

Dr. Stangl Willibald
Arzt für Allgemeinmedizin
Wildgasse 7
3430 Tulln

Betrifft: MT 36. Jahrgang/Nr. 8
vom 18. Februar 2004
Posttraumatische Belastungsstörungen

Tulln, am 24.2.2004

An die
Redaktion der MT
Wiedner Hauptstrasse 120-124
1050 Wien

Als aufmerksamer Leser der Medical Tribune - ich danke übrigens bei dieser Gelegenheit für die kontinuierliche Zusendung - möchte ich zu den Ausführungen der Ärztin/Ärzte Univ. Doz. Dr. Steinbauer, Dr. Friedmann und Dr. Vyssoki zu dem im Betreff angeführten Thema " posttraumatische Belastungsstörung" folgendes bemerken:

In meiner nunmehr 40jährigen ärztlichen Tätigkeit habe ich auch von Patienten gelernt . Man braucht nur Ohren und Augen offenhalten und versuchen sowohl akute wie auch chronische Erkrankungen physischer und psychischer Art mit einem vorangegangenen Trauma zu korrelieren. Aufmerksame Patienten sind davon überzeugt, dass ihre Krankheiten durchaus mit einem schweren. - psychisch oder physisch erlittenen- Trauma in Zusammenhang stehen. Insbesondere dann, wenn sie zuvor gesund und ausgeglichen waren, sich aber nach einem **extrem belastenden Ereignis katastrophalen Ausmaßes** schwere seelische Zustände und /oder auch Organerkrankungen eingestellt haben .

Offensichtlich hat sich eine Schiene gebildet, auf der dieses Trauma fährt, schließlich kommen rezidivierende oder ähnliche Situationen dazu, die auch auf dieses Geleise aufspringen, sodass der Konflikt nie zur Ruhe kommt, was letztlich für den betreffenden Menschen auch tödlich verlaufen kann (Suicid, Entzündungen, Herzinfarkte, bösartige Neubildungen u.a.m.).

Professionelle Hilfe ist absolut angezeigt, wie Frau Dr. Steinbauer und Dr. Vyssoki es aufgelistet haben. Ich kann diese Aussagen aus meinen Erfahrungen nur zutiefst bestätigen.

Allerdings sind diese Erkenntnisse keineswegs neu, ich habe bereits 1990 in diversen Schriften und Publikationen des " mittlerweile geschasten und verteufelten Dr. Hamer" solche Aussagen gelesen.

In seiner Habilitationsschrift 1981 an die Universität Tübingen , erschienen im Amici di Dirk Verlag schreibt er von einem :

allerschwersten, hochakut- dramatischen, isolativen Konflikterlebnisschock, der den Menschen unvorbereitet, quasi auf dem falschen Fuß erwischt , dem er momentan völlig hilflos gegenübersteht und der sich augenblicklich in der Psyche, im Gehirn und in den Organen niederschlägt!

Dr. Friedmann hält in ähnlicher Weise fest:
 ein extrem belastendes Ereignis, eine außergewöhnliche Bedrohung katastrophalen Ausmaßes mit tiefer Verzweiflung, der Betroffene steht dem Ereignis hilflos und unvorbereitet gegenüber, seine Adaptionfähigkeit ist überflutet und ausgeschaltet. Ein psychischer Schock erschüttert das bestehende Welt- und Selbstbild, ein deep impact, ein Loch, in welches der Mensch fällt!

Wie sehr sich doch diese beiden Definitionen sinngemäß gleichen!!

Hamer findet dann auch deutliche Einschlüge im Gehirn und anfangs auch die gleichen ringförmigen Formationen in dem zugehörigen Organ, was auch seinerzeit von der Fa. Siemens in diversen MRT Aufnahmen festgestellt worden sei.

In weiterer Folge kommt es schließlich zu funktionellen Organstörungen bzw. bei **ungelöster Konfliktsituation** auch zur Zerstörung des Organes (Entzündungen, Nekrosen, Neoplasmen etc.)

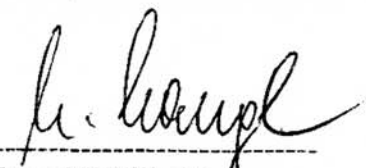
Wichtig ist- wie auch Dr. Steinbauer u. Dr. Vyssoki schreiben- die Lösung der Konfliktsituation, Hilfe bietet ein sicheres Netz der Großfamilie, stabile private Beziehungen, sicheres Bindungsverhalten usw.

Auch solche Hinweise sind ausführlich in den seinerzeitigen Schriften des Dr. Hamer zu finden.

Nun, ich bin keiner, der einen Glaubenskrieg nach all den seinerzeitigen Vorfällen mit Dr. Hamer aufleben lassen will. Ich stelle aber **leidenschaftslos** fest, dass man sich neue Erkenntnisse immer kritisch anschauen soll, auch wenn sie momentan (noch) nicht state of art sind. Sofern sie nachvollziehbar sind, man damit den Patienten helfen kann wird man sie *sine ira et studio* in die tägliche Praxis einfließen lassen.

Ich bitte Sie, diese meine Zeilen (sofern sie sich trauen, denn Hamer ist ja ein rotes Tuch in der Ärzteschaft!!) objektiverweise ungekürzt in Ihrer geschätzten Zeitschrift abzdrukken.

Mit freundlichem Gruß,


 Dr. Stangl Willibald

Spontanremissionen bei Krebs?

...und es gibt sie doch!

Am häufigsten bei Nierenkarzinomen

Medical Tribune Kongreßbericht
HEIDELBERG — Spontanremissionen bei Krebs — gibt's die wirklich? Viele Kollegen haben ihre Zweifel. Doch es gibt sie, die ungewöhnlichen Fälle, in denen sich ein Malignom von selbst zurückbildet und der Patient wieder ein ganz normales Leben führt. Nun will die Wissenschaft den Ursachen und Mechanismen auf die Spur kommen, um dies für die Therapie zu nutzen.

Krebserkrankungen mit solch unerwartet günstigem Verlauf werden von Professor Dr. Walter Gallmeier und Dr. Herbert Kappauf, Institut für Medizinische Onkologie und Hämatologie am Klinikum Nord, Nürnberg, gesammelt und analysiert.

18 Lungenmetastasen verschwanden von selber

Herr S. war 57 Jahre alt, als man bei ihm ein Nierenkarzinom entdeckte. Er mußte die Nephrektomie samt



Prof. Dr. W. Gallmeier

Lymphknoten-Ausräumung über sich ergehen lassen. Ein Jahr später die schreckliche Entdeckung, daß die Lunge mit mindestens 18 Metastasen übersät war. Dann kam die verblüffende Wende: Die Lungenherde verkleinerten sich binnen 6 Monaten — bis kein einziger mehr nachweisbar war!

„Spontanremissionen von Malignomen sind selten, aber in der medizinischen Literatur vielfach zweifelsfrei dokumentiert“, unterstrich Dr. Kappauf auf dem Internationalen Symposium „Spontanremissionen bei Krebserkrankungen“. Er selbst sammelt solche Fälle und überblickt bereits 15 Patienten. Darunter sind 4 mit Nierenkarzinom, 3 mit malignem Melanom sowie Patienten mit hochmalignem Non-Hodgkin-Lymphom, Bronchialkarzinom, peritonealem Mesotheliom etc. „Die vollständigen oder partiellen Spontanremissionen entwickelten sich



Dr. H. Kappauf

über einen Zeitraum von 1 bis 24 Monaten und beziehen sich auf den Primärtumor, auf Metastasen oder Rezidive mit manchmal sehr ausgedehnter Tumormasse“, berichtete Dr. Kappauf.

Viele Kollegen glauben, daß es sich bei Spontanremissionen um Fehldiagnosen oder schlecht untersuchte Fälle handelt, bedauerte Professor Dr. Manfred Heim, Sonnenberg-Klinik Bad Sooden-Allendorf. „Doch sie sind ein Fakt und sollten weiter erforscht werden.“ Durch Analyse dieser „seltenen und rätselhaften Vorgänge“ verspricht er sich Impulse für die Therapie. Er forderte nationale und internationale Datenbanken, um eine exakte Dokumentation zu gewährleisten und die Inzidenz herauszufinden. Alte Studien sprechen von 1 Fall auf 80 000 Patienten, doch dürfte die Rate höher sein, zumal viele Fälle nie publiziert wurden. Am häufigsten finden sich Spontanremissionen beim Hypernephrom, Neuroblastom und malignen Melanom.

Über Spontanremissionen beim metastasierenden Nierenzellkarzinom sprach Privatdozent Dr. Werner de Riese, Urologische Klinik am Kreis Krankenhaus Aschersleben. Er fand in der Literatur 142 Fälle und überblickt selbst 3 Patienten mit Remission. Fast immer handelte es sich um die Rückbildung von Lungen- oder Lymphknotenmetastasen nach vorangehender Tumor-Nephrektomie. Eine seiner Patientinnen ist schon seit mehr als 10 Jahren rezidivfrei. „Offenbar kann der Primärtumor das Immunsystem irgendwie blockieren“, spekulierte Dr. de Riese.

Auch Primärtumoren bilden sich zurück

Spontane Remissionen beim malignen Melanom wurden ebenfalls schon mehrfach beschrieben. Im allgemeinen hatte sich der Primärtumor ganz oder teilweise zurückgebildet, nur sehr selten eine Metastase. Vor allem beim superfiiziell spreitenden Melanom finden sich innerhalb des Tumoreals immer wieder Regressionszonen, die bis zur kompletten Rückbildung führen können.

Über die biologischen Mechanismen von Spontanremissionen, mögliche Auslöser und psychische Faktoren ist wenig bekannt. Ist der Patient eine

energische Person, die dem Krebs innerlich den Kampf angesagt hat? Ging ein einschneidendes Ereignis voraus? Oder hat Gott ein Gebet erhört? Hier sind fast alle Fragen offen, obwohl es an Thesen und Theorien nicht mangelt. Was z.B. das Non-Hodgkin-Lymphom angeht, ist Dr. Peter H. Wiernik, Albert Einstein Cancer Center, New York, der Überzeugung, daß es sich nicht um eine Primärkrankheit, sondern um eine „Reaktion auf etwas, was vorausging“ handelt. Seine Analyse von 86 Remissionsfällen aus der Literatur zeigte, daß der erfreulichen Wende 16mal die Eradikation von H. pylori und 17mal eine Biopsie vorangegangen war. Bei 11 Patienten mit gleichzeitiger rheumatoider Arthritis kam es nach Absetzen von Methotrexat zur Tumorrückbildung.

Mongo-Babys machen's vor

Als einmaliges Modell für Spontanremissionen bei Krebs können die transienten leukämischen Reaktionen bei einigen Neugeborenen mit Down-Syndrom angesehen werden. Diese Babys haben eine akute Leukämie, die sich ohne Therapie innerhalb weniger Wochen oder Monate zurückbildet. Es kommt ganz von selbst zur Reifung des initial proliferierenden Zellklons, offenbar infolge des Gendefekts. Die Erkrankung ist selten und betrifft in Deutschland etwa 10 Kinder pro Jahr, berichtete Frau Professor Dr. Ursula Creutzig, Universitäts-Kinderklinik Münster.

Streß peitscht die Killerzellen hoch!

Wie rasant das Immunsystem auf emotionalen Streß reagieren kann, zeigten Tests an Tandem-Fallschirmspringern bei ihrem ersten Sprung. Die innere Anspannung jagte die Zahl der Killerzellen im Blut um 100 bis 150% in die Höhe! 4 Stunden später war der Spuk wieder vorbei. „Unter Streßbeinwirkung kommuniziert das Nervensystem offensichtlich mit dem Immunsystem über adrenerge, catecholaminerge Mechanismen“, erklärte Privatdozent Dr. Manfred Schedlowski, Abteilung Klinische Psychiatrie der Medizinischen Hochschule Hannover. Dazu paßt auch die Beobachtung, daß z.B. Milz und Knochenmark von noradrenergen Nervenfasern innerviert werden.



Posttraumatische Belastungsstörung

Der ganze Mensch als Katastrophengebiet

WIEN – Eine Lawine reißt das Haus und Familienmitglieder mit sich, eine Frau wird vergewaltigt, jemand wird in einen schweren Verkehrsunfall verwickelt. Plötzlich ist nichts mehr wie es einmal war – die Lebenslinie ist „unterbrochen“. Ganz zu schweigen von den Folgen jahrelangen Missbrauchs, Folter oder KZ-Vergangenheit. Nicht immer „heilt die Zeit diese Wunden“, bei etwa zehn Prozent der Betroffenen kommt es zur Ausbildung einer behandlungsbedürftigen Posttraumatischen Belastungsstörung.

Einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) liegt ein Trauma zu Grunde, das nach Horst Dilling definiert wird als: „belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder kata-



Dr. Alexander Friedmann

strophalen Ausmaßes (kurz oder lang anhaltend), das fast bei jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“ Dieser Erfahrung steht der Betroffene unvorbereitet und hilflos gegenüber, seine Adaptationsfähigkeiten werden überflutet und damit ausgeschaltet. Es stellt immer einen erkennbaren schweren Einbruch im Leben eines Menschen dar. Dr. ALEXANDER FRIEDMANN, Univ. Klinik für Psychiatrie, Wien, erklärt weiter: „Ein psychischer Schock erschüttert das bestehende Welt- und Selbstbild des Betroffenen. Wir können von einem 'deep impact' sprechen, der nicht nur ein Loch schlägt, sondern auch seismische Wellen verursacht. Der ganze Mensch wird dabei zum Katastrophengebiet.“ Die Menschen verlieren das Vertrauen in die Berechenbarkeit der Welt, eine Zukunftsplanung ist ihnen nicht mehr möglich.

Akute Reaktion

Schon während und unmittelbar nach dem Trauma tritt eine akute Belastungsreaktion auf. Eine profes-

sionelle Intervention in diesem Stadium kann dem Auftreten des Vollbildes des PBTs vorbeugen. Es treten dissoziative Symptome auf wie Gefühllosigkeit, eingeschränkte Wahrnehmung, teilweise Amnesie. Diese Phase dauert mindestens zwei Tage, höchstens vier Wochen an. Nach drei bis vier Tagen nimmt die Intensität der Reaktion ab. Darauf folgt bei manchen Menschen eine mehr oder weniger symptomlose bzw. -arme Latenzzeit bis es zur Ausprägung des Vollbildes einer Posttraumatischen Belastungsstörung mit einem sehr charakteristischen Symptombild kommen kann. Dazu gehören etwa die besonders belastenden Flash-Backs, das immer wieder Erleben der traumatischen Erlebnisse (siehe Kasten). Viel zu oft bleibt diese Erkrankung unerkannt, also auch unbehandelt, und kann chronifizieren.

Viele unbetreute Betroffene

Epidemiologische Studien ergeben eine Lebenszeitprävalenz für eine PTBS von zwischen 1,5 und 7,8 Prozent. Dr. BRIGITTE LUEGER-SCHUSTER, Institut für Klinische Psychologie, Wien, geht etwa davon aus, dass im niederösterreichischen Hochwassergebiet von 2002 rund 15 % der Bevölkerung betroffen sind. „Wir wissen leider nur wenig über die Häufigkeit von PTBS in Österreich. Aus Altenheimen melden Psychologen aber beispielhaft immer wieder, das hier bei Senioren alte Traumata aus dem 2. Weltkrieg aufbrechen“, so Dr. Lueger-Schuster weiter.

Grundsätzlich wird zwischen von Menschen verursachten Traumata

(Missbrauch, Vergewaltigung, Folter, Terror, Geiselnahme usw.) und Katastrophen und Unfalltraumen (Erdbeben, Dammbruch, Arbeitsunfälle, Verkehrsunfälle, berufsbedingte Konfrontationen) unterschieden. Die Wahrscheinlichkeit nach einem Psychotrauma eine PTBS zu entwickeln, liegt bei durchschnittlich 9,2 Prozent, wobei es hier große Unterschiede je nach Art des Traumas gibt. Besonders gefährdet sind Frauen nach einer Vergewaltigung – rund die Hälfte der Opfer reagieren mit einer Belastungsstörung, nach sexuellem Missbrauch liegt die Erkrankungsrate bei 57 %. Nach Verkehrsunfällen beläuft sich die 1-Jahres-Prävalenz auf ca. 10 %. Aber nicht nur direkt von einem Er-



Univ.-Doz. Dr. Maria Steinbauer

ignis Betroffene können erkranken, auch Angehörige, Beobachter und Helfer reagieren in manchen Fällen mit einer PTBS.

Furchtstrukturen im Gehirn

Schwere psychische Traumata hinterlassen auch Spuren im Gehirn, die mit Hilfe von PET/MRI-Untersuchungen nachgewiesen werden können. Im limbischen und pa-

ralimbischen System kommt es zu verstärkten neuronalen Vernetzungen, die als „Furchtstrukturen“ bezeichnet werden. Ebenfalls nachweisbar ist eine lebenslange Erhöhung des „Corticotropin Releasing Hormons“, was mit einer verstärkten Reagibilität für Angst und Depression in Zusammenhang gebracht wird. Dazu kommen eine Reihe von Komorbiditäten wie Angststörungen, Depressionen, Ess- und Sexualstörungen sowie ein erhöhtes Selbstmordrisiko sowie Substanzmissbrauch. Im Extremfall kommt es zu andauernden Persönlichkeitsveränderungen. Die Betroffenen stehen gleichsam unter Dauerstress, ihr affektives Gedächtnis ist gestört. Körperliche Folgen können Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes oder Schmerzen des Bewegungsapparates sein. Oft verdecken die körperlichen und seelischen Erkrankungen die zu Grunde liegende PTBS. Erst während einer Psychotherapie treten dann die Traumata der Vergangenheit zu Tage.

Medikamente und Psychotherapie

Die Behandlung des PBTs beruht auf zwei Säulen. Einerseits haben sich Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRIs) wie Paroxetin oder Sertralin bewährt. Die empfohlene Startdosis entspricht etwa der bei einer Depression, eine Steigerung auf die doppelte und dreifache Dosis kann in manchen Fällen notwendig sein. „In 50 Prozent der Fälle kommt es so innerhalb von sechs Monaten zu einer deutlichen Besserung“, be-

richtet Univ.-Doz. Dr. Maria Steinbauer, Univ. Klinik für Psychiatrie, Graz. Andererseits sind eine professionelle psychotherapeutische Betreuung, die Teilnahme an Entspannungs- und Selbsthilfegruppen sowie ein funktionierendes soziales Netz essenziell bei der Verarbeitung des Traumas. Ziel der Therapie ist es, das Trauma in die eigene Biografie zu integrieren und wieder ein einigermaßen „normales“ Leben führen zu können. Doz. Steinbauer dazu: „Die Aufgabe des Therapeuten ist es auch, dem Patienten zu vermitteln, dass seine psychische und



Prim. Dr. David Vyssoki

physische Reaktionen normale Reaktionen auf eine abnormale Situation darstellen.“

Risikofaktoren & Protektion

Wer reagiert nun nach einem traumatischen Ereignis eher mit einem Posttraumatischen Belastungssyndrom und welche Rahmenbedingungen wirken protektiv? Dazu Prim. Dr. DAVID VYSSOKI, Medizinischer Leiter des psychosozialen Zentrums ESRA, Wien: „Als Schutzfaktoren gelten etwa das soziale Netz einer Großfamilie, stabile private Beziehungen, sicheres Bindungsverhalten usw.“ Risikofaktoren sind hingegen ein niedriger sozioökonomischer Status, große Familie mit wenig Wohnraum, Kriminalität und Dissozialität eines Elternteiles, unsicheres Bindungsverhalten nach dem 12. bis 18. Lebensmonat oder psychische Erkrankung eines Elternteiles. Aber kein Mensch ist wirklich davor gefeit. *JS*

PK Unkrankheit Trauma, Dezember 2003

Plötzlicher Todesfall zu Hause

„Brauchen Sie jemanden zum Reden?“

WIEN – Sie kommen in eine Familie, die mit einem unerwarteten Todesfall in der eigenen Wohnung konfrontiert ist – sei es nun ein plötzlicher Herztod oder ein Suizid. Die Angehörigen stehen unter Schock, gleichzeitig sind behördliche Maßnahmen zu treffen. Wie Sie in einer solchen Situation helfen können, erklärt die Psychologin Dr. Brigitte Lueger-Schuster im Gespräch mit Medical Tribune.

MT: Sie sind fachliche Leiterin der Akutbetreuung in Wien. Was ist das für eine Institution und was leistet sie?

Dr. Brigitte Lueger-Schuster: Die „Psychosoziale Akutbetreuung in Notfallsituationen“ oder kurz Akutbetreuung Wien ist eine Institution der Stadt Wien. Wir leisten Menschen in Ausnahmesituationen – et-

wa bei plötzlichen Todesfällen in der Familie oder bei Suiziden – psychosoziale Ersthilfe. Die organisatorische Leitung erfolgt durch die Magistratsdirektion für Krisenmanagement und Sofortmaßnahmen, die wissenschaftliche Leitung liegt bei der Universität Wien. Wir sind rund um die Uhr über die Wiener Rettung erreichbar. Für die Akutbetreu-

ung arbeiten derzeit 60 psychosoziale Fachkräfte mit spezifischer Ausbildung.

MT: Ihre steigenden Einsatzzahlen zeigen den Bedarf an einer psychosozialen Akutbetreuung. Gibt es ähnliche Projekte in anderen Bundesländern?

Dr. Lueger-Schuster: Wir sind in das österreichische Netzwerk KIT und in das EU-Netzwerk „psychosozialer support“ eingebunden. In Zusammenarbeit mit dem Roten Kreuz sollen innerhalb der nächsten ein bis zwei Jahre in allen Bundesländern ähnliche Stellen eingerichtet werden.

MT: Derzeit ist es häufig der Haus- oder Notarzt, der mit ▶ 7

Diagnose des Posttraumatischen Belastungssyndroms

- ▶ Sich aufdrängende, affektiv belastende Gedanken (Intrusionen) und Erinnerungen bis zu einem realitätsnahen Wiedererleben des Traumas (Bilder, Alpträume, Flash-Backs, Nachhallereinerungen) oder auch Erinnerungslücken (Amnesien)
- ▶ Übererregbarkeitszustände (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen)
- ▶ Vermeidungsverhalten (Vermeidung traumaassoziierter Stimuli)
- ▶ Emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interessensverlust, innere Teilnahmslosigkeit)
- ▶ Im Kindesalter teilweise veränderte Symptomausprägungen (z.B. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens)