

Therapieevaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) im stationären Setting

Astrid Lampe¹, Horst Mitmansgruber¹, Ursula Gast²,
Gerhard Schüssler¹ und Luise Reddemann³

¹ Univ.-Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie,
Medizinische Universität Innsbruck

² Klinik für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin Johannesstift,
Evangelisches Krankenhaus Bielefeld

³ Im Mediapark 15, Köln

Schlüsselwörter:

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung – Traumatherapie – Kindlicher Missbrauch

Keywords:

Complex traumatic stress disorder (cPTSD) – Trauma therapy – Child abuse

Therapieevaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) im stationären Setting

Anliegen: Chronische Traumatisierung in der Kindheit führt zu einer Reihe von körperlichen und psychischen Symptomen, die weit über die Symptomatik einer PTSD hinausgehen. In der vorliegenden Studie wurde die Psychodynamische Imaginative Traumatherapie (PITT) nach Reddemann unter Berücksichtigung der Schwere der erlebten Traumatisierung evaluiert. **Methode:** 84 PatientInnen wurden stationär über 6 Wochen mit PITT behandelt und mit einer ambulanten Kontrollgruppe (N=43), die psychiatrische und/

oder psychotherapeutische Therapien erhielt, verglichen. Daten zu PTSD, Dissoziation, Depression, Ängstlichkeit, Somatisierung und zur Fähigkeit sich selbst zu beruhigen wurden zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme, bei Beendigung der Therapie und 6 Monate später erhoben. Die Kontrollgruppe wurde in vergleichbaren Zeiträumen untersucht. **Ergebnisse:** In der Behandlungsgruppe zeigten sich signifikante Verbesserungen in allen gemessenen Parametern von der stationären Aufnahme hin zur Entlassung, die meisten konnten auch 6 Monate später noch aufrecht erhalten werden. Unter Berücksichtigung der Schwere der Traumatisierung zeigten sich signifikante Verbesserungen der Behandlungsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe hinsichtlich Depression, Ängstlichkeit, Somatisierung, und Selbstberuhigung nach der Entlassung und 6 Monate nach Therapieende. **Schlussfolgerungen:** Die Studienergebnisse zeigen, dass die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie eine effektive Methode zur Therapie traumatisierter Menschen darstellt und dass insbesondere PatientInnen mit schwerer kindlicher Traumatisierung von dieser Methode profitieren.

Treatment outcome of Psychodynamic Trauma Therapy in an inpatient setting

Objective: Chronic traumatization with the beginning in childhood may result in a number of additional problems not included in the diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). The efficacy of a three-stage psychodynamically oriented inpatient treatment program (PITT) and the role of chronic childhood threat on treatment outcome was investigated.

Methods: A six-week treatment group of 84 inpatients were compared with 43 wait-list controls with "treatment as usual" (outpatient psychotherapy or psychiatric treatment in the meanwhile). Using measures on PTSD, dissociation, depression, selfsoothing, anxiety and somatization, assessments were made at admission, at discharge and 6 months postdischarge. Assessments for the outpatient control group were made at comparable time spans. **Results:** In the treatment group significant improvements emerged on all investigated parameters (depression, intrusion, avoidance, anxiety, somatization, and self-soothing) from baseline to discharge, many of which could be maintained over a period for 6 months. PITT especially supports the stabilization of patients with experiences of

childhood chronic threat and insecure attachment. Gains in depression, anxiety, somatization, and self-soothing were also significant in comparison to the control group. **Conclusions:** Our results suggest that PITT offered on an inpatient basis is an effective treatment for severely traumatized patients that gives impetus to change which should be supplemented with further trauma-specific outpatient therapy to stabilize gains.

Einleitung

Übersichtsarbeiten zeigen, dass in Europa 6-36% der Mädchen und 1-15% der Knaben sexualisierter Gewalt ausgesetzt sind. Die Prävalenzraten für physischen Missbrauch rangieren zwischen 5 und 50% bei den unter sechzehn Jährigen [13]. Obwohl zahlreiche Arbeiten die Folgen chronischer Traumatisierung in der Kindheit für die physische und psychische Gesundheit im Erwachsenenalter belegen [8,9,17], beschäftigen sich nur wenige Studien mit der Behandlung dieser PatientInnen.

Menschen, die in ihrer Kindheit chronischer Traumatisierung ausgesetzt waren, leiden neben einer PTSD unter einer Fülle zusätzlicher schwerwiegender Symptome: Depressionen, Angst, Selbsthass, Dissoziation, Hoffnungslosigkeit, Substanzmissbrauch, selbstdestruktivem und risikoreichem Verhalten. Sie laufen Gefahr, neuerlich Opfer von gewaltsamen Übergriffen zu werden, haben Schwierigkeiten in der Beziehung zu anderen Menschen, insbesondere in Liebesbeziehungen, und leiden unter zahlreichen somatischen und psychosomatischen Beschwerden [6]. Nach Herman [10] werden diese Traumafolgestörungen unter dem Begriff „Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung“ zusammengefasst. Die Symptomatik ist außerordentlich schwierig zu behandeln. Sie differiert je nach Alter in dem die Traumatisierung stattfand, der Beziehung des Opfers zum Täter,

der Komplexität sowie Dauer und Schwere des Traumas und der Unterstützung, welche der oder die Betroffene zum Zeitpunkt des Geschehens erhielt [6]. Zumeist ist eine stationäre Behandlung dieser PatientInnen unumgänglich. Die Diagnose hat bislang noch keinen Eingang in das ICD oder DSM gefunden und es liegen keine Therapieleitlinien vor.

Nach unserem Wissen gibt es fünf kontrollierte Therapiestudien, die den Behandlungserfolg bei Patientinnen und Patienten mit kindlicher Traumatisierung im stationären Setting überprüfen [3, 4, 15, 19, 23]. Die Studien konzentrieren sich ausschließlich auf Opfer sexueller Gewalt und ließen andere bzw. komplexe Formen kindlicher Traumatisierung außer Acht. Es wurden vor allem kognitiv-behaviorale Therapien, die entweder in Gruppen- oder Einzelsettings angewandt wurden, untersucht. Keine der genannten Studien evaluierte eine modifizierte psychodynamische Traumatherapie, zumeist diente eine Wartegruppe als Kontrollgruppe.

Im deutschen Sprachraum werden neben Debriefing und kognitiv-behavioralen Therapieformen, EMDR und modifizierte psychodynamische Therapien zur Behandlung traumatisierter PatientInnen eingesetzt. Können sich vor allem EMDR und Verhaltenstherapeutische Verfahren auf einige Studien mit einem positiven Wirksamkeitsnachweis und differentiellen Indikationen berufen, fehlen diese für die psychodynamisch orientierten Verfahren nahezu vollständig [16]. In der von Van Etten und Taylor [21] durchgeführten Metaanalyse werden behaviorale Therapien, EMDR und der Einsatz von SSRI's bei der Behandlung der PTSD als wirksam beschrieben, eine psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie nach Horowitz [11] konnte eine Effektivität von 0.90 bei der Reduktion der PTSD Symptomatik erzielen.

Die psychodynamisch imaginative

Traumatherapie (PITT) wurde von L. Reddemann ursprünglich für die stationäre Behandlung komplex traumatisierter Patientinnen mit ausgeprägten dissoziativen Störungen entwickelt. Es handelt sich um ein psychodynamisch orientiertes Therapieverfahren, das speziell die Fähigkeit zur Selbstberuhigung unterstützt. Das Verfahren wurde von Reddemann und Sachsse auch überregional in Kursen gelehrt und hat mittlerweile im deutschen Sprachraum (Deutschland, Österreich und Schweiz) weite Verbreitung gefunden, obwohl bisher keine Wirksamkeitsstudien dieser Methode vorliegen.

Das Ziel dieser Studie war es, die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT) nach L. Reddemann im stationären Setting zu evaluieren und in zweiter Linie den Einfluss chronischer Traumatisierung auf den Therapieerfolg zu untersuchen.

Material und Methoden

Die psychodynamisch imaginative Traumatherapie (PITT)

PITT konzentriert sich auf PatientInnen, die schwere kindliche Traumatisierung erlebt haben und trägt dem Umstand der chronischen Verunsicherung und Bedrohung zentral Rechnung. Die Form der Behandlung liegt als Manual vor [14].

Die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT) nutzt auf psychodynamischer Grundlage die Fähigkeit der Vorstellungskraft in allen Phasen der Traumatherapie. Zunächst wird mit der Imagination, dass zwei Erwachsene gemeinsam an den Problemen jüngerer, verletzter Ichs arbeiten, ein Arbeitsbündnis installiert. Anschließend wird bei der Anamneseerhebung sorgfältig darauf geachtet, dass sowohl die belastenden wie die gelingenden Anteile der Biographie gewürdigt werden. Die Erinnerungsfähigkeit an Freudiges wird durch Nutzung imaginativer

Techniken gefördert, zusätzlich wird die Wahrnehmung von Ressourcen geschult. Die Stabilisierung erfolgt des Weiteren durch Angebote von heilsamen imaginativen Übungen, Arbeit mit dem „inneren Kind“ bzw. präziser jüngeren verletzten Ichs, wobei diese imaginativ liebevoll versorgt werden und lernen, dass sie jetzt in einer anderen Zeit existieren. Maligne Innenanteile (Täterintrojekte) werden als früher nützlich und hilfreich gewürdigt und eingeladen, sich bewusst zu werden, dass auch sie jetzt in einer anderen Zeit existieren und daher eine andere Art von Hilfe durch sie erforderlich ist. Die Arbeit mit jüngeren Ichs und Täterintrojekten basiert auf den Konzepten der ego-states nach Federn und Watkins [22].

Traumakonfrontation erfolgt mittels der Beobachtertechnik, so schonend wie möglich. Es wird Wert darauf gelegt, Affektüberflutung zu verhindern und eine Situation größtmöglicher innerer Sicherheit zu gestalten.

In der 3. Phase der Behandlung (Integration, Trauern und Neubeginn) wird die Imagination vor allem genutzt, um mit Hilfe der Vorstellungskraft neues Verhalten und Handeln zunächst innerlich vorzubereiten, um es danach im Alltag umzusetzen.

Während des Untersuchungszeitraums nahmen die PatientInnen einmal wöchentlich an einer Gruppensitzung und zweimal wöchentlich an Einzelsitzungen teil.

Stichprobe

In die Untersuchung wurden konsekutiv die stationären PatientInnen der Abteilung für Psychosomatik des Ev. Johannes Krankenhauses in Bielefeld eingeschlossen. Die Abteilung für Psychosomatik wurde bis Ende 2003 von L. Reddemann geleitet und PITT wurde hier entwickelt. Alle PatientInnen, die der Abteilung zugewiesen wurden, wurden um die Teilnahme an der Studie gebeten, sofern sie die Einschlusskriterien erfüllten. Die Einschlusskriterien waren ausreichende

Deutschkenntnisse und Traumatisierung vor dem 16. Lebensjahr. PatientInnen in einer akuten psychotischen Episode, mit einer aktuellen Abhängigkeitserkrankung oder aktuellem Konsum psychotroper Substanzen, wurden von der Studie ausgeschlossen. Von November 2003 bis Juli 2004 wurden 133 Patienten und Patientinnen der Abteilung zugewiesen und 96 PatientInnen gaben ihre schriftliche Einverständniserklärung zur Studienteilnahme. Die PatientInnen der Behandlungsgruppe wurden insgesamt dreimal untersucht: Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme, nach Beendigung des stationären Aufenthaltes und 6 Monate nach Abschluss der stationären Therapie.

Da in der Klinik nur beschränkt Therapieplätze zur Verfügung standen, wurde immer eine Warteliste in der Reihenfolge der Zuweisung geführt. PatientInnen der Warteliste wurden angeschrieben und um ihre Teilnahme an der Studie gebeten. Es wurde ihnen schriftlich zugesichert, dass die Teilnahme an der Studie in keiner Weise die stationäre Aufnahme in die Klinik beeinflussen würde. 56 PatientInnen der Warteliste gaben ihr schriftliches Einverständnis und wurden in den entsprechenden Zeiträumen untersucht.

Untersuchungsinstrumente

Die *demographischen Daten* wurden schriftlich, mit Hilfe eines Erhebungsbogens erfasst.

Zur Erhebung der biographischen traumatischen Ereignisse wurde der *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) [2] (auf Deutsch: Fragebogen zur Erhebung von Traumatisierung in der Kindheit) verwendet. Der CTQ ist ein 28 Items umfassender Selbstbeurteilungsbogen, der sechs Bereiche kindlicher Traumatisierung beschreibt (emotionaler, physischer und sexueller Missbrauch, emotionale und physische Vernachlässigung und Inkonsistenzerfahrungen). Die einzelnen Items werden von 1 „nie

vorgekommen“ bis 5 „häufig vorgekommen“ anhand einer Ratingskala von den PatientInnen eingeschätzt. Beim CTQ handelt es sich um ein kurzes, reliables (Test-Retest Reliabilität $r_{tt}=.88$) und valides Instrument zur Erfassung von Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit.

Schwere Traumatisierung wurde als CTQ Wert über 20 Punkte in einer der genannten Dimensionen definiert (bzw. Inkonsistenz über 12 Punkte). (Eine Subskala umfasst üblicherweise 5 Items mit einem entsprechenden Range von 5 bis 25 Punkten, Inkonsistenz erleben umfasst 3 Items mit einem Range von 5 bis 15, mit einem Cut-off bei 12 Punkten).

Von *Chronischer Traumatisierung* wurde dann gesprochen, wenn schwerer emotionaler Missbrauch und in einer weiteren der genannten Dimensionen schwere Traumatisierung vorlag.

Um die Schwere der intrusiven und konstruktiven Symptome (PTSD) einzuschätzen, wurde die *Impact of event scale* (IES) in der deutschen Übersetzung eingesetzt. Die 15 Items umfassende Liste wurde sowohl hinsichtlich intrusiver wie auch konstruktiver Symptome als reliabel (Cronbach's alpha= (im Mittel) .86 und .90, Test Retest Reliabilität $.87_{tt=so}$, (innerhalb einer Woche) und veränderungssensitiv [5] eingeschätzt [11].

Zur Erhebung dissoziativer Symptome verwendeten wir den FDS, *Fragebogen dissoziativer Symptome*. Es handelt sich hierbei um die deutsche Version des DES, die zusätzlich 16 Items der zusätzlich im ICD 10 enthaltenen Symptome für dissoziative Phänomene enthält. Die Skala weist eine gute Test-Retest Reliabilität ($r_{tt}=.88$), eine hohe interne Konsistenz (split half=.90, Cronbach's alpha=.94) und eine gute Konstruktvalidität auf [18].

Zur Einschätzung der Depression wurde das *Beck Depressionsinventar*

verwendet (BDI) [1].

Die Fähigkeit sich selbst zu beruhigen und Kontrolle über überflutende Gefühle zu erlangen, ist eine der wichtigsten Ziele der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT). Da es unseres Wissens diesbezüglich keinen Fragebogen oder Interviews gibt, verwendeten wir 8 *visuelle Analogskalen*, anhand derer die PatientInnen ihre Fähigkeit eigene Gefühle zu regulieren einschätzen (z.B. „Ich kann mich selbst beruhigen“, „Ich kann Gefühle, die mir Angst oder Unruhe einflößen, regulieren“ von 0-100). Die 8 Items betreffen die Bereiche Selbstberuhigung, negative Gedanken und Gefühle, belastende Erinnerungen, selbstdestruktives Verhalten und die Fähigkeit anderen Menschen zu vertrauen. Zur Auswertung wurde der Summenscore der 8 Items herangezogen.

Die innere Konsistenz des Fragebogens kann mit Cronbach's alpha =.85 als gut bezeichnet werden. Die Hauptkomponentenanalyse ergab zwei Faktoren mit Eigenwerten >1 (Faktor 1 Eigenwert=4.561; Faktor 2 Eigenwert=1.090). Faktor 1 klärte 57% der Varianz, wobei alle Items eine Gewichtung von über .50 an Faktor eins hatten und zwei Items an beiden Faktoren. Daher wurden alle Items beibehalten. Ein Scree Plot Analyse ergab eine deutlich sichtbare Differenz zwischen dem ersten und den übrigen Faktoren und bestätigte die Ein - Faktoren Lösung eindeutig. Darüber hinaus wurde die 90 Items umfassende (9 Subskalen) Symptom Check Liste, *SCL-90-R* [7] verwendet. Der Selbstbeurteilungsbogen wird auf einer 5 Punkte Skala geratet, zwei Subskalen, Ängstlichkeit und Somatisierung, wurden ausgewertet und in die weitere Datenanalyse miteinbezogen.

Statistische Auswertung

Kategoriale Daten wurden mit Hilfe von Chi-Quadrat Tests verglichen. Zum Mittelwertvergleich wurden

unabhängige T-Tests verwendet. Unterschiede zwischen den PatientInnen innerhalb einer Gruppe von Aufnahme zur Entlassung wurden mit rANOVA gerechnet.

Gemischte lineare Modelle (Linear mixed effects model) (SPSS 11.5 für Windows; SPSS, Chicago; IL) wurden für den Zeitraum 6 Monate nach der Entlassung verwendet [12].

Haupteffekte und Interaktionen zwischen den Gruppen wurden bei $p < 0.5$ als signifikant angegeben. Falls es nicht anders ausgewiesen wurde, wurden in den Tabellen Mittelwerte \pm Standardabweichungen angegeben.

Ergebnisse

Soziodemographische Daten

96 Patienten und Patientinnen gaben ihre schriftliche Einverständniserklärung, an der Studie teilzunehmen. Sie werden im weiteren als Behandlungsgruppe (PITT Gruppe) bezeichnet. 84 PatientInnen (87,5%; 8 Männer und 74 Frauen) schlossen die Therapie in Bielefeld ab und füllten am Ende des stationären Aufenthaltes (t2) die Fragebögen aus. 6 Monate nach Therapieende konnten noch 54 PatientInnen (64,3%) erreicht werden und füllten die Bögen aus. In die weitere Datenanalyse wurden ausschließlich PatientInnen, deren vollständige Daten zum Zeitpunkt t1 und t2 vorlagen, einbezogen.

Bei einem Großteil (87,8%) der PatientInnen wurden mindestens drei Diagnosen gestellt. In 68,1 % wurde die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung als Hauptdiagnose angegeben. Die zweithäufigste Diagnose waren dissoziative Störungen (11,3%) gefolgt von Depressionen (5,5%), Phobien und Angststörungen (5,6%).

Es gab keine signifikanten Unterschiede bezüglich soziodemographischer Daten oder dem Ausmaß der Traumatisierung zwischen den PatientInnen, die bis zum Ende an der Studie teil-

nahmen und den PatientInnen, die die Therapie abbrachen bzw. an der Nachbefragung nicht teilnahmen.

56 PatientInnen der Warteliste füllten die Bögen zum Zeitpunkt t1 aus. 6 Wochen später wurde ihnen der zweite Satz Fragebögen zugesandt. 43 PatientInnen (76,8%; 10 Männer und 33 Frauen) schickten vollständige Datensätze zurück. 7 PatientInnen wurden mittlerweile stationär aufgenommen und wurden deswegen aus der Kontrollgruppe ausgeschlossen. 6 Monate später füllten noch 29 PatientInnen (67,4%) die Fragebögen vollständig aus. Auch hier gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen StudienteilnehmerInnen und Studienabbrechern.

Im Durchschnitt waren die PatientInnen der Behandlungsgruppe und der Wartegruppe 41 Jahre alt (PITT: M=40,9 Jahre; SD=9,9; Kontrollgruppe: M=40,7 Jahre; SD=8,4). In der Behandlungsgruppe besuchten 22,7% die Grundschule oder hatten eine geringere Schulbildung, 31% hatten einen Pflichtschulabschluss und 40% hatten einen Universitätsabschluss.

20,5% waren verheiratet oder lebten in einer Lebensgemeinschaft, 16,9% waren geschieden, 6,0% lebten getrennt, 2,4% waren verwitwet und 54,2 % lebten allein.

Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich Bildungsstand ($X^2=4.198$, $df=5$, $p=.52$) und Familienstand ($X^2=4.389$, $df=4$, $p=.36$).

Alle PatientInnen der Warteliste waren während der Wartezeit für die stationäre Aufnahme in psychiatrischer und / oder psychotherapeutischer Behandlung, jedoch nicht in spezifischer traumatherapeutischer Behandlung.

Klinische Ergebnisse und Traumatisierung in der Kindheit

Traumatisierung in der Kindheit

84% der PatientInnen berichteten über traumatische Erfahrungen vor

ihrem 11. Lebensjahr und 8% als Jugendliche, im Alter von 11-16 Jahren. 77,9% der PatientInnen wurden über mehrere Jahre traumatisiert. Es gab keine Unterschiede hinsichtlich der Angaben bezüglich der Dauer der Traumatisierung zwischen der Behandlungs- und der Kontrollgruppe ($X^2=2.384$; $df=4$; $p=.67$).

Schwere Traumatisierung (sTr): Die in beiden Gruppen am häufigsten genannte schwere Traumatisierung war emotionale Vernachlässigung (65,2%) und Misshandlung (44,2%), gefolgt von sexualisierter Gewalt (45,9%) und Inkonsistenzerfahrung (44,2%). Körperliche Gewalt und Vernachlässigung wurden seltener berichtet (12,5% bzw. 9,7%). Hinsichtlich der Art schwerer Traumatisierungen gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (siehe Tab.1).

Chronische Traumatisierung (ChT): 48,6% (N=37) der Behandlungsgruppe und 34% (N=15) der Wartegruppe wurden als chronisch traumatisiert eingeschätzt. Chi-Quadrat-Tests ergaben keine signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich der Häufigkeit chronischer Traumatisierung zwischen den beiden Gruppen ($X^2=3.34$; $df=1$; $p=.70$).

Veränderung der klinischen Symptomatik: Vergleich zwischen den beiden Gruppen

Zum Zeitpunkt t1 unterschieden sich die beiden Gruppen hinsichtlich depressiver Symptomatik, PTSD Symptome, Ängstlichkeit, Somatisierung und Selbstberuhigung nicht signifikant von einander (siehe Tab. 2). Es gab ebenso keine signifikanten Unterschiede zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme hinsichtlich dissoziativer Symptome zwischen der Behandlungs- (M= 842,7; SD= 612,3) und der Kontrollgruppe (M=1052,1; SD=656,3; $p=.08$).

Die ANOVA mit Messwiederholungen zeigte signifikante Effekte zwischen Aufnahme und Entlassung bei den PatientInnen in der Behandlungsgruppe (Pillai's trace =.430, $F=7.868$, $df=7$; $p=.00$). Hochsignifikante Effekte konnten bezüglich Depression, Intrusion, Vermeidung, Ängstlichkeit, Somatisierung und des Ausmaßes der Fähigkeit zur Selbstberuhigung gezeigt werden (Depression ($F = 23.952$; $df = 1$; $p = .00$), Intrusion ($F = 14.144$; $df = 1$ $p = .00$), Vermeidung ($F = 8.681$; $df = 1$; $p = .00$), Ängstlichkeit ($F = 13.911$; $df = 1$ $p = .00$), Somatisierung ($F = 7.304$; $df = 1$; $p = .01$) und Selbstberuhigung

($F = 44.990$; $df = 1$; $p = .00$). Mittelwertvergleiche zwischen Aufnahme und Entlassung zeigten signifikante Verbesserungen in allen gemessenen Parametern (außer dissoziativer Symptome). Die Verbesserungen konnten auch im Follow-up Zeitraum von 6 Monaten aufrechterhalten werden, lediglich IES Werte erreichten nach 6 Monaten keine Signifikanz, blieben jedoch unter den Werten, die zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme erhoben wurden (siehe Tab 2).

Bei der Kontrollgruppe konnten keine signifikanten Veränderungen bezüglich der gemessenen Parameter beobachtet werden. Der Vergleich zwischen den beiden Gruppen über alle drei Messzeitpunkte zeigte signifikante Verbesserungen der Behandlungsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe in Bezug auf Depression und Selbstberuhigung (Depression $F = 5.756$; $df = 1$; $p = .02$; Selbstberuhigung $F = 24.879$; $df = 1$; $p = .00$).

Gruppenvergleiche unter der Miteinbeziehung chronischer Traumatisierung

Zum Zeitpunkt der Aufnahme zeigten sich in allen gemessenen Parametern signifikante Unterschiede zwischen den PatientInnen mit schwerer chro-

	Behandlungsgruppe (N = 72) N (%)		Kontrollgruppe (N = 41) N (%)		χ^2	df	p
	sTr	wsTr	sTr	wsTr			
Emotionaler Missbr.	36 (50.0)	36 (50.0)	14 (34.1)	27 (65.9)	2.7	1	.10
Sexueller Missbr.	36 (52.9)	32 (47.1)	14 (34.1)	27 (65.9)	3.6	1	.06
Physischer Missbr.	10 (14.1)	61 (85.9)	4 (9.8)	37 (90.2)	.4	1	.51
Emotionale Vernachl.	45 (63.4)	26 (36.6)	28 (68.3)	13 (31.7)	.3	1	.60
Physische Vernachl.	8 (11.1)	64 (88.9)	3 (7.3)	38 (92,7)	.4	1	.51
Inkonsistenzerf.	35 (48.6)	37 (51.4)	15 (36.6)	26 (63.4)	1.5	1	.22

Note: Die Fallzahl differiert von der in Tab 2 angegebenen N aufgrund fehlender Angaben im CTQ

Tabelle 1: Art der Traumatisierung (CTQ) schwere Traumatisierung (sTr), weniger schwere Traumatisierung (wsTr), Behandlungsgruppe (PITT) vs. Kontrollgruppe

Gruppe (N)	Aufnahme	Entlassung (6 Wochen)	Follow-up (6 Monate)	<i>p</i>
BDI				.02^a
PITT (84-53)	25.4 ± 10.4	19.8 ± 11.1 ^c	22.0 ± 11.9 ^c	.00 ^b
Kontrolle (43-28)	27.2 ± 10.9	24.5 ± 14.1	26.3 ± 15.2	.04 ^b
IES – Intrusion				.46
PITT (84-51)	23.8 ± 8.5	20.4 ± 8.6 ^c	22.6 ± 9.4	.02 ^b
Kontrolle (40-28)	21.7 ± 9.9	21.2 ± 9.3	21.8 ± 9.9	.75
IES – Vermeidung				.13
PITT (84-51)	21.8 ± 10.0	19.6 ± 9.3 ^c	19.8 ± 9.8	.13
Kontrolle (41-28)	22.1 ± 9.2	21.5 ± 8.8	22.4 ± 11.7	.81
SCL90R – Angst				.78
PITT (84-54)	1.8 ± 0.8	1.4 ± 0.8 ^c	1.5 ± 0.8 ^c	.00 ^b
Kontrolle (43-28)	1.7 ± 1.0	1.6 ± 1.0	1.6 ± 1.1	.53
SCL90R – Somatisierung				.55
PITT (84-54)	1.4 ± 0.8	1.2 ± 0.7 ^c	1.3 ± 0.8 ^c	.00 ^b
Kontrolle (43-28)	1.5 ± 0.8	1.3 ± 0.8	1.4 ± 0.9	.92
Selbstberuhigung				.00^a
PITT (84-54)	46.0 ± 15.9	58.8 ± 15.3 ^c	53.4 ± 18.5 ^c	.00 ^b
Kontrolle (43-28)	41.1 ± 17.6	42.8 ± 18.9	45.2 ± 20.5	.99

BDI, Beck Depression Inventar; IES, Impact of Event Scale; SCL90R, Symptom Checklist – Revised.

^aSignifikante Effekte zwischen den Gruppen "PITT" vs. "Kontrolle" (mixed effects model);

^bSignifikante Effekte innerhalb der Gruppe (*r*-ANOVA).

^cSignifikante Unterschiede im Mittel zur Aufnahme (*t*₁) (independent sample t-test).

Angaben in Mittelwerten und Standardabweichung

Tabelle 2: Veränderungen der klinischen Parameter über die drei Messzeitpunkte Behandlungsgruppe (PITT) (N = 84) vs. Kontrollgruppe (N = 43)

nischer Traumatisierung und solchen PatientInnen, die weniger schwere chronische Traumatisierungen erlebt hatten. PatientInnen mit schweren chronischen Traumatisierungen zeigten zum Zeitpunkt *t*₁ signifikant höhere Werte bezüglich Depression, Intrusion, Vermeidung, Ängstlichkeit, Somatisierung und eine signifikant geringere Fähigkeit sich selbst zu beruhigen.

Die Datenanalyse mit Hilfe linear

gemischter Modelle unter Berücksichtigung der schweren chronischen Traumatisierung zeigte signifikante Unterschiede zwischen der Behandlungsgruppe und der Wartegruppe. Am Ende des stationären Aufenthaltes erreichten die PatientInnen mit schwerer chronischer Traumatisierung, die mit PITT behandelt wurden, signifikante Verbesserungen im Vergleich zur Kontrollgruppe hinsichtlich depressiver Symptome,

Ängstlichkeit, Somatisierung und Selbstberuhigung. Auch nach sechs Monaten blieben die chronisch schwer traumatisierten PatientInnen der Behandlungsgruppe hinsichtlich der Symptomatik gegenüber der Kontrollgruppe signifikant gebessert (siehe Tab. 3).

	Gruppe (N)	Aufnahme	Entlassung (6 Wochen)	Follow-up (6 Monate)	<i>p</i> Gruppe
BDI					
ChT ^{b,c}	PITT (35-25)	25.6 ± 10.9	19.7 ± 11.6 ^d	20.8 ± 12.6 ^d	.00^a
	Kontr. (14-9)	31.9 ± 10.9	32.5 ± 13.9	38.7 ± 13.8 ^e	
non-CHT	PITT (37-24)	24.3 ± 9.9	19.0 ± 10.5 ^d	22.8 ± 11.4	
	Kontr. (27-18)	24.6 ± 10.6	20.1 ± 12.9 ^d	19.6 ± 12.0	
IES – Intrusion					
ChT ^{b,c}	PITT (35-24)	25.5 ± 8.0	23.8 ± 7.0	24.4 ± 8.6	.45
	Kontr. (14-9)	26.9 ± 5.9	27.1 ± 6.7	30.4 ± 6.9	
non-ChT	PITT (37-23)	21.6 ± 8.0	17.6 ± 8.8 ^d	20.5 ± 10.5	
	Kontr. (24-18)	18.6 ± 10.5	18.0 ± 9.2	17.7 ± 8.6	
IES – Vermeidung					
ChT ^b	PITT (35-25)	23.2 ± 9.8	21.2 ± 8.2	21.9 ± 10.1	.08
	Kontr. (14-9)	25.5 ± 7.4	24.4 ± 7.8	28.2 ± 9.3	
non-ChT	PITT (37-23)	20.1 ± 9.8	18.0 ± 10.2 ^d	18.8 ± 9.3	
	Kontr. (25-18)	20.0 ± 10.0	19.6 ± 9.2	19.0 ± 11.9	
SCL90R – Angst					
ChT ^{b,c}	PITT (35-25)	2.0 ± 0.9	1.6 ± 0.8 ^d	1.6 ± 0.9 ^d	.02^a
	Kontr. (14-9)	2.3 ± 1.0	2.3 ± 1.0	2.7 ± 0.8	
non-ChT	PITT (37-25)	1.5 ± 0.6	1.3 ± 0.8	1.3 ± 0.8	
	Kontr. (27-18)	1.5 ± 0.9	1.2 ± 0.9	1.0 ± 0.8	
SCL90R - Somatisierung					
ChT ^{b,c}	PITT (35-25)	1.6 ± 0.8	1.4 ± 0.8 ^d	1.4 ± 0.7 ^d	.03^a
	Kontr. (15-10)	1.8 ± 0.9	1.8 ± 0.8	2.2 ± 0.7	
non-ChT	PITT (37-25)	1.2 ± 0.6	1.1 ± 0.7	1.1 ± 0.8	
	Kontr. (27-18)	1.3 ± 0.7	1.1 ± 0.8	0.9 ± 0.7	
Selbstberuhigung					
ChT ^{b,c}	PITT (33-25)	48.0 ± 16.3	59.7 ± 14.6 ^d	53.2 ± 19.7	.00^a
	Kontr. (14-9)	34.8 ± 16.5	35.9 ± 13.6	29.9 ± 17.1	
non-ChT	PITT (37-25)	46.7 ± 15.8	58.6 ± 15.5 ^d	55.1 ± 17.7 ^d	
	Kontr. (27-17)	45.9 ± 16.8	47.7 ± 20.3	53.9 ± 17.9	

BDI, Beck Depression Inventar; IES, Impact of Event Scale; SCL90R, Symptom Checklist – Revised.

^aSignifikanter Gruppeneffekt "PITT" vs. "Kontrolle";

^bSignifikanter Gruppeneffekt "ChT " vs. non-ChT;

^cSignifikante Interaktion "Gruppe * ChT";

^dSignifikante Verbesserung vs. baseline.

^eSignifikante Verschlechterung vs. baseline.

Mittelwerte ± Standardabweichung; Signifikanz $p < 0.05$.

Tabelle 3: Gruppenvergleich zwischen Behandlungs- (N = 72) und Kontrollgruppe (N = 41) unter Berücksichtigung schwerer chronischer Traumatisierung (ChT). Veränderungen zwischen t1,t2,t3

Diskussion

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen einen deutlichen Effekt der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) im untersuchten Beobachtungszeitraum. Alle PatientInnen, die an der stationären Therapie teilnahmen, verbesserten sich hinsichtlich der klinischen Symptomatik vom Zeitpunkt der stationären Aufnahme bis 6 Monate nach Ende des stationären Aufenthaltes. Im Gegensatz zu vergleichbaren Studien mit traumatisierten PatientInnen gelang es uns, zumindest einen Großteil der PatientInnen sechs Monate nach Therapieende zu untersuchen. Unabhängig von der Schwere der Traumatisierung zeigten PatientInnen, die eine PITT Behandlung erhielten am Ende der Therapie signifikant niedrigere Depressionswerte und eine größere Fähigkeit sich selbst zu beruhigen, als PatientInnen die keine solche Behandlung erhielten.

Besonders deutliche Unterschiede bezüglich des Therapieerfolges zeigten sich, wenn chronisch schwere Traumatisierung in die Analysen mit einbezogen wurde. PatientInnen mit chronisch schwerer Traumatisierung in der Behandlungsgruppe verbesserten sich signifikant gegenüber den schwer traumatisierten PatientInnen in der Wartegruppe in allen gemessenen Parametern. Dieser Erfolg konnte auch 6 Monate nach der Therapie aufrechterhalten werden. Es fällt auf, dass PatientInnen der Wartegruppe, die in ihrer Kindheit chronisch schwerer Traumatisierung ausgesetzt waren, sich im Beobachtungszeitraum tendenziell verschlechterten. Diese Ergebnisse könnten darauf hinweisen, dass eine traumaspezifische Behandlung besonders für PatientInnen mit schweren Traumatisierungen indiziert ist und dass PatientInnen, die weniger schweren Traumatisierungen ausgesetzt waren, auch von ambulant durchgeführten Psychotherapien und /oder psychiatrischer Behandlung ohne Spezifikation gut profitieren.

Diese Studie wurde unter sogenannten „natürlichen“ Bedingungen durchgeführt. Alle PatientInnen, die der Klinik zu einer Behandlung zugewiesen wurden, wurden ohne Selektion in die Studie aufgenommen. Die PatientInnen, die weiter auf einen Behandlungsplatz warteten, waren unter ambulanter psychiatrischer und /oder psychotherapeutischer Behandlung (treatment as usual, TAU). Die klinischen Daten weisen auf eine hoch belastete Gruppe von Menschen mit klinisch relevanten Depressions-, Angst- und Somatisierungswerten und deutlichen Zeichen einer PTSD hin.

Die Werte für Dissoziation liegen über den Werten einer stationären psychiatrischen PatientInnengruppe. Etwa die Hälfte der PatientInnen war zum Zeitpunkt der Untersuchung allein stehend, ein möglicher Hinweis auf die schwere Beziehungsstörung, unter der diese PatientInnen leiden.

Die untersuchten PatientInnen in dieser Studie entsprechen einem nicht selektierten Klientel, es sind PatientInnen, wie sie normalerweise von niedergelassenen PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen in ihren Praxen gesehen werden. Im Unterschied zu anderen Therapiestudien [4,15,19] brachen in dieser Studie nur sehr wenige PatientInnen (13%) die Therapie ab, was für eine hohe Akzeptanz des therapeutischen Verfahrens spricht.

Zwei wesentliche Einschränkungen dieser Arbeit müssen erwähnt werden: (1) Da es sich bei dieser Studie um die Evaluation einer in einer Klinik durchgeführten Behandlung handelt, in die PatientInnen zugewiesen werden, die einen starken Leidensdruck aufgrund ihrer Symptomatik haben, konnte eine Randomisierung der Kontrollgruppe aus ethischen Gründen nicht durchgeführt werden. (2) Eine weitere methodische Schwierigkeit der Arbeit stellt die ambulante Wartegruppe dar, da die Gruppenunterschiede auch durch die stationäre Aufnahme mit beeinflusst werden konnten.

Bei nur neun PatientInnen wurde im

Beobachtungszeitraum eine Trauma-Konfrontation durchgeführt, dennoch konnte im Untersuchungszeitraum eine deutliche Verbesserung der Symptomatik vor allem der chronisch schwer traumatisierten PatientInnen erreicht werden. Dieser Befund könnte zu Überlegungen Anstoß geben, in wie weit Trauma-Konfrontation in dieser PatientInnengruppe zur Symptomreduktion notwendig ist. Weitere kontrollierte Studien, die verschiedene spezifische traumatherapeutische Vorgehen im ambulanten und stationären Setting miteinander vergleichen, sind notwendig, um die Behandlung dieser schwer beeinträchtigten PatientInnengruppe noch weiter zu verbessern.

Wir danken Dr. Aligwekwe für die Erhebung der Daten.

Literatur

- [1] Beck, A. T., Steer, R. A., Garbin, M. G.: Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 8, 77-100 (1988).
- [2] Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J.: Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiat* 151, 1132-1136 (1994).
- [3] Chard, K. M.: An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *J Consult Clin Psychol* 73, 965-971 (2005).
- [4] Cloitre M., Koenen K. C., Cohen L. R., Han H.: Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure : A phase-based treatment for PTSD related to child abuse. *J Consult Clin Psychol* 70, 1067-1074 (2002).
- [5] Corcoran, K., Fischer, J.: Measures for clinical practice. A sourcebook. 3rd Ed (2) Adults. The Free Press, New York 1994.
- [6] Courtois, C. A.: Complex trauma, complex reactions: assessment and treatment. *Psychother Theor Res Pract Train* 41, 412-425 (2004).
- [7] Derogatis, L. R.: SCL-90-R Administration, scoring, and procedures manual-II for the r(evised) version and other instruments of the psychopathology rating scale. Towson: Clin Psychom

- Res (1992).
- [8] Felitti, V. J.: The relationship of adverse childhood experiences to adult health: Turning gold into lead. *Z Psychosom Med Psychother* 48, 359-369 (2002).
- [9] Flemin, J., Mullen, P.E., Sibthorpe, B., Bammer, G.: The long-term impact of child abuse in Australian women. *Child Abuse Negl* 23, 145-159 (1999).
- [10] Herman, J.: Trauma and recovery. Basic Books, New York 1992.
- [11] Horowitz, M. J., Wilner, N., Alvarez, W.: Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosom Med* 41, 209-218 (1979).
- [12] Laird, N. M., Ware, J. H.: Random effects models for longitudinal data. *Biometrics* 38, 963-974 (1982).
- [13] Lampe, A.: Prävalenz von sexuellem Missbrauch, physischer Misshandlung und emotionaler Vernachlässigung in Europa. *Z Psychosom Med Psychother* 48, 370-380 (2002).
- [14] Reddemann, L.: Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT - Das Manual. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart (2004b).
- [15] Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., Feuer, C. A.: A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *J Consult Clin Psychol* 70, 867-879 (2002).
- [16] Seidler, G.: Aktuelle Therapieansätze in der Psychotraumatologie. *Z Psychosom Med Psychother* 48, 6-27(2002).
- [17] Spataro, J., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L., Moss, S. A.: Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females. *Br J Psychiat* 184, 416-421 (2004).
- [18] Spitzer, C., Freyberger, H. J., Stieglitz, R. D., Carlson, E. B., Kuhn, G., Magdeburg, N., Kessler, C. H. (1998): Adaption and psychometric properties of the German version of the dissociative experience scale. *J Traum Stress* 11, 799-809 (1998).
- [19] Stalker, C. A., Gebotys, R., Harper, K.: Insecure attachment as predictor of outcome following inpatient trauma treatment for women survivors of childhood abuse. *Bull Menn Clin* 69, 137-56 (2005).
- [20] Stalker, C. A., Palmer, S. E., Wright, D. C., Gebotys, R.: Specialized inpatient treatment for adults abused as children: A follow-up study. *Am J Psychiat* 162, 552-559 (2005).
- [21] Van Etten, M. L., Taylor, S.: Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Psychother* 5, 126-144 (1998).
- [22] Watkins, J. G., Watkins, H. H.: Ego-States. Theory and Therapy. W. W. Norton & Company, New York, London, 1997.
- [23] Zlotnick, C., Shea, T. M., Rosen, K., Simpson, E., Mulrenin, K., Begin, A., Pearlstein, T.: An affect management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *J Traum Stress* 10, 425-436 (1997).

A. Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Astrid Lampe
 Universitätsklinik für Medizinische
 Psychologie und Psychotherapie,
 Department für Psychiatrie und
 Psychotherapie,
 Medizin Universität Innsbruck
 Astrid.Lampe@uki.at

Rezension Recension

Akute psychische Erkrankungen: Management und Therapie

Walter Hewer, Wulf Rössler (Hrsg.)

Elsevier-Urban und Fischer, München Jena
 2007, 606 Seiten, Preis 79,95 €

Dieses Lehrbuch hält, was im Titel angekündigt wird, die paxisorientierte Vermittlung der Notfallpsychiatrie; verständlich geschrieben, didaktisch durchdacht in einem übersichtlichen, angenehmen gestalteten Layout.

Dieses Mehrautorenwerk vermittelt u.a.:

- Gesprächsführung in der Notfallpsychiatrie und in der Krisenintervention
- konkrete Anleitungen zum Vorgehen bei wichtigsten Syndromen

- Notfallmaßnahmen bei allen psychiatrischen Krankheitsbildern
- Ratschläge für unterschiedliche Patientengruppen
- Hilfen bei besonderen Problembe- reichen

Einige Kapitel- Kapitel I Grundlagen, Kapitel II, 8 und 9; Depressive Syndrome, Suizidalität- habe ich aufmerksam studiert. Ich fand durchwegs jene „Essentials“ vor, die ich in der Lehre z.B. MedizinstudentInnen vermitteln möchte. Dieses Lehrbuch

eignet sich m.E. nicht nur für PsychiaterInnen oder praktisch tätige ÄrztInnen. Es kann anderen Berufsgruppen, die in der psychiatrischen oder psychosozialen Versorgung psychisch kranker Menschen tätig sind helfen, mehr Kompetenz und Sicherheit im Management von Notfällen in der Psychiatrie zu erwerben.

Ullrich Meise, Innsbruck