

Trauma und Schmerz:

Evaluation der Myoreflextherapie im Kontext der Mehrdimensionalen Psychodynamischen Traumatherapie

Katharina Muth und Robert Bering

(2014)

Zusammenfassung

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) wird häufig von chronischen Schmerzsyndromen begleitet, wobei die Ursachen für das gemeinsame Auftreten bislang nur unzureichend verstanden sind. Darüber hinaus besteht Unklarheit, ob diese Schmerzen primär psychopharmakologisch, psychotherapeutisch oder mit körperzentrierten Verfahren zu behandeln sind. Um die PTBS und ihre Komorbiditäten zu behandeln, wird am Zentrum für Psychotraumatologie (ZfP) der Krankenhaus Maria-Hilf GmbH Krefeld die Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie (MPTT) nach Fischer durch die Myoreflextherapie nach Mosetter im Sinne einer körperzentrierten Komplementärtherapie ergänzt. Analog zum dialektischen Wirkprinzip der verbalen Interventionslinie der MPTT nutzt die Myoreflextherapie neuronale Regelkreise, um durch zusätzliche Spannung auf definierte Muskelgruppen, Selbstregulationen anzustoßen und Schmerzreduktion zu bewirken.

Im folgenden Beitrag stellen wir Ergebnisse zur Evaluation der Myoreflextherapie am ZfP vor. Es konnte gezeigt werden, dass es in Folge der Behandlung im multiprofessionellen Setting zu einer Entlastung hinsichtlich der Schmerzsymptomatik sowie der ptbs-assoziierten und allgemeinspsychopathologischen Symptomatik kommt. Nach ca. sechswöchiger Therapie ergaben sich in allen Symptomskalen Effektstärken für die Behandlung, die gemäß den Cohenschen Konventionen als groß zu beurteilen sind. In Folge gelangen wir zu der Schlussfolgerung, dass bei der Behandlung von Belastungssyndromen die Psycho- und Pharmakotherapie um körperzentrierte Interventionsstrategien sinnvoll ergänzt werden kann, um dem Zusammenhang von PTBS und chronischen Schmerzsyndromen gerecht zu werden. Abschließend diskutieren wir den spezifischen Charakter von Schmerzsyndromen im Rahmen einer Traumatisierung, um daraus mögliche Anhaltspunkte für die treffendere Diagnose selbiger Phänomene abzuleiten.

Schlüsselwörter: Posttraumatische Belastungsstörung, chronischer Schmerz, Pharmakotherapie

Summary

With patients suffering of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) we often find chronic pain syndromes as a comorbidity. The cause for the high incidence of this connection of symptoms is yet explained insufficiently. In addition there is controversy whether pain symptoms within PTSD should be treated with psychotropics, psychotherapy or body based therapies. At the Centre of Psychotraumatology (CoP) within the Hospital Maria-Hilf in Krefeld, Germany, Multidimensional Psychodynamic Trauma Therapy (MPTT) is complemented by Myoreflextherapy, a body oriented acupressure therapy, in order to treat PTSD and its comorbidities. In analogy to the dialectical model of change which MPTT is based on, Myoreflextherapy uses neuro-muscular loops in order to enhance self regulation systems and reduce pain by overmodulation of pressure points. In the following article we will present the results of an evaluation of Myoreflextherapy in the context of MPTT at CoP. We are able to provide evidence that there was significant decrease in pain symptoms as well as ptsd-associated symptoms after the inpatient treatment with the above mentioned multimodal therapy concept. The conclusion we draw is to emphasize the importance of body based therapies in addition to psychotherapy and pharmacological treatment in order to consider and satisfy the interrelation of PTSD and chronic pain syndromes. Thereafter we will discuss the specific characteristic of pain syndromes after psychic traumatization and will hence lead to indications for more adequate diagnosis of these phenomena.

Keywords: Posttraumatic stress disorder, chronic pain syndromes, psychotropics,

Einführung

In aktuellen Diskussionen um den Zusammenhang zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bzw. Traumafolgenstörungen und Schmerzsyndromen ist eine lebhafte Debatte entbrannt: Sowohl klinische als auch empirische Untersuchungen zeigen, dass Patienten mit einer behandlungsbedürftigen PTBS vermehrt unter chronischen Schmerzsyndromen leiden. Hierzu gehören z. B. Schulter-Nacken-Syndrome, Spannungskopfschmerzen, Lumbalgien, Lumbo-ischialgien und diffuse funktionelle Schmerzsyndrome, z. B. im kleinen Becken. Eine Reihe von Studien belegt, dass Betroffene von einer PTBS vermehrt über körperliche Symptome klagen (Asmundsen et al., 2002). So haben auch McFarlane und Kollegen (1994) gezeigt, dass die Experimentalgruppe der Feuerwehrmänner mit einer PTBS 42 Monate nach der Katastrophe über mehr körperliche Symptome klagten, mit höherer Wahrscheinlichkeit einen Arzt aufgesucht und ärztliche Hilfe öfter in Anspruch genommen hatte als die Vergleichsgruppe der Feuerwehrmänner ohne PTBS. In der Studie von Andreski et al. (1998) wurden an einer Stichprobe von 1007 Personen in einer Follow-up-Messung nach 3 und 5 Jahren Symptome aus insgesamt 6 Symptomkategorien erfasst. Die Autoren schlussfolgerten, dass PTBS mit Somatisierung zusammenhängt und Betroffene ein insgesamt dreifach höheres Risiko zeigen im Vergleich zu Menschen mit einer anderen oder ohne psychiatrische Erkrankung. In der Summe bestätigen diese empirischen Studien den klinischen Eindruck, dass Personen mit traumatischem Hintergrund überdurchschnittlich oft somatische und chronische Schmerzsyndrome entwickeln.

Für uns stellt sich die Frage, durch welche Schmerzqualität sich diese chronischen Schmerzsyndrome auszeichnen. Mit welchem Verfahren können sie Ziel führend diagnostiziert und effektiv behandelt werden? Zur Diagnostik gehören die Schmerzanamnese, die körperliche Untersuchung und die Psychometrie. Zur Behandlung zählen die pharmakologische Schmerztherapie, die Psychotherapie und körperzentrierten Verfahren. Am ZfP kombinieren wir die Behandlungsstrategien durch eine psychodynamisch ausgerichtete Komplexbehandlung, die wir im folgenden Abschnitt beschreiben.

Psychodynamische Komplex Behandlung am Zentrum für Psychotraumatologie

Die Krankenhaus Maria-Hilf GmbH Krefeld hat am Standort des Alexianer-Krankenhauses ein Zentrum zur Behandlung der PTBS eröffnet, in dem traumatisierte Patienten im akutstationären, rehabilitativen sowie ambulanten Setting Behandlung finden. In allen Bereichen wird ein multimodaler Behandlungsansatz verfolgt, der insbesondere psychotherapeutische, körperzentrierte und psychopharmakologische Verfahren integriert. Wir gehen von der Annahme aus, dass Psychotraumata ,neben einer sensorischen Repräsentanz, auf der Ebene des impliziten Gedächtnisses neuromuskuläre Spannungsmuster aktivieren. Beispielsweise können nach einer Gewalterfahrungen chronische Schutzhaltungen ausgelöst sein, die das Ereignis überdauern oder auf Triggerreize aktiviert werden. Typische Muster finden sich zum Beispiel im Bereich des Schultergürtels, der Halswirbelsäule und des Kopfgelenkes. Ein anderes Beispiel sind chronische neuromuskuläre Spannungsmuster im Bereich des M. ileopsoas, der sich verkürzt und im Bereich der Lendenwirbelsäule, im kleinen Becken und im Hüftgelenk die Biomechanik beeinflusst. Analog zu psychischen

Symptomen beruhen die neuromuskulären Spannungsmuster auf traumakompensatorischen Strategien.

Vor diesem Hintergrund haben wir am ZfP eine psychodynamisch ausgerichtete komplex Behandlung entwickelt, bei der die Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie nach Fischer (MPTT, Fischer et al. 2003), die Myoreflextherapie nach Mosetter (2001) und psychopharmakologische Behandlungsstrategien (Bering et al., 2009; in diesem Heft) integriert werden. Im Folgenden gehen wir ausführlicher auf die Myoreflextherapie ein.

Die Myoreflextherapie

Der körperbezogene Ansatz der Myoreflextherapie nach Mosetter und Mosetter (2001) versteht sich als eine dialektische neuromuskuläre Traumatherapie bzw. eine „Leib-Traumatologie“, die als Pendant zur MPTT nach Fischer eingesetzt wird. Sie stellt eine neurophysiologisch begründete Weiterentwicklung von Techniken der Akupressur und der konzentrativen Bewegungstherapie dar. Grundsätzlich sehen Mosetter und Mosetter (2005) das Muskelsystem als den „Ort und Träger der Psychodynamik des Traumas“; sie gehen also von einer neuromuskulären Äquivalenz des Psychotraumas aus. Der Myoreflextherapie liegt – ebenso wie der MPTT – das Dialektische Veränderungsmodell zugrunde. In der traumatischen Situation wird ein Wahrnehmungs- bzw. Handlungsschema aktiviert, das im Sinne von Trauma als einem unterbrochenen Handlungsansatz mit Kampf- bzw. Fluchttendenz die traumatische Erfahrung im Gedächtnis speichert (Fischer & Riedesser, 2003). Es existiert ein motorischer Flügel zu diesem Traumaschema, und dieses eingefrorene neuromuskuläre Aktivationsmuster in Form von Hypertonus oder Erstarrung verfolgt den traumatisierten Menschen, jedoch ohne bewusst zugänglich zu sein. Bering (2005) ergänzt dazu: „Das neuromuskuläre Erinnerungsbild imponiert häufig als Schmerzsyndrom, bevorzugt im Bewegungsapparat“. Im traumatischen Prozess werden dann kompensatorische Gegenmaßnahmen – repräsentiert im Traumakompensatorischen Schema – entwickelt, mit dem Ziel, die traumatische Erfahrung einzudämmen und abzuwehren. Auf der körperlichen Ebene geschieht dies in Form von Fixierungen und Schonhaltungen. Einen Kompromiss zwischen den beiden Kraftfeldern der Traumadynamik – Traumaschema und Traumakompensatorisches Schema – bildet das minimale kontrollierte Handlungs- oder Ausdrucksfeld bzw. das psychotraumatische Symptom. Mosetter und Mosetter (2005) beschreiben einen Teufelskreis, der mit der Zeit zu einer sich aufschaukelnden somatischen Problematik führt: „Ein bekanntes Phänomen wird als „Wandern der Symptome“ bezeichnet. Hierin wird ausgedrückt, dass sich neuromuskuläre Symptome als Abfolge von schmerzhaften Verspannungen und anschließender Schonhaltung bilden, wobei die Schonhaltung ihrerseits mit der Zeit zu weiteren Symptomen führt“.

In der Myoreflextherapie werden nun Muskelansätze in funktionellen Zusammenhängen und kinetischen Ketten behandelt. Bei der Palpation ertastet der Therapeut häufig schmerzhafte Verhärtungen, Myogelosen und bindegewebige Aufquellungen. Zudem ist an den entsprechenden Muskeln ein Hypertonus festzustellen. Der Therapeut führt nach genauer Palpation eine Druckpunktstimulation durch, wobei über einen allmählichen manuellen Druckanstieg am Muskel-Sehnen-Knochen-Übergang neuromuskuläre und bindegewebige Reaktionen ausgelöst werden. Es ist deutlich festzustellen, dass der Tonus der entsprechenden Muskeln über die therapeutische Übersteuerung und die Einleitung negativer Feedbackmechanismen im Sinne einer

Selbstregulation spontan absinkt. Zudem gibt der palpierende Finger des Therapeuten dem Patienten eine Spür- und Wahrnehmungshilfe und spiegelt dem Organismus neuromuskuläre Zustände in ihrer Veränderlichkeit (Mosetter & Mosetter, 2005). Hinter dieser Technik steht – analog zur verbalen Interventionslinie der MPTT – das dialektische Wirkprinzip der Dekonstruktion, Konstruktion und Rekonstruktion.

Nach der dialektischen Strategie gilt es zunächst, das Traumakompensatorische Schema zu stärken und zu differenzieren. Im myoreflextherapeutischen Setting bedeutet das: Durch die Druckpunktstimulation wird der neuromuskuläre Spannungszustand, der durch eine kompensatorische Schutz und Schonhaltung entstanden ist, zunächst verstärkt. Hierdurch wird die Autoregulation der neuromuskulären Einheit angestoßen, den Muskeltonus zu senken.

In der psychodynamischen Traumatherapie werden zunächst Ressourcen aufgebaut, Stabilisierung erzeugt, bevor in der Gestaltbildung eine traumakonfrontative Arbeit mit den Patienten möglich ist. In der Myoreflextherapie bedeutet dies, zunächst sogenannte Fern-Punkte zu behandeln. Nur langsam geht der Therapeut zusammen mit dem Patienten den Weg der wandernden Symptome zurück bis zu dem Punkt, an dem die Phase der Traumabearbeitung einsetzen kann. Indem die Spannungspunkte der neuromuskulären Erinnerungsbilder mit der Druckpunktstimulation übersteuert werden, werden Fixierungen und Schonhaltungen bewusst gemacht und dadurch wird die Dekonstruktion maladaptiver neuromuskulärer Schemata eingeleitet. Das wiederum ermöglicht die Konstruktion neuer Schemata und eine Überarbeitung der festgefahrenen Aktivationsmuster im Sinne einer Rekonstruktion.

Die Tatsache, dass Myoreflextherapie und MPTT auf einer gemeinsamen theoretischen Basis beruhen, macht es unmittelbar nachvollziehbar, dass sie in der Praxis sinnvoll miteinander kombinierbar sind. Bei der Myoreflextherapie ist die therapeutische Dialogebene die neuromuskuläre, leibliche. Jedoch betonen Mosetter und Mosetter, dass sich diese nur künstlich von den psychischen und mentalen Dimensionen des Menschen trennen lässt. Vielmehr findet wohl eine ständige Interaktion in dieser komplexen Einheit statt, was erklärt, warum – laut Bering (2005) – Entlastungen im Bereich des motorischen Flügels durch die Myoreflextherapie eine Verbesserung des psychotherapeutischen Arbeitsbündnisses aus der Perspektive des sensorischen Flügels bewirken. Während sich bei einer PTBS der motorische Flügel im kontrakten Muskelsystem verselbstständigt, werden im sensorischen Flügel die Wahrnehmungs- und Erinnerungsfragmente gespeichert. Die Trauma-komplementärtherapie hat die Aufgabe, diese beiden Flügel zusammenzuführen.

Evaluation der multimodalen Therapie

Im Folgenden stellen wir Hypothesen, Methodik und Ergebnisse der Evaluationsstudie vor, die am Zentrum für Psychotraumatologie an 30 Patienten mit akuter oder aktualisierter Posttraumatischer Belastungsstörung durchgeführt wurde.

Hypothesen

- (1) Die multimodale Traumatherapie mit körperzentrierter Komplementärtherapie (Myoreflextherapie) bewirkt eine signifikante Reduktion der Schmerzsymptomatik, der psychotraumatischen Symptomatik sowie der psychopathologischen Gesamtbelastung.
- (2) Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Grad der Veränderung der ptbs-assoziierten Symptomatik und dem Grad der Veränderung der Schmerzsymptomatik.

Methodik

Um diese Thesen zu prüfen haben wir eine Gelegenheitsstichprobe von 30 Patienten, die am Zentrum für Psychotraumatologie im akutstationären Bereich behandelt wurden, mit folgenden Untersuchungsinstrumenten untersucht (siehe Tabelle 1).

T1 : Pretest	T2 : Posttest
IES	IES
PTSS-10	PTSS-10
BDI	BDI
SCL-90 R	SCL-90 R
Schmerzanamnese- fragebogen (Version T1)	Schmerzanamnese- fragebogen (Version T2)
SES	SES
FESV	FESV
FKB-20	FKB-20

Tab. 1 : Untersuchungsinstrumente

Hierbei kamen zum Einen psychotraumatologisch orientierte Selbstbeurteilungsskalen zur Anwendung (z. B. Impact of Event Scale Revised, Posttraumatic Symptom Scale 10) und zum anderen Erhebungsinstrumente zur Erfassung der allgemeinspsychopathologischen Belastung, wie das Beck Depressions Inventar und die Symptomcheckliste-90-R nach Derogatis et al. (1973). Zur spezifischen Erhebung der Schmerzanamnese wurde die Schmerzempfindungsskala SES, der Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung FESV und der Fragebogen zum Körperbild FKB-20 eingesetzt. Alle Erhebungsinstrumente wurden im Pre- wie im Posttest erhoben.

Ergebnisse

Die Patienten gaben zur Beginn ihrer stationären Behandlung durchschnittlich 3.6 unterschiedliche Beschwerden an, die in Tabelle 2 spezifiziert sind.

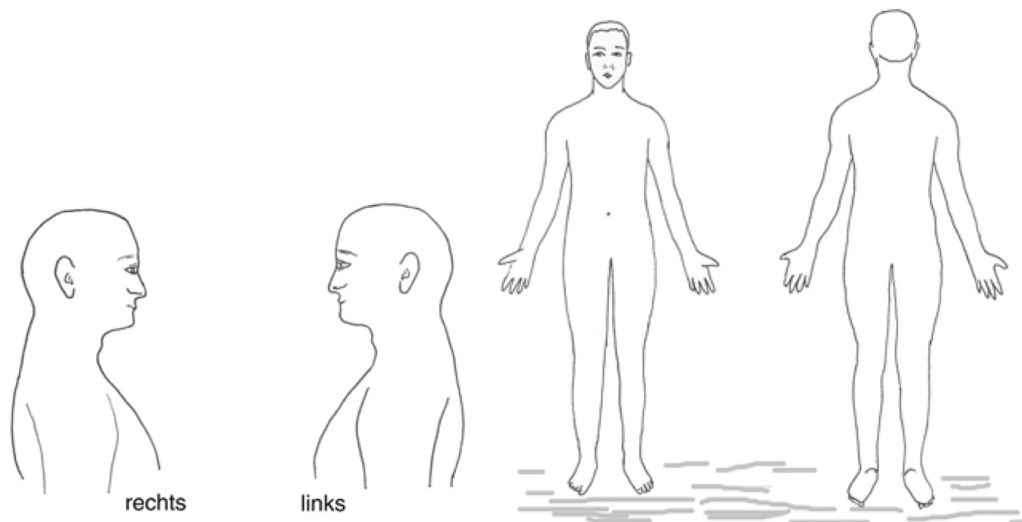
Art der Beschwerde	Anzahl der Nennungen
Kopfschmerzen	16
Rückenschmerzen	12
Nackenschmerzen	11
Bauchbeschwerden	9
Schulter	8
Tinnitus / Ohr	6

Tab. 2: Art der Beschwerden zu Beginn der Behandlung

Deutlich wird, dass Kopf- und Rückenschmerzen die am häufigsten benannten Beschwerden darstellen. Es folgen Nackenschmerzen und Beschwerden im abdominellen Bereich. Acht Patienten führen ihre Beschwerden auf die Schulter zurück und sechs Patienten beklagen Tinnitus bzw. Schmerzen im Ohr. Darüber hinaus wurde noch eine Vielzahl anderer Beschwerden angegeben.

Darüber hinaus legen klinische Erfahrungen nahe, dass die Art der Traumatisierung Auswirkung auf Lokalisation und Qualität der Schmerzen hat. Aus diesem Grunde werden am ZfP bei der Schmerzanamnese Patienten mit Hypervigilanzsyndrom gezielt nach Beschwerden im Schulter-Nacken-Kopf Bereich gefragt. Bei Patienten mit Missbraucherfahrungen sehen wir häufig Rückenschmerzen, funktionelle Beschwerden im kleinen Becken und urogenitale Infekte. In der körperlichen Untersuchung machen sich diese Beschwerden als Myogelosen, Tonusasymetrien und Einschränkungen der Bewegungsfreiheit z.B. in der Rotation des Kopfes bemerkbar. Patienten mit Gewalterfahrungen entwickeln häufig eine Schutzhaltung. Die Schultern sind nach ventral gebeugt und die Schulterblätter rotiert. Nicht selten ist die ventrale Kette des Schultergürtels verkürzt und die dorsale gedehnt. Diese neuromuskuläre Regulation verursacht Schmerzen und verändert die Biomechanik dauerhaft.

Ein weiteres Instrument der Schmerzanamnese ist die Schmerzzeichnung, bei der durch den Patienten auf vorgezeichneten Darstellungen des menschlichen Körpers Schmerzpunkte und Strahlung des Schmerzes eingetragen werden können. Diese Methode bedeutet zum Einen für den Patienten während des Zeichnens und zum Anderen für die behandelnden Therapeuten einen Erkenntnisgewinn im Sinne der genauen Diagnostik und Behandlungsplanung.



Die weitere (quantitative) Ergebnisdarstellung orientiert sich an den aufgestellten Thesen und bezieht sich zunächst auf die Wirksamkeit bzgl. der Schmerz-symptomatik.

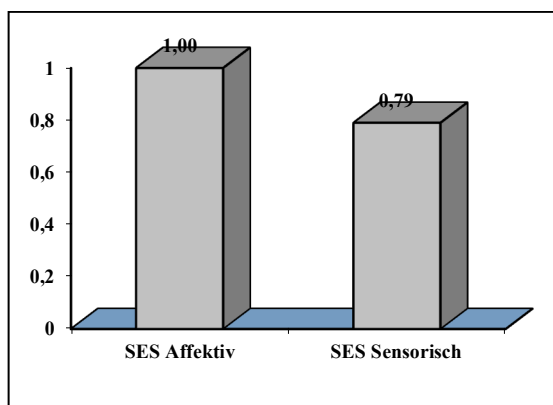


Abb. 1: Effektgrößen d' für die Veränderung in den Subskalen der Schmerzempfindungsskala SES.

In Abbildung 1 sind die Effektgrößen nach Cohen dargestellt, die in der SES eine Effektgröße von 1 für den affektiven und 0,79 für den sensorischen Schmerzbereich objektiviert haben. Deskriptiv haben 76,6 Prozent der Patienten angegeben, in Bezug auf die Schmerzsymptomatik von der Behandlung profitiert zu haben.

Zur Frage der Verbesserung der psychotraumatologischen und allgemeinspsychopathologischen Symptomatik ist in Abbildung 2 dargestellt, dass die Effekte im Bereich der psychotraumatologischen Skalen und ebenfalls im Bereich der allgemeinspsychopathologischen Skalen im großen Bereich liegen.

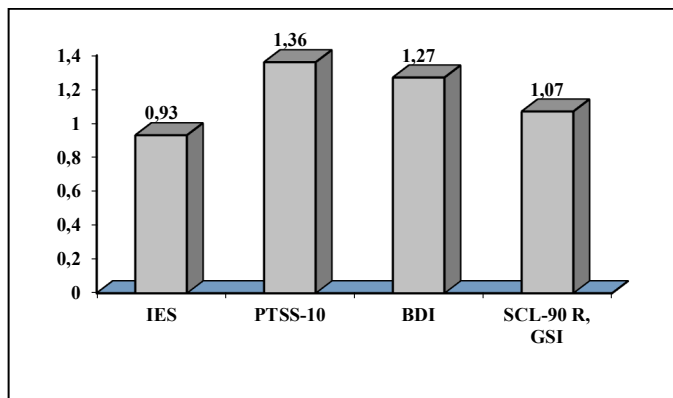


Abb. 2: Effektgrößen d' für die Veränderung in der IES, der PTSS-10, dem BDI und der SCL-90 R.

In Tabelle 3 sind die Korrelationen zwischen der Veränderung in der psychotraumatologischen Belastung – gemessen über die Posttraumatic Symptom Scale – und der Veränderung im Schmerzerleben – gemessen über die Schmerzempfindungsskala - dargestellt.

Veränderung der ptbs-assoziierten Symptomatik (PTSS-10)	
Veränderung im Schmerzerleben:	
SES Affektiv	$r = .320$ ($p < .05$)
SES Sensorisch	$r = .173$ ($p = .185$)

Tab. 3: Zusammenhang der Veränderung in ptbs-assoziiierter Symptomatik und Schmerzbelastung

Es ergibt sich ein auf dem 5%-Niveau positiver Zusammenhang zwischen der Veränderung gemessen über die PTSS-10 und der Veränderung gemessen über die Globalskala „SES Affektiv“. Dagegen wird die Korrelation zwischen der Veränderung gemessen über die PTSS-10 und der Veränderung gemessen über die Globalskala „SES Sensorisch“ nicht signifikant. Es besteht also ein bedeutsamer positiver Zusammenhang zwischen dem Grad der Veränderung in der PTBS-assoziierten Symptomatik und dem Grad der Veränderung im affektiven Schmerzleiden. Bezogen auf die Veränderung des sensorischen Schmerzerlebens lässt sich dieser Zusammenhang nicht nachweisen.

Im späteren Verlauf haben wir uns mit der Frage beschäftigt, ob die psychische und Schmerzentlastung tatsächlich auf das multimodale Behandlungsangebot im ZfP zurückzuführen ist. Der oben beschriebene „Ein-Gruppen-Pretest-Posttest-Plan“ konnte diese Frage nicht abschließend klären, da neben der angenommenen Treatmentwirkung auch eine Reihe anderer Variablen die Positivveränderung bewirkt haben könnten. Hierzu gehören insbesondere die psychotherapeutische und psychopharmakologische Intervention. Vor diesem Hintergrund haben wir unsere Untersuchung durch eine zweite Stichprobe ergänzt. Es wurde eine Patientenpopulation von $N = 29$ zu einem Zeitpunkt T0 (Anamnese und Informationsgespräch während der ambulanten Notfallsprechstunde) und T1

(Zeitpunkt der stationären Aufnahme) untersucht. Die Ergebnisse der Untersuchung sind in Abbildung 3 und 4 dargestellt.

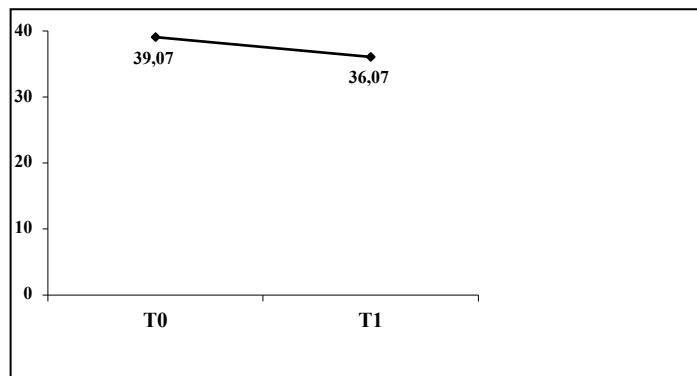


Abb. 3: Mittelwerte zu T0 und T1 in der PTSS-10

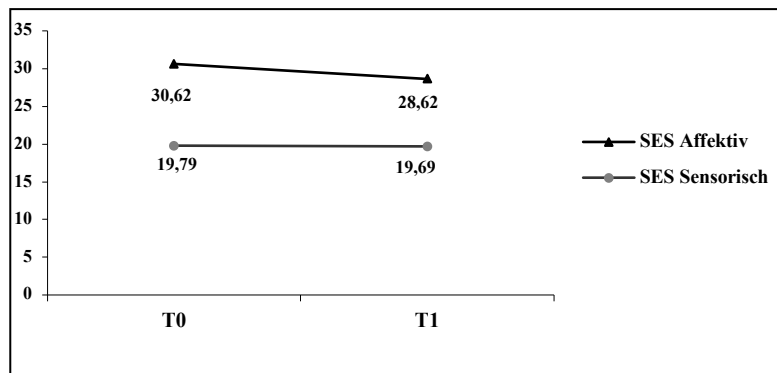


Abb. 4: Mittelwerte zu T0 und T1 in der Schmerzempfindungsskala

Ein Mittelwertvergleich für abhängige Stichproben bestätigt den Eindruck der Graphiken: Zwischen Erstkontakt und Zeitpunkt der stationären Aufnahme im ZfP ist weder im Bereich der ptbs-assoziierten Symptomatik (PTSS-10: $t_{29} = 1.548$, $p = .133$) noch im Bereich der Schmerzbelastung (SES affektiv: $t_{29} = 1.496$, $p = .146$, SES sensorisch: $t_{29} = .111$, $p = .913$) eine signifikante Reduktion nachweisbar ist. Dieses Ergebnis kann als erster Hinweis dahingehend interpretiert werden, dass sich in Folge der Erwartung einer stationären Aufnahme keine bedeutsamen spontanen Entlastungseffekte ergeben, die sich in ihrer Höhe vergleichen lassen mit den hohen Entlastungseffekten, die sich aus der ersten Studie ergaben. Somit verdichten sich die Hinweise, dass die nachgewiesene Symptomreduktion im Bereich der ptbs-assoziierten Symptomatik, der psychopathologischen Beschwerden und der Schmerzbelastung auf die multimodale Therapie während der stationären Behandlung im ZfP zurückzuführen ist.

Diskussion

Die Diskussion wird vor dem Hintergrund folgender komprimierter Ergebnisse geschehen:

- Ebenso wie verschiedenste vorausgegangene Studien wurde auch hier belegt, dass Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung in der Regel unter hochsignifikanten, klinisch relevanten Schmerzsymptomen leiden.
- Wir haben zeigen können, dass es sowohl subjektiv wie auch objektiv im Zuge der Behandlung zu einer Reduktion der somatischen Beschwerden und der psychotraumatologischen Belastung kommt.
- Es wurde der Nachweis erbracht, dass über ein multimodales Behandlungskonzept insbesondere das affektive Schmerzleiden traumatisierter Patienten erreicht und gelindert werden kann, während das sensorische Schmerzerleben veränderungsresistenter zu sein scheint und darüber hinaus weniger eindeutig in Zusammenhang mit der ptbs-assoziierten Symptomatik zu sehen ist.

Für uns stellen sich drei Fragen:

1. Ist die Schmerz- und Symptomreduktion auf der Verknüpfung zwischen der Mehrdimensionalen Psychodynamischen Traumatherapie und der Myoreflextherapie zurück zu führen?
2. Wie ist die Qualität von ptbs-assoziierten Schmerzen zu beurteilen und ergeben sich daraus Schlussfolgerungen für die Diagnostik selbiger?
3. Welche Bedeutung kommt der Psychopharmakotherapie für die Behandlung der ptbs- assoziierten Schmerzsyndrome zu.

Ad 1

Die Ergebnisse früherer Untersuchungen (Hopfner, 2002) wiesen darauf hin, dass eine ausschließliche Behandlung durch Myoreflextherapie lediglich eine Symptomreduktion im Bereich der Schmerzbelastung, nicht aber im Bereich der ptbs-assoziierten Symptomatik nach sich zieht. Daraus können wir schlussfolgern, dass einer körperzentrierten Behandlungsmethode im Sinne der Myoreflextherapie der Status der Komplementärtherapie zur Psychotherapie zukommt. Darüber hinaus hat Kilk (2005) in ihrer Studie zeigen können, dass es zu einer Reduktion der psychopathologischen und Schmerzsymptomatik kommt, wenn die beiden therapeutischen Verfahren kombiniert werden. Weiterhin konnte Frau Kilk zeigen, dass auch katamnestisch die Reduktion der Schmerzsymptomatik stabil blieb. In der Summe sprechen diese ersten Forschungsergebnisse zur Kombination von MPTT und Myoreflextherapie dafür, dass – vor dem Hintergrund der komplexen Verknüpfung von Traumatisierung und Schmerzleiden – Interaktionswirkungen der einzelnen Therapiemodule anzunehmen sind. Klinisch spiegelt sich diese Hypothese in Erfahrungsberichten von Psychotherapeuten und Myoreflextherapeuten am Zentrum für Psychotraumatologie wider, die jeweils schildern, dass nach besonders effektiven Sitzungen/Behandlungen in der Myoreflextherapie der Heilungsprozess in der Psychotherapie voranschreitet und vice versa. Um diese Interaktionen spezifischer herauszustellen, wäre ein Studiendesign mit Kontrollgruppe, deren Probanden eine stationäre psychotherapeutische Traumatherapie ohne körperzentrierte

Komplementärtherapie erhalten, notwendig. Aus ethischen Gründen lässt sich dieses Design bisher nicht umsetzen.

Ad 2

Die zweite Frage, die sich aus den vorgestellten Forschungsergebnissen ergibt, ist die Frage nach dem Charakter von Schmerzsyndromen im Rahmen einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Abgeleitet daraus ergibt sich die Frage der Diagnose selbiger Phänomene, die aktuell meist unbefriedigend über die Störungsbilder „Somatisierungsstörung“ (ICD-10 F45.0) oder „Anhaltende somatoforme Schmerzstörung“ (F45.4) geschieht. Der Nachweis dafür, dass Menschen, die an einer PTBS leiden, überdurchschnittlich häufig verschiedenste Schmerz- und Somatisierungsbeschwerden beklagen, erscheint inzwischen ausreichend erbracht. Die Beschreibung des spezifischen Schmerzcharakters sowie die Differentialdiagnostik dieser Phänomene stecken hingegen noch in den Kinderschuhen. Klinische Erfahrungsberichte stellen heraus, dass die Schmerzbeschreibungen von Patienten mit PTBS vergleichbar sind mit den Beschreibungen chronischer Schmerzpatienten. Empirische Fundierung erhält dieser Eindruck durch die Tatsache, dass in unserer oben berichteten Studie die affektive und sensorische Schmerzbelastung in der Schmerzempfindungsskala (SES) der traumatisierten Patienten zu Beginn ihrer stationären Therapie vergleichbar ist mit dem durchschnittlichen Leiden einer Referenzstichprobe aus Schmerzpatienten (Muth, 2006). Wiederum aus klinischer Erfahrung wissen wir jedoch, dass – anders als bei Schmerzpatienten – die somatische Ursache, die von traumatisierten Menschen zwar glaubhaft geschildert wird, oftmals nicht nachweisbar ist. Dieses Dilemma lenkt den behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten diagnostisch in Richtung der somatoformen Störungen, die jedoch die Verbindung zwischen Traumatisierung und Schmerz- oder Somatisierungsstörung vernachlässigen.

Einem Teil der traumatisierten Patienten, die unter Schmerzen leiden, könnten wir gerechter werden, indem wir das Phänomen dissoziativer Schmerzsyndrome mit in unsere Überlegungen einbeziehen. Pioniere der Psychosomatik beschreiben diese Variante dissoziativer Empfindungsstörungen, die besonders intensiv und anfallsartig auftreten. Unter Berücksichtigung des Zyklus der Traumaverarbeitung, können wir in der Deskription den dissoziativen Schmerz abgrenzen vom somatischen Schmerzgeschehen: Bei Ersterem finden wir in den meisten Fällen im Rahmen der biografischen Anamnese schwere psychische Traumatisierungen. Der dissoziative Schmerz tritt als Folge mit oder ohne Latenz zur Primärtraumatisierung auf und im Sinne der Basissymptome einer PTBS alternieren Schmerzzustände im Sinne von Übererregung mit Formen der dissoziativen Anästhesie im Sinne der Vermeidung. Die aktuelle Manifestation des dissoziativen Schmerzes geschieht anders als bei somatischen Schmerz nicht in Folge einer nachweisbaren somatischen Ursache, sondern im Zuge einer impliziten Reaktualisierungsdynamik des Psychotraumas. Wie weiter oben durch Mosetter & Mosetter (2005) beschrieben, wird das traumatische Erlebnis in Form eines neuromuskulären Aktivationsmusters oder Erinnerungsbildes gespeichert, und verfolgt den traumatisierten Menschen in Form von Hypertonus oder Erstarrung ohne bewusst zugänglich zu sein. Aus den hier angeführten Überlegungen leiten wir einerseits ab, dass bei den zukünftigen Revisionen des ICD-10 neben dem strukturell erklärbaren Schmerz und der somatoformen Schmerzstörung auch

dissoziative Schmerzsyndrome Berücksichtigung finden sollten. Auf der anderen Seite erscheinen an dieser Stelle qualitative Forschungsmethoden indiziert, um im Rahmen der Psychotraumatologie die verschiedenen Schmerzformen weiter kategorisieren zu können.

Ad 3

Abschließend haben wir zu klären, welche Bedeutung wir der Pharmakotherapie bei der Behandlung ptbs-assoziiierter Schmerzen beimessen. Tabelle 7 verschafft einen Überblick über die Substanzgruppen, denen die Medikamente, die die Patienten während ihrer Behandlung im ZfP (und somit der Teilnahme an o.g. Evaluationsstudie) einnahmen, zugeordnet werden.

Substanzgruppe	erhalten	bei Bedarf
Trizyklische Antidepressiva	14.3 %	-
Selektive Serotonin Wiederaufnahmemermer	42.9 %	-
Neuroleptika	19.0 %	14.3 %
Tranquillantia / Anxiolytika	9.5 %	14.3 %
Hypnotika / Sedativa	38.1 %	23.8 %
Analgetika	28.6 %	28.6 %

Tab. 7: Pharmakologische Behandlung der Stichprobe. Probanden ausgenommen, die keine Pharmakotherapie bekamen (9 Personen)

Insgesamt wurden 70% der Patienten dieser Stichprobe pharmakologisch behandelt. Bei einem Teil handelt es sich hierbei um Neueinstellungen. Grundsätzlich erfolgt die psychopharmakologische Behandlung nach den Interventionsstrategien, die wir in Bering et al. (2009) in diesem Heft beschrieben haben. Bei der PTBS gilt die Anwendung eines SSRI als Medikament der Wahl. Komedikationen erschließen sich aus dem Verlaufstyp.

Für somatoforme bzw. dissoziative Empfindungsstörungen liegen keine gesicherten Behandlungstrategien vor, die standardisiert eingesetzt werden könnten. Grundsätzlich können wir folgende Aussagen treffen: In der somatischen Medizin hat sich bei der konservativen Schmerztherapie die Anwendung des WHO Stufenschemas bewährt (z.B. Tumorschmerz). Zunächst wird ein nicht steroidales Antophlogistikum mediziert; tritt keine Besserung ein, können Opiate und ihre Abkömmlinge hilfreich sein. Setzt auch nach dieser Medikation keine Besserung ein, dann werden Kombinationen von Opiaten und NSAR angewendet. Diese klassische Vorgehensweise gilt beim PTBS assoziierten Schmerzen nicht. Wir haben gezeigt, dass es insbesondere um die Verknüpfung von affektiven Schmerzen und Psychosymptomen geht, die grundsätzlich der Pharmakologie im Sinne der Empfehlungen des WHO Stufenschemas nicht zugänglich sind. Im Gegenteil: Wir müssen bedenken, dass die Anwendung von NSAR mit weitreichenden Nebenwirkungen einhergeht und die Anwendung von Opiaten ebenso Nebenwirkungen auslöst (Abhängigkeit, Opstipation usw.).

Abschließend möchten wir auf einige weitere Beispiele eingehen. Hierzu gehören der Spannungskopfschmerz, der HWS-Beschwerden und LWS-Beschwerden. NSAR können Spannungskopfschmerzen lindern; die Ursache liegt jedoch häufig an einem neuromuskulären Spannungszustand, der sich über den Nacken in die Stirn ausbreitet. Mit der Neuromuskulären Therapie sehen wir einen erfolgsversprechenden Ansatz, die Ursache des Spannungskopfschmerzes wirklich zu beheben.

Häufig klagen Patienten über Rückenschmerzen. Die klassische Lumbalgie-Behandlung sieht vor, NSAR mit Benzodiazepine zu kombinieren. Hierbei wird die relaxierende Wirkung auf die Muskulatur von Benzodiazepinen ausgenutzt. Während dieser Behandlungsansatz die Muskulatur stilllegt, sieht der Ansatz der neuromuskulären Therapie vor, durch zusätzliche Spannung Regulationsmechanismen anzustoßen, die helfen, dass der Muskeltonus rekompensiert.

Somit sehen wir in der klassischen Schmerztherapie nach dem WHO Schema, wie wir sie im Bereich von z.B. Tumorerkrankungen sehen, keinen Ansatz ptbs-assoziierte Symptome zu behandeln. Pharmakologische Behandlungsstrategien, die darauf ausgerichtet sind den Muskeltonus zu senken, laufen der Myoreflextherapie zu wider.

An diesem Beispiel sehen wir, dass Traumaschemata neuromuskulär verankert sind; sie entwickeln eine Schmerzdynamik, die als Kompensationsmechanismen zu verstehen sind. Analog zu den Erlebniszuständen auf psychogener Ebene lassen sich Erlebniszustände auf neuromuskulärer Ebene beschreiben. Sicherlich haben wir es Mardi Horowitz zu verdanken, dass wir so viel Sicherheit im Umgang mit den Erlebniszuständen gewonnen haben; unsere Intention ist, dieses Konzept auf die neuromuskuläre Regulation unseres Körperselbst zu übertragen.

Für zukünftige Studien ist die Beeinflussung des Behandlungsergebnisses durch die Psychopharmakotherapie zu berücksichtigen. Wir sehen in den Antidepressiva und membranstabilisierenden Pharmaka wie GABApentin oder Lyrika interessante Behandlungsansätze für die Zukunft, dass Zusammenspiel von Psychotherapie, neuromuskuläre Therapie und Psychopharmakotherapie auf einer konzeptionellen Meta- Ebene zu integrieren.

Literatur

- Andreski, P., Chilcoat, H. & Breslau, N. (1998). Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Research*, 79, 131-138.
- Asmundson, G. J. G., Coons, M. J., Taylor, S. & Katz, J. (2002). PTSD and the Experience of Pain: Research and Clinical Implications of Shared Vulnerability and Mutual Maintenance Models. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47 (10), 930-937.
- Bering, R. (2005). Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung. Grundlagenforschung, Prävention, Behandlung. Aachen: Shaker Verlag.
- Clement, U. & Löwe, B. (1996). Fragebogen zum Körperbild (FKB-20). Göttingen: Hogrefe.
- Derogatis, L. R. (1977). SCL-90 R (Revised version) Administration, scoring, and procedures manual. Psychometric research. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2003). Lehrbuch der Psychotraumatologie (3. Auflage). München: Reinhardt.
- Geissner, E. (1996). Die Schmerzempfindungs-Skala (SES). Göttingen: Hogrefe.
- Geissner, E. (2001). Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). Beck Depressions Inventar (2. Auflage). Bern: Hans Huber.
- Hopfner, C. (2002). Beitrag der Myoreflextherapie zu einer Traumakomplementärtherapie.
- Horowitz, M., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Kilk, D. (2005). Myoreflextherapie als Trauma Komplementär Therapie.
- McFarlane, A. C., Atchison, M., Rafalowicz, E. & Papay, P. (1994). Physical Symptoms In Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (7), 715-726.
- Mosetter, K. & Mosetter, R. (2001). Myoreflextherapie. Muskelfunktion und Schmerz. Konstanz: Vesalius.
- Mosetter, K. & Mosetter, R. (2005). Dialektische Neuromuskuläre Traumatherapie. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 3 (2), 31-45.
- Schüffel, W., Schade, B. & Schunk, T. (2004). A Brief Inventory to investigate Stress-Reactions: Posttraumatic Symptom Scale (PTSS-10). Online im internet: WWW: <http://psydok.sulb.uni-saarland.de/volltexte/2004/437/> (23-01-06).