie und Teil II: Bewährte und neue Elemente in der Trauma- und PTBS-Therapie.

Natürlich bleiben in einem Buch über ein so weites Feld allein aus Platzgründen immer noch eine Reihe interessanter Themen unberücksichtigt. Trotzdem glauben wir, dass die Auswahl insgesamt ebenso für Sie als Leser interessant ist wie sie es auch für uns selbst ist und dass mit dieser Auswahl auch der Brückenschlag zwischen Theorie und Praxis gelungen ist.

Ein Wort zu einer terminologischen Frage: Da es sich um einen Band mit vielen Einzelautorinnen und -autoren handelt, spiegeln die unterschiedlichen Kapitel in unterschiedlichem Maße die Arbeitsumwelten der Beteiligten wider. Daraus ergab sich auch die uneinheitliche Handhabung der weiblichen und männlichen Formen von Therapeut/in und Patient/in. Je nach Arbeitsumgebung und Präferenz der Autoren wurden unterschiedliche Formen gewählt, gemeint sind natürlich immer beide Geschlechter.

Aufgrund unseres Wunsches nach Aktualität standen alle Autoren unter etwas Zeitdruck. Unser Dank gilt daher zunächst allen Autorinnen und Autoren für die schnelle und zuverlässige Abgabe ihrer Beiträge. Unser besonderer Dank gebührt den Übersetzern der englischsprachigen Kapitel – Birgit Wagner, Claudia Drossel, Katharina Strömsdörfer und Karl-Andrew Woltin. Weiterhin möchten wir all jenen Patientinnen und Patienten danken, die bereit waren, sich in Praxen, Kliniken oder Einrichtungen behandeln zu lassen, in denen Lehre und Forschung durchgeführt werden, sodass deren Therapien und Rückmeldungen zur Behandlung in die einzelnen Beiträge einfließen konnten.

Denn letztendlich ist dieses Buch der Verbesserung der Behandlung derjenigen gewidmet, die traumatische Erfahrungen überlebt haben.

München/Zürich, im Frühjahr 2006

Rita Rosner, Andreas Maercker

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort der Reihenherausgeber	IX
Vorwort der Bandherausgeber	XI

Teil I: Grundlagen der Trauma- und PTBS-Therapie

1 Was wissen wir über die Posttraumatische Belastungsstörung, und wohin gehen zukünftige Entwicklungen? Zur Psychologie der Traumafolgestörungen	3
<i>Andreas Maercker und Rita Rosner</i>	
2 Psychobiologische Perspektiven und Therapiekonsequenzen	18
<i>Michèle Wessa und Herta Flor</i>	
3 Interkulturelle Traumabehandlung: Eine Rückkehr zu den Grundlagen oder eine Erweiterung der Grenzen des Berufsstandes?	25
<i>Boris Droždek</i>	
4 Trauma und persönliches Wachstum	36
<i>Tanja Zöllner, Lawrence G. Calhoun und Richard G. Tedeschi</i>	

Teil II: Bewährte und neue Elemente in der Trauma- und PTBS-Therapie

5 Stand der psychodynamischen Psychotherapie der PTBS	49
<i>Guido Flatten</i>	
6 Die EMDR-Methode in der Behandlung psychisch Traumatisierter	68
<i>Arne Hofmann und Peter Liebermann</i>	
7 Brief Eclectic Psychotherapy – ein integrativer Behandlungsansatz	74
<i>Ulrich Schnyder und Berthold P. R. Gersons</i>	
8 Ein integrativer Ansatz zur Behandlung der PTBS: Kombination von Gestalttherapie und Verhaltenstherapie	86
<i>Markos Maragkos, Rita Rosner und Willi Butollo</i>	

9 Kognitive Verhaltenstherapie für Paare	102
<i>Candice M. Monson, Susan P. Stevens und Paula P. Schnurr</i>	
10 Interapy – eine Internet-basierte Behandlung für PTBS	116
<i>Christine Knaevelsrud und Alfred Lange</i>	
11 Akzeptanz-und-Commitment-Therapie für Traumaüberlebende	128
<i>Jennifer C. Plumb und Victoria M. Follette</i>	
12 Hypnotherapie bei der Behandlung von Posttraumatischer Belastungsstörung	141
<i>Burkhard Peter</i>	
13 Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit und die Behandlung traumatischer Erinnerungen	156
<i>Onno van der Hart, Kathy Steele, Ellert R. S. Nijenhuis und Helga Mattheß</i>	
14 Tanz- und Bewegungstherapie bei Posttraumatischer Belastungsstörung am Beispiel traumatisierter Flüchtlinge	174
<i>Eva van Keuk</i>	
15 Integratives psychodynamisches stationäres Therapiekonzept zur Behandlung von Traumafolgestörungen	192
<i>Kornelia Sturz</i>	
16 Weisheitstherapie – Kognitive Therapie der Posttraumatischen Verbitterungsstörung	208
<i>Michael Linden, Kai Baumann und Barbara Schippan</i>	
17 Sozialarbeiterische Begleitung von traumatisierten Menschen	228
<i>Jürgen Soyler</i>	
Literatur	241
Sachverzeichnis	265

Teil I

Grundlagen der Trauma- und PTBS-Therapie

1 Was wissen wir über die Posttraumatische Belastungsstörung, und wohin gehen zukünftige Entwicklungen? Zur Psychologie der Traumafolgestörungen

Andreas Maercker und Rita Rosner

Ziel dieses Kapitels ist ein erster Einblick in aktuell diskutierte Themen der Psychotraumatologie. Im ersten Abschnitt wird nochmals die Diskussion zur Stichhaltigkeit der diagnostischen Kategorie Posttraumatische Belastungsstörung aufgenommen. Auch heute gibt es noch berechtigte Kritik an der Diagnose und trotz der positiven Entwicklungen, insbesondere hinsichtlich der Behandlung der Folgen einzelner Traumata, bestehen weiterhin offene Probleme. Im zweiten Teil wird der Trend zur Ausdifferenzierung des Gebietes der Traumafolgestörungen angesprochen, wobei insbesondere die Anpassungsstörungen und die Komplizierte Trauer behandelt werden. In weiteren Abschnitten werden aktuelle Befunde zu den Entstehungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen sowie dem Traumagedächtnis diskutiert. Dies mündet im letzten Teil des Kapitels in die Darstellung von Möglichkeiten der Therapieintegration.

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) als Störungsbild muss man Psychotherapeuten heute eigentlich nicht mehr vorstellen. Es ist allgemein bekannt, dass sie nach extrem belastenden, meist mit Todesangst oder Existenzbedrohung verbundenen Ereignissen auftritt und durch ein bestimmtes Symptommuster mit intrusivem Wiedererleben, Vermeidungs- und dissoziativem Verhalten sowie anhaltenden Übererregungsfolgen verbunden ist. In vielen Fachlehrbüchern wird das Symptombild seit den letzten 10–20 Jahren ausführlich beschrieben, und es werden Aussagen zu Entstehungsbedingungen und Verlaufcharakteristika gemacht. Wenn dieses erste Kapitel dennoch Ausführungen zur Psychologie enthält, dann sollen diese über das Lehrbuchwissen im engeren Sinne hinausgehen. Wir wollen aus unserer Sicht Wesentliches herausarbeiten, auf offene Fragen und offene Horizonte hinweisen sowie verdeutlichen, dass es Kontroversen auf dem Gebiet der Traumafolgestörungen gibt. Schon die Ausweitung des Themas von der *Posttraumatischen Belastungsstörung* (als einzelne Störungskategorie) zu den *Traumafolgestörungen* deutet eine Weiterentwicklung des Gebietes an, die Thema des Folgenden ist.

In diesem Kapitel wird zunächst noch einmal ganz grundlegend die Diskussion rekapituliert, was für und was gegen das immer noch „neue“ Störungsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung spricht, denn es gibt nach wie vor eine Reihe ernst zu nehmender Kollegen, die von seiner Existenz nicht überzeugt sind. Im Anschluss wird ein Überblick über die Ausdifferenzierungen im Bereich der Traumafolgestörungen gegeben, von denen die PTBS möglicherweise nur eine, wenn auch die Hauptform darstellt. Weiterhin folgt ein Überblick zu den bekannten Entstehungs- und Aufrechterhaltungsfaktoren. In einem weiteren Abschnitt stehen die psychologischen Vorstellungen zum Traumagedächtnis im Mittelpunkt, die zusammen mit den neurobiologischen Veränderungen aktuell viel diskutiert werden

(Letztere stehen in Kap. 2 im Mittelpunkt). Abschließend wird aus dem, was bis dahin dargestellt wurde, ein allgemeines und integratives Gerüst für das psychotherapeutische Vorgehen abgeleitet. In diesem Zusammenhang wird die Integrativität, die sich bereits jetzt in weiten Bereichen der Therapiepraxis in der Psychotraumatologie zeigt, auch theoretisch untermauert, und es wird gezeigt, wie die unserer Meinung nach „leidigen“ Unterschiede zwischen den Therapieschulen überwunden werden können.

Die PTBS-Diagnose: notwendige Entdeckung oder überflüssige Erfindung?

Diejenigen, die dieses Buch spontan zur Hand nehmen, werden vermutlich die Berechtigung der PTBS-Diagnose nicht mehr in Frage stellen: Sie haben mit Patienten zu tun, die Monate, Jahre oder Jahrzehnte nach einem oder mehreren traumatischen Erlebnissen (die genauere Definition wird ein paar Abschnitte später gegeben) immer noch direkt oder indirekt unter diesen Ereignissen leiden. Aber es gibt ernst zu nehmende Skeptiker gegenüber der PTBS-Diagnose.

Brewin (2003) zählt verschiedene Beweggründe der Skeptiker auf. Eine erste Skeptikergruppe fragt: Lassen sich traumatische Ereignisse wirklich substanziell von „nicht-traumatischen“ Ereignissen unterscheiden, wie dem der Trauer, der Beendigung einer Liebesbeziehung oder gar als Kind von den Eltern bestraft worden zu sein? Letzteres zählen manche Autoren zu den Kindheitstraumata. Was ist die Berechtigung für den besonderen Status, der laut DSM-IV „potenzielle oder reale Todesbedrohungen, ernsthafte Verletzungen oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder anderen, auf die mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken reagiert wurde“ (APA 1994), bzw. laut ICD-10 „kurz- oder lang anhaltende Ereignisse oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, die nahezu bei jedem tief greifende Verzweiflung auslösen würde“ (Dilling et al. 1994), umfasst? Außer diesen Abgrenzungsschwierigkeiten in Bezug darauf, was ein traumatisches Ereignis ist, weisen diese Skeptiker darauf hin, dass es der gesamten Krankheitslehre der psychischen Störungen widerspräche, wenn ein *Ereignis* zum alleinigen Merkmal erhoben wird und nicht die psychische *Reaktion*. Für alle anderen psychischen Störungen sind persönliche Vulnerabilitäten und ein bio-psycho-soziales Bedingungsgefüge beschrieben worden, und man ist von der Vermutung singulärer Verursachung weggekommen.

Andere Skeptiker sehen die Einführung der PTBS-Diagnose eher als politische und nicht als wissenschaftlich motivierte Entscheidung. Für die USA wird dabei auf die Vietnamveteranen verwiesen, deren Lobbygruppen in den 1970er und 1980er Jahren die Einführung der PTBS-Diagnose vehement befürwortet haben. In Israel gab es interessanterweise nach dem Holocaust keine Bemühungen um eine spezifische Diagnose für Folgestörungen. Die PTBS-Diagnose wurde auch hier erst nach dem Sechs-Tage-Krieg und den Libanon-Kriegen erforscht und schließlich eingeführt. Für Deutschland kann man festhalten, dass diese Diagnose mehr oder weniger aus dem Ausland importiert wurde und sich nicht aufgrund eigener Bedürfnisse aus den relevanten Fächern Psychiatrie, Psychosomatik, Psychologie und Psychotherapie heraus entwickelte. Auch hier waren es politische Betroffenengruppen (ehemalige politische Inhaftierte) und nicht beispielsweise Opfer sexualisierter Gewalt, zu denen die zunächst umfangreichsten Forschungen zur Anerkennung der PTBS-Diagnose vorgelegt

wurden. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass sich die Behandlungszentren für immigrierte Folteropfer an mehreren Orten im deutschsprachigen Raum zunächst als erste für diese Diagnose interessierten, lange bevor dies andere Psychotherapeuten taten. Die Einführung der PTBS-Diagnose wurde also auch hier von – man kann sagen – politisch motivierten Interessengruppen betrieben, zu denen sich dann bald engagierte Kolleginnen, die mit sexuell misshandelten Frauen arbeiteten, gesellten. Bis heute gibt es demgegenüber Skeptiker der PTBS-Diagnose, die den politischen Aufmerksamkeitsgewinn für die geschilderten Betroffenengruppen nicht als fachlich ausreichende Begründung für die PTBS-Diagnose sehen.

Mit dieser skeptischen Motivation hängt eine weitere zusammen: In der Therapie der Traumafolgestörungen gab es binnen kurzer Zeit enorme Neuentwicklungen, die mit dem Versprechen verbunden waren, die neue Störung in kurzer Zeit sehr wirksam behandeln zu können. Am bekanntesten davon ist die EMDR – zu Deutsch: Augenbewegungs-Desensibilisierungs- und Verarbeitungstherapie – geworden (s. Kap. 6 von Hofmann u. Liebermann in diesem Band). Die EMDR hat sich rasch ausgebreitet und umfasst inzwischen tausende Ausgebildete, die auf ein internationales Netzwerk von Praktikergruppen zurückgreifen, die sich gegenseitig unterstützen. Die rasante Entwicklung dieser neuen Therapieform ruft bei einigen traditionell in anderen Methoden Ausgebildeten Skepsis hervor. Obwohl die EMDR eine Reihe von wissenschaftlichen Studien zur Therapieeffektivität vorgelegt hat, argumentieren andere, dass die wissenschaftliche Begründung des therapeutischen Kernbestandteils der EMDR, der Augenfolgebewegungen, völlig fehlt bzw. weiterhin suspekt ist. In Komponentenkontrollstudien, unter anderem mit Elementen der Traumakonfrontation, aber ohne die bilaterale Augenstimulation, konnten die gleichen Effektstärken gemessen werden wie mit dem vollständigen Therapieprogramm, das die Augenfolgebewegungen zum Inhalt hat (Boudewyns u. Hyer 1996).

Auf einer ganz anderen Ebene, und nicht mit EMDR in Zusammenhang zu bringen, ist eine der therapeutischen „Neuentwicklungen“, die zeitlich mit der PTBS-Diagnose einherging: die „Recovered-Memory-Therapie“ in ihren verschiedenen Formen. Zentrales Thema war und ist hier jeweils die Wiedererinnerung an einen nicht mehr erinnerbaren sexuellen Missbrauch. Hier gab es Therapeuten, die alle Vorsichts- und Sorgfaltspflichten beiseite ließen und suggestiv ihren Patienten die Gewissheit vermittelten, einen bisher nur vermuteten Missbrauch wirklich erlebt zu haben und sogar die Täter von damals identifizieren zu können. Andere Autoren – wie McNally (2003) – sind ganz ausführlich auf alle damit verbundenen Argumente und wissenschaftlichen Befunde eingegangen. In unserem Zusammenhang kann hier nur darauf verwiesen werden, dass einige unkritische Therapeutenkollegen den ganzen Berufsstand der Psychotherapeuten damit in ein ungünstiges Licht gerückt und ihm folglich einen schlechten Dienst erwiesen haben.

Ein ganz anderer Einwand gegen die PTBS-Diagnose stammt aus der Beobachtung, dass die PTBS-Symptome nicht qualitativ verschieden von den Reaktionen derjenigen sind, die ein traumatisches Erlebnis aufweisen, ohne eine nachfolgende Störung auszubilden. Das schmerzhaftes Erinnern an das Erlebte, das Vermeidenwollen der Erinnerungen oder das Schreckhaft- und Wachsamsein sind in unterschiedlichem Maße bei fast allen vorhanden, die ein Trauma erlebt haben (Maercker 2003). Zum Argument, dass der Übergang von denjenigen mit einer Störung zu denjenigen ohne Störung nur graduell (kontinuierlich) und nicht qualitativ sei, kommt als Weiteres hinzu, dass ein Teil der Symptomatik als Copingverhalten angesehen werden kann, z. B. das Vermeidenwollen der Erinnerungen und die gestiegene Wachsamkeit gegenüber Gefahrenreizen. Die Grenze zwischen normal und anormal (gestört) zu ziehen ist schwierig, wenn man Verhaltenskontinua zugrunde legt.