



Maercker



Posttraumatische Belastungsstörungen

3. Auflage



Springer

Andreas Maercker

Posttraumatische Belastungsstörungen

3., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage

Mit 17 Abbildungen, 10 Tabellen und zahlreichen Fallbeispielen

Prof. Dr. phil. Dr. med. Andreas Maercker (Hrsg.)

Psychopathologie und Klinische Intervention

Universität Zürich

Binzmühlestrasse 14, Box 17

8050 Zürich, Schweiz

maercker@psychologie.uzh.ch

ISBN 978-3-540-88488-0

Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag

springer.de

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2009

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Renate Scheddin, Heidelberg

Projektmanagement: Renate Schulz, Heidelberg

Lektorat: Christine Bier, Nußloch

Design: deblik Berlin

Satz: Fotosatz-Service Köhler GmbH – Reinhold Schöberl, Würzburg

SPIN 12265800

Gedruckt auf säurefreiem Papier

2126 – 5 4 3 2 1 0

Vorwort zur 3. Auflage

Im Abstand von jeweils 6 Jahren erscheint hiermit nach 1997 und 2003 diese 3., völlig neu bearbeitete und stark erweiterte Auflage erstmals unter dem Titel »Posttraumatische Belastungsstörungen« und nicht länger unter dem einschränkenderen Titel »Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen«. Der Anspruch des Buches bleibt weiterhin, vor allem den klinisch tätigen Ärzten und Psychologen aktuelle Kenntnisse über diese Störungen zu vermitteln. Deshalb bilden in diesem Buch die verschiedenen therapeutischen Methoden weithin den größten Schwerpunkt. Zugleich sind die Grundlagendarstellungen erweitert worden, u. a. mit Kapiteln zu neurobiologischen und psychologischen Störungsmodellen, zur Resilienz sowie zur Begutachtung.

Das Thema »posttraumatische Belastungsstörungen« ist unverändert aktuell. Fast möchte man meinen, dass in der Tagespresse täglich traumatische Ereignisse im In- und im Ausland erwähnt werden. Diese Omnipräsenz hat die klinischen und grundlagenwissenschaftlichen Neuentdeckungen und -entwicklungen sicher begünstigt. Gleichzeitig besteht eine Gefahr, dass die zentralen Begriffe wie Trauma und posttraumatische Belastungsstörung manchmal auch inadäquat und inflationär eingesetzt werden. Direkt nach traumatischen Geschehen, wenn diese der Öffentlichkeit noch sehr präsent sind, ist z. B. die therapeutische Einflussnahme nur begrenzt möglich und auch nur begrenzt notwendig – wie das entsprechende Kapitel zur Notfallpsychologie detailliert darstellt.

Im Kontrast zu diesen öffentlich präsenten Traumata sind »versteckte« Traumatisierungen weiterhin im familiären Umfeld bzw. in Form sexualisierter Gewalt nur allzu häufig. Ihre pathogene Wirkung ist um nichts schwächer, als die der in der Öffentlichkeit sichtbaren Traumata. Diese Neuauflage widmet sich dem Themenkreis familiärer sowie sexualisierter Gewalt in 4 Kapiteln, angefangen von aktuellen Traumatisierungen bei Kindern, über andauernde Kindesmisshandlungen und Vernachlässigung bis hin zur Behandlung der erwachsenen Opfer von Kindheitstraumata.

Außer diesen genannten gibt es weitere neue Kapitel. Als Herausgeber danke ich allen Mitautorinnen und Mitautoren für ihre Bereitschaft, an der 3. Auflage mitzuwirken.

Eine Besonderheit dieses Buches sind weiterhin die zahlreichen Originalkapitel englischsprachiger Autorinnen und Autoren. Ich hoffe sehr, dass Sie als Leser diese Internationalität der Beiträge besonders interessant finden werden. Alle englischsprachigen Autoren haben ihre Kapitel seit der vorigen Auflage entweder völlig neu bearbeitet oder mit neuen Aspekten ergänzt. Für die wichtige Mithilfe beim Übersetzen dieser Kapitel danke ich Frau Dipl.-Psych. Laura Pielmaier und Frau Dipl.-Psych. Viola Schreiber. Im Übrigen bedanke ich mich beim Team des Springer-Verlags und bei der Lektorin Frau Christine Bier, die das nun erweiterte Buchprojekt in bewährter Zusammenarbeit begleiteten.

Wie in der 2. Auflage schon erwähnt, steht das Buch schon lange nicht mehr allein auf dem deutschsprachigen Markt zu posttraumatischen Belastungsstörungen. Der spezifische Ansatz dieses Buches, konkrete Grundlagenkenntnisse und ein breites Angebot von Therapiemethoden im Sinne eines – wie schon in der 1. Auflage beschrieben – »zusammengesetzten Therapiemanuals« vorzustellen, hat wohl weiterhin seine Berechtigung. Singulär zugeschnittene Themendarstellungen oder die ausschließliche Darstellung einzelner Therapiemethoden stoßen im alltäglichen Gebrauch bei Klinikern und Forschern erfahrungsgemäß an ihre Grenzen. In diesem Sinne ist das vorliegende Buch auch dieses Mal wieder dem Wohl der Traumaopfer und -überlebenden aller Arten von Traumatisierungen gewidmet.

Andreas Maercker (Hrsg.)

Posttraumatische Belastungsstörungen

3., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage

Inhaltsverzeichnis

I Grundlagen

- 1 **Einleitung: Geschichte der Psychotraumatologie** 3
G. H. Seidler
- 2 **Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie** 13
A. Maercker
- 3 **Psychologische Modelle** 33
A. Maercker
- 4 **Neurobiologie** 51
C. Schmahl
- 5 **Resilienz und posttraumatische Reifung** 65
I. Fookien
- 6 **Diagnostik und Differenzialdiagnostik** 87
M. Schützwohl, A. Haase
- 7 **Begutachtung** 111
U. Frommberger

II Therapie

- 8 **Systematik und Wirksamkeit der Therapiemethoden** 137
A. Maercker
- 9 **Besonderheiten bei der Behandlung und Selbstfürsorge für Traumatherapeuten** 147
A. Maercker

- 10 **Psychologische Frühinterventionen** . 163
J. Bengel, K. Becker
- 11 **Stabilisierung und Affektregulation** . 187
S. Barnow, J. Lotz
- 12 **Expositionsfokussierte Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung** 203
E. A. Hembree, B. O. Rothbaum, E. B. Foa
- 13 **Kognitionsfokussierte Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung** 217
R. Steil, A. Ehlers, D. M. Clark
- 14 **Persönlichkeitsstile und Belastungsfolgen** 237
M. J. Horowitz
- 15 **Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (PITT)** 259
L. Reddemann
- 16 **Psychopharmakotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen** 275
K. Leopold, S. Priebe, M. Bauer
- 17 **»Eye-Movement Desensitization and Reprocessing« (EMDR)** 285
O. Schubbe
- 18 **Narrative Exposition** 301
F. Neuner, M. Schauer, T. Elbert

III Spezielle Aspekte

- 19 **Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen** 321
R. Steil, R. Rosner

| | | | | | |
|----|--|-----|----|---|-----|
| 20 | Kindesmisshandlung und Vernachlässigung | 345 | 25 | Komplizierte Trauer | 441 |
| | <i>G. Deegener</i> | | | <i>R. Rosner, B. Wagner</i> | |
| 21 | Behandlung erwachsener Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs | 365 | 26 | Militär | 457 |
| | <i>K. Wenninger, A. Boos</i> | | | <i>K.-H. Biesold, K. Barre</i> | |
| 22 | Kognitive Verarbeitungstherapie für Opfer sexuellen Missbrauchs und andere Traumata | 383 | 27 | Folteropfer und Opfer politischer Gewalt | 477 |
| | <i>K. M. Iverson, P. A. Resick</i> | | | <i>N. F. Gurriss, M. Wenk-Ansohn</i> | |
| 23 | Posttraumatische Belastungsstörungen bei körperlichen Erkrankungen und medizinischen Eingriffen | 415 | 28 | Posttraumatische Belastungsreak- tionen bei Verkehrsunfallopfern | 501 |
| | <i>V. Köllner</i> | | | <i>J. Angenendt, E. Nyberg, U. Frommberger</i> | |
| 24 | Gerontopsychotraumatologie | 427 | | Sachverzeichnis | 517 |
| | <i>P. Kuwert, C. Knaevelsrud</i> | | | | |

Autorenverzeichnis

Angenendt, Jörg, Dr. phil.

Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie
 Psychotraumatologische Ambulanz
 Universitätsklinikum Freiburg
 Hauptstraße 5
 79104 Freiburg im Breisgau
 joerg.Angenendt@uniklinik-freiburg.de

Bauer, Michael, Prof. Dr. med. Dr. rer. nat.

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
 und Psychotherapie
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
 Technische Universität Dresden
 Fetscherstraße 74
 01307 Dresden
 Michael.Bauer@uniklinikum-dresden.de

Barnow, Sven, Prof. Dr.

Institut für Psychologie
 Klinische Psychologie und Psychotherapie
 Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
 Hauptstraße 47–51
 69117 Heidelberg
 sven.barnow@psychologie.uni-heidelberg.de

Barre, Klaus, Dr. phil.

Bundeswehrkrankenhaus Hamburg
 Lesserstraße 180
 22049 Hamburg
 kbarre@psychotraumanord.de

Becker, Katharina, Dipl.-Psych.

Abt. für Rehabilitationspsychologie
 und Psychotherapie
 Institut für Psychologie
 Universität Freiburg
 Engelbergerstraße 41
 79085 Freiburg
 katharina.becker@psychologie.uni-freiburg.de

Bengel, Jürgen, Prof. Dr. Dr.

Abt. für Rehabilitationspsychologie
 und Psychotherapie
 Institut für Psychologie
 Universität Freiburg
 Engelbergerstraße 41
 79085 Freiburg
 bengel@psychologie.uni-freiburg.de

Biesold, Karl-Heinz, Dr. med.

Bundeswehrkrankenhaus Hamburg
 Lesserstraße 180
 22049 Hamburg
 karlheinzbiesold@bundeswehr.org

Boos, Anne, Dr.

Klinische Psychologie und Psychotherapie
 Ambulanz und Tagesklinik
 Technische Universität Dresden
 Hohe Straße 35
 01187 Dresden
 aboos@psychologie.tu-dresden.de

Clark, David M., Prof. Dr.

Dept. of Psychiatry
 University of London
 De Crespigny Park
 London SE5 8AF, Großbritannien

Deegener, Günther, Prof. Dr.

Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Medizinische Fakultät
 Universität des Saarlandes
 Kirrbergerstraße
 66421 Homburg/Saar
 negdee@uniklinik-saarland.de

Ehlers, Anke, Prof. Dr.

Institute of Psychiatry
 Centre for Anxiety Disorder and Trauma
 99 Denmark Hill
 SE 58AZ London, Großbritannien
 a.ehlers@iop.kcl.ac.uk

Elbert, Thomas, Prof. Dr.

Klinische Psychologie und Neuropsychologie
Universität Konstanz
Fach D25
78457 Konstanz
Thomas.elbert@uni-konstanz.de

Foa, Edna, B., Ph. D.

Center for the Treatment and Study of Anxiety
University of Pennsylvania
3535 Market Street, 6th Floor
Philadelphia, PA 19104, USA
foa@mail.med.upenn.edu

Fooker, Insa, Prof. Dr.

Fachbereich 2, Psychologie
Universität Siegen
Adolf-Reichwein-Straße 2
57068 Siegen
fooken@psychologie.uni-siegen.de

Frommberger, Ulrich, Priv.-Doz. Dr. med. Dipl.-Biol.

MediClin Klinik an der Lindenhöhe
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik
Bertha-von-Suttner-Straße 1
77654 Offenburg
frommberger@ortenau.mediclin.de

Gurris, Norbert F., Prof. Dr. biol. hum.

Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin
Köpenicker Allee 39–54
10318 Berlin
gurris@khsb-berlin.de

Haase, Angelika, Dipl.-Psych.

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Technische Universität Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Angelika.Haase@uniklinikum-dresden.de

Hembree, Elizabeth A., Dr.

Center for the Treatment and Study of Anxiety
Department of Psychiatry
University of Pennsylvania School of Medicine,
3535 Market Street,
Philadelphia, PA 19104, USA
hembree@mail.med.upenn.edu

Horowitz, Mardi J., M. D.

Center for Advanced Study in the Behavioural
Sciences 202
Junipero Serra Boulevard
Stanford, CA 94305, USA
mardih@ppi.ucsf.edu

Iverson, Katherine, M, Ph. D.

National Center for PTSD
Women's Health Sciences Division
VA Boston Healthcare System
150 South Huntington Avenue
Boston, MA 02130, USA
Katherine.Iverson@va.gov

Köllner, Volker, Prof. Dr. med.

Fachklinik für Psychosomatische Medizin
an den MediClin Blietal Kliniken
Am Spitzenberg
66440 Blieskastel
koellner@blietal.mediclin.de

Knaevelsrud, Christine, Dr.

Klinische Psychologie und Psychotherapie
Freie Universität Berlin
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin
christine.knaevelsrud@fu-berlin.de

Kuwert, Philipp, Dr. med.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
HANSE-Klinikum Stralsund
Rostocker Chaussee 70
18437 Stralsund
kuwert@uni-greifswald.de

Leopold, Karolina, Dr. med.

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
 Technische Universität Dresden
 Fetscherstraße 74
 01307 Dresden
 Karolina.Leopold@uniklinikum-dresden.de

Lotz, Julia, Dipl.-Psych.

Klinische Psychologie und Psychotherapie
 Institut für Psychologie
 Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
 Hauptstraße 47–51
 69117 Heidelberg
 Julia.lotz@psychologie.uni-heidelberg.de

Maercker, Andreas, Prof. Dr. phil. Dr. med.

Psychopathologie und Klinische Intervention
 Universität Zürich
 Binzmühlestrasse 14, Box 17
 8050 Zürich, Schweiz
 maercker@psychologie.uzh.ch

Neuner, Frank, Prof. Dr.

Klinische Psychologie und Psychotherapie
 Universität Bielefeld
 Postfach 100131
 33501 Bielefeld
 frank.neuner@uni-bielefeld.de

Nyberg, Elisabeth, Dr. phil.

Kantonsspital
 Psychiatrische Universitätspoliklinik
 Claragraben 95
 4057 Basel, Schweiz
 enyberg@uhbs.ch

Priebe, Stefan, Prof. Dr.

Unit for Social and Community Psychiatry
 Newham Centre for Mental Health
 London E13 8SP, Großbritannien
 s.priebe@qmul.ac.uk

Reddemann, Luise, Prof. Dr. med.

Abt. für Angewandte Psychologie
 und Methodenforschung
 Alpen-Adria-Universität Klagenfurt
 Universitätsstraße 65–67
 9020 Klagenfurt am Wörthersee, Österreich
 L.reddemann@t-online.de

Resick, Patricia A., Ph. D.

University of Missouri-St. Louis
 Department of Psychology
 8001 Natural Bridge Road,
 St. Louis, MO 63121-4499, USA
 Patricia.Resick@va.gov

Rosner, Rita, Prof. Dr.

Department Psychologie
 Ludwig-Maximilians-Universität
 Leopoldstraße 13
 80802 München
 Rosner@mip.paed.uni-muenchen.de

Rothbaum, Barbara, O. Ph. D.

Emory University School of Medicine
 Briarcliff Campus A344
 Atlanta, Georgia 30322, USA
 brothba@emory.edu

Schauer, Magarete, Dr.

Klinische Psychologie und Neuropsychologie
 Universität Konstanz
 Fach D25
 78457 Konstanz
 Magarete.Schauer@uni-konstanz.de

Schmahl, Christian, Prof. Dr.

Klinik für Psychosomatik
 und Psychotherapeutische Medizin
 Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
 J 5
 68159 Mannheim
 Christian.Schmahl@zi-mannheim.de

Schubbe, Oliver, Dipl.-Psych.

Institut für Traumatherapie
 Carmerstraße 10
 10623 Berlin
 schubbe@traumatherapie.de

Schützwahl, Matthias Dr. sc. hum. Dipl.-Psych.

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
matthias.schuetzwahl@mailbox.tu-dresden.de

Seidler, Günter H., Prof. Dr. med.

Klinik für Psychosomatische
und Allgemeine Klinische Medizin
Universitätsklinik Heidelberg
Thibautstraße 2
69115 Heidelberg
Guentel_Seidler@med.uni-heidelberg.de

Steil, Regina, Dr. Dipl.-Psych.

Abt. Klinische Psychologie und Psychotherapie
Institut für Psychologie
Goethe-Universität Frankfurt am Main
Postfach 11 19 32
60054 Frankfurt
steil@psych.uni-frankfurt.de

Wagner, Birgit, Dr. phil.

Psychopathologie und Klinische Intervention
Universität Zürich
Binzmühlestrasse 14/17
8050 Zürich, Schweiz
b.wagner@psychologie.uzh.ch

Wenk-Ansohn, Mechthild, Dr. med.

bzfo-Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin e. V.
Turmstraße 21
10559 Berlin
m.wenk-ansohn@bzfo.de

Wenninger, Kerstin, Dr.

Institut für Forschungsmanagement und Klinische
Studien (IFKS)
Paula-Modersohn-Platz 3
79100 Freiburg
kerstin.wenninger@uniklinik-freiburg.de

1 Einleitung: Geschichte der Psychotraumatologie

G. H. Seidler

- 1.1 Vom »railway-spine« des 19. Jahrhunderts zur Verunglimpfung traumatisierter Soldaten des 1. Weltkrieges – 4
 - 1.2 Zur fehlenden Diskussion um die deutschen Kriegstraumatisierten des 2. Weltkriegs – 8
 - 1.3 Die Diskussion der Traumatisierung der Holocaustüberlebenden in Deutschland nach dem 2. Weltkrieg – 9
 - 1.4 Die internationale Entwicklung: vom Koreakrieg über den Vietnamkrieg zur PTBS – 9
- Literatur – 10

Der Kampf um Ressourcen, der Kampf ums Überleben, Naturkatastrophen, große Hungersnöte und gewaltige Epidemien dürften zu allen Zeiten und in allen Kulturen zu dem geführt haben, was heute »Traumafolgestörungen« genannt wird. Eindrucksvoll ist der Versuch von Shay (1998), das Schicksal amerikanischer Vietnam-Veteranen vor dem Hintergrund des klassischen Stoffes der Ilias zu lesen, und umgekehrt die Situation und das Erleben von deren Protagonisten Achill in Konzepten heutiger psychotraumatologischer Krankheitslehre zu beschreiben. Knapp 3000 Jahre Kulturgeschichte dergestalt zusammenzufassen, kann nur gelingen, wenn man davon ausgeht, dass basale Reaktionen von Menschen auf extreme Ereignisse weitgehend kulturinvariant ablaufen. Davon handeln weitere Kapitel dieses Buches (► Kap. 3 u. 4).

Die Geschichtsschreibung der Psychotraumatologie reicht nicht viel weiter zurück als bis in die zweite Hälfte des vorletzten Jahrhunderts (Fischer-Homberger, 1975; Micale & Lerner, 2001). Die Zeit davor harrt noch ihrer medizinhistorischen Erschließung unter psychotraumatologischer Perspektive. Seidler u. Eckart (2005) versuchen dabei darüber hinaus, Grundlagen einer historischen Traumaforschung zu legen, indem sie fragen, welche Auswirkungen Gewalterfahrungen auf verschiedene Systeme und Orientierungen in einer Gesellschaft haben. Einen ähnlichen Ansatz verfolgen Micale u. Lerner (2001). Diese Fragestellung ist aber zu unterscheiden von dem Versuch, die Geschichte einer bestimmten Disziplin – hier die der Psychotraumatologie – zu schreiben. Die historische Traumaforschung ist vielmehr ein neuer Ansatz innerhalb der Psychotraumatologie, der überpersönliche Auswirkungen von individuellen Gewalterfahrungen vieler Menschen auf kulturelle Phänomene untersucht.

Definition

Donovan (1991) definiert die Psychotraumatologie wie folgt: »... traumatology is the study of natural and man-made trauma (from the »natural trauma of the accidental and the geophysical to the horrors of human inadvertent or volitional cruelty), the social and psychobiological effects thereof, and the predictive-preventive-interventionist pragmatics which evolve from that study« (S. 434, kursiv bei Donovan).

Das Wort »Psychotraumatologie« wurde 1991 in Zusammenhang mit der Gründung des Deutschen Instituts für Psychotraumatologie (DIPT) durch eine Gruppe in diesem Bereich tätiger Fachleute aus Psychologie, Medizin, Rechtswissenschaft, Psychoanalyse und Psychotherapie um Fischer erstmals in Deutschland verwendet (Fischer & Riedesser, 1998). Parallel hierzu führte Everly den Begriff »psychotraumatology« in Amerika Anfang der 1990er Jahre ein, um eine Abgrenzung zu dem medizinischen Begriff »traumatology« zu schaffen und deutlich zu machen, dass sich diese Disziplin vornehmlich der Erforschung seelischer Verwundungen widmet (Everly & Lating, 1995).

Es gibt eine Reihe von Übersichtsarbeiten zum Thema (Fischer-Homberger, 1970, 1972, 1975, 1999; Harrington, 2003; Jones et al., 2003; Micale & Lerner, 2001; Sachsse, Venzlaff & Dulz, 1997; Seidler & Eckart, 2005; Sellschopp, 1999; Venzlaff, Dulz & Sachsse, 2004). Für die vorliegende Darstellung wurde, wo irgend möglich, auf die im folgenden Text genannten Originalarbeiten der Primärautoren zurückgegriffen.

Im Folgenden wird einer chronologischen Gliederungslogik gefolgt.

1.1 Vom »railway-spine« des 19. Jahrhunderts zur Verunglimpfung traumatisierter Soldaten des 1. Weltkrieges

Das 19. Jahrhundert ist durch eine rasante Industrialisierung gekennzeichnet. Aber auch die Urbanisierung mit der djungelhaften Unheimlichkeit der neuen Megametropolen London und Paris sowie der neuartige, scheinbar alles umfassende Nachrichtenverkehr sind Merkmale dieser Zeit (Eckart, 1997). Kulturgeschichtlich wird es der – parallel zum Ablauf des Jahrhunderts schwindenden – Romantik zugerechnet, eine Zeit, in der im Erleben ihrer führenden Vertreter ein Bruch in einer vormals als intakt wahrgenommenen Welt spürbar wurde. Entsprechend ist eines ihrer Hauptthemen das des Doppelgängers (Böschstein, 1987; Hoffmann, 1815/1816; Stevenson, 1886) und gegen das Ende jenes Jahrhunderts entstanden in dem Bereich des Wissens, den man heute die »psychologische Medizin« nennt, die

auch heute noch relevanten großen Krankheitslehren. So es gab etwa Janet (1889) mit seiner Dissoziationslehre, Freud mit seinen Arbeiten zur Hysterie, z. B. Freud (1896), Kraepelin (1883) mit seinem ersten Entwurf eines Systems zur Klassifizierung seelischer Störungen und Oppenheim (1889) mit seinem Buch »Die traumatischen Neurosen«, wobei er damit auch diesen Begriff breit einführte (erstmalig 1888). Die Welt war für viele Menschen unheimlich und fremd geworden. Ein Kristallisationspunkt für derartige Erlebensweisen war die neu aufgekommene Eisenbahn. Eine Reihe großer Unfälle zeigte die Unberechenbarkeit des Lebens.

Zur Kennzeichnung der Krankheitssymptomatik von Menschen, die bei einem Eisenbahnunfall zu Schaden gekommen waren, tauchte Mitte des 19. Jahrhunderts der Begriff des »railway-spine« auf. Erstmals schriftlich scheint das Wort bei Erichsen (1866) vorzukommen, aber der Gebrauch lässt vermuten, dass der Begriff bereits benutzt wurde. Erichsen selbst war von ihm nicht sehr angetan, weil er vermuten ließ, es handelte sich um eine ganz eigene Klasse von Krankheit, aber hielt dessen Verwendung dennoch für gerechtfertigt, da die Merkmale dieser Erkrankung trotzdem spezifisch genug seien, um eine eigene Bezeichnung zu rechtfertigen. Er hält dabei diese Erkrankung in erster Linie für den Ausdruck einer chronischen Myelitis (darum »spine«), spricht aber auch in sehr vorsichtigen Annäherungen der direkten psychischen Einwirkung ihre ursächliche Beteiligung an den körperlichen Symptomen nicht ganz ab. Diese Linie wird besonders sichtbar in seinem zweiten Buch zum Thema (Erichsen, 1875), das eine Erweiterung und Überarbeitung des ersten darstellt. Obwohl er auch hier in erster Linie »molecular changes« im Rückenmark als Ursache vermutet und in zweiter Linie Entzündungsvorgänge (S. 15), kann er sich auch eine Situation von »mental or moral unconsciousness« vorstellen, hervorgerufen durch das Entsetzen des Unfalles, die zu einem Zusammenbruch der Kontrollfunktionen des Gehirnes führe (S. 195).

Nachfolgende Autoren haben dann immer stärker eine auch direkte Psychogenese der Symptomatik vertreten. Das gilt insbesondere für Page (1883), der als Kritiker der organ-genetisch orientierten Ansichten von Erichsen auftrat. Er betonte die Wirkung von Angst und Schreck und führte in seinem zwei-

ten Buch (1891) den Begriff des »general nervous shock« (S. 62) ein, der als »Schreckneurose« von Kraepelin weiter tradiert wurde: »The thing essential for suggestion to have any influence is the special psychic state, induced immediately by nervous shock« (Page, 1891, S. 69). Allerdings wurde seine Position dann vermehrt von den Eisenbahngesellschaften dazu herangezogen, Schadenersatzansprüche Geschädigter abzuwehren mit dem Argument, es lägen keine auf einen bestimmten Unfall zurückzuführenden Schädigungen vor – im Übrigen eindeutig gegen seine Intention. Von der Systematik her rückt Page die (heute so genannten) posttraumatischen Störungen in die Nähe dessen, was (sc.: damals) als »Hysterie« bezeichnet wurde, insbesondere wegen des gemeinsamen Merkmals des Kontrollverlustes (1891, S. 52f.).

Unter der Lupe

Hier liegt ein Hinweis auf die Zeitgebundenheit der Konzeptualisierung psychischer Störungen vor: Galt die Angst der Menschen des 19. Jahrhunderts zunächst der Technik und speziell der Eisenbahn, wurde die Angstquelle später konzeptuell nach Innen verlegt und im »Es« der Ursprung von Bedrohungen gesehen. In der heutigen postpsychoanalytischen Zeit lernt man wieder mehr, reale Bedrohungen, die aus der Außenwelt stammen, als solche wahrzunehmen. Die Diskursentwicklung könnte so weitergehen, dass die Gegenüberstellung von Innen und Außen als Scheinalternative erkannt wird (Fischer, 1998; Fischer-Homberger, 2005; Seidler & Eckart, 2005), die nur unter bestimmten engen Bedingungen sinnvoll vertreten werden kann. Darüber hinaus wird die Angemessenheit der Ortsmetaphorik zur Kennzeichnung seelischer Prozesse problematisch.

Kritisch-reflektierend macht Harrington (2001) darauf aufmerksam, dass die Erstbeschreiber der Railway-Krankheiten Chirurgen waren. Hilfreich ist auch, dass er Zahlen über die Häufigkeit von Eisenbahnunfällen in der damaligen Zeit nennt. Danach dürften es weniger die absoluten Zahlen der Todesfälle gewesen sein, als vielmehr das mit ihnen verbundene öffentliche Interesse, das wiederum mehr der

technischen Neuerung der Eisenbahn an sich galt, als den Unfalltoten selbst. Dies führte dazu, dass hier die Fachwelt und die Öffentlichkeit von einem neuen Krankheitsbild sprachen und vor diesen technischen Neuerungen warnte! Schon hier, in der Zeit der Genese erster Konzepte traumatogener Krankheitsbilder, fängt die Funktionalisierung psychisch traumatisierter Menschen an: Sie werden offenbar von Anfang an ge- bzw. benutzt, um dieses oder jenes im Dienste ganz anderer Interessen zu beweisen oder zu widerlegen. Diese Art von Funktionalisierung hat bis heute nicht aufgehört. Schlimm daran ist, dass sie auf diese Weise nicht nur durch das Ereignis selbst, sondern auch noch durch sekundäre Funktionalisierung ihrer eigenen Subjektivität beraubt werden.

Harringtons Bericht lässt auch erkennen, dass ein Grund für die den Eisenbahnunfällen damals zukommende Aufmerksamkeit darin zu suchen ist, dass es offenkundig wurde, dass es lediglich von äußeren Zufälligkeiten abhing, ob jemand verletzt wurde bzw. zu Tode kam oder unversehrt den Ort des Geschehens verließ.

In Deutschland wurde der Neurologe Oppenheim (1858–1919) für die Konzeptualisierung in der frühen Psychotraumatologie bedeutsam. Er löst sich aus der einengenden Fokussierung auf Überlebende von Eisenbahnunfällen und bezieht Betroffene von Arbeitsunfällen mit ein – auch auf dem Hintergrund, dass 1884 in Deutschland eine gesetzliche Unfallversicherung wirksam geworden war und Nervenärzte jetzt Unfallfolgen zu begutachten hatten. Im Vorwort seines Buches »Die traumatischen Neurosen« (Oppenheim, 1889) kennzeichnet er seine Absicht, »eine zusammenfassende Darstellung jener durch Verletzungen hervorgerufenen Erkrankungen des Nervensystems zu liefern, die nicht durch eine direkte Beschädigung der nervösen Centralorgane oder des peripherischen Nervenapparates, sondern auf dem Wege der Erschütterung im allgemeinsten Sinne des Wortes entstanden sind« (S. V). In seinem Theorieteil führt er dann aus:

Die Hauptrolle spielt das psychische: *der Schreck, die Gemüthserschütterung*. Die im Momente des Unfalls eintretende schreckhafte Aufregung ist meistens so bedeutsam, dass sie eine dauernde psychische Alteration bedingt (Oppenheim, 1889, S. 123f., Hervorhebung von Oppenheim).

Insgesamt führen ihn seine Beobachtungen zu der Auffassung, dass posttraumatische Symptome eine eigene Krankheitskategorie darstellten, für die er die Bezeichnung »traumatische Neurose« vorschlägt.

Rentenneurosenstreit. Da die Reichsversicherungskammer auch die traumatischen Neurosen als erstattungspflichtig ansah (Fischer-Homberger, 1987) und offenbar eine Leistungspflicht häufig auf der Grundlage des Ansatzes von Oppenheim begründet wurde, wurde dieser Autor selbst für diese zahlenmäßig zwar geringen, trotzdem aber von vielen als ungerechtfertigt angesehen Rentenansprüchen verantwortlich gemacht. Wortführer war der Psychiater Hoche (1935) mit dem Argument, die Entschädigungsmöglichkeit habe ein pathologisches Rentenbegehren induziert – ein Argument, das auch heute noch gelegentlich in klinischen Konferenzen auftaucht, sicherlich häufiger als angemessen. Es begann eine sehr scharf geführte Diffamierungskampagne gegen Oppenheim (Lerner, 1997; Lerner & Micale, 2001), die medizinhistorisch noch nicht erschöpfend aufgearbeitet sein dürfte. Es entsteht der Eindruck, dass an ihm auch ein gelegentlich heute noch zu beobachtende Widerstand gegen die Psychotraumatologie abgearbeitet wurde, der sich im Wesentlichen auf deren Erkenntnis bezieht, dass im Extrem ein einziges Ereignis ausreichen kann, einen Menschen psychisch zu zerstören. Darüber hinaus sind Gewaltfolgen in der Regel teuer, so dass es zur Abweisung von Kosten dient, entweder deren Vorhandensein infrage zu stellen oder den Geschädigten selbst haftbar zu machen.

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts entwickelte sich die Psychoanalyse. Ihr Interesse galt von Anfang an weniger den Auswirkungen und Belastungen durch eine immer technisierter werdende Welt mit ihren Problemen und Unfällen, sondern zwischenmenschlichen Beziehungserfahrungen mit ihren Auswirkungen und Konsequenzen, historisch damals sehr bald eingengt auf deren motivationale, intrapsychische, unbewusste Seite im Einzelnen. Im häufig zitierten Text »Zur Ätiologie der Hysterie« stellte Freud (1896) »... die Behauptung auf, zugrunde jedes Falles von Hysterie befinden sich ... *ein oder mehrere Erlebnisse von vorzeitiger sexueller Erfahrung*, die der frühesten Jugend angehören.« (S. 439, Hervorhebung von Freud). Freud legt in diesem Text

eine große Reihe von Belegen für die Echtheit der Infantilszenen (S. 442) vor. Er geht sogar davon aus, dass diese Bedingung der Hysterie viel häufiger erfüllt sei, als es das Vorliegen des Krankheitsbildes vermuten ließe (S. 448). In einem Zusatz schreibt Freud 1896c dazu: »All dies ist richtig, aber es ist zu bedenken, daß ich mich damals von der Überschätzung der Realität und der Geringschätzung der Phantasie noch nicht frei gemacht hatte.« (1896c, S. 440). Die Diskussion darüber, ob Freud die sog. Verführungshypothese – wer ist eigentlich auf die Idee gekommen, einen sexuellen Übergriff auf ein Kind als »Verführung« zu konzeptualisieren? – vollständig oder nur teilweise oder aber gar nicht verworfen habe, ist nicht abgeschlossen (Grubrich-Simitis, 1998; Israels & Schatzman, 1993; Masson, 1984; May-Tolzman, 1996). Der jeweils dazu eingenommene Standpunkt scheint von sehr vielen Variablen abhängig zu sein.

Erster Weltkrieg. Nach vorsichtigen Schätzungen (Ruggenberg, 2007) haben allein auf deutscher Seite mindestens 600.000 Menschen durch ihren Einsatz als Soldaten im Ersten Weltkrieg das erlitten, was man heute als Traumafolgestörung bezeichnet und was in der damaligen wissenschaftlichen Nomenklatur als Kriegsneurose, traumatische Neurose, Zweck- oder Schreckneurose, Shell-Schock oder, im Englischen, als »shell shock«, »war strain«, »gas neurosis«, »buried alive neurosis«, »soldier's heart«, »war neurasthenia«, »anxiety neurosis« (Lerner & Micale, 2001, S. 17) oder ähnlich bezeichnet wurde. Umgangssprachlich wurden die Betroffenen im deutschen Sprachraum meist als Kriegszitterer oder Schüttler bezeichnet. Diese Zahl umfasst aber nur die, die mit derartigen Diagnosen registriert worden waren, also einen kleinen Bruchteil. Britische Schätzungen besagen, dass 7–10% ihrer Offiziere und 3–4% anderer Ränge von derartigen Störungen betroffen waren. Allerdings war den britischen Armeearzten im Laufe des Krieges zunächst verboten worden, die Diagnose »shell shock« bei Zugehörigen unterer Ränge zu stellen. Ab Juni 1917 durfte die Diagnose überhaupt nicht mehr vergeben werden, anstelle dessen trat die Bemerkung: »NYD(N)«, kurz für »Not Yet Diagnosed (?Nervousness)« (Ruggenberg, 2007).

So gab es also einerseits ein Wissen um die psychischen Auswirkungen von Gewalt. Entsprechend

der bereits mehrmals betonten Zeitgebundenheit ihrer Konzeptualisierung galt allerdings andererseits die sozialdarwinistische Auffassung, nach der die Starken im Kampfe gefallen seien und nur die – natürlich vorher schon – Schwachen überlebt hätten. So schrieb Nonne (1861–1959):

Die besten werden geopfert, die körperlich und geistig Minderwertigen, Nutzlosen und Schädlinge werden sorgfältig konserviert, anstatt dass bei dieser günstigen Gelegenheit eine gründliche Katharsis stattgefunden hätte, die zudem durch den Glorionschein des Heldentodes die an der Volkskraft zehrenden Parasiten verklärt hätte (Nonne, 1922, S. 112).

Die Wirkung von Gewalt wurde einer schon vorher bestehenden Schwäche attribuiert. Bonhoeffer (1868–1948) meinte dazu, dass sich »fast ausnahmslos« habe feststellen lassen, dass es sich bei Soldaten mit solchen Erscheinungsbildern »um Individuen handelte, die schon früher konstitutionell psychopathische Erscheinungen dargeboten hatten« (Bonhoeffer, 1914, S. 1777). Alternativ oder ergänzend wurde Simulation geltend gemacht:

Es ist kein Zufall, dass mit zunehmender Kriegerschöpfung die Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Simulation immer fließender wurde, und daß sich die Beobachter mehrten, die allmählich keine Hysterie, sondern nunmehr bewußte Flucht in das Krankhafte gelten lassen wollten. Es kam gewissermaßen zu einer willkürlichen Benützung hysterischer Ausdrucksformen durch Gesunde (Bonhoeffer, 1922, S. 30).

Entsprechend einem Verständnis von Traumafolgestörungen als Ausdruck von Simulation und Willensschwäche waren die Therapiemaßnahmen. Es gab elektrische Stromstöße als Übertummelungsmaßnahmen, stundenlange Anwendung schmerzhaftester elektrischer Sinusströme – die »Kaufmann-Kur« –, die Nötigung, Erbrochenes wieder herunterzuschlucken, Röntgenbestrahlungen in Dunkelkammern, wochenlange Isolationsfoltern, die Provokation von Erstickungstodesangst durch Kehlkopfsonden oder Kugeln, herzlos inszenierte Scheinoperationen in Äthernarkose und vieles andere mehr. Eine kurze Beschreibung dieser Methoden gibt Eckart (2005), ausführlichere Darstellungen

sind bei Riedesser u. Verderber (1996) zu finden. Die »Logik« dieser Maßnahmen war: Die Behandlung sollte entsetzlicher sein als der Fronteinsatz und die Betroffenen sollten deshalb in den Krieg zurückkehren wollen. Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass sich gerade der oben bereits erwähnte Psychiater Nonne (1917) vehement gegen derartige Behandlungsformen ausgesprochen hat, zugunsten der von ihm propagierten Hypnosebehandlung.

Entgegen diesem Mainstream hat der amerikanische Psychiater Kardiner (1891–1981, Lehranalysand von Freud) 1941 seine Erfahrungen aus den Nachkriegsbehandlungen von Soldaten des Ersten Weltkrieges veröffentlicht. Er kennzeichnete das, was dann später als PTBS bezeichnet wurde, als »physioneurosis« (Kardiner, 1941, S. 195), und griff damit auf das vor, was 50 Jahre später auf der Grundlage komplizierter apparativer Untersuchungen an neurobiologischen und hormonellen Forschungsbefunden bekannt werden und seine Einschätzungen stützen sollte.

Das Verständnis von Traumafolgestörungen lässt sich vor dem Hintergrund des bisher Dargestellten und in Erweiterung der Position von Sachsse, Venzlaff u. Dulz (1997) drei Kontroversen zuordnen:

! Es geht um die Fragen, ob

- eine körperliche Krankheit oder eine psychische vorliegt;
- die Manifestation einer Traumafolgestörung eine bestimmte Konstitution als Voraussetzung benötigt und
- es sich um vorgetäuschte oder um wirkliche Krankheiten handelt.

Auch heute noch sind in der Diskussion aktuelle Ausgestaltungen dieser Fragen zu erkennen.

Die Richtung, der sich die Antwort jeweils zuneigt, ist ganz stark Ausdruck auch der Zeitgebundenheit der Konzeptualisierung psychischer Krankheit, was auch für heute gilt, nur ohne fehlenden historischen Abstand nicht zu erkennen ist. So beschreibt Roudeshush (2000) für die Zeit des Ersten Weltkrieges einen Zug von »neurological patriotism«, der etwa in der französischen Psychiatrie der damaligen Zeit wirksam gewesen sei und der ausgerichtet sei darauf, als bedroht erlebte Werte von Männlichkeit und Stärke zu retten, etwa durch die Kennzeichnung wirklicher

Folgen von Gewalt als lediglich Ausdruck von Simulation und Feigheit.

1.2 Zur fehlenden Diskussion um die deutschen Kriegstraumatisierten des 2. Weltkriegs

Mit dem heute gegebenen historischen Abstand zur deutschen Nachkriegszeit des 2. Weltkriegs verwundert das Fehlen von Untersuchungen zu Traumafolgestörungen in der deutschen Bevölkerung. Dies hätte in jener Zeit ja auch ohne die heute aktuelle Begrifflichkeit geleistet werden können. Lediglich Mitscherlich (1963, 1967) fand große Beachtung mit seinen sozialpsychologischen Studien zur damaligen Situation. Zwar wurden 1967 in Deutschland die Psychotherapierichtlinien in Kraft gesetzt (Faber, Dahm & Kallinke, 1999, S. 1; Rüger, Dahm & Kallinke, 2005, S. 1), die die Leistungspflicht der Krankenkasse für die psychotherapeutische Behandlung seelischer Krankheiten verbindlich definierten. Allerdings galt von Anbeginn an die Forderung, dass für eine anzuerkennende Leistungspflicht psychoanalytische bzw. später verhaltensanalytische Gesekriterien der zur Diskussion stehenden Krankheitsbilder erfüllt sein mussten. »Äußere Belastungsfaktoren, seien sie auch in der allgemeinen Erfahrung von großem Gewicht, machen den Patienten nicht ohne weiteres seelisch krank« (Faber, Dahm & Kallinke, 1999, S. 15). Damit wurde die Aufmerksamkeit – für den Bereich der psychodynamischen Therapieverfahren – auf die Suche nach einem unbewussten seelischen Konflikt gelenkt, was skurril ist, wenn es um die Anerkennung der Leistungspflicht für die Behandlung von Opfern aus den Bombennächten oder um Überlebende von Vergewaltigungen geht.

Ähnliches ließ sich Jahrzehnte später beobachten, wenn Überlebenden der Tsunami-Katastrophe vom Dezember 2004, die etwa den Tod von Angehörigen beobachtet hatten und selbst in Lebensgefahr gewesen waren, eine Richtlinien-Psychotherapie verwehrt wurde, weil kein unbewusster Konflikt bei ihnen nachweisbar sei. Hier werden aktuelle Ausgestaltungen der alten Auffassung deutlich, nach der nach Extrembelastungen nur erkrankte, wer eine entsprechende Vorschädigung (Vulnerabilität) mit-

bringe. Im verhaltenstherapeutischen Zweig der Richtlinien-Psychotherapie wurde hier im Übrigen, auf der Grundlage einer weniger einseitig-traditionell orientierten Krankheitslehre, fast durchgängig anders entschieden.

Erst in jüngster Zeit gibt es Arbeiten zu Kriegstraumatisierungen in Deutschland (Bode, 2004; Kuwert & Freyberger, 2007a; Kuwert & Freyberger, 2007b; Kuwert, Spitzer, Rosenthal & Freyberger, 2008; Kuwert, Spitzer, Träder, Freyberger & Ermann, 2007a; Kuwert, Spitzer, Träder, Freyberger & Ermann, 2007b; Maercker, Herrle & Grimm, 1999). Studien zur Funktion der angesprochenen Richtlinien-Psychotherapie, etwa unter der Frage, ob es sich hier auch (!) – mit der Forderung nach dem Nachweis eines unbewussten Konfliktes – um ein kollektives Abwehrgeschehen gegen das Gewahrwerden von (Kriegs-)Traumatisierungen handeln könne, scheinen aber zu fehlen.

1.3 Die Diskussion der Traumatisierung der Holocaustüberlebenden in Deutschland nach dem 2. Weltkrieg

Nach 1945 gab es nicht nur die Kriegstraumatisierten, sondern auch die Holocaustüberlebenden. Auf der Linie des bislang Dargestellten wurden deren psychische Auffälligkeiten, auch nach mehreren Jahren im Konzentrationslager (KZ), zunächst als Ausdruck einer schon vor der Folter bestandenen Störung betrachtet. Hinzu kamen Hinweise auf eine unbegrenzte Belastbarkeit des Menschen sowie Vorwürfe der Simulation.

Auf der Grundlage der Arbeiten von Bonhoeffer (insbesondere Bonhoeffer, 1926) galt in Deutschland seit einer Grundsatzentscheidung des Reichsversicherungsamtes, dass eine traumatische Neurose keine Rentenansprüche begründe, und zwar deshalb nicht, weil der menschliche Organismus nach psychischen Belastungen unbegrenzt ausgleichsfähig sei. Freyberger u. Freyberger (2007b) machen allerdings darauf aufmerksam, dass Bonhoeffer unter dem Eindruck der Geschehnisse in den Konzentrationslagern diese seine Meinung später revidiert habe (S. 381). Bis etwa 1991 wurde diese Auffassung in Begutachtungen von Holocaustüberlebenden

zugrunde gelegt (Freyberger & Freyberger, 2007a). Eissler, ein sehr konservativer, 1938 in die USA emigrierter Psychoanalytiker aus Wien, fragte vor diesem Hintergrund im Jahre 1963 in einem Aufsatztitel: »Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muß ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben?« (Eissler, 1963).

Allerdings gab es auch in Deutschland Autoren, die die herrschende Lehre infrage stellten. Venzlaff hatte 1958 sein Konzept des erlebnisbedingten Persönlichkeitswandels vorgestellt und sich für eine Bejahung der Entschädigungspflicht ausgesprochen (Venzlaff, 1958; Wagner & Seidler, 2008). Häfner hatte mit von Baeyer u. Kisker 1964 ein Buch veröffentlicht, in dem er Begriffe eingeführt hatte wie etwa den der »chronischen traumatischen Depression«. Zudem haben die Autoren aufgezeigt, dass extreme Gewalterfahrungen auch noch viele Jahre nach der Exposition zu schweren Krankheitsbildern führen können (v. Baeyer, Häfner & Kisker, 1964; Seidler & Wagner, 2007).

1.4 Die internationale Entwicklung: vom Koreakrieg über den Vietnamkrieg zur PTBS

In der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts nahm die Entwicklung einen anderen Verlauf als 100 Jahre zuvor; sie führte zu einer breiten Akzeptanz der Erkenntnis, dass extreme Gewalterfahrungen auch ohne Vorschädigungen zu behandlungsbedürftigen Störungen führen können. Mögliche Hypothesen zu den Bedingungsfaktoren, die dieser Entwicklung zugrunde liegen könnten, diskutieren Seidler, Wagner u. Feldmann (2008).

Venzlaff, Dulz u. Sachsse (2004) verstehen »mehrere Workshops, Konferenzen und Symposien zu dem Folgen des Holocaust« (S. 17/18), die Anfang der 1960er Jahren in den USA stattfanden, offenbar als Organisatoren dieser zur aktuellen Psychotraumatologie führenden Erkenntnis. So seien dort auch Befunde über die Folgen von Gewalt bei Überlebenden anderer Katastrophen vorgestellt worden, und es sei deutlich geworden, dass die Symptombilder, unabhängig von der Art der Gewalteinwirkung, vom Erscheinungsbild her relativ uniform seien (a. a. O.,

S. 18). Hier wurden insbesondere auch Befunde zu amerikanischen Veteranen des Koreakriegs breit gewürdigt.

Als weiterer Krieg hat dann aber vor allem der Vietnamkrieg mit seinen Folgen der Psychotraumatologie zu einem Durchbruch verholfen. Die mystifizierende Vorstellung, nur Menschen mit vorher bestehenden Schädigungen seien anfällig für Gewaltfolgestörungen, ließ sich nun definitiv nicht mehr halten. Vorher gesunde junge Männer kehrten psychisch krank aus dem Vietnamkrieg zurück – viele leiden noch immer an den Folgen (Dohrenwend et al., 2006)

Eine weitere Unterstützung erfuhr die Einführung des neuen Paradigmas der Psychotraumatologie mit ihrer ätiologisch auf Gewalt bezogenen Krankheitslehre durch Befunde zu den Folgen innerfamiliärer Gewalt. Shengold etwa (1975) führte das Wort vom »Seelenmord« für Vernachlässigung in der Kindheit in die Literatur ein, und Hermans Bücher (1981, 1992) über die Folgen von sexualisierter Gewalt wurden sehr einflussreich.

Studien von Horowitz zu basalen kognitiven Prozessen der Verarbeitung von traumatischem Stress hatten dabei zunächst zu einem ersten Vorschlag eines spezifischen posttraumatischen Symptommusters geführt, das aus Intrusions- und Vermeidungssymptomen sowie subjektiven Schuldgefühlen zusammengesetzt war (Horowitz, 1976).

All diese jetzt nicht mehr abweisbaren Forschungsbefunde führten dazu, dass in Erweiterung und Überarbeitung der vorliegenden Vorgängerversionen die PTBS in ihrer jetzigen Konzeptualisierung in das DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) aufgenommen wurde.

Literatur

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition – DSM-III*. Washington, DC: Authors (dt.: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-III deutsche Bearbeitung und Einführung von K. Koehler und H. Saß. Weinheim: Beltz, 1984).

Baeyer, W. R. von, Häfner, H. & Kisker, K. P. (1964). *Psychiatrie der Verfolgten. Psychopathologische und gutachterliche Erfahrungen an Opfern der nationalsozialistischen Verfolgung und vergleichbarer Extrembelastungen*. Berlin: Springer.

Bode, S. (2004). *Die vergessene Generation. Die Kriegskinder brechen ihr Schweigen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bonhoeffer, K. (1914). Psychiatrie im Krieg. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 40, 1777–1779.

Bonhoeffer, K. (1922). Über die Bedeutung der Kriegserfahrung. In K. Bonhoeffer (Ed.), *Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918* (Vol. IV, S. 3–44). Leipzig.

Bonhoeffer, K. (1926). Beurteilung, Begutachtung und Rechtsprechung bei den sog. Unfallneurosen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 52, 179–182.

Böschenstein, R. (1987). *Doppelgänger*. München: Winkler.

Dohrenwend, B. P., Turner, J. B., Turse, N. A., Adams, B. G., Koenen, K. C., & Marshall, R. (2006). The psychological risks of Vietnam for U.S. veterans: A revisit with new data and methods. *Science*, 313, 979–982.

Donovan, D. M. (1991). Traumatology: A field whose time has come. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 433–435.

Eckart, W. U. (1997). »Die wachsende Nervosität unserer Zeit«: Medizin und Kultur um 1900 am Beispiel einer Modekrankheit. In: G. Hübinger, R. v. Bruch & F. W. Graf (Eds.), *Kultur und Kulturwissenschaft um 1900. II: Idealismus und Positivismus* (S. 207–226). Stuttgart: Steiner.

Eckart, W. U. (2005). Kriegsgewalt und Psychotrauma im Ersten Weltkrieg. In G. H. Seidler & W. Eckart (Eds.), *Verletzte Seelen. Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung*. (S. 85–105). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Eissler, K. R. (1963). Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muß ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben? *Psyche*, 17, 279–291.

Ericksen, J. E. (1866). *On railway and other injuries of the nervous system*. London: Walton & Maberly.

Ericksen, J. E. (1875). *On concussion of the spine, nervous shock, and other obscure injuries of the nervous system in their clinical and medico-legal aspects*. London: Longmans Green.

Everly, G. S., Jr., & Lating, J. M. (1995). *Psychotraumatology: Key papers and core concepts in post-traumatic stress*. New York: Plenum Press.

Faber, F. R., Dahm A., & Kallinke, D. (1999). *Faber/Haarstrick: Komplementar Psychotherapie-Richtlinien* (5. Auflage). München: Urban & Fischer.

Fischer, G. (1998). Konflikt, Paradox und Widerspruch. Für eine dialektische Psychoanalyse. Frankfurt am Main: Fischer.

Fischer, G. & Riedesser, P. (2003, ¹1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (3. Auflage). München: Reinhardt.

Fischer-Homberger, E. (1972). Die Büchse der Pandora: Der mytische Hintergrund der Eisenbahnkrankheiten des 19. Jahrhunderts. *Sudhoffs Archiv*, 56, 297–317.

Fischer-Homberger, E. (2004, ¹1975). *Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden* (2. Auflage). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Fischer-Homberger, E. (1970). Railway Spine und traumatische Neurose – Seele und Rückenmark. *Gesnerus*, 28, 96–111.

Fischer-Homberger, E. (1987). Der Erste Weltkrieg und die Krise der ärztlichen Ethik. In J. Bleker & H.-P. Schmiedebach (Eds.), *Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985* (S. 122–134). Frankfurt am Main: Fischer.

- Fischer-Homberger, E. (1999). Zur Medizingeschichte des Traumas. *Gesnerus*, 56, 260–294.
- Fischer-Homberger, E. (2005). Haut und Tauma: Zur Geschichte der Verletzung. In G. H. Seidler & W. & Eckart (Eds.), *Verletzte Seelen. Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung* (S. 57–83). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Freud, S. (1896). *Zur Ätiologie der Hysterie. Gesammelte Werke, Bd. 1*, S. 404–438. Frankfurt am Main: Fischer.
- Freud, S. (1933). *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Gesammelte Werke, Bd. 15*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Freyberger, H. J., & Freyberger, H. (2007a). Zur Geschichte der Begutachtungspraxis bei Holocaust-Überlebenden. *Trauma und Gewalt. Forschung und Praxisfelder*, 1(4), 286–292.
- Freyberger, H. J., & Freyberger, H. (2007b). Sechzig Jahre danach: Posttraumatische Belastungsstörungen, salutogene Faktoren und gutachterliche Einschätzungen bei Holocaust-Überlebenden im Langzeitverlauf. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53(4), 380–392.
- Grubrich-Simitis, I. (1998). Es war nicht der »Sturz aller Werte.« – Gewichtungen in Freuds ätiologischer Theorie. In A.-M. Schlösser & K. Höhfeld (Eds.), *Trauma und Konflikt* (S. 97–112). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Harrington, R. (2001). The railway accident: Trains, trauma, and technological crisis in nineteenth-century Britain. In M. S. Micale & P. Lerner (Eds.), *Traumatic pasts. History, psychiatry, and trauma in the modern age, 1870–1930* (S. 31–56). Cambridge: Cambridge University Press.
- Harrington, R. (2003). On the tracks of trauma: Railway spine reconsidered. *Journal of the Society for the Social History of Medicine*, 16, 209–223.
- Herman, J.L. (1981). *Father-daughter incest*. Cambridge: Harvard University Press.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books (dt.: Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. Kindler: München 1993).
- Hoffmann, E.T.A. (1815/1816). *Poetische Werke. Bd. 2. Die Elixiere des Teufels*. Berlin: de Gruyter 1958.
- Horowitz, M.J. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Aronson.
- Israels, H., & Schatzman, M. (1993). The seduction theory. *History of Psychiatry*, 4, 23–59.
- Janet, P. P. A. (1889). *L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaines. Thèse présentée à la Faculté des Lettres de Paris*. Paris: Alcan.
- Jones, E., Vermaas, R. H., McCartney, H., Beech, C., Palmer, I., Hyams, K., et al. (2003). Flashbacks and posttraumatic stress disorder: the genesis of a 20th-century diagnosis. *British Journal of Psychiatry*, 182, 156–163.
- Kardiner, A. (1941). *The traumatic neuroses of war*. Washington, D.C.: National Research Council.
- Kraepelin, E. (1883). *Compendium der Psychiatrie zum Gebrauche für Studierende und Aerzte [sic]*. Leipzig: Abel.
- Kuwert, P. & Freyberger, H. J. (2007a). The unspeakable secret: sexual violence in World War II (letter). *International Psychogeriatrics*, 19(4), 782–784.
- Kuwert, P. & Freyberger, H. J. (2007b). Sexuelle Kriegsgewalt: Ein tabuisiertes Verbrechen und seine Folgen. *Trauma und Gewalt. Forschung und Praxisfelder*, 2, 10–16.
- Kuwert, P., Spitzer, C., Rosenthal, J., & Freyberger, H. J. (2008). Trauma and post-traumatic stress symptoms in former German child soldiers of World War II. *International Psychogeriatrics*, 20, 1–5.
- Kuwert, P., Spitzer, C., Träder, A., Freyberger, H. J. & Ermann, M. (2007a). Sixty years later: Posttraumatic stress symptoms and current psychopathology in former German children of World War II. *International Psychogeriatrics*, 19(5), 955–961.
- Kuwert, P., Spitzer, C., Träder, A., Freyberger, H. J. & Ermann, M. (2007b). Posttraumatische Belastungssyndrome als Spätfolge von Kindheiten im II. Weltkrieg. *Psychotherapeut*, 52, 212–217.
- Lerner, P. (1997). »Nieder mit der Traumatischen Neurose, Hoch die Hysterie«: Zum Niedergang und Fall des Hermann Oppenheim (1889–1919). *Psychotherapie*, 2(1), 16–22.
- Lerner, P., & Micale, M. S. (2001). Trauma, psychiatry, and history: A conceptual and historiographical introduction. In M. S. Micale & P. Lerner (Eds.), *Traumatic pasts. History, psychiatry, and trauma in the modern age, 1870–1930* (pp. 1–27). Cambridge: Cambridge University Press.
- Maercker, A., Herrle J. & Grimm, I. (1999). Dresdener Bomben-nachtsopfer 50 Jahre danach: Eine Untersuchung patho- und salutogenetischer Variablen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 12, 157–167.
- Masson, J. M. (1984). *Was hat man Dir, Du armes Kind, getan? Oder: Was Freud nicht wahrhaben wollte*. Freiburg im Breisgau 1995: Kore.
- May-Tolzmann, & I. (1996). *Freuds frühe klinische Theorie (1894–1896). Wiederentdeckung und Rekonstruktion*. Tübingen: edition diskord.
- Micale, M. S., & Lerner, P. (Eds.). (2001). *Traumatic pasts. History, psychiatry, and trauma in the modern age, 1870–1930*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mitscherlich, A. (1963). *Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft. Gesammelte Schriften, Bd. III: Sozialpsychologie I*. Frankfurt am Main 1983: Suhrkamp.
- Mitscherlich, A. & Mitscherlich, M. (1967). *Die Unfähigkeit zu trauern. Grundlagen kollektiven Verhaltens. Gesammelte Schriften, Bd. IV: Sozialpsychologie II*. Frankfurt am Main 1983: Suhrkamp.
- Nonne, M. (1917). Über erfolgreiche Suggestivbehandlung der hysterieformen Störungen bei Kriegsneurosen *Zeitschrift für die Gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 37, 191–193.
- Nonne, M. (1922). Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914 bis 1918. In K. Bonhoeffer (Ed.), *Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 1914/1918* (Vol. IV, S. 102–121). Leipzig.
- Oppenheim, H. (1888). Wie sind die Erkrankungen des Nervensystems aufzufassen, welche sich nach Erschütterung des Rückenmarkes, insbesondere Eisenbahnunfällen, entwickeln? *Berliner Klinische Wochenschrift*, 25, 166–170.
- Oppenheim, H. (1889). *Die traumatischen Neurosen*. Berlin: Hirschwald.

- 1
- Page, H. W. (1883). *Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion, and nervous shock, in their surgical and medico-legal aspects*. London: Churchill.
- Page, H. W. (1891). *Railway injuries: with special reference to those of the back and nervous system, in their medico-legal and clinical aspects*. London: Griffin
- Riedesser, P., & Verderber, A. (1996). »Maschinengewehre hinter der Front«. *Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Roudebush, M. (2000). A patient fights back: Neurology in the court of public opinion in France during the First World War. *Journal of Contemporary History*, 35, 29–38.
- Rüger, &, Dahm, A., & Kallinke, D. (2005). *Faber/Haarstrick: Kommentar Psychotherapie-Richtlinien (7 ed.)*. München: Urban & Fischer.
- Ruggenberg, R. (2007) *An unexpected epidemic of shell shock*. Retrieved 7.11.2007, from <http://www.greatwar.nl>
- Sachsse, &, Venzlaff, &, & Dulz, B. (1997). 100 Jahre Trauma-ätiologie. *Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie*, 1, 4–14.
- Seidler, G. H., & Eckart, W. (Eds.). (2005). *Verletzte Seelen. Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Seidler, G. H. & Wagner, F. (2007). »Psychiatrie der Verfolgten«. Ein Gespräch mit Heinz Häfner. *Trauma und Gewalt. Forschung und Praxisfelder*, 1(4), 294–296.
- Seidler, G. H., Wagner, F. & Feldmann, R. E. (2008). Die Genese der Psychotraumatologie. Eine neue Disziplin im Kanon der medizinischen Fächer. *Trauma und Gewalt. Forschung und Praxisfelder*, 2, 178–191.
- Sellschopp, A. (1999). Das Traumakonzept im Spannungsfeld zwischen Geschichte, Klinik und Forschung. *Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie*, 3, 64–74.
- Shay, J. (1995). *Achill in Vietnam. Kampftrauma und Persönlichkeitsverlust*. Hamburg 1998: Hamburger Edition (Original: Shay, Jonathan: Achilles in Vietnam. Combat trauma and the undoing of character. Touchstone: 1995).
- Shengold, L. (1975). An attempt at soul murder: Rudyard Kipling's early life and work. *Psychoanalytic Study of the Child*, 30, 63–724.
- Stevenson, R. L. (1886). *The strange case of Dr Jekyll and Mr Hyde and other stories*. London 1979: Penguin Books.
- Venzlaff, & (1958). *Die psychoreaktiven Störungen und nach entschädigungspflichtigen Ereignissen (Die sogenannten Unfallneurosen)*.: Springer: Berlin.
- Venzlaff, U., Dulz, B., & Sachsse, U. (2004). Zur Geschichte der Psychotraumatologie. In U. Sachsse (Ed.), *Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis* (pp. 5–29). Stuttgart: Schattauer.
- Wagner, F. E., & Seidler, G. H. (2008). »Erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel«. Ein Gespräch mit Ulrich Venzlaff. *Trauma und Gewalt. Forschung und Praxisfelder*, 2(1), 42–47.

2 Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie

A. Maercker

2.1 Traumadefinition, Traumaarten und Retraumatisierung – 14

2.2 Symptomatik der Traumafolgestörungen – 16

2.2.1 Erscheinungsbild der PTBS – 16

2.2.2 Symptomatik weiterer Traumafolgestörungen – 20

2.2.3 Klassifikation und Differenzialdiagnosen – 25

2.2.4 Epidemiologie, Komorbidität und Verlauf der PTBS – 28

Literatur – 31

Die Beobachtung, dass extreme Ereignisse extreme Reaktionen verursachen, ist schon alt. So lässt Shakespeare in »Heinrich IV.« Lady Percy zu ihrem Ehemann sagen:

O mein Gemahl, ...
 Was heftest du die Augen auf die Erde
 Und fährst so oft, wenn du allein bist auf? ...
 Warum verlierst du Deiner Wangen Frische?
 Gabst meine Schätze und mein Recht an dich
 Starrseh'nden Grübeln und verhasster Schwermut? ...
 Dein Geist in dir ist so im Krieg gewesen
 Und hat im Schlaf so dich aufgeregt,
 Dass Perlen Schweißes auf der Stirn dir standen
 (Shakespeare, 1989, S. 208).

Im Gefolge der beiden Weltkriege wurde eine Reihe von Bezeichnungen für solche Störungen geprägt, wie Kriegs- oder Gefechtsneurose, Granatenschock (»shell shock«) und Kampfesmüdigkeit (► Kap. 1). Nach dem 2. Weltkrieg zeigte sich, dass auch andere traumatische Erlebnisse sehr ähnliche psychische Symptome verursacht hatten. Die Überlebenden aus Konzentrations- und Vernichtungslagern zeigten diese Symptome. Später entdeckte man, dass auch die Opfer von sexueller Gewalt ein vergleichbares psychisches Störungsbild aufwiesen.

Diese verschiedenen klinischen Beobachtungen führten zu der Annahme, dass es nach dem Erleben von Extremsituationen ein gemeinsames klinisches Bild von posttraumatischen Belastungsstörungen gibt, das als eine gemeinsame Endstrecke nach ganz verschiedenen traumatischen Erlebnissen aufgefasst werden kann.

Heute wird die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in den international gebräuchlichen Krankheitsklassifikationssystemen (DSM und ICD) in einer weitgehend übereinstimmenden Form definiert.

Fünf Hauptkriterien der posttraumatischen Belastungsstörung

Symptomgruppen:

1. Erlebnis eines Traumas
2. Intrusionen (unwillkürliche und belastende Erinnerungen an das Trauma)



3. Vermeidungsverhalten und allgemeiner emotionaler Taubheitszustand
4. Anhaltendes physiologisches Hyperarousal (Übererregung)
5. Die Symptome dauern länger als einen Monat

Das letztgenannte Kriterium weist darauf hin, dass die zeitlich unmittelbaren psychischen Folgen nach einem traumatischen Ereignis (nach Stunden bzw. einigen Tagen) nicht als posttraumatische Belastungsstörungen aufgefasst werden. Sie werden hingegen als akute Belastungsreaktion (ICD-10: F43.0) oder akute Belastungsstörung (DSM-IV-TR: 308.3) diagnostiziert (► Kap. 10).

2.1 Traumadefinition, Traumarten und Retraumatisierung

Traumadefinition

Definition

Das erste der fünf Hauptkriterien ist das sog. Traumakriterium. Nach diesem Kriterium sind Traumata definiert als

kurz- oder langanhaltende Ereignisse oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, die nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweigung auslösen würde (ICD-10; Weltgesundheitsorganisation, 1994, S. 124).

Die Definition des amerikanischen DSM-Systems beschreibt Traumata folgendermaßen:

ein Ereignis oder Ereignisse, die eine Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod oder ernsthafter Verletzung oder Gefahr für eigene oder fremde körperliche Unversehrtheit beinhalten (A1-Kriterium nach DSM-IV-TR: American Psychiatric Association, 2000, S. 491).

Andere Erlebnisse, die umgangssprachlich ebenfalls als **persönliches Trauma** bezeichnet werden können (z. B. enttäuschte Erwartungen, Auseinander-

brechen einer Beziehung), entsprechen nicht dem o. g. Traumakriterium, in dessen Mittelpunkt eine Todeskonfrontation oder andere extreme Gefahrensituationen stehen.

Das DSM-IV-TR unterscheidet zwischen **zwei Teilen des Traumakriteriums** (sog. A1- und A2-Kriterien). Das A1-Kriterium (s. oben) umfasst die objektive Ereigniskonstellation, während das A2-Kriterium die subjektive Erlebniskonstellation definiert: »Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen« (ebd., S. 491). Nach der streng ausgelegten DSM-IV-TR-Definition ist das Traumakriterium nur beim Vorliegen der A1- und A2-Kriterien erfüllt. Aufgrund einiger Konstellationen, in denen trotz traumatischer Erlebnisse das A2-Kriterium nicht vorliegt, u. a. bei

- wiederholte Gewalterfahrungen bei Typ-II-Traumata,
- bei Kindern und Jugendlichen,
- bei trainierten professionellen Einsatzkräften und
- bei veränderten Bewusstseinszuständen schon während des Traumas

ist es klinisch zu empfehlen, das subjektive Erlebniskriterium A2 nur **in der Regel** als Traumakriterium zu nutzen und Ausnahmen zuzulassen (Adler et al., 2008; Brewin et al., 2000).

Klassifikation von Traumata

Die vielen unterschiedlichen traumatischen Ereignisse, auf die solche Definitionen zutreffen, lassen sich nach verschiedenen Gesichtspunkten zusammensetzen bzw. einteilen. Als orientierendes Schema bewährt haben sich Einteilungen erstens nach **menschlich verursachten vs. zufälligen Traumata**, zweitens nach **kurz-(Typ-I-) vs. langfristigen (Typ-II-)Traumata** – seit Neuerem erweitert um – drittens **medizinisch bedingte Traumata** (■ Tab. 2.1; Erstfassung in Maercker, 1998).

Die Typ-I-Traumata sind meist durch akute Lebensgefahr, Plötzlichkeit und Überraschung gekennzeichnet, während die Typ-II-Traumata durch Serien verschiedener traumatischer Einzelereignisse und durch geringe Vorhersagbarkeit des weiteren traumatischen Geschehens gekennzeichnet sind (Terr, 1989).

Der Status der medizinisch-bedingten Traumata ist noch nicht endgültig geklärt, obwohl sie im

■ **Tab. 2.1.** Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse

| | Typ-I-Traumata (einmalig/kurzfristig) | Typ-II-Traumata (mehrfach/langfristig) | Medizinisch bedingte Traumata |
|---|--|--|--|
| Akzidentelle Traumata | Schwere Verkehrsunfälle Berufsbedingte Traumata (z. B. Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte) Kurzdauernde Katastrophen (z. B. Wirbelsturm, Brand) | Langdauernde Naturkatastrophen (z. B. Erdbeben, Überschwemmung) Technische Katastrophen (z. B. Giftgaskatastrophen) | Akute lebensgefährliche Erkrankungen (z. B. kardiale, pulmonale Notfälle) Chronische <i>lebensbedrohliche/schwerste Krankheiten</i> (z. B. <i>Malignome, HIV/Aids,</i> <i>Schizophrenie</i>) Als notwendig erlebte me- dizinische Eingriffe (z. B. Defibrillationsbehandlung) |
| Interpersonelle Traumata (<i>man made</i>) | Sexuelle Übergriffe (z. B. Vergewaltigung) Kriminelle bzw. körperliche Gewalt Ziviles Gewalterleben (z. B. Banküberfall) | Sexuelle und körperliche Gewalt/Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter Kriegserleben Geiselnhaft Folter, politische Inhaftierung (z. B. KZ-Haft) | Komplizierter Behandlungs- verlauf nach angenom- menem Behandlungsfehler ^a |

^a Der Status dieser Eingruppierung ist noch Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen.

DSM-IV-TR ausdrücklich als traumatische Erlebnisse qualifiziert werden. Besonderheiten der PTBS-Prävalenz und im Verlauf dieser Traumata sind allerdings die Gründe für eine separate Behandlung (► Kap. 23) und weiteren Forschungsbedarf dieser Traumakategorie.

Für alle genannten Traumata sind die gleichen psychischen Symptome beschrieben worden, wie sie in den Hauptkriterien der PTBS definiert wurden (Intrusionen, Vermeidung, emotionale Taubheit, Hyperarousal). Es hat sich allerdings gezeigt, dass einerseits die willentlich durch Menschen verursachten Traumata und andererseits die zeitlich länger andauernden Typ-II-Traumata in vielen Fällen zu stärker beeinträchtigenden und chronischeren psychischen Folgen führen können als die anderen Formen.

Insbesondere für die Folgen der länger andauernden, wiederholten Typ-II-Traumata sind eine Reihe zusätzlicher Symptomgruppen beschrieben worden, die im ► Abschn. 2.2.3 (»Entwicklungsraumastörung oder chronische PTBS«) dieses Kapitels genauer dargestellt werden.

Retraumatisierung

In verschiedenen Zusammenhängen, z. B. im juristischen oder polizeilichen Kontext, im Bezug auf Medienaktivitäten gegenüber Opfern sowie in der Diskussion um therapeutische Vorgehensweisen wird der Begriff der Retraumatisierung gebraucht. Damit sind Zustände des Patienten/Betroffenen gemeint, in der eine erneute Erinnerung an das traumatische Erlebnis direkt zu einer erhöhten Symptombelastung führt.

Definition

Als Retraumatisierung werden Vorgehensweisen bezeichnet, die die Patienten nur emotional belasten und keine nachhaltigen Erleichterungen verschaffen. In ihrer schlimmsten Form können sie, bedingt durch die mangelnden emotionalen Stabilisierungsmöglichkeiten des Traumatisierten, zu einer lang anhaltenden Verschlechterung führen. In der weniger schwerwiegenden Form kommt es zu einer Reaktualisierung des Traumas, die der Betroffene zwar selbst zu bewältigen imstande ist, die aber kurzfristig zu einer Verschlechterung führen kann (Maercker & Rosner, 2006).

Techniken der therapeutischen Traumaexposition sind begrifflich klar von einer Retraumatisierung zu unterscheiden, da sie einem heilenden und unterstützenden Zweck dienen, dem Patienten eine Transformation des Traumagedächtnisses ermöglichen und innerhalb eines stützenden Kontextes stattfinden.

2.2 Symptomatik der Traumafolgestörungen

Unter dem Begriff Traumafolgestörungen – auch Traumaspektrum-Störungen – werden die PTBS sowie andere relevante Störungsphänomenologien nach traumatischen Erlebnissen zusammengefasst:

- akute Belastungsstörung,
- Entwicklungstraumastörung (bzw. komplexe PTBS) sowie
- somatoforme Traumafolgestörung (bzw. somatoforme Dissoziation).

2.2.1 Erscheinungsbild der PTBS

Ein Patient beschreibt seinen Zustand folgendermaßen:

Beispiel

Bericht eines 60-jährigen Patienten, Opfer eines kriminellen Überfalls

Seit dem Überfall bin ich ein völlig anderer Mensch geworden. Abends liege ich im Bett und dann kommen diese Gedanken und Bilder, und dann liege ich ewig wach. Ich habe jetzt einen Punkt erreicht, wo ich merke, es geht einfach nicht mehr weiter ...

Wenn ich irgendwo bin und es gibt ein plötzliches Geräusch, da zucke ich zusammen. Da ist es wieder. Man kann's nicht abstellen. Man muss es sich mal so vorstellen: das ist wie ein elektrischer Schlag. Und der geht sofort nach oben und löst bei mir einen Schweißausbruch aus. Ich bin nervlich völlig am Ende ...

Meine Freunde versuchen immer wieder, mich aufzumuntern. Sie sagen, ich soll das jetzt vergessen und mir doch mal ein schönes Leben machen. Das tut unheimlich weh. Das schmerzt, weil ich mir das gar nicht mehr richtig vorstellen kann ...



2.2 · Symptomatik der Traumafolgestörungen

Ich habe keine Hoffnung mehr. Meine Freunde wollen mir ja wirklich helfen, aber das geht ja nicht. Es kann mir ja niemand helfen. Ich muss das selber schaffen. Aber ich muss immer an diesen Sonnabend zurückdenken. Und dann merke ich immer, dass ich diese Belastung jetzt bis zu meinem Tod ertragen muss ...

Ich tu' meinen Freunden ja so leid. Der Kontakt mit mir ist für sie deshalb sehr belastend. Ich ziehe mich deshalb von meinen Freunden zurück.

Die drei Symptomgruppen der PTBS:

- Intrusion,
- Vermeidung/Betäubung und
- Hyperarousal

können jeweils in Form vieler Einzelsymptome bzw. -beschwerden auftreten. ■ Tabelle 2.2 nennt und beschreibt diese Symptome nacheinander in der Reihenfolge, in der sie im amerikanischen DSM-System aufgelistet sind.

■ **Tab. 2.2.** Einzelsymptome der posttraumatischen Belastungsstörung

| Kurzbezeichnung | Erläuterungen (an DSM-IV angelehnt) |
|---|---|
| Intrusionen/ Wiedererleben | Ungewollt wiederkehrende und belastende Erinnerungen oder Erinnerungsbruchstücke; treten spontan auf (außer wenn durch Schlüsselreize hervorgerufen). Ihre Intensität reicht von Einzel-erinnerungen bis zum Überwältigtwerden von der Erinnerung |
| Belastende Träume bzw. Alpträume | Wiederkehrende Träume, die Erinnerungen oder Erinnerungsbruchstücke des Traumas beinhalten. In Alpträumen können die Erinnerungen sehr verzerrt sein. Verlaufen oft jahrelang nach dem gleichen Muster |
| Flashbacks (Nachhall- erlebnisse) | Erinnerungsattacken, die durch ihre Plötzlichkeit und Lebendigkeit gekennzeichnet sind. Sind meist nur kurzdauernd und gehen mit dem Gefühl einher, das traumatische Ereignis noch einmal zu durchleben. Nähe zu Illusionen, Halluzinationen und dissoziativen Verknüpfungszuständen |
| Belastung durch sym- bolisierende Auslöser | Schlüsselreize wie gleiche Gegenstände, Geräusche, Düfte rufen regelmäßig belastende Erinnerungen an das Trauma wach. Zu den Schlüsselreizen gehören auch Jahrestage und Darstellungen des Schicksals anderer (z. B. im Film) |
| Physiologische Reaktio- nen bei Erinnerung | Unwillkürliche Körperreaktion wie Schwitzen, Zittern, Atembeschwerden, Herzklopfen oder -rasen, Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden oder starke Ängste beim plötzlichen Konfrontiertwerden mit traumatischen Schlüsselreizen sowie Erinnerungen bzw. Erinnerungsbruchstücken |
| Gedanken- und Gefühlsvermeidung | Bewusstes Vermeiden von Gedanken und Gefühlen, die an das Trauma erinnern (z. B. eigene Gedankenstoppversuche bzw. Selbstkommentare: »Ich mache mich sonst nur selbst verrückt«). Unabhängig vom Erfolg der Vermeidungsbemühungen |
| Aktivitäts- oder Situa- tionsvermeidung | Phobisches Vermeiden von Aktivitäten oder Situationen, die Erinnerungen an das Trauma bewirken (z. B. Ort des Traumas umgehen; nicht mehr aus dem Haus gehen zur Tageszeit, an dem das Trauma passierte) |
| (Teil-)Amnesien | Wichtige Elemente des traumatischen Geschehens können nicht mehr erinnert werden (z. B. von Ort x nach Ort y gekommen zu sein). Im Extremfall kann das ganze traumatische Geschehen nicht mehr erinnert werden; es herrschen nur unscharfe Erinnerungen oder Erinnerungsbruchstücke vor. Die Amnesien dürfen nicht durch einfache Vergesslichkeit oder durch organische Ursachen (z. B. Schädel-Hirn-Trauma) erklärbar sein |
| Interesseverminderung | Deutlich vermindertes Interesse an wichtigen Aktivitäten des täglichen Lebens oder an individuell vor dem traumatischen Erlebnis gern ausgeführten Aktivitäten (z. B. Karrierebemühungen, Hobbies) |
| Entfremdungsgefühl | Gefühl der Losgelöstheit oder Fremdheit von anderen Personen, die nicht das gleiche traumatische Ereignis erlebt haben. Subjektiv unüberwindlich empfundene Kluft zwischen den anderen und einem selbst (und entsprechenden Leidensgefährten). Selbst Familienmitgliedern gegenüber herrscht das Entfremdungsgefühl vor |

Tab. 2.2 (Fortsetzung)

| Kurzbezeichnung | Erläuterungen (an DSM-IV angelehnt) |
|-------------------------------------|---|
| Eingeschränkter Affektspielraum | Empfindung, dass das Trauma das eigene Gefühlsleben zerstört hat, z. B. die Fähigkeit jemanden zu lieben, sich zu freuen aber auch die Fähigkeit zu Trauer |
| Eingeschränkte Zukunft | Sowohl das Gefühl, dass nichts Wichtiges mehr im eigenen Leben passieren kann, als auch das Gefühl, das Trauma bzw. seine Verursacher haben Jahre (oder »die beste Zeit«) des Lebens zerstört und diese können nie wieder ersetzt werden. Zukunftspläne werden nicht mehr gemacht |
| Ein- und Durchschlafschwierigkeiten | Nach dem Trauma einsetzende Schlafstörungen beider Arten, teilweise – aber nicht notwendigerweise – im Zusammenhang mit Intrusionen bzw. belastenden Träumen oder Alpträumen |
| Erhöhte Reizbarkeit | Leichtes »Auf-180-Kommen«, oftmals Wutausbrüche, wozu vor dem Trauma noch keine Neigung bestand. Kann oft von den Betroffenen schlecht selbst beurteilt werden und ist nur indirekt über die Frage »Würden Ihre Angehörigen das so sehen? zu explorieren |
| Konzentrations-schwierigkeiten | Ausgeprägte Schwierigkeiten, sich auf einfache Abläufe zu konzentrieren (z. B. Buch lesen, Film sehen, Formular ausfüllen). Den Betroffenen kann klar oder auch selbst unklar sein, dass sie in solchen Momenten intrusive Erinnerungsschübe haben |
| Übermäßige Wachsamkeit | Fachwort: Hypervigilanz: ständiges Gefühl des Nicht-Trauen-Könnens. Fortdauerndes und unrealistisches Gefährdungsgefühl. Kann (nach durch Menschen verursachten Traumata) dazu führen, dass Waffen zur möglichen Verteidigung mitgeführt werden bzw. Überwachungseinrichtungen installiert werden |
| Übermäßige Schreckreaktion | Nach dem Trauma vorhandene, sehr leichte Erschreckbarkeit, die schon durch leichte Geräusche und Bewegungen ausgelöst werden kann |

Beschreibung der drei Hauptsymptomgruppen

Intrusionen/Wiedererleben. Patienten mit PTBS sind durch eine ungewollte Gebundenheit an das schreckliche Erlebte gekennzeichnet. Diese Gebundenheit zeigt sich in Bildern, Geräuschen oder anderen lebhaften Eindrücken des traumatischen Ereignisses, die unbeabsichtigt in den wachen Bewusstseinszustand als auch in den Schlaf »eindringen«. Oftmals kommt es zu einem subjektiv erlebten Überflutungszustand durch diese inneren Bilder. Die Erinnerungen und Bilder erscheinen häufiger, als der Betroffene es vertragen kann, was zu einem Belastungsgefühl führt. Im Traum tauchen die Erlebnisse in verschiedenen Formen auf. Das Spektrum reicht dabei von lebhaften Wiederholungen in Träumen in sehr realistischer Form (»Flashbacks«) bis hin zu extremen Verzerrungen des Erlebten in den Alpträumen.

Vermeidung/Numbing. Die Betroffenen versuchen oft mit aller Macht, die sie überflutenden Gedanken »abzuschalten«, d. h. nicht mehr an das Geschehene

zu denken. Trotz dieser intensiven Versuche gelingt die Vermeidung der Gedanken an das Erlebte in den meisten Fällen nicht. Möglicherweise kann extremes Bemühen oder bestimmte automatisierte (unbewusste) Einstellungen, die bedrängenden Erinnerungen abzuschalten, im Resultat zu dissoziativen Zuständen wie Teilamnesien führen, bei denen man sich nur sehr unscharf an das Erlebte erinnern kann. Die Vermeidungssymptome umfassen auch die Scheu davor, Aktivitäten durchzuführen bzw. Orte aufzusuchen, die an das Trauma erinnern.

Das **Numbing** (dt.: Abflachung der allgemeinen Reagibilität) ist laut DSM-IV mit den Vermeidungssymptomen assoziiert. Die Betroffenen beklagen eine Beschädigung ihrer Gefühlswelt, alle eigenen Gefühle erscheinen ihnen nivelliert. Man fasst unter Numbing auch das anhaltende Gefühl der Entfremdung von anderen Menschen sowie den allgemeinen sozialen Rückzug zusammen. Forscher (Foa et al., 1995; Frewen & Lanius, 2006) sind sich aufgrund verschiedener Studienresultate nicht einig, ob die Numbing-Symptome eine eigenständige Symptomgruppe bilden. Konzeptionell macht die Trennung

der Symptomgruppen deshalb Sinn, da die Vermeidungssymptome eher phobischen Charakter haben und Numbingsymptome verschiedene Merkmale negativer Affektivität zusammenfassen.

Hyperarousal. Der Körper reagiert nach einem Trauma mit, auch wenn die Betroffenen die körperlichen Folgen oftmals nicht im Zusammenhang mit dem Trauma sehen. Die Erregungsschwelle des autonomen Nervensystems senkt sich, d. h. Belastungen wirken früher und nachhaltiger. Auch kleinere nachfolgende Belastungen führen zu stärkerer Erregung. Diese Erregungssteigerung beeinträchtigt das Schlafverhalten: Sowohl das Einschlafen als auch das Durchschlafen werden nachhaltig gestört. Am Tage sind die Betroffenen hypervigilant bzw. erhöht

wachsam gegenüber allen möglichen Reizen (z. B. Geräuschen, fremden Gesichtern). Die Schreckreaktion wird heftiger: Schon kleinste körperliche Berührungen oder Geräusche führen zu extremem Erschrecken. Eine posttraumatische Belastungsstörung wird diagnostiziert, wenn einige der Einzelsymptome der genannten Symptomgruppen gemeinsam auftreten. Die beiden gebräuchlichen Klassifikationssysteme (ICD-10 und DSM-IV) erfordern eine unterschiedliche Symptomanzahl zur Festlegung der Diagnose. Das ICD-System ist dabei etwas weniger strikt als das amerikanische DSM-System (zu Letzterem liegen allerdings die meisten Forschungsbefunde vor). Die folgenden Übersichten zeigen die jeweiligen Diagnosedefinitionen im Detail.

Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung nach dem DSM-IV-TR (Leicht modifizierte Formulierungen; Weglassen der Kriterien für Kinder)

- A Ereigniskriterium:** Die Person hat ein traumatisches Ereignis erlebt, das beiden folgenden Bedingungen genügt:
- Die Person erlebte oder beobachtete ein oder mehrere Ereignisse, in der eine potenzielle oder reale Todesbedrohung, ernsthafte Verletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bei sich oder anderen geschah.
 - Die Person reagierte mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken.

B Symptomgruppe: Erinnerungsdruck
(1 Symptom für Diagnose notwendig)

- Intrusionen
- Belastende Träume bzw. Alpträume
- Flashbacks (Nachhallerlebnisse)
- Belastung durch Auslöser
- Physiologische Reaktionen bei Erinnerung

C Symptomgruppe: Vermeidung/Numbing (3 Symptome für Diagnose notwendig)

- Gedanken- und Gefühlsvermeidung
- Aktivitäts- oder Situationsvermeidung

- (Teil-)Amnesien
- Interesseverminderung
- Entfremdungsgefühl
- Eingeschränkter Affektspielraum
- Eingeschränkte Zukunft

D Symptomgruppe: chronische Übererregung
(2 Symptome für Diagnose notwendig)

- Ein- und Durchschlafschwierigkeiten
- Erhöhte Reizbarkeit
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Hypervigilanz
- Ermäßigte Schreckreaktion

E Dauer der Beeinträchtigungen (Symptome der Kriterien B, C und D) ist länger als 1 Monat.

F Die Störung verursacht klinisch bedeutsame Belastungen oder Beeinträchtigungen im sozialen und Berufsbereich sowie anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung nach dem ICD-10

- A** Die Betroffenen sind einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.
- B** Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallereinnerungen, lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen.
- C** Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr im Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Vermeiden bestand nicht vor dem belastenden Ereignis.
- D** Entweder 1. oder 2.
1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.
 2. Anhaltende Symptome (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale:
 - Ein- und Durchschlafstörungen
 - Reizbarkeit oder Wutausbrüche
 - Konzentrationsschwierigkeiten
 - Hypervigilanz
 - Erhöhte Schreckhaftigkeit
- E** Die Kriterien B, C und D treten innerhalb von 6 Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende einer Belastungsperiode auf (in einigen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden).

Untersuchungen zur Kohärenz des Störungsbildes

Seit der Erstbeschreibung der PTBS wurden viele Studien durchgeführt, um zu untersuchen, ob die verschiedenen traumatischen Auslöserereignisse zum gleichen Störungsbild führen. Außerdem sollte mit diesen Untersuchungen abgesichert werden, dass die Störung diagnostisch zuverlässig erfassbar ist und alle wesentlichen Merkmale und Symptome berücksichtigt sind. Bei der Untersuchung großer Gruppen von Betroffenen wurde übereinstimmend bestätigt, dass Symptome aus den Hauptsymptomgruppen bei den verschiedensten Traumaarten gefunden werden, unabhängig davon, ob bei den Betroffenen ein Trauma z. B. durch Naturkatastrophen, Kriminalität, Vergewaltigung oder ein anderes traumatisches Ereignis ausgelöst wurde (Davidson & Foa, 1993).

■ Abbildung 2.2 zeigt, dass es ein ähnliches Symptomprofil bei verschiedenen Traumata gibt, was die Annahme eines einheitlichen Störungsbildes stützt.

Symptommuster bei Kindern. Für traumatisierte Kinder zeigen sich einige Abweichungen im Symptommuster, was zur Beschreibung einiger Besonderheiten für PTBS im Kindesalter führte (Landolt, 2004; ► Kap. 19). Bei jüngeren Kindern können sich

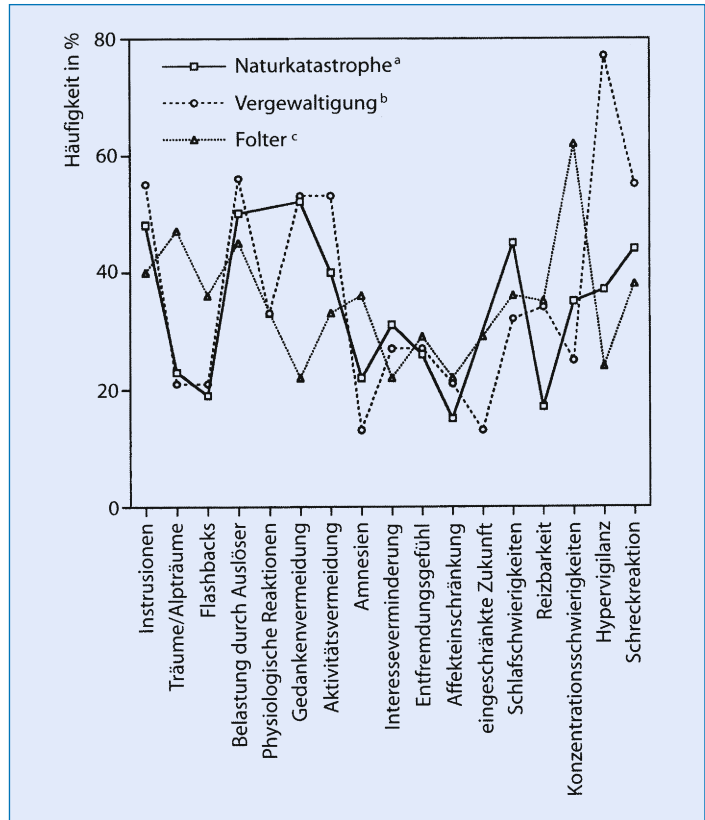
die quälenden Träume von dem Ereignis innerhalb mehrerer Wochen zu generalisierten Alpträumen von Monstern, davon, andere zu retten oder Bedrohungsträume verändern. Kleine Kinder nehmen meist nicht wahr, dass sie das Vergangene wiedererleben. Das Wiedererleben des Traumas zeigt sich eher durch wiederholtes Durchspielen des Erlebten z. B. ein Kind, das einen Autounfall mitgemacht hat, spielt immer wieder Zusammenstöße mit Spielzeugautos nach. Da es für Kinder schwierig sein kann, über vermindertes Interesse an bedeutsamen Aktivitäten oder eine Einengung der Affekte zu berichten, sind diese Symptome nur von außen zu beobachten, z. B. durch Familienmitglieder oder Lehrer.

2.2.2 Symptomatik weiterer Traumafolgestörungen

Akute Belastungsstörung

Die akute Belastungsstörung (ABS) wird hier nur kurz vorgestellt, da sie vor allem in der Notfallpsychologie (► Kap. 10) relevant ist. Sie ist zwischen dem 2. Tag und höchstens 4 Wochen nach einem traumatischen Ereignis diagnostizierbar. Für die Diagnose einer akuten Belastungsstörung sind neben dem Trauma- und Zeitkriterium das Vorliegen von Intrusions-, Vermeidungs- und Hyperarousal not-

■ **Abb. 2.1.** Symptomprofile über verschiedene Traumaarten. Daten aus ^a Green et al. (1990), ^b Foa et al. (1995), ^c Basoglu et al. (1994)



wendig. Zusätzlich wird für die akute Belastungsstörung gefordert, dass mindestens drei dissoziative Symptome vorliegen:

- subjektives Gefühl von emotionaler Taubheit, von Losgelöstheit oder Fehlen emotionaler Reaktionsfähigkeit,
- Beeinträchtigung der bewussten Wahrnehmung der Umwelt (z. B. »wie betäubt sein«),
- Derealisationserleben,
- Depersonalisationserleben oder
- dissoziative Amnesie (z. B. Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern).

Das Störungsbild der ABS legt damit einen Schwerpunkt auf die dissoziative Symptomatik – und damit die früher sog. psychische Schocksymptomatik. Ihr Auftreten ist in der überwiegenden Zahl der Fälle aber kein Vorhersagefaktor für spätere Langzeitfolgen (Bryant, 2005), so dass das eine ABS nicht mit einer

signifikant erhöhten Wahrscheinlichkeit verbunden ist, später an einer Traumafolgestörung zu leiden.

Entwicklungstraumastörung bzw. komplexe PTBS

Einige der Personen, die ein Trauma erlebt haben, können ein klinisches Bild entwickeln, das über die genannten Symptomgruppen der PTBS (Intrusionen, Vermeidung, Numbing, Hyperarousal) hinausgeht. Es existieren verschiedene Formulierungsvorschläge für diese Traumafolgestörung:

- andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10, F62.0),
- komplexe PTBS (**Complex PTSD**; Herman, 1992) und
- Entwicklungstraumastörung (**Developmental trauma disorder**; van der Kolk, 2005).

Die andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung wird im internationalen Schrift-

tum kaum genutzt, da sich die beiden anderen Formulierungsvorschläge stärker durchgesetzt haben. Allerdings ist die Namensgebung »komplexe PTBS« von vielen internationalen Autoren infrage gestellt worden (u. a. Classen et al., 2006, Jongeijik et al., 1996, Taylor et al., 2006), da sie eine relative Abwertung der dann »einfachen PTBS« nach sich zieht.

Die neuere Bezeichnung **Entwicklungsstraumastörung** wird nachfolgend für den gemeinsamen Kernbereich dieser Traumafolgestörung verwendet werden, da sie

- nicht den begrifflichen Gegensatz komplex vs. einfach beinhaltet,
- eine detailliertere Weiterentwicklung des komplexen PTBS-Konzeptes darstellt und
- neuere entwicklungspsychopathologische Kenntnisse aufnimmt (s. unten).

Ob sich dieser Diagnosevorschlag in den Neuformulierungen des ICD- und DSM-Klassifikationssystems durchsetzt, bleibt abzuwarten.

Einige typische Veränderungen dieser Traumafolgestörung werden in den folgenden Aussagen von zwei Patienten beschrieben, die entweder in der Kindheit oder dem jungen Erwachsenenalter traumatisiert wurden.

Beispiel 1:

Bericht einer 23-jährigen Patientin, die wiederholter sexualisierter Gewalt im Alter von 9–14 Jahren ausgesetzt war

Lange habe ich nicht darüber reden können, was ich damals erlebt habe. Ich hab's irgendwie nicht zusammenbekommen ... Bis heute bin ich mehr auf meine Mutter sauer, als auf den M. [ihren Stiefvater]; die [Mutter] hätte mich doch da raus holen müssen. Ich kann bis heute nichts empfinden beim Miteinander-Schlafen. Die ganze Sache ist für mich völlig verkorkst.

Ich weiß, andere könnten mich als »Nutte« bezeichnen, weil ich jetzt so oft in so was reinstolpere. Ich weiß auch nicht ... An den Tagen danach – jetzt bin ich völlig neben der Spur, man hat mich schon irgendwo in der Stadt angefundenes und nach Hause gebraucht, und ich weiß von nichts. Völliger Filmriss ohne Alkohol oder Drogen ...



Ich komme mir so schmutzig vor – direkt, und deswegen muss ich mich so oft duschen. Aber irgendwie bin ich auch als Mensch völlig schmutzig und verdorben. Ich ziehe die anderen mit in den Dreck. Ja, ich habe damals auch den M., der eigentlich ein guter Mensch war, kaputt gemacht, der hat ja viel geheult wegen mir ...

Meine Gefühle sind ein Scheißdreck. Ich kann nichts damit anfangen. Ich liege immer falsch damit. Die [Menschen, die] mir gut sind, auf die werd' ich unglaublich aggressiv und verletzend, da geht's mir erst gut, wenn's denen schlecht geht. Und andersrum ...

Das weiß ja keiner, wie das ist, wenn man sich selber nicht spürt. Ich schau mir meinen Arm an – es ist nicht meiner. Ich habe keinen Körper, jedenfalls fühle ich keinen ...

Man hat mir gesagt, dass ich begabt bin und aus mir was werden könnte – und ich versuche es auch, aber ich glaube ich hab' doch nicht die innere Kraft, dass ich das schaffe. Irgendwie habe ich nichts, worauf ich aufbauen kann ...

(Ergänzungen vom Maercker)

Beispiel 2:

Bericht eines 45-jährigen Patienten, der mit 21 Jahren aus politischen Gründen in der ehemaligen DDR inhaftiert wurde und zweieinhalb Jahre im Gefängnis war

Ich bin nicht mehr so, ich bin anders geworden. Ich versuche, vieles nicht mehr an mich herankommen zu lassen. Vieles interessiert mich einfach nicht mehr. Aber wenn was rankommt, überreagiere ich, aggressiv zum Teil und intoleranter dadurch. Wenn mich was erwischt, dann muss ich darum kämpfen, hab' meinen Stolz und meine Ehre. Und das bereitet mir schon Probleme ...

Ich habe Probleme mit allem, was so irgendwie an Zwangsmechanismen erinnert. Entweder erstarrt man davor und wagt nicht, sich zu rühren, oder man begehrt dagegen auf und nimmt das absolut nicht ernst. Die Zwischenform, das, was angemessen wäre, das fehlt bei mir. Und das wirkt sich natürlich am Arbeitsplatz aus. Ich bin mehr arbeitslos, als dass ich einen Job habe, weil ich die Hierarchien nicht verinnerlichen kann. Da schaffe ich es irgendwie nicht, die angemessene Reaktion zu finden ...



2.2 · Symptomatik der Traumafolgestörungen

Und wenn ich dann wieder sehe, dass die [ehemaligen Täter] es gut haben, das verursacht bei mir so ein massives Bauchgrimmen, dann bin ich zwei, drei Tage nicht ansprechbar, weil ich den Eindruck habe, die haben plötzlich wieder den Sieg ...

Ich bin dann dort hingegangen und habe die Räume vollgesprayt ... Das braucht man für die eigene psychische Gesundheit. Man muss doch die Leute auch mal ein bisschen foltern ...

Solange wie ich lebe, werde ich alles hassen, was mit denen zu tun hat. Ich bin ein Kämpfer und das hat mir wenig Freunde geschaffen ...

Meiner Frau gegenüber bin ich im Nichtverstehen manchmal sehr böse gekommen, sehr sehr böse ...



Man hatte die Opfermentalität, man hat einfach von der Umwelt erwartet, dass man verstanden wird. Aber das war ja nicht vorhanden, da gab es so eine Mauer des Schweigens, eine Mitschuld des Schweigens. Da hat man sich weiter eingeeigelt ...

(Ergänzungen von Maercker)

Störungsdefinition. Der Diagnosevorschlag der Entwicklungstraumastörung gliedert sich in

- A Traumakriterium,
- B Symptomgruppen,
- C soziokognitive Veränderungsmuster und
- D das funktionale Beeinträchtigungskriterium.

In [Tab. 2.3](#) werden die Kriterien im Überblick erläutert.

Tab. 2.3. Einzelsymptome der Entwicklungstraumastörung. (Mod. und erw. nach Van der Kolk, 2005)

| Kriterium/Symptome (Kurzbezeichnung) | Erläuterungen |
|--|--|
| A. Traumakriterium | Betrifft Man-made-Typ-II-Traumata, sowohl sexualisierte Gewalt als auch Folter A1- und A2-Unterscheidung analog zur DSM-IV-Definition der PTBS (aber: Kritik ▶ Kap. 2.1) |
| B. Anhaltende Fehlregulationsmuster | |
| Gestörte Affekt- und Impulsregulation | Keine Feinabstufung der Gefühlsausdrücke möglich. Leichte Erregbarkeit in zwischenmenschlichen Situationen und Kommunikationen. Ärger und Zorn dominiert. Eigene selbstschädigende Tendenzen (z. B. Suizidalität, Selbstverletzung). Störungen der Sexualität und exzessives Risikoverhalten |
| Somatisierungsphänomene | Häufige psychogene Beeinträchtigungen bzw. manifeste Krankheiten, z. B. Verdauungsstörungen, chronische Schmerzen, kardiopulmonale Symptome, Konversionssymptome und sexuelle Symptome |
| Kognitive Veränderungen von Aufmerksamkeit und Bewusstsein | Dissoziative Symptomatik: anhaltende Aufmerksamkeitsstörungen und wiederholte psychogene Bewusstseinsstörungen. Ausgeprägte und häufige Amnesien und zeitweises Depersonalisationserleben |
| Interpersonelle Veränderungen | Unfähigkeit zur gleichberechtigten partnerschaftlichen Interaktion. Anfälligkeit für überspannte Ansichten. Unfähigkeit zu vertrauen. Dysfunktionale Wahrnehmung des Täters bis hin zu dessen Idealisierung. Exzessive Beschäftigung mit Rachephantasien. Viktimisierung anderer Personen |
| Selbstbildveränderungen | Beeinträchtigtes Identitätsgefühl: Ausgeprägte Überzeugung, ein beschädigtes Leben zu führen, das nicht mehr zu reparieren ist bzw. ausgeprägte Überzeugungen, im Leben etwas falsch gemacht zu haben. Permanented Schuld- und Schamgefühl |
| C. Soziokognitive Veränderungsmuster | Verlust früherer Orientierungen, Hoffnungen, Motivstrukturen und persönlichkeitsstabilisierender Überzeugungen |
| D. Funktionelle Beeinträchtigungen | Entspricht analogem Kriterium bei allen DSM-Störungsdefinitionen |

Van der Kolk (2005) gibt in einer Übersicht genauere Operationalisierungen für die einzelnen Kriterien, wie sie in strukturierten klinischen Explorationen genutzt werden können.

Der Begriff des **Entwicklungstraumas** ist gut geeignet, neurobiologische und entwicklungspsychologische Erklärungsmodelle für die Phänomenologie und die Ätiologie dieser Störungsform zusammenzuführen. In Kindheit, Jugend und bis ins junge Erwachsenenalter finden wesentliche biologisch und psychologisch fundierte Prozesse der Individualentwicklung statt (Maercker, 1999). Dazu gehört die Herausbildung von Affektregulation, Bindungsverhalten, exekutiven kognitiven Funktionen, Selbstkonzept/Identität, moralischer Entwicklung und sozialer Eigenständigkeit. Werden Phasen bzw. Prozesse dieser Entwicklungen durch Traumatisierungen beeinträchtigt, kann es anhaltenden Dys-

funktionen oder Defiziten in den genannten Funktionsbereichen kommen (Perry & Bolard, 1998).

Explizite systematische Untersuchungen zur Validität der Entwicklungs-trauma-Diagnose liegen bisher kaum vor (Van der Kolk, 2005). Studien zum früheren Konzept der komplexen PTBS, in dem wesentliche Symptomformulierungen der Kriterien B und C schon beschrieben waren, belegen die Validität dieses Störungsbildes bei Opfern sexuellen Kindesmissbrauchs, Folteropfern sowie ehemaligen Widerstandskämpfern (Boroske-Leiner et al., 2008; Ebert & Dyke, 2004; Jongedijk et al., 1996).

Somatoforme Traumafolgestörung bzw. somatoforme Dissoziation

Neben den genannten Traumafolgestörungen, deren Symptomatik vorwiegend mentalisierend (d. h. mit subjektiv bewussten Symptomen) in Erscheinung

Kriterien der Entwicklungs-traumastörung (Van der Kolk, 2005)

A. Traumakriterium

1. Mehrfaches oder anhaltendes Ausgesetztsein einer oder mehrerer Formen von entwicklungs-schädigenden Traumata (Vernachlässigung, zwischenmenschlicher Verrat/Betrug, körperliche Gewalt, sexualisierte Übergriffe, Gefährdung der körperlichen Unversehrtheit, Gewaltpraktiken, Folter, emotionaler Missbrauch, Zeugenschaft von Gewalt und Tod)
2. Subjektive Erfahrungen (Wut, enttäuschtes Vertrauen, Angst, Resignation, Vernichtungsgefühl, Scham, Ekel^a)

B. Anhaltende Fehlregulationsmuster im Zusammenhang mit traumabezogenen Erinnerungsreizen

Fehlregulation (stark oder gering ausgeprägt) im Zusammenhang mit Erinnerungsreizen. Die Veränderungen persistieren und bilden sich nicht zum Ausgangsniveau zurück; ihre Intensität lässt sich nicht durch bewusste Aufmerksamkeitszuwendung ändern:

- Gestörte Affekt- und Impulsregulation
- Somatisierungsphänomene
- Verhaltensveränderungen: Nachkonstellieren (»re-enactment«)/Reviktimisierungsneigung, Verhaltensexzesse^a

- Kognitive Veränderungen: dissoziative Symptomatik
- Interpersonelle Veränderungen
- Selbstbildveränderungen: beeinträchtigtes Identitätsgefühl^a

C. Anhaltend veränderte Erwartungen und Begründungsmuster (soziokognitive Veränderungsmuster^a)

- Selbstbeschuldigungen
- Fremdbeschuldigungen (gegenüber schützenden Personen)
- Verlust der Erwartung des Geschütztseins durch andere Menschen
- Verlust des Vertrauens in die Schutzfunktion von Institutionen
- Verlust der Erwartung von sozialer Gerechtigkeit/Wiedergutmachung
- Überzeugung, dass man zukünftig wieder zum Opfer werden wird

D. Zeitkriterium: nicht spezifiziert

E. Funktionelle Beeinträchtigungen

Bezogen auf Bildung, Familie, persönliche Beziehungen, Justiz- und Rechtsangelegenheiten und Beruf

^a Oberbegriffe von Maercker hinzugefügt.

2.2 · Symptomatik der Traumafolgestörungen

tritt, zeigt die klinische Erfahrung, dass es Patienten gibt, die im Unterschied dazu eher somatoform auf erlebte Traumata reagieren. Sie reagieren z. B. mit

- Schmerzen in den Geschlechtsorganen,
- zeitweisen sensorischen Ausfällen,
- zugleich sind die klassischen PTBS-Kriterien des intrusiven Wiedererlebens und eines selbst berichtbaren Vermeidungsverhaltens nicht gegeben.

Die Phänomene dieser Störung können sehr variabel sein und neben dem Spektrum somatoformer Störungsbilder (Somatisierungsstörung, undifferenzierte somatoforme Störung, somatoforme Schmerzstörung, Hypochondrie), die dissoziativen Störungen sowie die Konversionsstörungen umfassen.

Das Konzept der **somatoformen Dissoziation** wurde von Nijenhuis et al. (1996, 2004) beschrieben, um das klinische Bild der typischen somatoformen Traumafolgesymptomatik zusammenzufassen. In den jetzigen Störungsklassifikationssystemen kann diese Störung als dissoziative Störung der Bewegung und der Sinnesempfindung (F44.4–44.7; ICD-10) oder dissoziative Störung, nicht näher bezeichnet (300.15; DSM-IV-TR) kodiert werden.

Zum somatoformen Dissoziationsstörungskonzept liegen eine Reihe empirischer Untersuchungen vor. Die jeweiligen Patientensamples wurden dabei

allerdings nicht durch Kliniker diagnostiziert sondern aufgrund von Fragebogenwerten (»Somatoform Dissociation Questionnaire 20«; Nijenhuis et al., 1996) nur diagnostisch zugeordnet. Es fand sich, dass somatoforme Dissoziation nicht durch Alter und Geschlecht beeinflusst wird. Der Zusammenhang zwischen der Anzahl erlebter Traumata und dem Ausmaß der somatoformen Dissoziation in mehreren großen Risikogruppenstudien war hoch (Korrelationen $>0,65$; Nijenhuis, 2009). Die Symptomatik war dann besonders ausgeprägt, wenn lebensgeschichtlich eine früh begonnene Typ-II-Traumatisierung vorlag.

2.2.3 Klassifikation und Differenzialdiagnosen

Die Einordnung der PTBS in eine übergeordnete Gruppe psychischer Störungen war zunächst kontrovers diskutiert worden. Die verschiedenen Alternativen für eine Zuordnung waren die dissoziativen Störungen, Angststörungen oder Belastungsstörungen. Für eine eventuelle Zuordnung zur Gruppe der dissoziativen Störungen sprach, dass bei PTBS und den anderen Traumafolgestörungen prominent dissoziative Symptome vorliegen. Dagegen sprach, dass Intrusions- und weitere Symptome nicht durch

Kriterien der somatoformen Traumafolgestörung (somatoforme Dissoziation).

(Nach Nijenhuis, 2009)

A. Traumakriterium^a

(entspricht der ICD- oder DSM-Definition)

B. Vorliegen negativer dissoziativer Symptome (mentale Stigmata)

1. Anästhesie: zeitweiser Sensibilitätsverlust in allen sensorischen Modalitäten
2. Analgesie: zeitweiser Verlust der Schmerzempfindung
3. Verlust der motorischen Kontrolle: Bewegungen, Stimme, Schlucken etc.

C. Vorliegen positiver dissoziativer Symptome (mentale Akzidenzen)

1. Somatoforme Komponenten nicht bewusster Prozesse, hysterische Phänomene und fixe Ideen: einzelne somatoforme Symptome

2. Somatoforme Komponenten hysterischer Attacken und reaktiver traumatischer Erinnerungen (z. B. lokalisierte psychogene Schmerzen)
3. Somnambulismus (Schlafwandeln): dissoziativ bedingte Bewegungsabläufe
4. Verwirrtheit (Delirien) : dissoziativ bedingte Zustände, akut psychotische Zustände, groteske somatoforme Veränderungen

D. Zeitkriterium^a: nicht spezifiziert

E. Funktionelle Beeinträchtigungen^a

bezogen auf Bildung, Familie, persönliche Beziehungen und Beruf

^a Kriterienbezeichnungen A bis E von Maercker hinzugefügt.

eine solche Zuordnung erklärt werden können, so dass diese Klassifikationsüberlegungen heute veraltet sind.

Wenn im Folgenden die Gründe für die Zuordnung zu den Angst- bzw. Belastungsstörungen beschrieben werden, sollen zugleich auch relevante weitere Störungen aus diesen Kategorien kurz gekennzeichnet werden.

Angststörungen

Im DSM-System (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) wird die PTBS zu den Angststörungen gerechnet (s. Übersicht). Dafür sprechen zunächst die zwei angstgetönten Bereiche der PTBS-Symptomatik:

1. Die körperlichen Reaktionen bei Konfrontationen mit Erinnerungen an das Trauma (z. B. Schwitzen, Atemnot, Herzbeschwerden) und
2. die phobische Vermeidung von Gedanken, Aktionen und Situationen, die an das Trauma erinnern.

Auf der physiologischen Ebene haben Angststörungen und PTBS die ausgeprägte sympathikotone Hyperreaktivität gemeinsam. Ein wesentliches Gegenargument gegen die Einordnung in die Angststörungsgruppe ist jedoch, dass bei einer PTBS immer eine äußere Verursachung vorhanden ist, was bei den übrigen Angststörungen eher selten vorkommt.

Klassifikation der Angststörungen nach dem DSM-IV-TR

- Panikstörung mit/ohne Agoraphobie
- Agoraphobie ohne Panikstörung
- Soziale Phobie
- Spezifische (einfache) Phobie
- Zwangsstörung
- Akute Belastungsstörung
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Generalisierte Angststörung
- Angststörung NNB (nicht näher bezeichnet)

Häufige Differenzialdiagnose: Unfallbedingte spezifische Phobie. Insbesondere bei Verkehrsunfallopfern ist beschrieben worden, dass ohne das Vorlie-

gen eines PTBS-Vollbildes oder einer subsyndromalen Störung gravierendes Vermeidungsverhalten auftritt, z. B. die Phobie, ein Fahrzeug zu führen oder mitzufahren (► Kap. 28). Falls intrusive Erinnerungen sowie ein chronischer Hyperarousal fehlen, sollte deshalb die Diagnose einer spezifischen Phobie vergeben werden.

Belastungsstörungen

Im ICD-System wird die PTBS in die Gruppe der Belastungsstörungen eingeordnet. Andere spezifische Störungen dieser Gruppe sind

- akute Belastungsreaktion und
- Anpassungsstörungen.

Weiterhin wird für diese Gruppe die Forschungsdiagnose diskutiert:

- komplizierte Trauerstörung (bzw. prolongierte Trauerstörung).

Die Belastungsstörungsgruppe ist im ICD sehr unspezifisch definiert. Gemeinsam ist diesen Störungen, dass sie durch ein Indexereignis (Bezugsergebnis) definiert werden. Zudem unterstellt die Gruppenzuordnung implizit, dass die Störungen nur transitorisch sind und nach gewissen Zeiträumen spontan heilen. Solche Spontanheilungen sind allerdings bei PTBS nicht häufiger als bei Angststörungen und Depressionen.

Anpassungsstörungen. Die Anpassungsstörungen (AS) sind insbesondere differenzialdiagnostisch für PTBS relevant. Einige Patienten – sowie einige der von ihnen konsultierten Ärzte und Psychologen – bezeichnen auch solche Lebensereignisse und Belastungen als traumatisch, die nicht der fachsprachlichen Traumadefinition (s. oben) entsprechen, z. B. Trennungen/Scheidungen, Arbeitsplatzverlust bis hin zu Burnout- oder Mobbingkonstellationen. Für diese Konstellationen kommt eine AS-Diagnose infrage. Sie wird aber meist aufgrund verschiedener Nachteile dieser Diagnose nicht gewählt:

- Die AS gilt als Verlegenheitsdiagnose.
- Sie ist anders als andere Diagnosen fast nur durch Ausschlusskriterien und nicht durch eine eigene Symptomatik gekennzeichnet.
- Außerdem wird sie in Lehrbüchern und der Forschung noch vernachlässigt.

2.2 · Symptomatik der Traumafolgestörungen

Als neues AS-Konzept haben Maercker et al. (2007) diese als genuine Belastungsstörung forschungsbasiert neu formuliert. Danach gehören zu ihrer Symptomatik

- **Kernsymptome** der Intrusionen, Vermeidung (z. B. Problem-, Personenvermeidung) und Fehl-anpassung (z. B. Alltagsdefizite, Konzentrationsprobleme) sowie
- **Begleitsymptome** der Angst, depressive Stimmung und Impulskontrollprobleme – diese bestimmen den AS-Subtyp,
- **Zeitkriterien** (unverändert): Dauer der Symptomatik 6 Monate für alle AS-Subtypen, maximal 2 Jahre für den depressiven Subtyp).

Diese evidenzbasierten Symptome/Syndrome finden sich bei vielen Patienten mit den genannten Lebensereignissen (wie Trennung/Scheidung, Arbeitsproblemen etc.; Maercker et al., 2008) aber auch bei körperlichen Erkrankungen (► Kap. 23; Bley et al., 2008).

Die (**posttraumatische**) **Verbitterungsstörung** (Linden et al., 2004) gehört nach systematischen Gesichtspunkten auch zu den Anpassungsstörungen. Hierbei handelt es sich um spezifisch veränderte Kognitions- und Affektivitätsmuster. Der Ereignisbezug ist definiert durch die Kriterien:

1. Einmaliges schwerwiegendes negatives Lebensereignis, in dessen Folge sich die psychische Störung entwickelt hat.
2. Einsicht in den Zusammenhang von Ereignis und jetzigem Zustand.
3. Der Patient erlebt das kritische Lebensereignis als **ungerecht**.

Klinische Symptome sind u. a.:

- a) Verbitterung und emotionaler Erregung beim Erinnern des Ereignisses,
- b) wiederholte Intrusionen,
- c) dysphorisch-aggressiv-depressive Grundstimmung,
- d) phobische Symptomatik, verbunden mit dem Ort oder Urheber des kritischen Ereignisses und
- e) Antrieb wird als blockiert erlebt.

Die genannten neuen Anpassungsstörungs(sub)typen können bisher nur als Forschungsdiagnosen eingesetzt werden.

Komplizierte Trauerstörung (KTS; auch: prolongierte Trauerstörung; früher: pathologische Trauer). Sie ist ebenfalls eine Forschungsdiagnose, allerdings liegen zu ihr wesentlich mehr Studien vieler Arbeitsgruppen vor. Relevant im psychotraumatologischen Kontext ist die KTS immer dann, wenn Personen vom traumatischen, dramatischen oder unerwarteten Tod eines nahen Angehörigen erfahren (z. B. Angehörige von Terror- oder Naturkatastrophenopfern); in diesem Falle ist das PTBS-Traumakriterium nicht erfüllt, denn die Betroffenen waren keine unmittelbaren Zeugen des Geschehens.

Kriterien der komplizierten Trauerstörung nach einem Expertenkonsens (Prigerson et al., 2009)

A. Ereigniskriterium: Tod einer nahen Bezugsperson

B. Kernsymptome (mindestens 1 der folgenden 3):

- Intrusive Gedanken bzgl. Verlust
- Überflutung durch Gefühle des Schmerzes und der Trauer
- Verlangen nach Verstorbenem

C. Begleitsymptome (mindestens 5 der folgenden 9):

- Gefühl, ein Teil des Selbst sei gestorben
- Schwierigkeit, den Tod zu akzeptieren
- Vermeiden von Personen, Plätzen, Aktivitäten, die an den Verlust erinnern
- Unfähigkeit, anderen zu vertrauen
- Verbitterung oder Wut über den Tod
- Schwierigkeit, das Leben weiter zu leben
- Emotionale Taubheit
- Gefühl, dass das Leben leer und sinnlos ist
- Gefühl der Benommenheit oder Erschütterung

D. Dauer der Symptome: mindestens 6 Monate

F. Erhebliche Beeinträchtigung in verschiedenen Lebensbereichen

Weiteres zur Diagnostik und Therapie der komplizierten Trauerstörung ► Kap. 25.

2.2.4 Epidemiologie, Komorbidität und Verlauf der PTBS

Epidemiologie

Informationen über die Verbreitung, über möglicherweise gekoppeltes Auftreten mit anderen psychischen Störungen sowie über den Verlauf der PTBS sind von großer Bedeutung für ein volles Verständnis der Störung. Der jeweilige Einzelfall eines Patienten, der sich zur Behandlung vorstellt, kann mit diesem Hintergrundwissen über häufige Auftretenskonstellationen und Komorbiditäten besser diagnostiziert und behandelt werden.

Die Verbreitung der PTBS hängt von der Häufigkeit traumatischer Ereignisse ab. Zumindest für einen Teil der Traumata ist es offensichtlich, dass sie in verschiedenen Weltregionen oder politischen Regionen in ihrer Häufigkeit variieren. Es gibt Regionen mit häufigeren Naturkatastrophen (z. B. auch einige Teile der USA) und Länder, in denen politische Gewalt und Folterungen politischer Gegner an der Tagesordnung sind. Bei den epidemiologischen Angaben zu PTBS muss man deshalb auf die regionale Herkunft der Prävalenzraten achten. Außerdem ist zu unterscheiden, ob Daten eine Periodenprävalenz, z. B. die 1-Jahresprävalenz, oder die Lebenszeitprävalenz wiedergeben – letzte umfasst auch die ausgeheilten Fälle und ist in der Regel höher als die 1-Jahresprävalenz.

In Deutschland wurde in der Studie, die die gesamte Erwachsenenaltersspanne umfasste (18- bis 97-Jährige), eine 1-Jahresprävalenz von 2,3% gefunden (keine signifikanten Geschlechtsunterschiede; Maercker et al., 2008). Die Altersgruppenunterschiede waren erheblich: bei den 14- bis 29-jährigen jungen Erwachsenen war diese Prävalenz 1,4%, bei den 30- bis 59-jährigen mittelalten Erwachsenen 1,9% und bei den über 60-jährigen Älteren betrug sie 3,8%. Dieser altersbedingte Prävalenzanstieg wurde mit den Nachwirkungen der Traumatisierungen in der Kriegszeit in Verbindung gebracht. Nach ICD-Definition der PTBS (die liberaler ist, ► Kap. 2.1) liegen die Prävalenzen ca. jeweils um das 2-fache höher.

Die US-amerikanische National Comorbidity Study (Kessler et al., 1995) fand eine Lebenszeitprävalenz von 7,8% mit einem starken Geschlechtsunterschied (bei Frauen 10,4%, bei Männern 5,0%;

Tab. 2.4. Häufigkeiten verschiedener Traumata und 1-Jahresprävalenz von PTBS in einer repräsentativen deutschen Stichprobe (Frauen und Männer gemittelt). (Nach Maercker et al., 2008)

| Art | Trauma-häufigkeit ^a | Störungs-häufigkeit nach Trauma |
|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| [%] | | |
| Kindesmissbrauch (<14. Lebensjahr) | 1,2 | 35,3 |
| Vergewaltigung | 0,75 | 37,5 |
| Kriegshandlungen | 8,2 | 7,9 |
| Kriegsbedingte Gefangenschaft | 1,6 | 0 |
| Schwere körperliche Gewalt | 3,8 | 10,5 |
| Schwere Unfälle | 4,6 | 12,8 |
| Zeuge (von Unfällen, Gewalt) | 8,5 | 6,9 |
| Feuer/Naturkatastrophen | 0,79 | 0 |
| Lebensbedrohliche Krankheit | 3,0 | 23,4 |
| Andere Traumata | 3,6 | 12,1 |
| Mehrere Traumata | 8,2 | 2,1 |

^a Mehrfachangaben möglich

Altersgruppenunterschiede nicht untersucht). Die National Comorbidity Study-Replication fand 12 Jahre später eine etwas geringe Lebenszeitprävalenz von 6,3% mit einem ähnlichen Geschlechtsunterschied.

Aus den Tab. 2.4 u. 2.5 ist ersichtlich, was die häufigsten Traumata sind und welche Traumata mit der höchsten Wahrscheinlichkeit mit einer PTBS einhergehen.

Häufige Traumata sind in den genannten Untersuchungen Kriegshandlungen, (schwere) Unfälle sowie das Zeugesein von Unfällen oder Gewalt. Diese häufigsten Traumata sind allerdings nicht zugleich diejenigen, nach denen sich am häufigsten eine PTBS herausbildet.

Tab. 2.5. Häufigkeiten verschiedener Traumata und Lebenszeitprävalenz von PTBS

| Studie | US-amerikanische Studie: 15- bis 65-Jährige (Kessler et al., 1995) | | Münchener Studie: 14- bis 24-Jährige (Perkonig et al., 2000) | |
|---|--|---------------------------------|--|---------------------------------|
| | Trauma-häufigkeit | Lebenszeitprävalenz nach Trauma | Trauma-häufigkeit | Lebenszeitprävalenz nach Trauma |
| Art | [%] | [%] | [%] | [%] |
| Vergewaltigung | 5,5 | 55,5 | 1,3 | 50,0 |
| Sexuelle Belästigung | 7,5 | 19,3 | a | a |
| Krieg | 3,2 | 38,8 | 0,2 | 25,0 |
| Waffengewaltandrohung | 12,9 | 17,2 | a | a |
| Körperliche Gewalt | 9,0 | 11,5 | 9,6 | 1,7 |
| Unfälle | 19,4 | 7,6 | 7,5 | 0 |
| Zeuge (von Unfällen, Gewalt) | 25,0 | 7,0 | 4,2 | 2,4 |
| Feuer/Naturkatastrophen | 17,1 | 4,5 | 0,5 | 0 |
| Misshandlung/sexueller Missbrauch in der Kindheit | 4,0 | 35,4 | 1,9 | 30,6 |
| Vernachlässigung in der Kindheit | 2,7 | 21,8 | a | a |
| Andere Traumata | 2,5 | 23,5 | 1,8 | 15,5 |
| Irgendein Trauma | 60,0 | 14,2 | 27,2 | 7,8 |

^a Diese Kategorie wurde nicht erfasst.

Liste der 3 pathogensten Traumata in den oben zitierten Untersuchungen

- Vergewaltigung (enge Definition ohne sexuelle Belästigung)
- Misshandlungen und sexueller Missbrauch in der Kindheit
- Kriegsteilnahme (nicht nach Soldat oder Zivilist unterschieden)

Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass sich aus epidemiologischen Daten immer nur Wahrscheinlichkeitsangaben ergeben. Auch im Falle eines »weniger« pathogenen Traumas kann sich das volle Syntombild einer PTBS herausbilden.

Komorbidität

Ein konsistentes Ergebnis der epidemiologischen Untersuchungen von Traumatisierten ist die hohe

Komorbidität mit anderen Diagnosen. Folgende Störungen oder Krankheiten sind die häufigsten Folge- und Begleitprobleme von PTBS:

Komorbidie Störungen bei post-traumatischen Belastungsstörungen

- Angststörungen
- Depressionen
- Suizidalität
- Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch oder -sucht
- Somatisierungsstörungen
- Borderline- oder antisoziale Persönlichkeitsstörung
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Je nach Untersuchung wird angegeben, dass bei 50–100% der Patienten mit PTBS komorbide Störungen

vorliegen. Meist haben Patienten mit PTBS mehr als eine weitere komorbide Störung (Brunello et al., 2001).

Verschiedene Autoren haben darauf hingewiesen, dass die anderen Störungen selbst in einem pathogenetischen Zusammenhang mit dem Trauma stehen, also keine unabhängigen Störungen sind (Sutker et al., 1994). Sozialphobien oder spezifische Phobien können sich in einem zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang mit dem Trauma herausbilden (z. B. Klaustrophobie, die Furcht vor engen Räumen bei Geiselnopfern).

Die erhöhte Rate von Selbstmorden bzw. Selbstmordversuchen bei Patienten mit PTBS stellt ein besonderes Problem dar. Suizidversuche wurden z. B. bei ehemaligen Soldaten im Kriegseinsatz 8-mal häufiger gefunden als in der Normalbevölkerung (Davidson et al., 1991). Hier ist eine aktiv auf die Betroffenen zugehende psychotherapeutische Betreuung bzw. die Suizidprophylaxe von Traumaopfern von großem Wert.

Zur Komorbidität mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) gibt es eine wissenschaftliche Debatte, ob und inwieweit die BPS und die komplexe PTBS (bzw. Entwicklungstraumastörung) sich überlappen oder sogar identisch sind (Driessen et al., 2002). Studien zeigten aber, dass

- a) nicht alle BPS-Patienten in ihrer Entwicklung Traumata erlebt haben (aber 65–80% berichten ein oder mehrere Traumata) und
- b) nicht alle Symptombereiche übereinstimmen (Bohus et al., 2009; Golier et al., 2003).

Über 50% der Patienten mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung haben ebenfalls traumatische Ereignisse in ihrer Entwicklung erlebt (Semiz et al., 2007). Die häufige Komorbidität zur BPS ist für Therapieplanungen relevant (Affektregulation und Stabilisierung, ► Kap. 11).

Ein ausgeprägter Zusammenhang besteht zwischen chronischer PTBS und einer höheren Rate körperlicher Krankheiten sowie einer ausgeprägten Nutzung medizinischer Behandlungseinrichtungen (Schnurr & Green, 2004).

Verlauf

Nach dem Erlebnis von Traumata können PTBS in jedem Lebensalter auftreten. Sie wurden sowohl in der Kindheit als auch im hohen Lebensalter beschrieben (Maercker et al., 1999).

- ! Die eigentlichen PTBS-Symptome treten üblicherweise innerhalb der ersten Monate nach dem Traumazeitpunkt oder -zeitraum auf. In den unmittelbaren Stunden und Tagen nach einem Trauma herrschen oft psychische Schock- oder akute Belastungszustände vor (► Abschn. 2.2.1 und ► Kap. 10).

Bildet sich nach diesen Anfangszuständen eine PTBS-Symptomatik heraus, kann sich diese durch spontane Heilung in den nächsten Wochen und Monaten wieder zurückbilden. Über die Häufigkeit von Spontanheilung der PTBS gibt es Angaben aus einer epidemiologischen Studie (Kessler et al., 1995): Ein Drittel der Betroffenen war danach innerhalb der ersten 12 Monate beschwerdefrei. Insgesamt die Hälfte der Betroffenen war nach ca. 4 Jahren störungsfrei. Zehn Jahre nach den traumatischen Ereignissen bestand die Symptomatik weiterhin bei zirka einem Drittel der Personen, die ursprünglich PTBS ausgebildet hatten.

Von den Personen, die irgendeine Form von Therapie erhielten, war die Hälfte nach 3 Jahren symptomfrei, während die andere Hälfte weitere Symptome zeigte. Die genannten Daten der Heilungsraten sind allerdings nicht spezifisch, da sie über alle möglichen verschiedenen Traumaarten gemittelt sind. Außerdem sind die genannten Zahlen durch ihre retrospektive Erhebung methodisch unsicher.

In seltenen Fällen kommt es zu einer **verzögerten Form der PTBS** nach symptomfreien Monaten, Jahren oder Jahrzehnten (Andrews et al., 2007). Eine Verstärkung der Symptomatik kann nach kritischen Lebensereignissen oder Rollenwechseln in der Biographie (z. B. Berentung) auftreten. Es gibt Belege dafür, dass im höheren Lebensalter unbehandelte posttraumatische Symptome in Häufigkeit und Belastungsgrad zunehmen (► Kap. 24), jedoch sind Langzeituntersuchungen individueller Verläufe noch sehr selten.

Literatur

- Adler, A. B., Wright, K. M., Bliese, P. D., Eckford, R. & Hoge, C. W. (2008). A2 diagnostic criterion for combat-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 21* (3), 301–308.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – text revision (DSM-IV-TR)*. (4th ed.) Washington: American Psychiatric Press.
- Andrews, B., Brewin, C. R., Philpott, R. & Stewart, L. (2007). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. *American Journal of Psychiatry, 164*(9), 1319–1326.
- Bley, S., Einsle, F., Maercker, A., Weidner, K. & Joraschky, P. (2008). Anpassungsstörungen – Die Erprobung eines neuen diagnostischen Konzepts in einem ambulanten psychosomatischen Setting. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 58*, 446–453.
- Bohus, M. et al. (2009). Die Freiburg-Mannheimer Borderline-studie. Zur Publikation eingereicht.
- Boroske-Leiner, K., Hofmann, A. & Sack, M. (2008). Ergebnisse zur internen und externen Validität des Interviews zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBS). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 58* (5), 192–199.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Rose, S. (2000). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress, 13* (3), 499–509.
- Brunello, N., Davidson, J. R., Deahl, M., Kessler, R. C., Mendlewicz, J., Racagni, G., Shalev, A. Y. & Zohar, J. (2001). Posttraumatic stress disorder: diagnosis and epidemiology, comorbidity and social consequences, biology and treatment. *Neuropsychobiology, 43* (3), 150–162.
- Bryant, R. A. (2005). Predicting posttraumatic stress disorder from acute reactions. *Journal of Traumatic Dissociation, 6* (2), 5–15.
- Classen, C. C., Pain, C., Field, N.P. & Woods, P. P. (2006). Posttraumatic personality disorder: a reformulation of complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder. *Psychiatric Clinic of North America, 29* (1), 87–112.
- Davidson, J. R., Hughes, D., Blazer, D. G. & George, L. K. (1991). Posttraumatic stress disorder in community. An epidemiological study. *Psychological Medicine, 21*, 713–721.
- Davidson, J. R. & Foa, E. B. (1993). Posttraumatic stress disorder. DSM-IV and beyond. Washington: American Psychiatric Press.
- Driessen, M., Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A., Berea, R. C., Wulff, H. & Ratzka, S. (2002). Is the borderline personality disorder a complex post-traumatic stress disorder? – The state of research. *Nervenarzt, 73* (9), 820–829.
- Ebert, A. & Dyck, M. J. (2004). The experience of mental death: the core feature of complex posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 24* (6), 617–635.
- Foa, E. B., Riggs, D. S. & Gershuny, B. S. (1995). Arousal, numbing, and intrusion: symptom structure of PTB following assault. *American Journal of Psychiatry, 152*, 116–120.
- Frewen, P. A. & Lanius, R. A. (2006). Toward a psychobiology of posttraumatic self-dysregulation: reexperiencing, hyperarousal, dissociation, and emotional numbing. *Annual of the New York Academy of Sciences, 1071*, 110–124.
- Golier, J. A., Yehuda, R., Bierer, L. M., Mitropoulou, V., New, A. S., Schmeidler, J., Silverman, J. M. & Siever, L. J. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry, 160* (11), 2018–2024.
- Herman, J. (1992). Complex PTB: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 377–391.
- Jongedijk, R. A., Carlier, I. V., Schreuder, B. J. & Gersons, B. P. (1996). Complex posttraumatic stress disorder: an exploratory investigation of PTSD and DES NOS among Dutch war veterans. *Journal of Traumatic Stress, 9* (3), 577–586.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., et al. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048–1060.
- Landolt, M. A. (2004). *Psychotraumatologie des Kindesalters*. Göttingen: Hogrefe.
- Linden, M., Schippan, B., Baumann, K. & Spielberg, R. (2004). Die posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED). Abgrenzung einer spezifischen Form der Anpassungsstörungen. *Nervenarzt, 75*, 51–57.
- Maercker, A. (1998). *Posttraumatische Belastungsstörungen: Psychologie der Extrembelastungsfolgen bei Opfern politischer Gewalt*. Lengerich: Pabst. (ab 2002: eBook bei www.ciando.de)
- Maercker, A. (1999). Lifespan psychological aspects of trauma and PTSD: Symptoms and psychosocial impairments. In: A. Maercker, M. Schützwohl & Z. Solomon (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: A lifespan developmental perspective* (pp. 7–42). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Maercker, A., Einsle, F. & Köllner, V. (2007). Adjustment disorders as stress response syndromes: A new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology, 40*, 135–146.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland: Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Nervenarzt, 79*, 577–586.
- Maercker, A. & Rosner, R. (2006). Was wissen wir über die posttraumatische Belastungsstörung und wohin gehen zukünftige Entwicklungen? – Zur Psychologie der Traumafolgestörungen. In A. Maercker & R. Rosner (Hrsg.), *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 3–17). Stuttgart: Thieme.
- Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O. & Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ–20). *Journal of Nervous and Mental Disorder, 184* (11), 688–694.
- Nijenhuis, E. R., Van der Hart, O., Kruger, K. & Steele, K. (2004). Somatoform dissociation, reported abuse and animal defence-like reactions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38* (9), 678–686.

- 2
- Nijenhuis, E. R. S. (2009). Somatoform dissociation and somatoform dissociative disorders. In P. F. Dell & J. O'Neil (Eds.), *Dissociation and dissociative disorders: DSM-IV and beyond* (pp. 245–273). New York: Routledge.
- Perkonig, A., Kessler, R.C., Storz, S. & Wittchen, H.U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 45–59.
- Perry, B. D. & Pollard, R. (1998) Homeostasis, stress, trauma, and adaptation: a neurodevelopmental view of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7, 33–51.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Goodkin, K., Neimeyer, R. A., Bonanno, G., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B., Johnson, J. G., First, M. B., Maciejewski, P. K. (in press). *Field trial of consensus criteria for prolonged grief disorder proposed for DSM-V*. Plos Medicine
- Schnurr, P., Green, B. L. (2004). *Trauma and health: physical health consequences of exposure to extreme stress*. Washington: American Psychological Association.
- Semiz, U. B., Basoglu, C., Ebrinc, S., Cetin, M. (2007) Childhood trauma history and dissociative experiences among Turkish men diagnosed with antisocial personality disorder. *Society of Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 42 (11), 865–873.
- Shakespeare, W. (1989). *König Heinrich IV*. 1. Teil. In *Sämtliche Werke* (übersetzt v. A. W. Schlegel, D. Tieck & W. Graf Baudissin). Berlin: Aufbau.
- Sutker, P. B., Uddo, M., Brailey, K., Vasterling, J. J. & Errera, P. (1994). Psychopathology in war-zone deployed and non-deployed operation desert storm troops assigned graves registration duties. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 383–390.
- Taylor, S., Asmundson, G. J. & Carleton, R. N. (2006). Simple versus complex PTSD: a cluster analytic investigation. *Journal of Anxiety Disorder*, 20 (4), 459–472.
- Terr, L. C. (1989). Treating psychic trauma in children. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 3–20.
- Van der Kolk, B. (2005). Developmental trauma disorder. Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35, 979–987
- Weltgesundheitsorganisation (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. ICD-10, Kapitel V. Bern: Huber.

3 Psychologische Modelle

A. Maercker

3.1 Ein multifaktorielles Rahmenmodell – 34

3.2 Gedächtnismodelle – 38

3.2.1 Furchtstrukturmodell – 38

3.2.2 Duales Gedächtnismodell – der Einbezug der Dissoziation – 40

3.3 Kognitive Modelle – 42

3.3.1 Kognitiv-psychodynamisches Konzept – 42

3.3.2 Kognitives Störungsmodell – 43

3.3.3 Interpersonell-soziokognitives Modell – 45

Literatur – 47

Posttraumatische Belastungsstörungen haben wie andere psychische Störungen grundsätzlich biopsychosoziale Ursachen jenseits dessen, dass es ein oder mehrere identifizierbare traumatische Ereignisse als Auslöser für die Störung gibt. In diesem Kapitel werden verschiedene psychologische und soziale Faktoren und Erklärungsmodelle dargestellt, während im nächsten Kapitel die neurobiologische Ursachenforschung zusammengefasst wird.

Der folgende Abschnitt beschreibt ein multifaktorielles Rahmenmodell der Entstehung von Traumafolgestörungen. Danach werden verschiedene Erklärungsmodelle dargestellt, die jeweils einen spezifischen Schwerpunkt haben:

- Gedächtnismodelle,
- kognitive Modelle sowie
- interpersonell-sozialkognitives PTBS-Modell.

3.1 Ein multifaktorielles Rahmenmodell

Das Rahmenmodell basiert auf den Befunden aus der Epidemiologie und verschiedenen PTBS-Forschungsansätzen (Maercker, 1998). Grundsätzlich

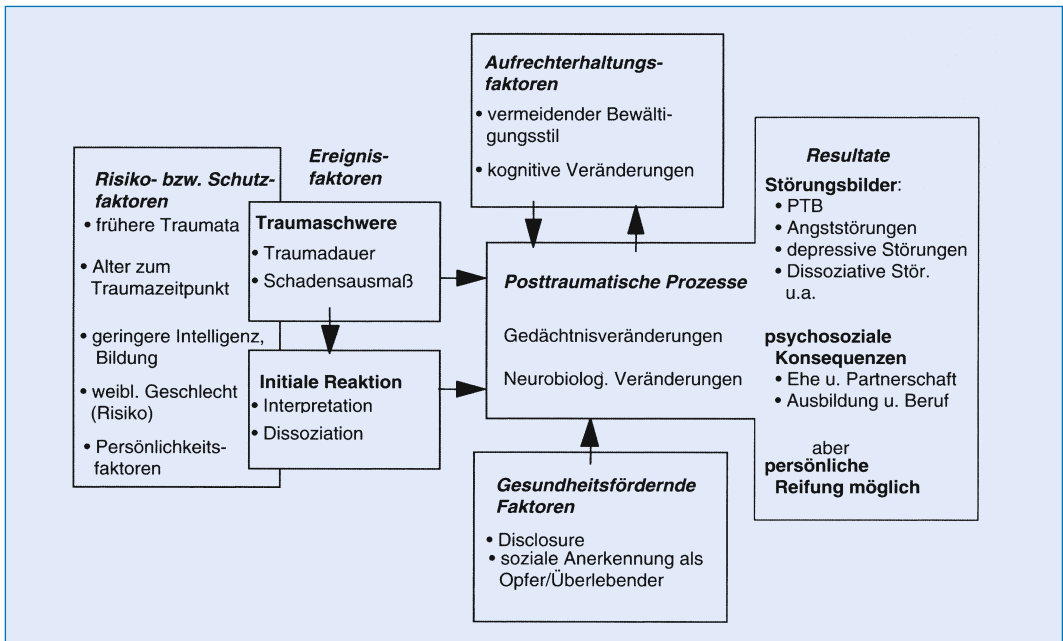
setzt es an der Frage an, warum ein Teil der Betroffenen die verschiedenen Traumafolgestörungen aufweisen und ein anderer Teil keine? Die folgende 5 ätiologischen Faktorengruppen zeigt **Abb. 3.1**:

1. Risiko- bzw. Schutzfaktoren (**prätraumatisch**),
2. Ereignisfaktoren (**peritraumatisch**),
3. Aufrechterhaltungsfaktoren (**posttraumatisch**),
4. Ressourcen, gesundheitsfördernde Faktoren (**posttraumatisch**) und
5. posttraumatische Prozesse und Resultate.

Risiko- bzw. Schutzfaktoren

Obwohl in der Literatur oft nur als Risikofaktoren bezeichnet, kann man eine Reihe dieser Faktoren auch als Schutzfaktoren bezeichnen, weil sie einen günstigen Einfluss darauf haben, Extrembelastungen ohne psychische Störungen zu überstehen. Die Einordnung als Risiko- oder Schutzfaktor kann als statistische Vorzeichenproblematik diskutiert werden, da z. B. das Fehlen des Schutzfaktors »emotionale Reife« gleichzeitig auch ein Risiko bedeuten kann (Maercker, 1998).

In einer Metaanalyse wurden 77 Studien ausgewertet, die folgende prädiktive Faktoren benannten (Brewin et al., 2000):



■ **Abb. 3.1.** Rahmenmodell der Ätiologie von Traumafolgen

3.1 · Ein multifaktorielles Rahmenmodell

- frühere Traumatisierung in der Kindheit (Missbrauch und andere Traumata),
- jüngeres Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung,
- geringe Intelligenz bzw. Bildung sowie
- weibliches Geschlecht.

Es stellte sich heraus, dass diese Faktoren insgesamt einen viel geringeren prädiktiven Faktor hatten (mittlere Korrelationen von $r=0,06-0,19$), als die Ereignis- und Aufrechterhaltungsfaktoren (mittlere Korrelationen von $r=0,23-0,40$).

Für die Beziehung zwischen Traumatisierungsalter und PTBS-Risiko fand Maercker (1999) eine U-förmige Beziehung für menschlich verursachte Traumata: Kinder und Jugendliche haben das größte Risiko, junge sowie mittelalte Erwachsene ein vergleichsweise geringeres und ältere Erwachsene wiederum ein erhöhtes Risiko.

Ob vor dem Trauma bestehende **Persönlichkeitseigenschaften** ein Risiko für die PTBS-Ausbildung darstellen, ist nicht abschließend zu beantworten. Es ist methodisch schwierig, rückwirkend zuverlässige Informationen über Persönlichkeitseigenschaften vor der Einwirkung eines Traumas zu erhalten. Bisher gibt es nur sehr wenige Längsschnittstudien, in denen Personen untersucht wurden, **bevor** sich ein Trauma ereignete:

- Lee et al. (1995) analysierten verfügbare Daten von Jugendlichen, die untersucht worden waren, bevor sie als Soldaten in den Krieg mussten. Es zeigte sich, dass die Globalbeurteilung der emotionalen Reife vor dem Trauma mit der späteren Ausbildung von PTBS im Zusammenhang stand (d. h., weniger emotionale Reife zog mehr Symptomatik nach sich).
- Noelen-Hoeksema und Morrow (1991) untersuchten Studenten zufälligerweise einige Wochen vor einem Erdbeben und schlossen nach dem Erdbeben eine zweite Untersuchung an. Sie fanden keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Persönlichkeitseigenschaften, die vor den Traumata gemessen wurden und späteren psychischen Beschwerden.
- Breslau et al. (1995) untersuchte eine große epidemiologische Stichprobe ein zweites Mal nach drei Jahren und analysierte die in der Zwischenzeit geschehenen Traumata und ihre Wirkungen.

Sie fanden ebenfalls keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Persönlichkeitseigenschaften, die vor den Traumata gemessen wurden und späteren psychischen Beschwerden. In letztgenannter Studie gab es allerdings einen prädiktiven Zusammenhang zwischen Neurotizismus bzw. Extraversion und der Anzahl später erlebter traumatischer Ereignisse (z. B. Verkehrsunfälle, sexuelle Übergriffe).

Bei den drei vorliegenden Untersuchungen sind die Erfassungsmethoden allerdings oft mangelhaft (z. T. keine direkte PTBS-Untersuchung), was wahrscheinlich auch die Uneinheitlichkeit der Ergebnisse begründet.

Ereignisfaktoren

Traumatische Schwere. Es kann als empirisch gesichert angesehen werden, dass die durch objektivierbare Parameter messbare Schwere des Traumas (z. B. Traumadauer, Schadensausmaß, Verletzungsgrad, Anzahl von Toten) mit dem Ausmaß der Folgen in einer direkten Beziehung (sog. Dosis-Wirkungs-Beziehung) steht (Brewin et al., 2000; March, 1993). Die Größenordnungen dieses Zusammenhanges sind in der Regel vergleichsweise gering (Korrelationen von $r=0,20-0,30$), was darauf hinweist, dass psychologische Faktoren der Ereignisbewertung eine Rolle spielen.

Initiale Reaktionen. Verschiedene Formen initialer Reaktionen sind ein wichtiger Prädiktor, ob eine PTBS entsteht oder nicht. Maercker, Schützwohl u. Beauducel (2000) zeigten, dass Initialreaktionen in höherem Ausmaß die PTBS-Symptomatik vorher sagten als die objektivierbare Traumatische Schwere.

Unter der Lupe

Ist das Traumaopfer in der Lage, für sich einen – wie gering auch immer vorhandenen – Spielraum an Einflussmöglichkeiten während des traumatischen Geschehens zu sehen, werden in die posttraumatischen Folgen meist nicht so ausgeprägt sein.

Die Einschätzung (Interpretation) während des Traumas, **sich aufzugeben** oder nicht, ist bei Verge-

waltungstraumata und ehemals politisch Inhaftierten untersucht worden (Ehlers et al., 2000). Es zeigte sich, dass bei Patienten mit einer PTBS, die sich während des Traumas ein Gefühl für die eigene Autonomie bewahren konnten (selbst, wenn dieses Gefühl die Lage faktisch kaum oder nicht änderte) und sich nicht selbst aufgaben, bessere Ergebnisse in der psychotherapeutischen Reduktion der Symptome erzielt werden konnten, als in einer Kontrollgruppe.

Die psychische Dissoziation während des Traumas (**peritraumatische Dissoziation**), bei der es zu Derealisations- und Depersonalisationsphänomenen kommt, ist ebenfalls ein Prädiktor für das spätere PTBS-Ausmaß (Marmar et al., 1998). Für die peritraumatische Dissoziation war zunächst eine schützende Wirkung angenommen worden, die sich aber in keiner Studie bestätigen konnte (Marmar et al., 1998).

Aufrechterhaltungsfaktoren

Posttraumatische Lebensbelastungen. Insgesamt sind sie die einflussreichsten Faktoren für die Existenz chronischer Belastungsstörungen. In einer methodisch exzellenten Studie an über 1.600 ehemaligen Vietnamsoldaten fand man, dass die posttraumatischen Einflussfaktoren bei Frauen den größten Teil der PTBS-Störungsvarianz aufklärten (vor Ereignis- und prätraumatischen Faktoren) und bei Männern den zweitgrößten Teil der PTBS-Störungsvarianz nach dem Ereignisfaktoren und vor den prätraumatischen Risikofaktoren (King et al., 1999). Dies wurde auch für andere Traumaarten bestätigt (Brewin et al., 2000). Zu diesen posttraumatischen Belastungen gehören Probleme aus dem familiären und beruflichen Bereich (z. B. Auseinanderleben von Ehepartnern, Arbeitsunfähigkeit) oder die aufgetretenen medizinisch-körperlichen sowie materiell-finanziellen Schäden.

Kognitiv-emotionale Veränderungen. Die veränderten Einstellungen von Traumaüberlebenden gegenüber der Welt und sich selbst sind Gegenstand verschiedener psychologischer Theorien und Modelle zur PTBS. In der Erstformulierung des PTBS-Störungsbildes durch Horowitz (1976) spielten die **Schuldgefühle** eine besondere Rolle. So genannte Überlebensschuld (**»survivor guilt«**) wurde z. B. von Holocaustüberlebenden berichtet, die Jahre und Jahrzehnte nach ihrer Befreiung noch daran litten,

dass sie selbst ihr Überleben eigentlich nicht verdient hätten, sondern es besser gewesen wäre, wenn andere Holocausthäftlinge überlebt hätten. Schuldgefühle und Überlebensschuld findet man auch jetzt noch bei Betroffenen, die ein Unglück überlebt haben, bei dem Andere zu Tode gekommen sind. Unangemessene Schuldgefühle von Traumatisierten sind nachträgliche Re-Attribuierungsversuche der Betroffenen (z. B. *»Ich habe eine große Mitschuld am Vorgefallenen«*) im Dienste einer Illusion der Kontrollierbarkeit der Traumaverursachung (z. B. *»Wenn ich mich nicht so verhalten hätte, wäre alles nicht passiert«*). Die Illusion der Kontrollierbarkeit durch die Verantwortungsübernahme ist allerdings dysfunktional und führt nicht zur Erleichterung, sondern zur Verstärkung des Leidensdrucks der Betroffenen.

Fünf kognitiv-emotionale Bereiche stehen im Mittelpunkt des Modells der kognitiven Verarbeitungstherapie:

1. Sicherheitsüberzeugungen,
2. Vertrauen,
3. Einfluss-/Machtattributionen,
4. Intimitätsfähigkeit und
5. Selbstachtung (Iverson & Resick, ► Kap. 21).

Die kognitiv-emotionalen Veränderungen wurden von Ehlers und Clark (2000) zum Kern ihres kognitiven Störungsmodells gemacht (► Abschn. 3.3). Weitere typische Veränderungen, wie Scham, Ärger und Rache, werden im interpersonell-soziokognitiven Modell (Maercker, 2009; ► Abschn. 3.3) beschrieben.

Ressourcen oder gesundheitsfördernde Faktoren

Als Ressourcen oder gesundheitsfördernde Faktoren werden diejenigen bezeichnet, die zu einer Wiedergesundung der Betroffenen nach einer vorübergehend symptomatischen akuten Phase führen. Ausführlich werden die Ressourcen, die bei der Traumaverarbeitung eine Rolle spielen, im ► Kap. 5 dargestellt. Der Ressourcenbegriff impliziert, dass diese Faktoren auch als Selbstheilungskräfte wirken können. Insgesamt setzen die genannten Faktoren den Betroffenen in die Lage, ihre traumatischen Erlebnisse besser zu integrieren.

Kohärenzsinn. Das psychologische Konstrukt des Kohärenzsinnens wurde im Zusammenhang mit der

3.1 · Ein multifaktorielles Rahmenmodell

Psychotraumatologie von Antonovsky (1987) entwickelt. Es sollte die Fähigkeit erfassen, das Geschehene geistig einordnen, verstehen und ihm einen Sinn geben zu können. Personen mit einem gut ausgebildeten Kohärenzsinn sollen aufgrund ihres Weltverständnisses gute Fähigkeiten zur Vorhersage selbst von schrecklichen Ereignissen haben. Dem theoretisch sinnvollen Konstrukt des Kohärenzsinnes kann bisher allerdings nur durch ein eher unvalides empirisches Messkonzept erfasst werden (Kohärenzsinn-Fragebogen Antonovsky, 1987 – Kritik daran: z. B. Schmidt-Rathjens et al., 1997). Die zugrunde liegende theoretische Annahme ist damit allerdings nicht entwertet. Beispielsweise weisen die autobiografischen Berichte einiger Überlebender aus Konzentrationslagern des Dritten Reichs darauf hin, dass eine aktive Geisteshaltung für die Bewältigung hilfreich ist, so im beeindruckenden Report des Psychotherapeuten Viktor E. Frankl (1973).

Interpersonell-soziokognitive Faktoren. In der zitierten Metaanalyse von Brewin et al. (2000) fand sich, dass die **soziale Unterstützung** – als zusammengefasster Oberbegriff über verschiedene relevante Prozesse – der vergleichsweise wichtigste Prädiktor für die Ausprägung der PTBS ist, weit vor den prä-, peri- und anderen posttraumatischen Faktoren. Die zwischenmenschliche Einbettung (vs. Isolation) der Traumatisierten, ihre Möglichkeiten über das Erlebte zu kommunizieren (sog. »Disclosure«) sowie die von der Umgebung erfahrene Anerkennung als Traumaopfer sind demnach ganz zentral – und wurden von Maercker (2009) zum Gegenstand des interpersonell-soziokognitiven PTBS-Modells gemacht (► Abschn. 3.3).

Posttraumatische Prozesse und Resultate

Für die unmittelbaren und späteren Traumafolgen sind Gedächtnisveränderungen und neurobiologische Veränderungen von zentraler Wichtigkeit. Gedächtnisveränderungen werden nachfolgend (► Abschn. 3.2) und neurobiologische Veränderungen im ► Kap. 4 eingehend dargestellt. Den letzten Teil des psychosozialen Rahmenmodells bilden die verschiedenen Resultate. Klinisch relevante Ergebnisse einer Traumawirkung können psychische Störungen sein, wie sie in diesem Buch ausführlich beschrieben werden.

Sekundär kommt es in vielen Fällen zu erheblichen psychosozialen Konsequenzen, wie nicht abgeschlossenen Ausbildungen, Arbeitsplatzschwierigkeiten, Karrierebrüchen, häufigen Trennungen oder Scheidungen, Erziehungsproblemen sowie querulatorische Konflikte mit Vorgesetzten oder Behörden. Sie erfordern Maßnahmen der psychosozialen Reintegration bzw. der praktischen Sozialarbeit (Soyer, 2006).

Posttraumatische Reifung. Ein wichtiges Phänomen bei vielen Traumatisierten ist, dass sie im Nachhinein meinen, dieses Ereignis habe einen persönlichen Reifungsprozess in Gang gesetzt. Frankl hat als Psychologe, der selbst ein Konzentrationslager überlebt hat, darauf schon früh hingewiesen (Frankl, 1973). Viele Traumatisierte berichten – oft allerdings erst, wenn man sie danach fragt –, dass sie die erlebten Erfahrungen und Einsichten für ihr weiteres Leben nicht mehr missen wollen.

Posttraumatische Reifung (»Posttraumtic Growth«) wurde im letzten Jahrzehnt intensiv untersucht (Calhoun & Tedeschi, 2006; Zöllner & Maercker, 2006). Es liegt ein Fragebogen für verschiedene Opfergruppen vor (Maercker & Langner, 2001), der die Dimensionen erfasst:

- Beziehungen zu Anderen (z. B. tieferes Verbundenheitsgefühl),
- Wertschätzung des Lebens (z. B. andere Prioritätensetzung),
- neue Möglichkeiten (z. B. stärkerer Veränderungswillen),
- persönliche Stärken (z. B. Entwicklung eigener Bewältigungsmöglichkeiten) und
- religiös-spirituelle Veränderungen (z. B. stärkeren Glauben).

Als psychologische Prozesse, die bei der Herausbildung der posttraumatischen Reifung eine Rolle spielen, wurden Konstrukte der Sinnfindung, der Bewältigung, des Wachstums und der Weisheitsentwicklung untersucht. Maercker u. Zöllner (2004) haben in ihrem Januskopf-Modell der posttraumatischen Reifung postuliert, dass die selbstwahrgenommene posttraumatische Reifung neben einer funktionalen Seite (*»Ich habe wirklich neu erfahren können, wie sehr Freunde und Verwandte mir verbunden sind; das war vorher noch nicht so wichtig in*

meinem Leben«) auch eine illusorische Seite hat (»Wenn es schon passiert ist, dann muss es wenigstens für etwas gut gewesen sein«); wobei der illusorische Gewinn meist nicht anhaltend ist.

! Die eigene posttraumatische Reifung kann neben der Symptomreduktion und Gesundheitsstabilisierung eine wichtige zusätzliche Zielgröße für die psychotherapeutische Behandlung sein.

3.2 Gedächtnismodelle

Als Traumagedächtnismodelle lassen sich verschiedene psychologische Erklärungsansätze zusammenfassen, die der Verankerung der traumatischen Erlebnisse im Gedächtnis die zentrale Rolle für die Entstehung und Aufrechterhaltung der PTBS und anderer Traumafolgestörungen zuschreiben. Hier sind in den letzten Jahren – oft korrespondierend mit neurobiologischer PTBS-Forschung (► Kap. 4) – zahlreiche wichtige neue Erkenntnisse entstanden.

! Gemein ist den verschiedenen Konzepten der Kerngedanke, dass zentrale Gedächtnisinhalte in ihrer Struktur und Funktion durch das traumatische Erlebnis nachhaltig verändert werden.

Schon 1887 hatte **Pierre Janet** den Zustand einiger traumatisierter Patienten als Gedächtnisphobie beschrieben. Die Betroffenen ertragen die Konfrontation mit den Erinnerungen und dem Wiedererleben nicht und versuchen deshalb, diese zu vermeiden und zu verdrängen. Daraus entwickelte er Vorstellungen zur Dissoziation bewusster und unbewusster Gedächtnisinhalte und Verhaltensrepräsentanzen, die teilweise heute noch diskutiert werden (Van der Hart et al., 2006).

In den wegweisenden Modellvorstellungen zu Traumafolgestörungen von **Horowitz** (1976) nahm die Dynamik der Inkompatibilität der neuen traumatischen Erfahrungen mit den vorhergehenden Repräsentanzen von Selbst-, Fremd- und Weltkonzepten (bzw. Gedächtnisschemata) einen zentralen Raum ein. Horowitz postulierte – basierend auf psychoanalytischen Vorstellungen (Freud, 1920/1989) – eine Vervollständigungstendenz (»completion tendency«) der Gedächtnisinhalte: die neue traumatische Erfahrung muss so oft in Form von Intru-

sionen ins Bewusstsein treten, bis sie ohne erhebliche Belastungen ins Gedächtnis integrierbar ist. Sein diesbezügliches Phasenmodell ist in ► Kap. 14 dargestellt. Horowitz bettete diese allgemeinen Annahmen in spezifische Vorstellungen zu Schemataarten (z. B. Opfer-, Täterschema) und Persönlichkeitsstilen ein (► Abschn. 3.3 sowie ► Kap. 14).

3.2.1 Furchtstrukturmodell

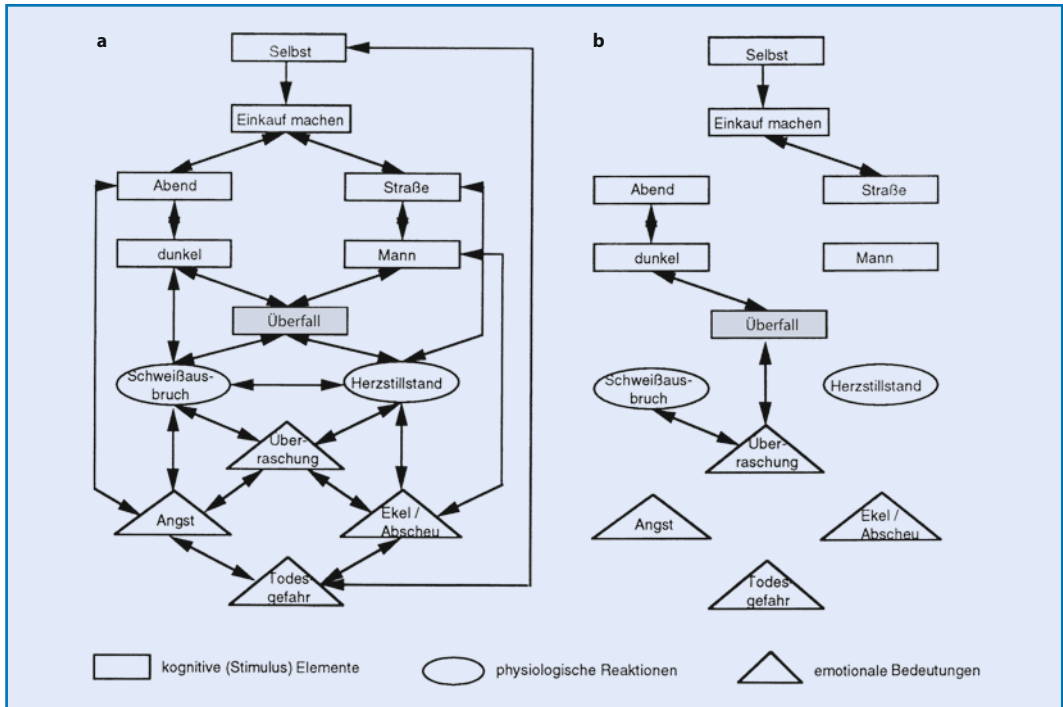
Basierend auf lerntheoretischen Erkenntnissen bezeichneten Foa u. Kozak (1986) die durch das Trauma veränderten Gedächtnisstrukturen als Furchtstrukturen. Frühere lerntheoretische Vorstellungen hatten die PTBS durch das Zwei-Faktoren-Modell der Angstentstehung erklärt (Mowrer, 1960). Dieses besagt, dass ein traumatisches Ereignis in einer ersten Phase zu einer Kopplung von Angst an ein kognitives Element (Schlüsselreiz) und in einer zweiten Phase durch eine operante Konditionierung zu Vermeidungsverhalten führt. Diese einfache Konditionierungstheorie kann nicht die Intrusionen als vorherrschende Symptome bei PTBS erklären.

Eine Furchtstruktur ist nach diesem Modell dadurch gekennzeichnet, dass eine hohe Angst und Aktivierung verschiedene Elemente miteinander verbindet. Die Furchtstrukturen bestehen aus drei Arten von Elementen:

1. kognitive Elemente (Stimuli; u. a. das Trauma mit seinen Merkmalen),
2. physiologische Reaktionen und
3. emotionale Bedeutungen.

! Posttraumatische Furchtstrukturen bilden sich dadurch heraus, dass ein extrem emotional bedeutsamer Stimulus (meist: Todesangst) mit einem oder mehreren kognitiven Elementen und mit körperlichen Reaktionen gekoppelt wird.

Diese Kopplung geschieht in Form einer nachhaltigen Aktivierung einer umfassenden Gedächtnisstruktur. Als Ergebnis resultiert eine leicht zu aktivierende Furchtstruktur, die sehr viele Elemente umfasst (z. B. mit dem Trauma nur locker assoziierte Fakten). Die einmal ausgebildete Furchtstruktur ist von allen Elementen aus leicht durch Schlüsselreize (Fakten, Körperreaktionen, Emotionen) zu aktivieren. Je mehr Elemente die Furchtstruktur beinhaltet, desto häufiger



■ **Abb. 3.2a, b.** Furchtstruktur nach einem abendlichen Überfall. **a** Ausgeprägte Furchtstruktur bei Vorliegen von PTBS,

b deaktivierte Furchtstruktur bei genesenem Patienten (z. B. nach Expositionstherapie). (Nach Foa & Kozak, 1986)

wird sie durch die verschiedensten Schlüsselreize aktiviert werden und desto stärker wird die PTBS-Symptomatik ausgebildet sein. Beispielsweise beruhen die Intrusionssymptome auf der Aktivierung der kognitiven Elemente durch entsprechende Schlüsselreize.

Das Beispiel einer Furchtstruktur nach einer Vergewaltigung zeigt ■ Abb. 3.2, wobei auf der linken Seite eine voll ausgebildete pathologische Furchtstruktur und auf der rechten Seite eine deaktivierte Furchtstruktur (z. B. im Ergebnis einer gelungenen Psychotherapie) abgebildet ist.

Der spontane Aufbau einer Furchtstruktur nach dem Erlebnis eines Traumas ist nach Foa und Kozak (1986) eigentlich ein normaler und kein pathologischer Prozess. Im pathologischen Fall kommt es allerdings nicht zu einer spontanen Rückbildung der Furchtstruktur in den ersten Tagen oder Wochen nach dem Trauma, so dass die Furchtstruktur verhaltensrelevant bleibt.

Die Modifikation anhaltender Furchtstrukturen ist nach den Modellvorstellungen nur durch eine komplette und umfassende gedankliche Konfronta-

tion zu erreichen, in der alle Arten von Elementen (Fakten, Emotionen, Körperreaktionen) therapeutisch aktiviert werden und im Ergebnis eine Habituation (Rückbildung) der Angstaktivierung eintritt (► Kap. 4).

Die bei den meisten Traumatisierten ablaufenden spontanen Teilaktivierungen der Furchtstruktur – z. B. durch plötzliche Erinnerungen oder durch Intrusionen – erreichen keine Rückbildung oder Deaktivierung. Diese spontane Aktivierung von Teilen der Furchtstruktur kann vielmehr zu einer immer ausgeprägteren Vermeidung im Gefolge des Angstanstiegs führen.

Forschungsergebnisse zum Furchtstrukturmodell.

Es gibt eine Reihe experimenteller Befunde, die für die Gültigkeit der Annahmen des Furchtstrukturmodells sprechen. So fand man, dass Patienten mit einer PTBS im Vergleich zu Personen nach Traumata ohne PTBS und gesunden Kontrollpersonen eine selektive Aufmerksamkeitserhöhung für traumabezogene Stimuli (z.B. Geräusche, Fotos, Be-

griffe) ausgebildet haben (Litz & Keane, 1989). McNally et al. (1990) untersuchten Vietnamsoldaten mithilfe von Stroop-Aufgaben (Farbenbenennungsaufgaben). Die Farbe der Schrift, in der die trauma-spezifischen Begriffe geschrieben waren, wurde von Patienten mit einer PTBS langsamer herausgefunden als in den Kontrollgruppen. Daraus schloss man, dass wahrscheinlich eine größere Furchtstruktur aktiviert wurde und sich dadurch das Umschalten auf die eigentliche Aufgabe, die Benennung der Schriftfarbe, verzögert hatte. Vergleichbare Effekte wurden bei Frauen mit PTBS nach Vergewaltigungen gefunden (Cassiday et al., 1992; Foa et al., 1991).

Es zeigt sich verschiedentlich, dass Furcht oder Angst nicht die einzige Aktivierungsmöglichkeit der traumabedingten Gedächtnisstruktur ist. Zwei Erweiterungen des Furchtstrukturmodells wurden deshalb diskutiert: der Einbezug von

- Ärger als Emotion,
- Ekel als Emotion.

Bei Patienten mit einer PTBS nach Kriegseinsätzen sowie bei vielen Kriminalitätsoptionen stehen oft Ärgeremotionen im Vordergrund und sind in der Lage, die traumatische Gedächtniskaskade zu aktivieren (Chemtob et al., 1997). Neuere Befunde weisen allerdings darauf hin, dass Ärger eine sekundäre Emo-

tion ist, die in Folge der Belastung durch die PTBS-Kernsymptomatik entsteht (Orth et al., 2008).

Ekel ist dagegen eine Emotion, die häufig bei Patientinnen mit PTBS als Folge sexueller Gewalt dominiert (Schmahl et al., 2007) und zwar in Form von Ekelgefühlen in Bezug auf sich selbst sowie gegenüber bestimmten Stimuli (z. B. Nahrungsmittel, deren Geruch, Geschmack oder Konsistenz die Patientinnen an die traumatischen Situationen erinnern; ▶ Abschn. 4.4).

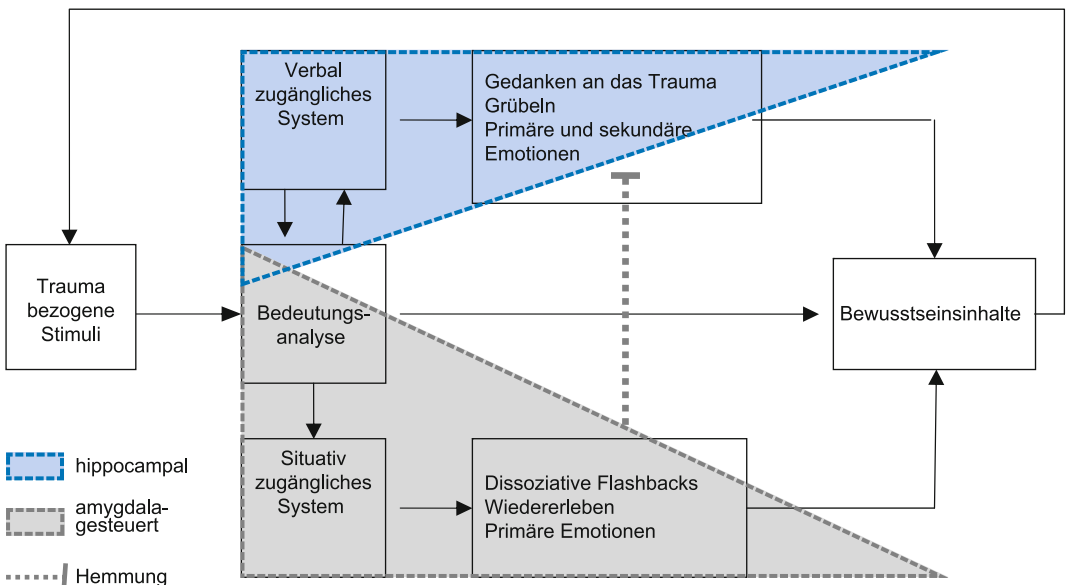
3.2.2 Duales Gedächtnismodell – der Einbezug der Dissoziation

Brewin hat ein duales Repräsentationsmodell der PTBS postuliert (Brewin, 2003; Brewin et al. 1996).


Unter der Lupe

Ausgangspunkt dieses Modells ist das Postulat, dass viele traumatische Erinnerungen eine andere Qualität besitzen als normale (negative) Erinnerungen, wie sie z. B. im Furchtstrukturmodell konzeptualisiert werden.

Zumindestens ein Teil der traumatischen Erinnerungen hat einen dissoziativen Charakter, d. h. ist



■ **Abb. 3.3.** Duales Repräsentationsmodell des PTBS. (Nach Brewin, 2003)

mit Depersonalisation und Derealisation verbunden. Dies trifft vor allem zu bei Flashbacks, lebhaftem Wiedererleben und direkten Emotionsinduktionen von Angst und Ekel. Das Modell ist in schematischer Form in  Abb. 3.3 dargestellt.


Die 2 Verarbeitungssysteme traumatischer Gedächtnisinhalte


1. Das verbal zugängliche System (engl. »verbally accessible memory«: VAM), in dem die traumatischen Erinnerungen erzählbar und mit anderen autobiografischen Gedächtnisinhalten integriert sind.
2. Das situativ zugängliche System (engl. »situationally accessible memory«: SAM), in dem traumatische Erinnerungen immer nur unwillkürlich und durch Triggerreize aus der Umgebung aktiviert werden und das dissoziative Symptome erzeugt. [Hier kommt der Folgetext - bitte überschreiben]

VAM-Erinnerungen an das Trauma sind in einen kompletten persönlichen Kontext eingebettet, der Vergangenheits-, Gegenwarts- und Zukunftsaspekte beinhaltet. Sie enthalten Informationen, die die Person vor, während und nach dem Trauma aufgenommen hat und die mit ausreichender Bewusstheit verarbeitet wurden, um im Langzeitgedächtnis aufbewahrt und von dort willkürlich abgerufen zu werden. Diese Erinnerungen stehen für die verbale Kommunikation mit anderen zur Verfügung, sind aber auf die Informationen begrenzt, die man bewusst verarbeitet hat. Während des traumatischen Ereignisses war durch die hohe Erregung die Informationsmenge für die bewusste Aufnahme eingeschränkt worden.

SAM-Erinnerungen an das Trauma sind keine bewussten, willkürlich abrufbaren Erinnerungen (man könnte sie eher als »Erinnerungsfetzen« bezeichnen). Sie kommen unwillkürlich ins Bewusstsein, wenn entweder aus der Außenwelt oder Innenwelt (Körper) einer Person plötzliche Triggerreize an Aspekte des Traumas erinnern, z. B. ein körperlich begründbarer Unterleibsschmerz andere traumatische Erinnerungsfetzen auslöst. Das SAM-System enthält umfassendere und elementarere Informationen der Traumaszenen wie Geräusche und visu-

elle Erinnerungen, die zu kurz während des Traumas auftauchen, um bewusst verarbeitet zu werden – und deshalb nicht ins VAM gelangten. Das SAM bewahrt auch Informationen über die Körperreaktionen während des Traumas auf, z. B. Veränderungen des Herzschlags, der Körpertemperatur und Schmerzen. Dies führt dazu, dass z. B. die Flashbacks viele Detailerinnerungen enthalten und emotionsgeladener sind als normale Erinnerungen. Da SAM-Erinnerungen nicht den verbalen Modus nutzen, sind diese Erinnerungen schwer zu kommunizieren und sie interagieren nicht mit anderen autobiografischen Erinnerungen.

Wie in  Abb. 3.3 gezeigt, können die beiden Erinnerungsarten und resultierenden Gedanken potenziell willkürlich gewählte Bewusstseinsinhalte werden. Damit können sie – wie der obere Feedbackpfeil zeigt – selbst zum Anlass bzw. Stimulus des Erinnerungssystems werden. Auf diesem Wege können dissoziative Symptome und Flashbacks, die durch das SAM entstanden sind, in VAM überführt werden, wie dies im therapeutischen Prozess geschieht.

Brewin (2001) hat für das duale Gedächtnismodell selbst neurobiologische Bezüge hergestellt. Das grau unterlegte Dreieck in  Abb. 3.3 zeigt, dass die SAM-Prozesse als amygdalagesteuert erklärbar sind. Die Amygdala spielt allgemein eine wichtige Rolle bei der emotionalen Bewertung und Wiedererkennung von Situationen sowie der Analyse möglicher Gefahren: Sie verarbeitet externe Impulse und leitet die vegetativen Reaktionen ein. Dagegen markiert das blau unterlegte Dreieck die VAM-Prozesse, die mit der Hippocampusfunktion zusammenhängen. Im Hippocampus werden eintreffende Informationen verarbeitet und von dort zum Kortex gesandt. Damit ist er zentral wichtig für die Gedächtniskonsolidierung, also die Überführung von Gedächtnisinhalten aus dem Kurzzeit- in das Langzeitgedächtnis (► Kap. 4). Nach Brewin (2001) hemmen die amygdalagesteuerten die hippocampalen Prozesse, so dass bei einer Amygdalaaktivierung die SAM-Erinnerungen die VAM-Erinnerungen zurückschränken.

Empirische Belege des dualen Gedächtnismodells. Auf mehreren Ebenen fanden Brewin und Kollegen positive Belege für ihr Modell. Phänomenologisch

lassen sich traumatische Erinnerungen in sensorisch-bruchstückhafte und narrativ-verallgemeinernde unterscheiden, erstgenannte entsprechen dem nondeklarativen und letztere den deklarativen Erinnerungstyp in der Gedächtnispsychologie (Reynolds & Brewin, 1999). Weiterhin gibt es klare phänomenologische Unterschiede zwischen willkürlich abrufbaren Traumaerinnerungen und den unwillkürlichen Flashbacks (Hellawell & Brewin, 2004). Die unterschiedlichen Informationsmengen und Verarbeitungstiefen im VAM und im SAM lassen sich ebenfalls durch allgemeine gedächtnispsychologische Befunde belegen (Brewin, 2003).

Die Hemmung der hippocampalen (oder »kalten«) Erinnerungen durch amygdalagesteuerte (oder »heiße«) Erinnerungen, ist ebenfalls mehrfach nachgewiesen worden (Metcalf & Jacobs, 1998; ► Kap. 4). Der Stellenwert der Emotionen (primär: z. B. Angst, Ekel; sekundär: z. B. Scham, Enttäuschung) ist dagegen in dieser Theorie nicht genügend ausgearbeitet und bisher auch nicht belegt worden.

3.3 Kognitive Modelle

Veränderte kognitive Schemata

Verschiedene Autoren stellen die Änderung von Schemata nach Traumata in den Mittelpunkt ihrer ätiologischen Konzepte (Horowitz, 1997; Janoff-Bulman, 1985, 1995). Die Theorien zu veränderten kognitiven Schemata setzen mit ihrer Erklärung insbesondere an folgenden PTBS-Symptomen an:

- Gefühl der Fremdheit oder Losgelöstheit von anderen (Entfremdungsgefühl) und
- Eindruck einer eingeschränkten Zukunft.

Die Modelle bieten darüber hinaus Erklärungskraft für verschiedene Intrusions- und Vermeidungssymptome.

Kognitive Schemata sind als im Gedächtnis repräsentierte Informationsmuster definiert, die die Wahrnehmung und das Verhalten steuern und organisieren. Klinisch relevante Schemata sind das Selbstschema, das sich wiederum in verschiedene Kompartimente zerlegen lässt (multiple Selbstschemata, Selbstbilder oder Rollen), sowie die Schemata wichtiger Bezugspersonen und die globalen Welt-schemata (oder Weltanschauungen).

Beispiel

Beispiel 1: Ein Mensch, der bisher ein großes Maß an Vertrauen in andere Menschen hatte (vertrauensvolles Weltschema), bildet durch einen kriminellen Überfall einen kompletten Vertrauensverlust anderen Menschen gegenüber aus (neue Weltschemata: »Die Welt ist abgrundtief schlecht«, »Die Menschen sind abgrundtief schlecht«.)

Beispiel

Beispiel 2: Ein zuvor selbstbewusst agierender Mensch erlebt sich durch das Trauma plötzlich als schwach und erschüttert. Sein Selbstbild nach dem Trauma bleibt für längere Zeit: »Ich bin schwach und verletztlich.« Dieses Selbstbild steht mit dem noch erinnerten früheren Selbstbild: »Ich bin kompetent und stabil« in Konflikt.

3.3.1 Kognitiv-psychodynamisches Konzept

Im Erklärungsansatz von Horowitz (¹1976, 1997) stehen die Veränderungen der Selbst- bzw. Rollenschemata im Mittelpunkt. Das Trauma führt danach vorrangig zu einer Veränderung des Selbstbildes bzw. des Gefüges von Rollen der betroffenen Person. Horowitz nimmt an, dass die traumatisch veränderten Schemata so lange im Gedächtnis aktiviert bleiben, bis sie durch weitere Informationsaufnahme und -verarbeitung eine Passfähigkeit mit den früheren und den übrigen Schemata erreicht haben, die neuen Schemata also integriert werden können.

Für das eben genannte Beispiel 2 heißt das, die traumatisch veränderten Schemata bleiben so lange aktiviert, bis der Betroffene akzeptieren kann, dass er zeitweise ein schwacher und verletzlicher Mensch ist.

In der Aktivierungsphase der schematischen Repräsentationen und bevor diese integriert worden sind, kommt es zu Intrusionen und zu einer starken emotionalen Belastung. Um diese Belastung zu mindern, wirken nach Horowitz kognitive Kontroll- oder Abwehrprozesse, z. B. in Form von Vermeidung, Verleugnung oder emotionaler Taubheit. Wann immer die kognitive Kontrolle nicht vollständig gelingt, wird das Trauma intrusiv wiedererlebt, was wiederum zu starken emotionalen Belastungen und somit zu erneuter Vermeidung oder Verleugnung führt.

! Eine Wiederherstellung der Gesundheit kommt nach Horowitz durch ein intensives Durcharbeiten der traumatisch veränderten kognitiven Schemata zustande.

Dieses Durcharbeiten kann bei einem Patienten im Genesungsprozess selbstständig und spontan passieren, wenn es nicht oder kaum durch Kontrollprozesse gehemmt wird. Sind diese Kontroll- oder Abwehrprozesse stärker ausgeprägt, kann nur eine Psychotherapie den Normalisierungs- bzw. Genesungsprozess herbeiführen. Das psychotherapeutisch angeleitete Durcharbeiten hat somit zwei Ansatzpunkte:

- veränderte kognitive Schemata (Einstellungen, Überzeugungen) und
- Kontrollprozesse (Vermeidungs- und Abwehrtendenzen; ► Kap. 14).

Empirische Belege zum Erklärungsansatz von Horowitz. Von den Bestandteilen der Theorie von Horowitz (Selbtschemataveränderungen, Kontrollprozesse) sind bisher v. a. die Veränderungen der kognitiven Schemata empirisch belegt worden. In verschiedenen Untersuchungen wurden Indikatoren für typische, posttraumatisch veränderte Selbst- und Weltkognitionen gefunden (Krupnick & Horowitz, 1981; Resick & Schnicke, 1991; Roth & Lebowitz, 1987). In einer Untersuchung von Verkehrs- und Kriminalitätsoffern wurden durch Inhaltskategorisierungen von Patientenäußerungen die folgenden selbstrelevanten Themen am häufigsten gefunden (Krupnick & Horowitz, 1981):

- Frustration über die eigene Verletzbarkeit,
- Selbstbeschuldigungen und
- Angst vor zukünftigem Kontrollverlust über die eigenen Gefühle.

Erschütterte Einstellungen (»shattered assumptions«)

In einer mehr sozialpsychologischen Begrifflichkeit können kognitive Schemata auch als Einstellungsmuster (zum eigenen Selbst, zu Anderen, zur Welt) bezeichnet werden. Nach Janoff-Bulman (1985, 1995) sind drei miteinander verbundene kognitive Bewertungsmuster bzw. Einstellungen bei nichttraumatisierten, gesunden Personen typischerweise vorhanden:

Typische Einstellungen nichttraumatisierter Personen

- Überzeugung von der eigenen Unverletzbarkeit
- Wahrnehmung der Welt als bedeutungsvoll, verständlich und kontrollierbar
- Wahrnehmung des Selbst als positiv und wertvoll

Diese üblichen Bewertungsmuster werden durch ein traumatisches Ereignis verändert.

Einstellungen traumatisierter Personen

Eine traumatisierte Person sieht

- sich selbst als verletzt und zukünftig verletzbar,
- die Welt als feindlich, unverständlich und ungerecht und
- sich selbst als beschädigt und wertlos.

Eine Reihe von Fragebogenuntersuchungen bei Kriminalitäts- und Unfallopfern sowie lebensgefährlich Erkrankten fand diese Überzeugungen regelmäßig stärker ausgeprägt als bei nichttraumatisierten Kontrollpersonen (zusammengefasst in Janoff-Bulman, 1995). Bei einigen Traumatisierten hielten die Veränderungen noch Jahre nach dem Trauma an. Obwohl in der entsprechenden Untersuchungsreihe keine PTBS-Diagnosen erhoben wurden, interpretierte die Autorin ihre Befunde dahingehend, dass die Personen mit den langjährig nachweisbaren dysfunktionalen Kognitionen diejenigen sind, die eine chronische PTBS ausgebildet haben.

3.3.2 Kognitives Störungsmodell

Ehlers u. Clark (2000) haben aufgrund klinischer Beobachtungen und aufbauend auf früheren Modellen einen Ansatz zur Entstehung und Aufrechterhaltung der chronischen PTBS entwickelt, in dessen Mittelpunkt die Erklärung der fortbestehenden Angstsymptome sowie starker Emotionen wie Ärger, Scham oder Trauer steht (ausführlich

in ▶ Kap. 13). Sie nehmen an, dass sich eine chronische PTBS nur dann entwickelt, wenn die Betroffenen das traumatische Ereignis und/oder seine Konsequenzen so verarbeiten, dass sie eine schwere gegenwärtige Bedrohung und Beschädigung wahrnehmen. Ihr Modell besteht aus mehreren Kernaussagen:

Die negative Interpretation des Traumas und seiner Konsequenzen kann zur anhaltenden Wahrnehmung der Bedrohung und Beschädigung führen: Hierzu gehören nicht nur Interpretationen des Eintretens des Traumas (z. B. *»Ich bin nirgends sicher«*), sondern auch das eigene Erleben und Verhalten während des Traumas (z. B. *»Ich verdiene es, das mir schlimme Dinge passieren«*). Weiterhin werden die anfänglichen Symptome negativ interpretiert (z. B. *»Ich bin innerlich tot«*) sowie die Reaktionen anderer nach dem Trauma (z. B. *»Niemand ist für mich da«*)

Die Spezifika des Traumagedächtnisses und seiner Einbettung in andere autobiografische Erinnerungen führen ebenfalls zum anhaltenden Bedrohungsgefühl: Das Traumagedächtnis ist durch mehrere Eigenschaften gekennzeichnet:

- Das intrusive Wiedererleben geschieht meist in Form von sensorischen Eindrücken, die eine Hier-und-Jetzt-Qualität haben und die kein Vergangenheitsgefühl vermitteln, wie sie normalerweise autobiografische Erinnerungen kennzeichnet.
- Es gibt Emotionen ohne Erinnerungen, indem Personen mit PTBS körperliche Reaktionen oder Emotionen aus dem Trauma erleben, ohne dass sie dabei eine bewusste Erinnerung an das Trauma haben (z. B. Ekelreaktionen bei sexuell traumatisierten Personen).
- Das autobiografische Gedächtnis ist bei PTBS für die Erinnerungen an das Trauma ungenügend elaboriert. Autobiografische Erinnerungen sind im Gedächtnis normalerweise in einer geordneten und abstrahierten Weise gespeichert und z. B. nach persönlich relevanten Themen und Zeitperioden geordnet, die extrem lebhaftes und emotionales Wiedererleben verhindert. Diese ungenügende Elaboration und Integration der Traumaerinnerungen steht in Zusammenhang mit einer leichten Abrufbarkeit von sensorischen Eindrücken des Traumas und damit verbundenen Emotionen.

Die anhaltend wahrgenommene Bedrohung erzeugt eine Reihe von kognitiven Veränderungen und Verhaltensweisen, die wahrgenommene Bedrohung mindern sollen, die jedoch die Störung aufrechterhalten: Ein Beispiel für eine dysfunktionale kognitive Strategie, die die PTBS-Symptome verschlimmert, ist die Gedankenunterdrückung. Wenn Patienten versuchen, ihre ungewollten Gedanken an das Trauma und die Intrusionen mit aller Gewalt aus dem Kopf zu drängen, so hat das den paradoxen Effekt, dass die Häufigkeit der Intrusionen zunimmt. Ein weiteres typisches Beispiel ist das Sicherheitsverhalten und andere übertriebene Vorsichtsmaßnahmen, die zu erwartendes Unheil verhindern oder abmildern sollen (z. B. ständiges Waffentragen). Dadurch wird allerdings die Überprüfung der Annahme verhindert, dass die Katastrophe eintritt, wenn das Sicherheitsverhalten nicht ausgeführt wird.

Empirische Belege zum Modell von Ehlers u. Clark. In einer Serie von Studien mit verschiedenen Traumapfergruppen bzw. mit Analogexperimenten konnten die Kernaussagen des Modells belegt werden. Die negative Interpretation der erlebten Intrusionen (z. B. *»Die Bilder im Kopf machen mich verrückt«*) wurde in Quer- und Längsschnittstudien (3-Jahres-Follow-up) als wesentlicher Entstehungs- und Aufrechterhaltungsfaktor der PTBS gefunden (Ehlers, Mayou & Bryant, 1998; Mayou, Ehlers & Bryant, 2002; Steil & Ehlers, 2000). Das intrusive Wiedererleben scheint als Warnsignal zu wirken, da es überwiegend Erinnerungsbruchstücke dessen enthält, was unmittelbar vor dem traumatischen Ereignis oder kurz vor den Erlebnissen mit der größten emotionalen Wirkung stattfand (Ehlers et al., 2002). Dies würde erklären, warum die Intrusionen von einem anhaltenden Gefährdungsgefühl begleitet sind.

Als Merkmale des Traumagedächtnisses wurden mit textanalytischen Methoden ein hohes Ausmaß an Gedächtnis-Unorganisiertheit (z. B. Fragmentierung, Sprünge, Wiederholungen) gefunden (Halligan, Clark & Ehlers, 2002; Halligan et al., 2003). Das Ausmaß an berichteter Dissoziation der Erinnerungen (z. B. häufige Verwirrung, veränderter Zeitsinn) wurde ebenfalls als Beleg der veränderten Gedächtnissituation herangezogen (Murray, Ehlers & Mayou, 2002). Posttraumatische kognitive Verände-

rungen wie eine verstärkt genutzte Gedankenunterdrückung sowie anhaltende Überzeugungen vom eigenen Beschädigtsein wurden bei verschiedenen Patientengruppen mit PTBS gefunden (Ehlers, Maercker & Boos, 2000; Mayou et al., 2002).

In Studien, die das Modell zusammenfassend untersuchten, wurden ebenfalls positive Belege gefunden, z. B., dass die zentralen Modellvariablen spezifisch nur für die PTBS und nicht gleichfalls bei Depressionen und Phobien Traumatisierter zu finden sind (Ehring et al., 2008).

Das Modell von Ehlers u. Clark ist allerdings noch nicht im Vergleich zu anderen psychologischen Erklärungsmodellen überprüft worden.

3.3.3 Interpersonell-soziokognitives Modell

Aufgrund klinischer Erfahrungen über den wichtigen Stellenwert der zwischenmenschlichen Faktoren bei der Traumaverarbeitung und begründet durch den Hauptbefund der Metaanalyse von Brewin et al. (2000), die soziale Unterstützung als wich-

tigsten PTBS-Prädiktor zeigte, wurde das soziale Fazilitationsmodell (»social facilitation«) der PTBS von Maercker (2009) beschrieben.

Grundaussage dieses Modells ist, dass soziale bzw. interpersonelle sowie individuell auf die Umwelt bezogene Gedanken und Gefühle die Entstehung und den Verlauf der PTBS entscheidend beeinflussen. In **Abb. 3.4** ist das Modell zusammengefasst.

Reaktionen der Umwelt beeinflussen die individuelle Verarbeitung: Schon der Fakt, ob ein kollektives (z. B. Kriegseinwirkungen, Naturkatastrophen) oder ein individuelles Trauma (z. B. sexualisierte bzw. kriminelle Gewalt) erlebt wurde, hat einen Einfluss auf den späteren Verlauf, denn es zeigt sich, dass nach kollektiv erlebten Traumata die Häufigkeit nachfolgender PTBS vergleichsweise geringer ist. Die Reaktionen der Umwelt können sich qualitativ und quantitativ voneinander unterscheiden: von größtmöglicher Unterstützung (z. B. hilfsbereite Anwesenheit von Freunden) bis hin zur sozialen Isolation. Im Zeitverlauf nach einem Trauma ändern sich typischerweise die Reaktionen der Anderen: zunächst werden Traumatisierte unterstützt, dann lässt

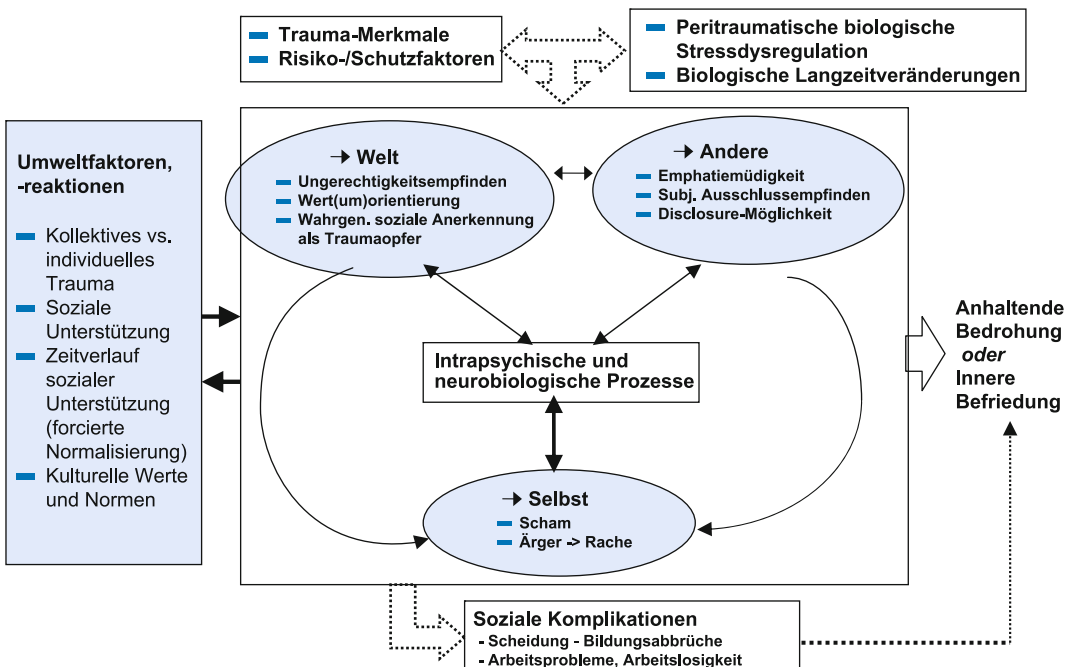


Abb. 3.4. Soziales Fazilitationsmodell der PTBS. (Maercker, 2009)

die Unterstützung nach und weicht einer forcierten Normalisierung (z. B. »Das Leben geht weiter. Du solltest nicht mehr daran denken, was geschehen ist«). Die Reaktionen der Anderen spiegeln deren kulturellen Werte und Normen wider. Die Haltung hinter dem chinesischen Sprichwort »Das Leben meistert man lächelnd oder überhaupt nicht« kann Betroffenen eine Bewältigung erschweren. Werthaltungen, die den individuellen Anspruch auf Wohlergehen betonen, führen zu anderen Konsequenzen als kollektivistische Werthaltungen (z. B. ob das Leben eines Soldaten wichtig oder vernachlässigbar ist). Gleichzeitig ist eine subjektiv empfundene soziale Anerkennung als Traumaopfer (Maercker & Müller, 2004) ein protektiver Faktor in der Traumaverarbeitung.

Wichtig für die individuelle Verarbeitung sind die Gedanken und Gefühle der Traumatisierten, die auf die Umwelt und auf andere Menschen bezogen sind: Die erschütterten Weltbilder von Traumatisierten sind in der Psychotraumatologie schon seit Langem beschrieben worden (Janoff-Bulman, 1995; ► Abschn: 3.2). Traumaopfer nehmen die Welt nach dem traumatischen Erlebnis häufig als feindlich, unverständlich und ungerecht war. Das Ungerechtigkeitsempfinden kann eine Verstärkung früherer latenter Einstellungen sein (z. B. »Die Reichen wurden nach der Katastrophe viel besser versorgt und behandelt als wir Ärmere. Uns will man jetzt ganz aus dem Weg räumen« – nach dem Hurrikan in New Orleans). Auf andere Menschen bezogen ergibt sich häufig eine Mitleidsmüdigkeit (Figley, 1995; z. B. »Die Probleme der anderen sind mir inzwischen völlig egal«) in Form eines Unverständnis für die emotionalen Bedürfnisse anderer bis hin zur Opferkonkurrenz, wie sie in gemischten Opfertherapiegruppen auftritt (z. B. »Eine kurze Vergewaltigung ist doch nichts dagegen, dass ich 3 Stunden lang von einem Bankräuber festgehalten wurde.«). Wenn Traumatisierte sich anhaltend von Anderen ausgeschlossen fühlen (»Seit dieser Sache fühle ich mich von allem ausgeschlossen«; »Meine Geschichte will ja so wieso keiner hören«) vergrößert das ihre Bewältigungsprobleme.

Soziale Gefühle und Gedanken wie Scham, Ärger und Rache spielen für die Verarbeitung eine zentrale Rolle: Ein sehr häufig zu findender Affekt bei Traumaopfern ist Scham. Die Scham ist dabei ein in der Erinnerung gespeicherter Gefühls- und Kör-

perzustand von der eigenen Bloßstellung oder Verfehlung während des Traumas und in der Zeit danach (Schamzustände werden sowohl als verbalisierbare, als auch als sensorische Erinnerungen enkodiert). Ärger- und Racheeffekte und -gedanken sind ebenfalls häufig bei Traumatisierten beschrieben worden. Sie können sich auf die zentralen Akteure während der Traumatisierung (Täter) beziehen als auch auf Personen, mit denen man nach dem Trauma interagiert (z. B. »Die Einsatzhelfer am Unfallort haben alles schlimmer gemacht – das waren die reinsten Verbrecher«). Anhaltender Ärger kann zu einem fortgesetzten Hyperarousal führen, was ebenfalls der Traumaverarbeitung entgegensteht. Wenn Ärger sich durch Handlungsbereitschaft zur Racheintention entwickelt, kann es dazu kommen, dass ein Opfer selbst zum Täter wird (»Opfer-Täter-Umkehr«, Bsp. Vater der Flugzeugunglücksopfer, der einen Fluglotsen ermordete). Ein Zyklus der Gewalt ist auch bei in der Kindheit und Jugend traumatisierten späteren Gewalttätern in Einzelfällen klinisch-gutachterlich belegbar.

Im sozialen Fazilitationsmodell (Maercker, 2009) spielen auch die sozialen Komplikationen bei den Betroffenen eine indirekt verstärkende Rolle. Hier geht es um die gegenüber den Patienten ohne PTBS erhöhten Raten von Trennungen von Partnerschaften bzw. Scheidungen, verfrühten Bildungsabbrüchen sowie häufig anzutreffenden negativen Arbeitsbiografien nach der Traumatisierung in Form von Konflikten am Arbeitsplatz und Arbeitslosigkeit. Dieser Bereich ist besonders relevant, wenn es um traumatisierte Migranten und Flüchtlinge geht. Insgesamt beansprucht das Modell nicht die im engeren Sinne psychologischen oder die neurobiologischen Modelle zu ersetzen – sondern es will diese ergänzen. Jedoch postuliert es, dass die beschriebenen interpersonell-sozialkognitiven Prozesse eine sehr hohe Vorhersagekraft für die Entwicklung bzw. Heilung von PTBS besitzen.

Empirische Belege zum sozialen Fazilitationsmodell. Die Rolle der Umwelt wurde verschiedentlich untersucht: Die soziale Zurückweisung von traumatisierten Vietnamkriegssoldaten haben Fontana und Rosenheck (1994) nachgewiesen. Eine abnehmende Unterstützungsreaktion der Umwelt haben Pennebaker & Harber (1993) bei kalifornischen Erdbeben-

opfern nachgewiesen. Für die Rolle der Werteinstellungen vonseiten der nichttraumatisierten Bezugspersonen fehlen noch empirische Belege.

Empathiemüdigkeit und Konsequenzen sozialen Ausschlusses wurden in experimentellen Studien bei Patienten mit PTBS nachgewiesen (Nietlisbach et al., 2009; Maercker, 2009). Beispielsweise fühlen sich Patienten mit PTBS nach der Nichtbeteiligung an einem Gesellschaftsspiel noch mehr ausgeschlossen als gesunde Kontrollpersonen, die auch ausgeschlossen wurden. Komplexe Zusammenhänge von kulturellen Wertorientierungen der Traumaopfer selbst (traditionelle vs. moderne) wurden in China und Deutschland bei Kriminalitätsoffern vergleichend untersucht, wobei nur moderne Werte positiv mit der sozialen Anerkennung als Traumaopfer und mit geringerer PTBS-Symptomatik in Zusammenhang standen (Maercker et al., 2009a). Soziale Anerkennung und Disclosure-Möglichkeiten wurden bei Kriegsflüchtlingen im Kaukasus als protektive Faktoren bestätigt (Maercker et al., 2009b). Der Zusammenhang von Ärger mit dem PTBS-Verlauf wurde von Orth et al. (2008) im Sinne des Modells beschrieben und die Entstehungskonstellation von Racheimpulsen genauer untersucht (Orth & Maercker, 2006).

! **Von besonderer praktischer Bedeutsamkeit bei den Betroffenen sind die Disclosure-Möglichkeit und die erlebte soziale Anerkennung, zu denen ebenfalls viele Studien vorliegen.**

Disclosure-Möglichkeit (Offenlegen traumatischer Erfahrungen). Mit einem Fragebogen (Müller et al., 2000) kann erfasst werden, wie man selbst nach dem Trauma die Möglichkeiten einschätzt, anderen Menschen von den eigenen Erfahrungen zu berichten. Die Subskalen des Fragebogens sind: Redebedürfnis, Schweigebedürfnis und emotionale Reaktion beim Reden. Erhöhte Subskalenwerte sind im unterschiedlichen Ausmaß hinweisend auf einen noch nicht abgeschlossene Bewältigung der Traumaerfahrung. Allgemein konnte zu Disclosure-Prozessen gezeigt werden, dass das Reden über das Trauma die subjektive Befindlichkeit verbessert, die Häufigkeit von Arztbesuchen (gleich welchen Fachgebiets) vermindert sowie sogar Parameter der Immunschutzfunktionen des Körpers (z. B. Anzahl der Killerzellen-Lymphozyten) verbessert (Petrie et al., 2004).

Soziale Anerkennung. Zur selbstwahrgenommenen sozialen Anerkennung als Opfer bzw. Überlebender liegt ein Fragebogen vor (Maercker & Müller, 2004), der aus den Subskalen besteht: erlebte Anerkennung, erlebtes generelles Unverständnis, erlebtes familiäres Unverständnis. Hohe Werte der ersten Subskala und geringe Werte der beiden letzten Subskalen sind protektiv für die Befindlichkeit nach dem Trauma und vermindern die psychischen Belastungen und Symptome. Gleichzeitig erfasst dieses Konstrukt, ob den Betroffenen Mitgefühl ausgedrückt wird, ob sie Verständnis für die besondere Lage und die Besonderheiten des Erlebens und Empfindens nach einem traumatischen Erlebnis erhalten sowie, ob ihnen Hochachtung vor der Bewältigungsleistung gezollt wird. Dies ist sowohl im familiären Rahmen als auch im Freundes- und Kollegenkreis sowie der lokalen Öffentlichkeit (z. B. Stadt oder Gemeinde) von Wichtigkeit.

! **Ein Fehlen dieser Wertschätzung kann zur fortgesetzten Retraumatisierung beitragen/führen, wie Studien und klinische Erfahrungen bei verschiedenen Traumatisiertengruppen zeigen.**

Literatur

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Breslau, N., Davis, G. C. & Andreski, P. (1995). Risk factors for PTBS-related traumatic events: A prospective analysis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 529–535.
- Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of post-traumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 373–393.
- Brewin, C. R. (2003). *Posttraumatic stress disorder: Malady or myth?* New Haven: Yale University Press.
- Brewin, C. R., Andrew, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748–766.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T. & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670–686.
- Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (Eds). (2006). *Handbook of posttraumatic growth: Research and Practice*. Mahwah, NJ: Erlbaum
- Cassiday, K. L., McNally, R. J. & Zeitlin, S. B. (1992). Cognitive processing of trauma cues in rape victims with post-traumatic stress disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 283–295.
- Chemtob, C. M., Novaco, R. W., Hamada, R. S., Gross, D. M. & Smith, G. (1997). Anger regulation deficits in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 17–36.

- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Ehlers, A., Hackman, A., Steil, R., Cohesy, S., Wenninger, K. & Winter, H. (2002). The nature of intrusive memories after trauma: The warning signal hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 995–1002.
- Ehlers, A., Maercker, A. & Boos, A. (2000). Predictors of chronic PTSD following political imprisonment: The role of mental defeat, alienation, and perceived permanent change. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 45–55.
- Ehlers, A., Mayou, R. A. & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508–519.
- Ehring, T., Ehlers, A., Glucksman, E. (2008). Do cognitive models help in predicting the severity of posttraumatic stress disorder, phobia, and depression after motor vehicle accidents? A prospective longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 219–230.
- Figley, C. (1995). *Compassion fatigue*. London: Brunner/Mazel.
- Foa, E. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to correcting information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.
- Foa, E. B., Murdock, T. B.; Kozak, M. J. & McCarthy, P. R. (1991). Processing of threat-related information in rape victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 156–162.
- Fontana, A. & Rosenheck, R. (1994). Posttraumatic stress disorder among Vietnam Theater Veterans. A causal model of etiology in a community sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 677–684.
- Frankl, V. E. (1973). *Der Mensch auf der Suche nach Sinn*. Freiburg: Herder.
- Freud, S. (1920/1989). *Jenseits des Lustprinzips*. Gesammelte Werke Bd. 12. Frankfurt: Suhrkamp.
- Halligan, S. L., Clark, D. M. & Ehlers, A. (2002). Cognitive processing, memory, and the development of PTSD symptoms: two experimental analogue studies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 73–89.
- Halligan, S. L., Michael, T., Clark, D. M. & Ehlers, A. (2003). Posttraumatic stress disorder following assault: the role of cognitive processing, trauma memory, and appraisals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 419–431.
- Hellawell, S. J. & Brewin, C. R. (2004). A comparison of flashbacks and ordinary autobiographical memories of trauma: content and language. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1–12.
- Horowitz, M. J. (1976/1997). *Stress response syndromes* (1. Aufl. 1976; 3. erw. Aufl. 1997). Northvale, NJ: Aronson.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan.
- Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake* (pp. 15–35). New York: Brunner/Mazel.
- Janoff-Bulman, R. (1995). Victims of Violence. In G. S. Jr. Everly & J. M. Lating (Eds.) *Psychotraumatology*. New York: Plenum Press.
- King, D. W., King, L. A., Foy, D. W., Keane, T. M. & Fairbank, J. A. (1999). PTSD in a National sample of female and male Vietnam veterans: Risk factors, war-zone stressors, and resilience-recovery variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 164–170.
- Krupnick, J. L. & Horowitz, M. J. (1981). Stress response syndromes. *Archives of General Psychiatry*, 38, 428–435.
- Lee, K. A., Vaillant, G. E., Torrey, W. C. & Elder, G. H. (1995). A 50-year prospective study of the psychological sequelae of World War II combat. *American Journal of Psychiatry*, 152, 516–522.
- Litz, B. T. & Keane, T. M. (1989). Information processing in anxiety disorders: Application to the understanding of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 9, 243–257.
- Maercker, A. (1998). *Posttraumatische Belastungsstörungen: Psychologie der Extrembelastungsfolgen bei Opfern politischer Gewalt*. Lengerich: Pabst (ab 2002: eBook bei www.ciando.de).
- Maercker, A. (1999). Lifespan psychological aspects of trauma and PTSD: Symptoms and psychosocial impairments. In A. Maercker, M. Schützwohl & Z. Solomon (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: A lifespan developmental perspective* (S. 7–42). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Maercker, A. (2009). *Social facilitation: Ein sozial-interpersonelles Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung der Posttraumatischen Belastungsstörung*. Universität Zürich: unveröffentlichtes Manuskript.
- Maercker, A. & Langner, R. (2001). Persönliche Reifung durch Belastungen und Traumata: Ein Vergleich zweier Fragebogen zur Erfassung selbstwahrgenommener Reifung nach traumatischen Erlebnissen. *Diagnostica*, 47, 153–162.
- Maercker, A., Mohiyeddini, C., Müller, M., Xie W., Yang, Z. H., Wang, J. & Müller, J. (2009a). Traditional vs. modern values, self-perceived interpersonal factors, and posttraumatic stress in Chinese and German crime victims. *Psychology and Psychotherapy*, in press.
- Maercker, A. & Müller, J. (2004). Social acknowledgment as a victim or survivor: A scale to measure a recovery factor of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 345–351.
- Maercker, A., Povilonyte, M., Lianova, R. & Pöhlmann, K. (2009b). Is acknowledgement of trauma a protective factor? The sample case of refugees from Chechnya. *European Psychologist*, in press.
- Maercker, A., Schützwohl, M. & Beauducel, A. (2000). Trauma severity and initial reactions as precipitating factors for posttraumatic stress disorder and chronic dissociation. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 651–660.
- Maercker, A. & Zöllner, T. (2004). The Janus face of posttraumatic growth: Towards a two component model of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15, 41–48.
- March, J. S. (1993). What constitutes a stressor? The »criterion A« issue. In J. R. T. Davidson & E. B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder. DSM-IV and beyond* (pp. 13–28). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S. & Metzler, T. J. (1998). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder. In J. D. Bremner & C. R. Marmar (eds.), *Trauma, memory, and dissociation* (pp. 229–252). Washington: American Psychiatric Press.

- Mayou, R. A., Ehlers, A. & Bryant, B. (2002). Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3-year follow-up of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 665–675.
- McNally, R. J., Kaspi, S. P. et al. (1990). Selective processing of treat cues in post-traumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 398–402.
- Metcalfe, J. & Jacobs, W. J. (1998). Emotional memory: The effects of stress on »cool« and »hot« memory systems. In L. D. Medin (Ed.), *The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory* (vol. 38, pp. 187–222). San Diego: Academic Press.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Müller, J., Beauducel, A., Raschka, J. & Maercker, A. (2000). Kommunikationsverhalten nach politischer Haft in der DDR – Entwicklung eines Fragebogens zum Offenlegen der Traumaerfahrungen. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 8, 413–427.
- Murray, J., Ehlers, A. & Mayou, R. A. (2002). Dissociation and posttraumatic stress disorder: Two prospective studies of motor vehicle accident survivors. *British Journal of Psychiatry*, 180, 363–368.
- Nietlisbach, G., Maercker, A., Rössler, W. & Haker, H. (2009). Are empathic abilities impaired in posttraumatic stress disorder? *Psychological Reports*, im Druck.
- Noelen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115–121.
- Orth, U. & Maercker, A. (2004). Do trials of perpetrators retraumatize crime victims? *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 212–227.
- Orth, U., Cahill, S. P., Foa, E. B. & Maercker, A. (2008). Anger and PTSD symptoms in crime victims: A longitudinal analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 208–218.
- Orth, U., Montada, L. & Maercker, A. (2006). Feelings of Revenge, Retaliation Motive, and Posttraumatic Stress Reactions in Crime Victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 229–243.
- Pennebaker, J. W. & Harber, K. D. (1993). A social stage model of collective coping: The Loma Prieta earthquake and the Persian Gulf War. *Journal of Social Issues*, 49, 125–145.
- Petrie, K. J., Fontanilla, I., Thomas, M. G., Booth, R. J. & Pennebaker, J. W. (2004). Effect of written emotional expression on immune function in patients with human immunodeficiency virus infection: a randomized trial. *Psychosomatic Medicine*, 66, 272–275.
- Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1991). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748–756.
- Reynolds, M., Brewin, C. R. (1999). Intrusive memories in depression and posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 201–215.
- Roth, S. & Lebowitz, L. (1987). The experience of sexual trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 79–107.
- Schmahl, C. et al. (2007). *Neural correlates of disgust intensity in borderline and PTSD patients*. Paper, 23th ISTSS conference, Baltimore, Nov. 10–12, 2007.
- Schmidt-Rathjens, C., Benz, D., Damme, D. van, Feldt, K. & Amelang, M. (1997). Über zwiespältige Erfahrungen mit Fragebögen zum Kohärenzsinnsensu Antonovsky. *Diagnostica*, 43, 327–346.
- Soyer, J. (2006). Sozialarbeiterische Begleitung von traumatisierten Menschen. In A. Maercker & R. Rosner (Hrsg.), *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 228–240). Stuttgart: Thieme.
- Steil, R. & Ehlers, A. (2000). Dysfunctional meaning of posttraumatic intrusions in chronic PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 537–558.
- Van der Hart, O., Steele, K., Nijenhuis, E. R. & Matthess, H. (2006). Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit und die Behandlung traumatischer Erinnerungen. In A. Maercker & R. Rosner (Hrsg.), *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 156–173). Stuttgart: Thieme.
- Zoellner, T. & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology – a critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26, 626–653.

Andreas Maercker (Hrsg.)

Posttraumatische Belastungsstörungen

3., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage

4 Neurobiologie

C. Schmahl

- 4.1 Hirnveränderungen – 52
- 4.2 Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse – 53
- 4.3 Dissoziation – 55
- 4.4 Gestörte Emotionsregulation: Angst und Ekel – 56
- 4.5 Konditionierung und Extinktion von Angst – 58
- 4.6 Tiermodelle für die PTBS – 59
- 4.7 Integration und Ausblick – 60
- Literatur – 61

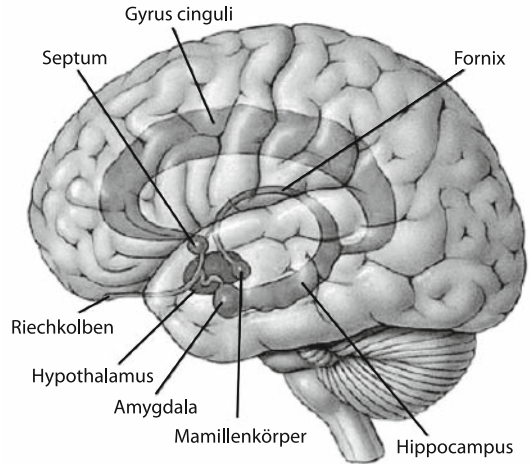
Eine stetig wachsende Zahl von Untersuchungen hat in den vergangenen Jahren zu einem rasanten Fortschritt im Verständnis der neurobiologischen Grundlagen der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) geführt. Die Faszination, die diese Krankheit auf neurobiologisch orientierte Forscher ausübt, liegt sicherlich neben dem eindrucksvollen klinischen Bild zu einem großen Teil darin, dass sich hier die Stressforschung und die Forschung zu den neuronalen, molekularbiologischen und pharmakologischen Grundlagen der Psychopathologie ergänzen und gegenseitig befruchten. Besonders deutlich wird dies auf den Gebieten des Einflusses von Stress auf Lern- und Gedächtnisprozesse sowie im Bereich der Emotionsregulation.

In diesem Kapitel soll an einigen Beispielen diese Interaktion und ihre Bedeutung für das Verständnis der Krankheit und die Therapie der PTBS dargestellt werden. Sicherlich kann in der gebotenen Kürze nicht das inzwischen sehr umfangreiche Gebiet der Neurobiologie der PTBS in seiner gesamten Breite dargestellt werden. Stattdessen soll anhand einiger markanter Beispiele der aktuelle Stand der Forschung zu wichtigen Aspekten der Forschung im Bereich Stress, Lernen und Emotionen vorgestellt werden.

Zunächst werden morphologische Hirnveränderungen und der mögliche Einfluss von Stress auf diese Veränderungen dargestellt. In engem Zusammenhang damit steht die Funktion der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse, die ▶ Abschn. 4.2 dargestellt wird. Daran schließt sich die Darstellung neuroanatomischer und neurochemischer Korrelate von zentralen psychopathologischen Aspekten der PTBS an, nämlich der Dissoziation und der Emotionsregulation. Im darauffolgenden Abschnitt wird die Bedeutung von Lern- und insbesondere Extinktionsprozessen für die PTBS-Psychopathologie und ihre Behandlung dargestellt. Zum Abschluss wird kurz auf Tiermodelle für die PTBS eingegangen, die in Zukunft die Möglichkeiten im Bereich der experimentellen Forschung deutlich erweitern dürften.

4.1 Hirnveränderungen

In den nachfolgenden Abschnitten steht häufig eine bestimmte Hirnregion im Mittelpunkt, so der Hippo-



■ **Abb. 4.1.** Wichtigste betroffene Hirnregionen bei der posttraumatischen Belastungsstörung. (Aus Schmahl & Stiglmayr, 2009)

campus bei den morphologischen Hirnveränderungen oder die Amygdala bei der Emotionsregulation. In ■ Abb. 4.1 sind die wichtigsten Hirnregionen, die bei der PTBS eine Rolle spielen, dargestellt.

In ▶ Kap. 3 (▶ Abschn. 3.1 »Gedächtnismodelle«) wurde der Zusammenhang zwischen traumatischen Lebensereignissen und Gedächtnisveränderungen diskutiert. Die PTBS ist mit einem breiten Spektrum an Gedächtnisstörungen assoziiert (z. B. Bremner, 2003). Patienten mit PTBS zeigen Defizite im deklarativen Gedächtnis, eine Störung des impliziten Gedächtnisses (gesteigerte Konditionierbarkeit; siehe unten) und Perseverationsfehler, die möglicherweise mit einer frontalen Dysfunktion assoziiert sind (Elzinga & Bremner, 2002). Die Hirnregionen, die mit diesen Gedächtnisdefiziten in Verbindung gebracht werden, sind gleichzeitig auch besonders sensibel gegenüber Stress, wobei hier insbesondere die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse eine wichtige Rolle spielt (s. unten). Zu diesen Hirnregionen zählen neben dem (medialen) präfrontalen Kortex insbesondere der Hippocampus und die Amygdala.

Die Reduktion des Hippocampusvolumens zählt zu den wichtigsten neurobiologischen Befunden im Zusammenhang mit der PTBS in den vergangenen 10–15 Jahren. Eine Verkleinerung des Hippocampus wurde mittels Magnetresonananz-(MR-)Volumetrie sowohl bei Kriegsveteranen (Bremner et al., 1995;

Gilbertson et al., 2002; Gurvits et al., 1996) als auch bei Patienten mit PTBS nach sexuellem Missbrauch (Bremner et al., 1997; Bremner et al., 2003b; Stein et al., 1997) gefunden. In Metaanalysen (Karl et al., 2006; Kitayama et al., 2005) konnte der signifikante Einfluss der Krankheit auf das Hippocampusvolumen bestätigt werden; es zeigte sich aber zugleich einen Effekt der Traumatisierung per se, d. h. eine Hippocampusverkleinerung auch ohne das Vorliegen einer PTBS.

Die Datenlage zum Amygdalavolumen ist deutlich schwächer als für den Hippocampus, in der Metaanalyse von Karl et al. konnte jedoch zumindest für die linke Amygdala ein Einfluss der Diagnose PTBS festgestellt werden. Auch für den anterioren cingulären Kortex (ACC) wurde eine Verkleinerung bei Patienten mit PTBS festgestellt. Der ACC spielt eine wichtige Rolle in der Emotionsregulation, bei der Dissoziation sowie bei Konditionierungsprozessen.

Die interessante Frage, die diese Befunde aufwerfen, betrifft die Ursache der beschriebenen (Hippocampus-)Verkleinerung. Die zwei wesentlichen Erklärungen beschreiben diese Verkleinerung entweder als

- genetisch determiniert oder
- Folge der Traumatisierung.

Die Studie von Gilbertson et al. (2002) ergab, dass auch gesunde eineiige Zwillingenbrüdern von Vietnamveteranen mit PTBS verkleinerte Hippocampi aufwiesen; dies würde für eine genetische Determination der Hippocampusverkleinerung sprechen. Diese Studie wurde mittels der sog. manuellen Volumetrie durchgeführt, d. h. auf den individuellen MR-Bildern wurden die Hirnregionen markiert und dreidimensional rekonstruiert. Derselbe Datensatz dieser Zwillingstudie wurde vor Kurzem erneut mittels eines automatisierten Verfahrens (voxelbasierte Morphometrie) analysiert, bei dem der Kontrast zwischen grauer und weißer Hirnsubstanz zur Berechnung von volumetrischen Unterschieden herangezogen wird. Hierbei konnte der oben erwähnte Effekt bei den Zwillingenbrüdern nicht bestätigt werden. Es zeigte sich erneut eine Hippocampusverkleinerung, die jedoch, ebenso wie eine Verkleinerung im ACC auf die Veteranen mit PTBS beschränkt war und ihre Zwillingenbrüder nicht betraf (Kasai et al., 2008).

Zusammengefasst bleibt also offen, ob es sich bei der Hippocampusverkleinerung um einen Risikofaktor, eine Folge der Traumatisierung oder einen Marker der Krankheit handelt.

4.2 Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse

Bei vielen stressassozierten psychischen Erkrankungen wie der Depression oder der PTBS, werden Veränderungen der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-(HHN-)Achse als Korrelat oder Folge der Krankheit diskutiert.

Das Kortikotropin-Releasing-Hormon (CRH) spielt eine wichtige Rolle bei der Stressreaktion. Im Tierexperiment führt chronischer Stress zu einem CRH-Anstieg (Arborelius et al., 1999) und die Gabe von CRH wiederum zu Verhaltensweisen, die mit Furcht oder Angst in Verbindung gebracht werden, z. B. einem Rückgang explorativen Verhaltens, gesteigertem Schreckreflex und reduziertem Putzverhalten. Da der Hippocampus eine wichtige Rolle bei der Hemmung der CRH-Freisetzung aus dem Hypothalamus spielt, könnte eine Hippocampusverkleinerung indirekt zu einer Überaktivität der HHN-Achse beitragen. Zwei Studien konnten tatsächlich eine gesteigerte CRH-Konzentration im Liquor von Patienten mit PTBS nachweisen (Baker et al., 1999; Bremner et al., 1997).

Da eine HHN-vermittelte Schädigung von Hippocampusneuronen entweder direkt über Glukokortikoide oder indirekt über eine glukokortikoidbedingte Zunahme der Empfindlichkeit für zytotoxisches Glutamat erfolgen kann (Bremner, 2002), spielt insbesondere die Untersuchung von Kortisolspiegeln beim Verständnis der morphologischen Hirnveränderungen eine wichtige Rolle. Akuter Stress führt zur Freisetzung von Kortisol und bei Patienten mit PTBS konnte eine gesteigerte Kortisolantwort sowohl auf unspezifischen (Bremner et al., 2003a) als auch durch Traumaerinnerungen ausgelösten Stress (Elzinga et al., 2003) nachgewiesen werden.

Da einige Studien (Yehuda et al., 1991, 1994, 1996) zunächst erniedrigte Kortisolspiegel fanden, wurde die plausibel erscheinende Theorie einer initial nach dem Trauma erhöhten HHN-Stressreak-

tion mit einer sich im Langzeitverlauf einstellenden Erschöpfung (»blunting« der HHN-Achse) aufgestellt (Bremner, 2002). Eine jüngere Metaanalyse zu Kortisolspiegeln im Urin, Speichel oder Plasma von Patienten mit PTBS (Meewisse et al., 2007) konnte jedoch weder einen Hypo- noch einen Hyperkortisolismus bei dieser Krankheit bestätigen. Auch der zeitliche Abstand zur Traumatisierung hatte keinen Einfluss auf die Kortisolspiegel. Daher bleibt der Zusammenhang zwischen Trauma, PTBS und der HHN-Achse weiterhin offen und bedarf weiterer intensiver Forschung.

Ein weiterer Zusammenhang zwischen der HHN-Achse und der PTBS-Psychopathologie besteht im Einfluss von Glukokortikoiden auf Gedächtnisfunktionen. Stress oder die Behandlung mit Glukokortikoiden verbessert die Gedächtniskonsolidierung und verschlechtert den Abruf von Gedächtnisinhalten; dies konnte im Tierversuch gezeigt werden. De Quervain et al. (1998) konnten nachweisen, dass Ratten nach einem elektrischen Schock ein Gitter im Wasser schlechter wiederfinden; dieser Effekt konnte durch einen Hemmstoff der Kortisol-synthese (Metapyron) gehemmt und bei nicht gestressten Tieren durch die Gabe von Kortison initiiert werden. Aisa et al. (2007) konnten nachweisen, dass der Glukokortikoidantagonist Mifepriston die Gedächtnisdefizite bei Ratten komplett aufheben konnte, die durch eine täglich dreistündige Trennung von der Mutter in den ersten drei Lebenswochen verursacht worden waren.

Beim Menschen reduzierte eine einmalige Gabe von Kortison die Zahl der erinnerten Wörter, wenn es eine Stunde vorher gegeben wurde (De Quervain et al., 2000). Eine einwöchige Applikation von 20 mg Hydrokortison führte zu einer signifikanten Abnahme der Genauigkeit beim Wiedererkennen von Gedächtnisinhalten (McAllister-Williams et al., 2002).

Unter der Lupe

Da die PTBS durch automatisierte traumabezogene Gedächtnisprozesse gekennzeichnet ist, die von den Patienten nur schwer kontrolliert werden können, wird debattiert, ob eine reduzierte Kortisolsekretion für eine Enthemmung des Abrufs von Traumaerinnerungen verant-



wortlich sein könnte (De Quervain, 2006). Umgekehrt könnte dann eine externe Gabe von Glukokortikoiden den Abruf von Traumaerinnerungen reduzieren und so möglicherweise zu einer Reduktion des intrusiven Erlebens führen. In einer Pilotstudie (Aerni et al., 2004) konnten erste Hinweise für die Richtigkeit dieser Vermutung gefunden werden. Drei Patienten mit chronischer PTBS erhielten über einen Zeitraum von einem Monat Hydrokortison in einer niedrigen Dosierung von 10 mg/Tag in einem doppelblinden placebokontrollierten Cross-over-Design. Bei allen drei Patienten ergab sich unter Hydrokortison eine signifikante Reduktion der täglich abgefragten Traumaerinnerungen.

Zwei weitere Studien bei anderen Angststörungen unterstreichen diesen Befund. Soravia et al. (2006) untersuchten die Wirkung von Glukokortikoiden auf die Angstsymptomatik bei Patienten mit sozialer Phobie oder mit Spinnenphobie. In der Sozialphobiestudie wurden eine Stunde vor einem sozialevaluativen Stressor 25 mg Kortison appliziert; dies führte zu einer signifikanten Reduktion der Angstsymptomatik vor, während und nach dem Stressor. In der Spinnenphobiestudie führte die wiederholte Gabe von 10 mg Kortison, nicht aber von Placebo, eine Stunde vor sechs Expositionssitzungen mit einem Spinnenfoto zu einer progressiven Reduktion der induzierten Angstsymptomatik. Dieser Effekt war auch noch zwei Tage nach der letzten Kortisongabe vorhanden, was darauf hindeuten könnte, dass Kortison die Extinktion verbessert.

Auf neuroanatomischer Ebene kommt dem medialen Temporallappen (MTL) eine wichtige Bedeutung beim Abruf von Gedächtnisinhalten zu (Cabeza & Nyberg, 2000). Bei Patienten mit Spinnenphobie wurde der MTL durch einen Film über Spinnen aktiviert; diese Aktivierung war nach erfolgreicher kognitiver Verhaltenstherapie nicht mehr vorhanden (Paquette et al., 2003). Bei Gesunden führte die akute Gabe von Kortison zu einer Reduktion des Blutflusses im MTL während des Gedächtnisabrufs (De Quervain et al., 2003).

Zusammengefasst könnten also experimentell erhöhte Kortisolspiegel zu einer Reduktion des Ab-

rufs von Gedächtnisinhalten führen, wobei dieser Effekt wahrscheinlich über den MTL vermittelt ist. Für die PTBS könnte dieser Effekt im Sinne einer Hemmung des Abrufs von negativen traumaassoziierten Erinnerungen (Intrusionen) nutzbar gemacht werden.

4.3 Dissoziation

Bislang war im Zusammenhang mit stressassoziierten kognitiven Veränderungen lediglich die Rede vom verstärkten Abruf von Traumaerinnerungen im Sinne von Intrusionen. Allerdings findet sich bei der PTBS noch ein weiteres psychopathologisches Muster, das mit der Traumatisierung in engem Zusammenhang steht, nämlich die Dissoziation (► Kap. 2). In einem Fallbericht beschrieben Lanius et al. (2003) diese zwei Verarbeitungsmodi bzw. Symptomatologien. Ein Ehepaar (er 48, sie 55 Jahre), war in eine Massenkarambolage verwickelt, bei der sie im Auto eingekellt waren und ein Kind verbrennen sahen. Der Mann entwickelte Flashbacks und Alpträume sowie starke Erregungssymptome, die Frau berichtete über Zustände von »freezing«, Taubheit und weitere dissoziative Symptome. Bei der Symptomprovokation durch das Anhören des individuellen Traumaskripts gab der Mann lebhaft Intrusionen an, wobei er auch über eine Fluchtmöglichkeit (Durchbrechen der Windschutzscheibe) nachdachte; währenddessen zeigte er eine Steigerung der Herzfrequenz. Die Frau hingegen berichtete über ein Gefühl der Erstarrung, wobei keine Änderung der Herzfrequenz messbar war. In der funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRT) zeigte der Mann eine deutlich größere Ausbreitung von aktivierten Arealen. Die Remission der Symptomatik im Laufe der Behandlung war beim Mann (mit vorgängig prominenter Intrusions- und Arousalssymptomatik) deutlich schneller als bei der Frau (mit vorgängig prominenter dissoziativer Symptomatik).

Größere Untersuchungen deuten darauf hin, dass in diesem Zusammenhang insbesondere dem medialen präfrontalen Kortex bzw. dem ACC eine differenzielle Rolle in der Vermittlung traumaassoziiierter Symptomatik zukommt. Patienten mit intrusivem Erleben zeigen eine verringerte Aktivität in diesen Regionen bei gleichzeitiger Zunahme der

Herzfrequenz, während Patienten mit dissoziativer Symptomatik in diesen Regionen eine Hyperaktivität aufweisen bei Konstanz oder leichter Reduktion der Herzfrequenz (Frewen & Lanius, 2006; Lanius et al., 2001, 2002, 2004, 2005).

Neurobiologisch ist zu vermuten, dass den bereits erwähnten, an der Stressreaktion beteiligten Systemen wie der HHN-Achse, auch bei der Vermittlung der dissoziativen Symptomatik wichtige Funktionen zukommen. Der Zusammenhang zwischen der HHN-Achse und Dissoziation wurde noch nicht eingehend untersucht. Auch das Opioidsystem scheint in das dissoziative Geschehen involviert zu sein. κ -Opioidrezeptor-Agonisten sind in der Lage, Depersonalisation, Derealisation und Wahrnehmungsveränderungen zu induzieren (Kumor et al., 1986; Pfeiffer et al., 1986; Walsh et al., 2001). Außerdem reduzieren Opioidantagonisten wie Naltrexon und Naloxon dissoziative Symptome bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung (Bohus et al., 1999; Philipsen et al., 2004) und bei chronischer Depersonalisation (Nuller et al., 2001). Bei Patienten mit PTBS konnten Pitman et al. (1990) eine Blockade der stressinduzierten Analgesie mit Naloxon nachweisen.

Ein weiterer für die Dissoziation wichtiger Neurotransmitter, der bereits im Zusammenhang mit der stressinduzierten Hippocampustoxizität erwähnt wurde, ist Glutamat. Ketamin, das an einem Glutamatrezeptorsubtyp, dem NMDA-Rezeptor, antagonistisch wirkt, induziert Depersonalisation, Derealisation, Wahrnehmungsveränderungen und Gedächtnisstörungen (Krystal et al., 1994; Newcomer et al., 1998; Oye et al., 1992). Die bei Blockade der NMDA-Rezeptoren gesteigerte Übertragung an anderen Glutamatrezeptorsubtypen kann als Korrelat der dissoziativen Symptomatik vermutet werden; damit erklärt sich auch die Wirkung von Lamotrigin auf die dissoziative Symptomatik (Sierra et al., 2001), indem dieses die Glutamatausscheidung blockiert und damit die Aktivierung von Glutamatrezeptoren reduziert. Das Antiepileptikum Phenytoin moduliert die glutamaterge Funktion und blockiert im Tierversuch die Effekte von Stress auf den Hippocampus (Watanabe et al., 1992). In einer Pilotstudie bewirkte Phenytoin eine Abnahme der PTBS-Symptomatik (Bremner et al., 2004) sowie eine Zunahme des Hippocampusvolumens um 5%

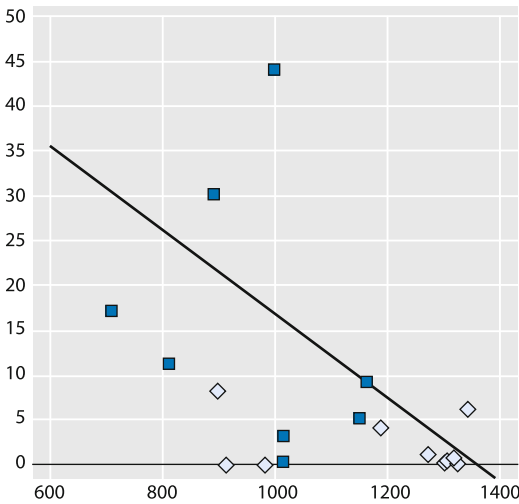


Abb. 4.2. Negativer Zusammenhang zwischen dem linken Hippocampus-Volumen (x-Achse, in mm^3) und Dissoziationswerten. y-Achse »Clinician-Administered Dissociation Scale«. Quadrate Patienten mit Missbrauch und PTBS, Raute: Patienten mit Missbrauch ohne PTBS ($R^2=0.30$; $t=-2.16$, $df=1$, $p<0.05$)

(Bremner et al., 2005a). Die dissoziative Symptomatik korreliert mit einer Verkleinerung des Hippocampus bei Frauen mit frühem Missbrauch und PTBS (Bremner et al. 2003b; Stein et al., 1997; **Abb. 4.2**).

Dissoziative Zustände sind häufig mit einer reduzierten Schmerzempfindlichkeit vergesellschaftet. Eine reduzierte Schmerzempfindlichkeit konnte bei Patienten mit PTBS sowohl unter Ruhebedingungen (Geuze et al., 2007) als auch nach Konfrontation mit traumaassoziierten Stimuli (Pitman et al., 1990) demonstriert werden. In einer fMRI-Untersuchung konnte als neuronales Korrelat der reduzierten Schmerzempfindlichkeit eine reduzierte Aktivität in solchen Hirnregionen festgestellt werden, die mit der emotionalen und kognitiven Schmerzverarbeitung beschäftigt sind. Hierzu gehören die Amygdala und der ventrolaterale präfrontale Kortex (Geuze et al., 2007). Im Gegensatz zu dem experimentellen Befund einer reduzierten Schmerzempfindlichkeit finden sich jedoch bei Patienten mit PTBS erhöhte subjektive Schmerzangaben (Asmundson et al., 2002).

4.4 Gestörte Emotionsregulation: Angst und Ekel

Aufgrund der bei der PTBS gestörten Emotionswahrnehmung und -verarbeitung befasst sich ein wesentlicher Teil der funktionellen Bildgebungsuntersuchungen mit der neuronalen Emotionsverarbeitung dieser Patienten. Studien mit standardisierten emotionalen Stimuli stellen neben Szenarien zur Traumainduktion die häufigsten Versuchsparadigmen funktioneller Bildgebungsuntersuchungen bei der PTBS dar.

- Rauch et al. (2000) verwendeten maskierte emotionale Gesichtsausdrücke und fanden bei Patienten mit PTBS eine erhöhte Amygdalareaktion auf ängstliche im Vergleich zu glücklichen Gesichtern. Vermutlich zeigt sich eine Hyperaktivität der Amygdala bei PTBS nicht nur in Reaktion auf traumatische Erinnerungen, sondern allgemein auf negative Stimuli und damit auch unabhängig von sog. »Top-down«-Prozessen des medialen Frontalkortexes.
- Auch die Arbeitsgruppe um Armony verwendete in ihrer fMRI-Studie emotionale Gesichtsausdrücke, sowohl unbewusst (maskiert) als auch bewusst wahrgenommene (Armony et al., 2005). Die Autoren fanden eine signifikante positive Korrelation zwischen der Schwere der PTBS und der Amygdalaaktivität bei maskierten ängstlichen im Vergleich zu den maskierten glücklichen Gesichtern sowie eine signifikante negative Korrelation für den Vergleich der bewusst wahrgenommenen ängstlichen im Vergleich zu den bewusst wahrgenommenen glücklichen Gesichtern.
- Die Studie von Shin et al. (2005) verwendete emotionale Gesichtsausdrücke zur Analyse der neuronalen Aktivierungskorrelate der PTBS, allerdings mit einer Präsentationsdauer, die ausschließlich eine bewusste Informationsverarbeitung ermöglichte. Die Autoren fanden bei den Patienten mit PTBS eine Hyperaktivität der Amygdala und eine Aktivitätsminderung des medialen Präfrontalkortexes in Reaktion auf die ängstlichen im Vergleich zu den glücklichen Gesichtern. Außerdem zeigten sich signifikante negative Korrelationen zwischen der Aktivität im medialen Präfrontalkortex und sowohl der

Amygdalaaktivität als auch der Symptom-schwere.

- Die Arbeitsgruppe um Phan verglich die neuronale Reaktion von Personen mit Traumaexposition und PTBS, Personen mit Traumaexposition ohne PTBS und gesunden Kontrollprobanden auf standardisierte emotional-aversive, neutrale und leere Bilder (Phan et al., 2006). Alle drei Gruppen zeigten eine Aktivierung des dorsalen medialen Präfrontalkortexes auf aversive und neutrale Bilder. Nur die Gruppen ohne PTBS aktivierten die linke Amygdala in Reaktion auf aversive Stimuli, ein Widerspruch zu der in den o. g. Studien gefundenen Hyperaktivität der Amygdala bei Patienten mit PTBS. Gesunde Kontrollen zeigten außerdem im Gegensatz zu den beiden Gruppen mit Traumaexposition eine Aktivierung des ventralen medialen Präfrontalkortexes.

Zusammenfassend sprechen die vorliegenden Befunde trotz der nicht immer konsistenten Richtung der neuronalen Aktivierungsveränderungen für eine Dysfunktion des medialen Präfrontalkortexes und der Amygdala bei PTBS sowie für eine gestörte Assoziation zwischen diesen beiden Regionen bei der Verarbeitung aversiver emotionaler Reize (Etkin & Wager, 2007). In den genannten Untersuchungen wurde in erster Linie angstassoziiertes Material zur Emotionsinduktion eingesetzt und andere aversive Emotionen spielen nur eine untergeordnete Rolle.

Aus klinischer Beobachtung ist jedoch bekannt, dass Ekelgefühle bei einem hohen Anteil der Patientinnen mit PTBS als Folge sexueller Gewalt auftreten und zwar als Ekel in Bezug auf sich selbst, aber auch auf bestimmte Nahrungsmittel, deren Geruch, Geschmack oder Konsistenz, die Patientinnen an die traumatischen Situationen erinnern können.

Unter der Lupe

Ekel stellt eine Basisemotion dar, die von einem spezifischen Verhaltensmuster und einem charakteristischen Gesichtsausdruck begleitet wird (Ekman, 1992). Evolutionstheoretisch erfüllt Ekel eine Schutzfunktion, indem er den Körper vor der Ingestion und Kontamination mit krankheitsserregenden oder toxischen Substanzen bewahrt (Darwin, 1965).

In Untersuchungen mit funktioneller Bildgebung wurden die spezifischen Aktivierungsmuster von Ekel mit denen einer neutralen Bedingung und meistens auch einer weiteren negativen Emotion wie Angst oder Ärger bei gesunden Menschen verglichen. Phillips et al. (1997) untersuchten die neuronalen Aktivierungskorrelate von Ekel mittels fMRI und präsentierten ihren Versuchspersonen Bilder mit neutralen, ängstlichen oder angeekelten Gesichtsausdrücken unterschiedlicher Intensität. Dabei wurde Ekel im Gegensatz zu Angst, die mit Amygdalaaktivität einherging, insbesondere durch eine spezifische Aktivierung der Inselregion charakterisiert.

Die Bedeutung der Inselregion bei der Empfindung von Ekel konnte durch weitere Untersuchungen der Arbeitsgruppe um Phillips (Phillips et al., 1998, 2004) sowie anderer Arbeitsgruppen (Wicker et al., 2003; Williams et al., 2005) belegt werden. Allerdings sollte berücksichtigt werden, dass alle Untersuchungen neben der Inselregion auch in verschiedenen anderen Hirnarealen Aktivierungen in Reaktion auf Ekel fanden und Schienle et al. (2002) fanden zwar bei Ekel, aber auch bei Angst eine Inselaktivierung.

In einer neueren Arbeit (Schienle et al., 2006) führte Ekel nicht zu einer spezifischen Aktivierung der Inselregion, sondern es fand sich ein integratives neuronales System zur Emotionsvermittlung, bestehend aus okzipitotemporalen und parietalen Arealen, der Amygdala und dem Orbitofrontalkortex. Stark et al. (2007) fanden in einem parametrischen Design eine Korrelation zwischen der Ekelintensität und der Aktivität von Amygdala und Inselregion.

In einer Pilotstudie zur Ekelintensität bei Gesunden und Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS; Schmahl, 2007) fand man bei Gesunden ebenfalls eine Korrelation zwischen der subjektiven Ekeleinschätzung von Bildern und dem BOLD-Signal sowohl in der Amygdala als auch der Inselregion. Im Vergleich zu Gesunden wiesen Patienten mit BPS zusätzlich eine gesteigerte Aktivität in präfrontalen Arealen auf. Außerdem zeigten in einer neuropsychologischen Untersuchung mit dem »Implicit Association Test« sowohl Patienten mit BPS als auch mit PTBS eine stärkere Assoziation ihrer eigenen Person mit der Emotion Ekel als mit der Emotion Angst. Dies ist insofern von Bedeutung, als die PTBS bislang den Angststörungen zugerech-

net wird, die Rolle von anderen Emotionen, wie z. B. Ekel, aber bislang nicht ausreichend berücksichtigt wurde (► Kap. 2).

4.5 Konditionierung und Extinktion von Angst

Wenn man davon ausgeht, dass ein großer Teil der PTBS-Psychopathologie konditioniert ist, erscheint ein genaues Verständnis von Lernvorgängen und deren neurobiologischen Grundlagen, insbesondere zur Verbesserung der psychotherapeutischen Möglichkeiten, unerlässlich. Das derzeit am besten untersuchte Modell neuronalen Lernens stellt die klassische Konditionierung dar und die damit verbundenen Mechanismen des Verlernens, also der Extinktion.

Die neuronale Basis von klassischen Konditionierungsprozessen ist beim Tier und beim Menschen gut untersucht. Man unterscheidet zwei Phasen:

1. Akquisition, das heißt das Erlernen von Reizreaktionsmustern und
2. Extinktion, das heißt das Löschen von Reizreaktionsmustern.

Während der Akquisition wird ein neuer, initial neutraler Stimulus, z. B. ein Ton- oder Lichtsignal als konditionierter Stimulus (CS) ausgewählt. Wenn dieser Stimulus mit einem aversiven unkontingierten Stimulus (US), z. B. einem Schmerzreiz, gekoppelt wird, wird der CS zu einem Trigger für eine konditionierte Reaktion (CR), die sich z. B. in einer Angstreaktion ausdrücken kann. Neuroanatomisch können hier zwei verschiedene Systeme unterschieden werden:

1. Ein implizites, dem emotionalen Lernen zugrunde liegendes System, das hauptsächlich auf Verbindungen zwischen der Amygdala und dem medialen Präfrontalkortex beruht und
2. ein explizites, dem deklarativen Gedächtnis zugrunde liegendes System, das dem Hippocampus und dem lateralen Präfrontalkortex zugeordnet werden kann (Brewin et al., 1996; Phelbs & LeDoux, 2005; ► Kap. 3.2).

Die Amygdala und ihre Projektionen sind insbesondere für die Akquisition und die Expression konditionierter Reaktionen verantwortlich.

Auf klinisch-phänomenologischer Ebene können zahlreiche gelernte Reiz-Reaktions-Muster mit diesem Modell erklärt werden, z. B. die Angst- oder Ekelreaktionen bei Opfern von traumatischer Gewalt. Zahlreiche psychotherapeutische Prozesse zielen nun auf eine Abschwächung dieser automatisierten Reizreaktionsmuster. Auf experimentalpsychologischer Ebene handelt es sich hierbei um Prozesse der Extinktion.

Die neuronale Grundlage für Extinktionsprozesse ist bisher nicht ganz so eindeutig nachgewiesen. Es wird aber vermutet, dass hier neben medial präfrontalen und orbitofrontalen Regionen ebenfalls die Amygdala eine zentrale Rolle spielt (Barad et al., 2006; Herry & Mons, 2004). Die Extinktion gelernter (Angst-)Reaktionen besteht in der wiederholten Präsentation des CS, also des konditionierten Stimulus, ohne den US. Extinktion, also die Abnahme der erwarteten Reaktion auf den CS, gestaltet sich nun entweder als Löschung der gelernten Reaktion oder als zusätzliches inhibitorisches Lernen.

Konditionierungs- und Extinktionsprozesse wurden bei Patienten mit PTBS bisher nur in einer Studie mittels funktioneller Bildgebung untersucht (Bremner et al., 2005b). Frauen mit PTBS nach frühem sexuellem Missbrauch und gesunde Kontrollprobandinnen sahen in einer PET-Untersuchung ein blaues Quadrat zunächst alleine (Habituation), dann in Kombination mit einem Schmerzreiz (Akquisition) und schließlich wieder alleine (Extinktion). Im Vergleich zu den Kontrollprobandinnen zeigten die Patientinnen während der Akquisition einen gesteigerten Blutfluss in der Amygdala und während der Extinktion einen reduzierten Blutfluss im medialen präfrontalen Kortex auf. Der gesteigerte Blutfluss in der Amygdala korrelierte mit einer Zunahme der PTBS-Symptome; weiterhin fand sich eine negative Korrelation zwischen gesteigerten Angstscores und reduziertem medialem präfrontalem Blutfluss. Insgesamt deuten diese Befunde also auf eine gesteigerte Konditionierbarkeit und eine gestörte Extinktion von gelernten Reizreaktionsmustern hin.

Eine wichtige Entwicklung der vergangenen Jahre betrifft neben dem Verständnis der neuronalen Grundlagen von Extinktionsprozessen die neurochemischen Grundlagen von Konditionierung und Extinktion. Das Glutamatsystem spielt auch hier eine entscheidende Rolle; NMDA-Rezeptoren schei-

nen nicht nur bei der Akquisition, sondern auch bei der Extinktion von großer Bedeutung zu sein (Davis et al., 2006).

Eine neuartige und für die Zukunft der modernen Psychotherapie möglicherweise bahnbrechender Mechanismus liegt in der Möglichkeit einer pharmakologischen Verstärkung von Extinktionsprozessen, also einer pharmakologischen Verbesserung der zentralen Mediatorvariablen. Hierbei wird der NMDA-Agonist Zykloserin eingesetzt.

- Bei Ratten führte die Gabe von Zykloserin zu einer Verstärkung der Extinktion der furchtkonditionierten Schreckreaktion (Walker et al., 2002).
- In einer ersten ähnlichen Studie bei psychischen Erkrankungen setzen Ressler et al. (2004) Zykloserin als »cognitive enhancer« ein, um die Extinktion zu verbessern. Personen mit Höhenphobie mussten sich zwei Konfrontationssitzungen in einer virtuellen Realität aussetzen. Vor jeder Sitzung nahm die Kontrollgruppe Placebos ein, die Experimentalgruppe D-Zykloserin. Sowohl direkt nach der Behandlung, als auch nach drei Monaten war die Angstreduktion in der Experimentalgruppe größer. Das zeigte sich in subjektiven Angaben bzgl. der Höhenvermeidung, der Höhenangst und der Einstellung zu Höhen sowie in der globalen klinischen Besserung und dem Prozentsatz an Teilnehmern mit deutlicher Besserung. Da die Probandinnen der Experimentalgruppe sich auch deutlich häufiger außerhalb der Konfrontationssitzungen der aversiven Situation aussetzten, bleibt jedoch offen, ob die medikamentöse Unterstützung indirekt über häufigere Exposition die Extinktion verbessert, oder ob auch bei gleicher Expositionsfrequenz die Angstreduktion optimiert wird.
- Inzwischen wurde diese Strategie auch erfolgreich in der Behandlung von Patienten mit sozialer Phobie (Hofmann et al., 2006; Guastella et al., 2008), Spinnenphobie (Guastella et al., 2007) und Zwangsstörung (Kushner et al., 2007; Wilhelm et al., 2008) eingesetzt. Es scheint bei dieser Kombinationstherapie insbesondere auf die genaue zeitliche Kopplung zwischen Medikamenteneinnahme – ca. 1-2 h vor Beginn der Expositionssitzung – und der Psychotherapie anzukommen (Rothbaum, 2008).

- Bislang liegen keine publizierten Studien zur Kombination von Zykloserin und Exposition bei Patienten mit PTBS vor; allerdings war Zykloserin im Tierexperiment in der Lage, eine durch prolongierte Stressexposition ausgelöste Störung der Extinktion abzuschwächen (Yamamoto et al., 2008).

4.6 Tiermodelle für die PTBS

Unter der Lupe

Die Entwicklung von Tiermodellen für psychische Erkrankungen stellt einen wichtigen Schritt beim Verständnis von Pathomechanismen und zur Verbesserung von Therapieoptionen bei diesen Erkrankungen dar. Tiermodelle bieten z. B. ausgezeichnete Möglichkeiten genetische oder pharmakologische Manipulationen durchzuführen, die dann in die therapeutische Forschung beim Menschen übertragen werden können. Für diese Forschungsrichtung, die in Analogie zu menschlichen Erkrankungen Tiermodelle entwickelt und molekularbiologische oder pharmakologische Erkenntnisse aus diesen Modellen in die Therapie der menschlichen Erkrankungen umsetzt, hat sich die Bezeichnung »translationale Forschung« eingebürgert.

Die Entwicklung von Tiermodellen für die PTBS stellt eine besondere Herausforderung dar, da hier zum einen die Psychopathologie, zum anderen aber (anders als bei anderen psychischen Erkrankungen) auch das traumatische Ereignis modelliert werden muss. Als Analogie zu traumatischen Ereignissen beim Menschen wurden beim Tier z. B.

- Trennung von der Mutter (Lippmann et al., 2007),
- Unter-Wasser-Halten (Richter-Lewin, 1998) oder
- Konfrontation mit einem Beutetier (Adamec & Shallow, 1993; Cohen et al., 2000) eingesetzt.

Die genannten Stressormodelle haben trotz teilweise hoher ethologischer Validität den Nachteil, dass sich bei ihnen die Intensität nur durch eine wiederholte Darbietung variieren lässt, wodurch Habituations-

prozesse nicht ausgeschlossen werden können. Siegmund und Wotjak (2007) setzten daher in der Entwicklung eines spezifischen Tiermodells für PTBS kurze, in ihrer Intensität modulierbare schmerzhafte Stromreize ein. Obwohl solche Stromreize sicherlich eine existenzielle Bedrohung für das Tier darstellen, stellt sich doch die Frage, ob sich die subjektive Antwort auf Stress, die beim Menschen z. B. im A2-Kriterium der PTBS im DSM-IV abgebildet ist, im Tier modellieren lässt. Außerdem stellt ein solcher Stromreiz am ehesten ein Modell für ein Typ-I-Trauma dar; die Modellierung von Typ-II-Traumata ist sicherlich nochmals deutlich komplexer.

Im Tiermodell lassen sich insbesondere Lern- und Gedächtnisprozesse gut darstellen. Auf der psychopathologischen Ebene spielen bei der PTBS neben assoziativen (z. B. im Rahmen von Wiedererinnerungen und Vermeidung traumaassoziierter Stimuli) auch non-assoziative Gedächtnisprozessen (z. B. im Zusammenhang mit einem allgemeinen Hyperarousal, Schreckhaftigkeit oder emotionaler Taubheit) eine Rolle (Siegmund & Wotjak, 2006). Das Tiermodell von Siegmund und Wotjak versucht, diese beiden Prozesse, d. h. Konditionierungs- und Sensitierungsprozesse, abzubilden. Zur Erfassung der Konditionierungsprozesse wurden die Tiere in gewissen Zeitabständen wieder in die Kammer gesetzt, in der sie den Stromschlag erhalten hatten. Um die Sensitierung zu messen, wurden in einer neutralen Kammer unangenehm laute Töne präsentiert. Beide Prozesse wurden anhand der »Freezing«-Reaktion gemessen. In diesen Experimenten konnte gezeigt werden, dass nach dem elektrischen Stimulus dosisabhängig sowohl eine Steigerung der konditionierten Angstreaktion (Freezing) als auch eine zunehmende Sensitierung auftrat.

Daneben fanden sich auch stressinduzierte Veränderungen im sozialen Verhalten im Sinne eines Rückzugs und verminderter Exploration. Auch die prädiktive Validität dieses Tiermodells konnte nachgewiesen werden, in dem die so induzierte Symptomatik durch eine Behandlung mit einem Serotonin-Wiederaufnahmehemmer abgeschwächt werden konnte. Interessanterweise traten die genannten Veränderungen nur bei einem bestimmten Mäusestamm, nicht aber bei einem weiteren getesteteten auf; dies ermöglicht in der Zukunft die Untersuchung von genetischen (Risiko-)Faktoren bzw. Mechanis-

men der Resilienz auf pharmakologischer und molekularbiologischer Ebene.

4.7 Integration und Ausblick

Die Forschung zur Neurobiologie der PTBS hat in den vergangenen Jahren rasante Fortschritte gemacht, die nicht nur das Grundlagenwissen vergrößern, sondern auch wichtige Impulse für die Verbesserung der therapeutischen Möglichkeiten geben können. In dieser Übersicht wurden einige zentrale Aspekte der Forschung in diesem Bereich dargestellt:

Zentrale Aspekte der Forschung zur Neurobiologie der PTBS

- Im Bereich der hirmorphologischen Veränderungen kann eine Verkleinerung des Hippocampus inzwischen als gesichert angesehen werden. Völlig unklar ist hingegen noch die Ursache dieser Volumenverkleinerung; die Forschung der nächsten Jahre wird hoffentlich Aufschluss darüber bringen, welchen Anteil hier Genetik und Trauma haben.
- Im Zusammenhang mit diesen neuronalen Schädigungen und Störungen des Traumagedächtnisses spielt die HHN-Achse eine wichtige Rolle.
- Die Forschung zu den neuroanatomischen und neurochemischen Grundlagen von Dissoziation hat Fortschritte gemacht, ebenso wie die Untersuchung der Emotionsregulation, nicht nur bezogen auf die Emotion Angst.
- Im Sinne der translationalen Forschung spielen insbesondere Konditionierungs- und Sensitierungsprozesse eine wichtige Rolle, die sich beim Tier und beim Menschen parallel untersuchen lassen, um dann molekularbiologische oder pharmakologische Erkenntnisse aus diesen Modellen in die Therapie beim Menschen zu übertragen.

In den kommenden Jahren wird der translationalen Forschung sicher eine größere Bedeutung zukom-

men. Daneben wird die Erfassung von Gen-Umwelt-Interaktionen, die in anderen Bereichen der Forschung zu psychischen Erkrankungen schon weiter verbreitet ist, eine wichtige Rolle spielen, zumal die PTBS als Paradebeispiel für die Untersuchung des Zusammenwirkens von genetischen Faktoren und Stress in der Entwicklung von Psychopathologie angesehen werden kann. Eine weitere zukunftssträchtige Forschungsrichtung ist das Zusammenwirken von Psycho- und Pharmakotherapie, z. B. bei der pharmakologischen Verstärkung von Extinktionsprozessen mit D-Zykloserin oder der Behandlung von traumaassoziierten Gedächtnisstörungen mit einer Kombination aus psychotherapeutischen Interventionen und Hydrokortison.

Literatur

- Adamec, R. E. & Shallow, T. (1993). Lasting effects on rodent anxiety of a single exposure to a cat. *Physiology and Behaviour*, 54, 101–109.
- Aerni, A., Traber, R., Hock, C., Roozendaal, B., Schelling, G., Papasotiropoulos, A., Nitsch, R. M., Schnyder, U. & de Quervain, D. J. F. (2004). Low-dose cortisol for symptoms of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1488–1490.
- Aisa, B., Tordera, R., Lasheras, B., Del Rio, J. & Ramirez, M. J. (2007). Cognitive impairment associated to HPA axis hyperactivity after maternal separation in rats. *Psychoneuroendocrinology*, 32, 256–266.
- Arborelius, L., Owens, M. J., Plotsky, P. M. & Nemeroff, C. B. (1999). The role of corticotropin-releasing factor in depression and anxiety disorders. *Journal of Endocrinology*, 160, 1–12.
- Armony, J. L., Corbo, V., Clement, M. H. & Brunet, A. (2005). Amygdala response in patients with acute PTSD to masked and unmasked emotional facial expressions. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1961–1963.
- Asmundson, G. J., 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, 930–937.
- Baker, D. B., West, S. A., Nicholson, W. E., Ekhtor, N. N., Kasckow, J. W., Hill, K. K., Bruce, A. B., Orth, D. N. & Geraciotti, T. D. (1999). Serial CSF corticotropin-releasing hormone levels and adrenocortical activity in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 585–588.
- Barad, M., Gean, P. W. & Lutz, B. (2006). The role of the amygdala in the extinction of conditioned fear. *Biological Psychiatry*, 60, 322–328.
- Bohus, M., Landwehrmeyer, G. B., Stiglmayr, C. E., Limberger, M. F., Boehme, R. & Schmahl, C. G. (1999). Naltrexone in the treatment of dissociative symptoms in patients with borderline personality disorder: An open-label trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 598–603.
- Bremner, J. D. (2002). *Does stress damage the brain? Understanding trauma-related disorders from a mind-body perspective*. New York: Norton.
- Bremner, J. D. (2003). Functional neuroanatomical correlates of traumatic stress revisited 7 years later, this time with data. *Psychopharmacology Bulletin*, 37, 6–25.
- Bremner, J. D., Licinio, J., Darnell, A., Krystal, J. H., Owens, M., Southwick, S. M., Nemeroff, C. B. & Charney, D. S. (1997). Elevated CSF corticotropin-releasing factor concentrations in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 624–629.
- Bremner, J. D., Randall, P., Scott, T. M., Bronen, R. A., Seibyl, J. P., Southwick, S. M., Delaney, R. C., McCarthy, G., Charney, D. S. & Innis, R. B. (1995). MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 973–981.
- Bremner, J. D., Randall, P., Vermetten, E., Staib, L., Bronen, R. A., Mazure, C., Capelli, S., McCarthy, G., Innis, R. B. & Charney, D. S. (1997). Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse – a preliminary report. *Biological Psychiatry*, 41, 23–32.
- Bremner, J. D., Mletzko, T., Welter, S., Siddiq, S., Reed, L., Williams, C., Heim, C. M. & Nemeroff, C. B. (2004). Treatment of posttraumatic stress disorder with phenytoin: An open label pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 1559–1564.
- Bremner, J. D., Mletzko, T., Welter, S., Quinn, S., Williams, C., Brummer, M., Siddiq, S., Reed, L., Heim, C. M. & Nemeroff, C. B. (2005a). Effects of phenytoin on memory, cognition and brain structure in posttraumatic stress disorder: A pilot study. *Journal of Psychopharmacology*, 19, 159–165.
- Bremner, J. D., Vermetten, E., Schmahl, C., Vaccarino, L. V., Vythilingam, M., Afzal, N., Grillon, C. & Charney, D. S. (2005b). positron emission tomographic imaging of neural correlates of a fear acquisition and extinction paradigm in women with childhood sexual abuse-related posttraumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 35, 791–806.
- Bremner, J. D., Vythilingam, M., Vermetten, E., Adil, J., Khan, S., Nazeer, A., Afzal, N., McGlashan, T., Anderson, G., Hening, G. R., Southwick, S. M. & Charney, D. S. (2003a). Cortisol response to a cognitive stress challenge in posttraumatic stress disorder (PTSD) related to childhood abuse. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 733–750.
- Bremner, J. D., Vythilingam, M., Vermetten, E., Southwick, S. M., McGlashan, T., Nazeer, A., Khan, S., Vaccarino, L. V., Soufer, R., Garg, P. K., Ng, C. K., Staib, L. H., Duncan, J. S. & Charney, D. S. (2003b). MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 924–932.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T. & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670–686.

- 4
- Cabeza, R. & Nyberg, L. (2000). Imaging cognition II: An empirical review of 275 PET and fMRI studies. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 12, 1–47.
- Cohen, H., Benjamin, J., Kaplan, Z. & Kotler, M. (2000). Administration of high-dose ketoconazole, an inhibitor of steroid synthesis, prevents posttraumatic anxiety in an animal model. *European Neuropsychopharmacology*, 10, 429–435.
- Darwin, C. (1965). *The expression of the emotions in man and animals*. Chicago: University of Chicago Press.
- Davis, M., Ressler, K., Rothbaum, B. O. & Richardson, R. (2006). Effects of D-cycloserine on extinction: Translation from pre-clinical to clinical work. *Biological Psychiatry*, 60, 369–375.
- De Quervain, D. J. (2006). Glukokortikoid-induced inhibition of memory retrieval: implications for posttraumatic stress disorder. *Annals of the New York Academy of Science*, 1071, 216–220.
- De Quervain, D. J., Henke, K., Aerni, A., Treyer, V., McGaugh, J. L., Berthold, T., Nitsch, R.M., Buck, A., Roozendaal, B. & Hock, C. (2003a). Glukokortikoid-induced impairment of declarative memory retrieval is associated with reduced blood flow in the medial temporal lobe. *European Journal of Neuroscience*, 17, 1296–1302.
- De Quervain, D. J., Roozendaal, B. & McGaugh, J. L. (1998). Stress and glucocorticoids impair retrieval of long-term spatial memory. *Nature*, 394, 787–790.
- De Quervain, D. J., Roozendaal, B., Nitsch, R. M., McGaugh, J. L. & Hock, C. (2000). Acute cortisone administration impairs retrieval of long-term declarative memory in humans. *Nature Neuroscience*, 3, 313–314.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Emotion*, 6, 169–200.
- Elzinga, B. M. & Bremner, J. D. (2002). Are the neural substrates of memory the final common pathway in PTSD? *Journal of Affective Disorders*, 70, 1–17.
- Elzinga, B. M., Schmahl, C. S., Vermetten, E., Dyck, R. van & Bremner, J. D. (2003). Higher cortisol levels following exposure to traumatic reminders in abuse-related PTSD. *Neuropsychopharmacology*, 28, 1656–1665.
- Etkin, A. & Wager, T. D. (2007). Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1476–1488.
- Frewen, P. A. & Lanius, R. A. (2006). Toward a psychobiology of posttraumatic self-dysregulation, reexperiencing, hyperarousal, dissociation, and emotional numbing. *Annals of the New York Academy of Science*, 1071, 110–124.
- Geuze, E., Westenberg, H. G. M., Jochims, A., De Kloet, C. S., Bohus, M., Vermetten, E. & Schmahl, C. (2007). Altered pain processing in veterans with posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 64, 76–85.
- Gilbertson, M. W., Shenton, M. E., Ciszewski, A., Kasai, K., Lasko, N. B., Orr, S. P. & Pitman, R. K. (2002). Smaller hippocampal volume predicts pathological vulnerability to psychological trauma. *Nature Neuroscience*, 5, 1242–1247.
- Guastella, A. J., Dadds, M. R., Lovibond, P. F., Mitchell, P. & Richardson, R. (2007). A randomized controlled trial of the effect of D-cycloserine on exposure therapy for spider fear. *Journal of Psychiatric Research*, 41, 466–471.
- Guastella, A. J., Richardson, R., Lovibond, P. F., Rapee, R. M., Gaston, J. E., Mitchell, P., Dadds, M. R. (2008). A randomized controlled trial of D-cycloserine enhancement of exposure therapy for social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 63, 544–549.
- Gurvits, T. V., Shenton, M. E., Hokama, H., Ohta, H., Lasko, N. B., Gilbertson, M. W., Orr, S. P., Kikinis, R., Jolesz, F. A., McCarley, R. W. & Pitman, R. K. (1996). Magnetic resonance imaging study of hippocampal volume in chronic, combat-related posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 40, 1091–1099.
- Herry, C. & Mons, N. (2004). Resistance to extinction is associated with impaired immediate early gene induction in medial prefrontal cortex and amygdala. *European Journal of Neuroscience*, 20, 781–790.
- Hofmann, S. G., Meuret, A. E., Smits, J. A., Simon, N. M., Pollack, M. H., Eisenmenger, K., Shiekh, M. & Otto, M. W. (2006). Augmentation of exposure therapy with D-cycloserine for social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 298–304.
- Karl, A., Schaefer, M., Malta, L. S., Dörfel, D., Rohleder, N. & Werner, A. (2006). A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 1004–1031.
- Kasai, K., Yamasue, H., Gilbertson, M. W., Shenton, M. E., Rauch, S. L. & Pitman, R. K. (2008). Evidence for acquired pregenual anterior cingulate gray matter loss from a twin study of combat-related posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 63, 550–556.
- Kitayama, N., Vaccarino, V., Kutner, M., Weiss, P. & Bremner, J. D. (2005). Magnetic resonance imaging (MRI) measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 88, 79–86.
- Krystal, J. H., Karper, L. P., Seibyl, J. P., Freeman, G. K., Delaney, R., Bremner, J. D., Heninger, G. R., Bowers, M. B. Jr. & Charney, D. S. (1994). Subanesthetic effects of the NMDA antagonist, ketamine, in humans: Psychotomimetic, perceptual, cognitive, and neuroendocrine effects. *Archives of General Psychiatry*, 51, 199–214.
- Kumor, K. M., Haertzen, C. A., Johnson, R. E., Kocher, T. & Jasinski, D. (1986). Human psychopharmacology of ketocyclazocine as compared with cyclazocine, morphine and placebo. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 238, 960–968.
- Kushner, M. G., Kim, S. W., Donahue, C., Thuras, P., Adson, D., Kotlyar, M., McCabe, J., Peterson, J. & Foa, E. B. (2007). D-cycloserine augmented exposure therapy for obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 62, 835–838.
- Lanius, R. A., Hopper, J. W. & Menon, R. S. (2003). Individual differences in a husband and wife who developed PTSD after a motor vehicle accident: A functional MRI case study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 667–669.
- Lanius, R. A., Williamson, P. C., Bluhm, R. L., Densmore, M., Boksman, K., Neufeld, R. W. J., Gati, J. S. & Menon, R. S. (2005). Functional connectivity of dissociative responses

- in posttraumatic stress disorder: a functional magnetic resonance imaging investigation. *Biological Psychiatry*, 57, 873–884.
- Lanius, R. A., Williamson, P. C., Boksman, K., Densmore, M., Gupta, M., Neufeld, R. W. J., Gati, J. S. & Menon, R. S. (2002). Brain activation during script-driven imagery induced dissociative responses in PTSD: a functional magnetic resonance imaging investigation. *Biological Psychiatry*, 52, 305–311.
- Lanius, R. A., Williamson, P. C., Densmore, M., Boksman, K., Gupta, M. A., Neufeld, R. W., Gati, J. S. & Menon, R. S. (2001). Neural correlates of traumatic memories in posttraumatic stress disorder: a functional mri investigation. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1920–1922.
- Lanius, R. A., Williamson, P. C., Densmore, M., Boksman, K., Neufeld, R. W., Gati, J. S., Menon, R. S. (2004). The nature of traumatic memories: A 4-T fMRI functional connectivity analysis. *American Journal of Psychiatry*, 161, 36–44.
- Lippmann, M., Bress, A., Nemeroff, C. B., Plotsky, P. M. & Monteggia, L. M. (2007). Long-term behavioural and molecular alterations associated with maternal separation in rats. *European Journal of Neuroscience*, 25, 3091–3098.
- McAllister-Williams, R. H. & Rugg, M. D. (2002). Effects of repeated episodic administration on brain potential correlates of episodic memory retrieval. *Psychopharmacology*, 60, 74–83.
- Meewisse, M.-L., Reitsma, J. B., De Vries, G.-J., Gersons, G. P. R. & Olf, M. (2007). Cortisol and posttraumatic stress disorder in adults. Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 191, 387–392.
- Newcomer, J. W., Farber, N. B., Jevtovic-Todorovic, V., Selke, G., Melson A. K., Hershey, T., Craft, S. & Olney, J. W. (1998). Ketamine-induced NMDA receptor hypofunction as a model of memory impairment and psychosis. *Neuropsychopharmacology*, 20, 106–118.
- Nuller, Y. L., Morozova, M. G., Kushnir, O. N. & Hamper, N. (2001). Effect of naloxone therapy on depersonalization. *Journal of Psychopharmacology*, 15, 93–95.
- Oye, I., Paulsen, O. & Maurset, A. (1992). Effects of ketamine on sensory perception: evidence for a role of N-methyl-D-aspartate receptors. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 260, 1209–1213.
- Paquette, V., Levesque, J., Mensour, B., Leroux, J. M., Beaudoin, G., Bourgouin, P. & Beaugard, M. (2003). »Change the mind and you change the brain»: effects of cognitive behavioral therapy on the neural correlates of spider phobia. *Neuroimage*, 18, 401–9.
- Pfeiffer, A., Brantl, V., Herz, A. & Emrich, H. E. (1986). Psychotomimesis mediated by κ opiate receptors. *Science*, 233, 774–776.
- Phan, K. L., Britton, J. C., Taylor, S. F., Fig, L. M. & Liberzon, I. (2006). Corticolimbic blood flow during nontraumatic emotional processing in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 184–192.
- Phelps, E. A. & LeDoux, J. E. (2005). Contributions of the amygdala to emotion processing: from animal models to human behavior. *Neuron*, 48, 175–187.
- Philipsen, A., Schmahl, C. & Lieb, K. (2004). Naloxone in the treatment of acute dissociative states in female patients with borderline personality disorder. *Pharmacopsychiatry*, 37, 196–199.
- Phillips, M. L., Williams, L. M., Heining, M., Herba, C. M., Russell, T., Andrew, C., Bullmore, E. T., Brammer, M. J., Williams, S. C., Morgan, M., Young, A. W. & Gray, J. A. (2004). Differential neural responses to overt and covert presentations of facial expressions of fear and disgust. *Neuroimage*, 21, 1484–1496.
- Phillips, M. L., Young, A. W., Scott, S. K., Calder, A. J., Andrew, C., Giampietro, V., Williams, S. C., Bullmore, E. T., Brammer, M. & Gray, J. A. (1998). Neural responses to facial and vocal expressions of fear and disgust. Proceedings. *Biological Sciences/The Royal Society*, 265, 1809–1817.
- Phillips, M. L., Young, A. W., Scott, S. K., Calder, A. J., Bullmore, E. T., Perrett, D. I., Rowland, D., Williams, S. C., Gray, J. A., David, A. S. (1997): A specific neural substrate for perceiving facial expressions of disgust. *Nature* 389:495–498.
- Pitman, R. K., van der Kolk, B. A., Orr, S. P. & Greenberg, M. S. (1990). Naloxone-reversible analgesic response to combat-related stimuli in posttraumatic stress disorder. A pilot study. *Archives of General Psychiatry*, 47, 541–544.
- Rauch, S. L., Whalen, P. J., Shin, L. M., McInerney, S. C., Macklin, M. L., Lasko, N. B., Orr, S. P. & Pitman, R. K. (2000). Exaggerated amygdala response to masked facial stimuli in posttraumatic stress disorder: a functional MRI study. *Biological Psychiatry*, 47, 769–776.
- Ressler, K. J., Rothbaum, B. O., Tannenbaum, L., Anderson, P., Graap, K., Zimand, E., Hodges, L. & Davis, M. (2004). Cognitive enhancers as adjuncts to psychotherapy: use of D-cycloserine in phobic individuals to facilitate extinction of fear. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1136–1144.
- Richter-Levin, G. (1998). Acute and long-term behavioral correlates of underwater trauma-potential relevance to stress and post-stress syndromes. *Psychiatry Research*, 79, 73–83.
- Rothbaum, B. O. (2008). Critical parameters for D-cycloserine enhancement of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 293–296.
- Schienenle, A., Schafer, A., Hermann, A., Walter, B., Stark, R., Vaitl, D. (2006): fMRI responses to pictures of mutilation and contamination. *Neuroscience Letters*, 393, 174–178.
- Schienenle, A., Stark, R., Walter, B., Blecker, C., Ott, U., Kirsch, P., Sammer, G., Vaitl, D. (2002). The insula is not specifically involved in disgust processing: an fMRI study. *Neuroreport*, 13, 2023–2026.
- Schmahl, C. (2007). *Neural correlates of disgust intensity in borderline and PTSD patients*. Paper, 23th ISTSS conference, Baltimore, Nov. 10–12, 2007.
- Schmahl, C., Stiglmayr, C. (Hrsg.). (2009). *Selbstverletzendes Verhalten bei stress-assoziierten Störungen*, Stuttgart: Kohlhammer.
- Shin, L. M., Wright, C. I., Cannistraro, P. A., Wedig, M. M., McMullin, K., Martis, B., Macklin, M. L., Lasko, N. B., Cavanagh, S. R., Krangel, T. S., Orr, S. P., Pitman, R. K., Whalen, P. J. & Rauch, S. L. (2005). A functional magnetic resonance imaging

- study of amygdala and medial prefrontal cortex responses to overtly presented fearful faces in posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62, 273–281.
- Siegmund, A. & Wotjak, C. T. (2006). Toward an animal model of posttraumatic stress disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 324–334.
- Siegmund, A. & Wotjak, C. T. (2007). A mouse model of posttraumatic stress disorder that distinguishes between conditioned and sensitised fear. *Journal of Psychiatric Research*, 41, 848–860.
- Sierra, M., Phillips, M. L., Lambert, M. V., Senior, C., David, A. S. & Krystal, J. H. (2001). Lamotrigine in the treatment of depersonalization disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 826–827.
- Soravia, L. M., Heinrichs, M., Aerni, A., Maroni, C., Schelling, G. & Ehler, U. (2006). Glucocorticoids reduce phobic fear in humans. *Proceedings of the National Academy of Science USA*, 103, (4), 5585–5590.
- Stark, R., Zimmermann, M., Kagerer, S., Schienle, A., Walter, B., Weygandt, M. & Vaitl, D. (2007). Hemodynamic brain correlates of disgust and fear ratings. *Neuroimage*, 37, 663–673.
- Stein, M. B., Koverola, C., Hanna, C., Torchia, M. G. & McClarty B. (1997). Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychological Medicine*, 27, 951–959.
- Walker, D. L., Ressler, K. J., Lu, K. T. & Davis, M. (2002). Facilitation of conditioned fear extinction by systemic administration or intra-amygdala infusions of D-cycloserine as assessed with fear-potentiated startle in rats. *Journal of Neuroscience*, 22, 2343–2351.
- Walsh, S. L., Geter-Douglas, B., Strain, E. C. & Bigelow, G. E. (2001). Enadoline and butorphanol: Evaluation of κ -agonists on cocaine pharmacodynamics and cocaine self administration in humans. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 299, 147–158.
- Watanabe, Y. E., Gould, H., Cameron, D., Daniels, D. & McEwen, B. S. (1992). Phenytoin prevents stress and corticosterone induced atrophy of CA3 pyramidal neurons. *Hippocampus*, 2, 431–436.
- Wicker, B., Keysers, C., Plailly, J., Royet, J. P., Gallese, V. & Rizzolatti, G. (2003). Both of us disgusted in my insula: the common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron*, 40, 655–664.
- Wilhelm, S., Buhlmann, U., Tolin, D. F., Meunier, S. A., Pearlson, G. D., Reese, H. E., Cannistraro, P., Jenike, M. A. & Rauch, S. L. (2008). Augmentation of behavior therapy with D-cycloserine for obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 335–341.
- Williams, L. M., Das, P., Liddell, B., Olivieri, G., Peduto, A., Brammer, M. J. & Gordon, E. (2005). BOLD, sweat and fears: fMRI and skin conductance distinguish facial fear signals. *Neuroreport*, 16, 49–52.
- Yamamoto, S., Morinobu, S., Fuchikami, M., Kurata, A., Kozuru, T., Yamawaki, S. (2008). Effects of single prolonged stress and D-cycloserine on contextual fear extinction and hippocampal NMDA receptor expression in a rat model of PTSD. *Neuropsychopharmacology*, 33, 2108–2116.
- Yehuda, R., Southwick, S. M., Nussbaum, E. L., Giller, E. L. & Mason, J. W. (1991). Low urinary cortisol in PTSD. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 366–369.
- Yehuda, R., Teicher, M. H., Levengood, R. A., Trestman, R. L. & Siever, L. J. (1994). Circadian regulation of basal cortisol levels in posttraumatic stress disorder. *Annals of the New York Academy of Science*, 746, 378–380.
- Yehuda, R., Teicher, M. H., Trestman, R. L., Levengood, R. A. & Siever, L. J. (1996). Cortisol regulation in posttraumatic stress disorder and major depression: a chronobiological analysis. *Biological Psychiatry*, 40, 79–88.

5 Resilienz und posttraumatische Reifung

I. Fookien

5.1 Traumata und die Möglichkeiten positiver Transformation – 66

5.1.1 »... trotzdem Ja zum Leben sagen« – 66

5.1.2 Ethische Fragen – 67

5.1.3 Konnotationen und Metaphern – 68

5.2 Kompetenz- und Reifungsmodelle im Kontext von Risikofaktoren und existenzieller Bedrohung – 69

5.2.1 Resilienz und posttraumatische Reifung – Definitionen und Konzepte – 69

5.2.2 Zur Relevanz ähnlicher Konzepte – 76

5.2.3 Anwendungsbereiche und Forschungsfragen – 79

5.3 Bezüge zur Entwicklungspsychologie der Lebensspanne – exemplarische Befunde – 80

5.4 Ausblick: Kurzes Plädoyer für Narration und Kultur – 82

Literatur – 82

5.1 Traumata und die Möglichkeiten positiver Transformation

5.1.1 »... trotzdem Ja zum Leben sagen«

Aber das ist nicht alles. Vielleicht haben Sie gemerkt, daß für mich das Lager und vom Lager geschrieben zu haben ein bedeutendes Erlebnis gewesen ist, das mich zutiefst verändert, mir Reife und ein Lebensziel gegeben hat. Mag es Anmaßung sein: aber jetzt kann ich, Nummer 174517, durch Sie zu den Deutschen sprechen, kann sie an das erinnern, was sie getan haben, und ihnen sagen: ›Ich bin am Leben, und ich möchte euch verstehen, um euch beurteilen zu können‹ (Levi, 1961/1991, S. 7).

In diesen Zeilen Primo Levis, Überlebender des Kriegsgefangenenlagers (KZ) und Verfasser von »Se questo è un uomo« (»Ist das ein Mensch?«), werden eine Reihe von zentralen Komponenten und (scheinbaren) Paradoxa der in diesem Kapitel zu behandelnden Phänomene Resilienz und posttraumatische Reifung angesprochen. Wie gelingt ein als – zumindest partiell – wert- und sinnvoll gedeutetes Überleben nach der Erfahrung traumatischer Belastung? Oder anders gefragt: Wie werden Widrigkeiten, extreme Risiken und aversive Lebensumstände bewältigt und darüber hinaus Selbstwert und Handlungsfähigkeit aufrechterhalten bzw. wiederhergestellt?

Levi deutet an, dass es in seinem Fall nicht die Tatsache der traumatischen Erfahrung an sich war, sondern der Umgang damit, d. h., das unmittelbare Schreiben und Sprechen darüber und die Bereitschaft und Fähigkeit zur interpersonalen Öffnung und Mit-Teilung (»disclosure«), was subjektiv als Reifungsprozess empfunden wurde. Die Validierung der Faktizität dieser »ungeheuerlichen Geschehnisse« als Zeitzeuge, die soziale Anerkennung als Überlebender, die Bereitschaft zur Kommunikation mit den Tätern, die Suche nach Erklärungs- und Deutungsansätzen dessen, was passiert ist – all' diese Facetten können zum Spektrum möglicher Indikatoren, Begleitkomponenten oder auch Katalysatoren von posttraumatischen Wachstumsprozessen und der Entwicklung von Resilienz gehören. Sie finden sich eindrucksvoll in verschiedenen autobiogra-

fischen Berichten wie z. B. in Franks Überlebensbericht (1982) »...trotzdem Ja zum Leben sagen« nach seiner Zeit in den verschiedenen Konzentrationslagern Theresienstadt, Auschwitz und Türkheim (Frankl, 1973, 1982), in literarischen Zeugnissen (Keilson, 1958), in historischen Darstellungen (Gilbert, 1997/2007) und mittlerweile auch in vielen empirischen Studien, die ein breites Spektrum unterschiedlichster traumatischer Lebensereignisse ansprechen, wie z. B. die Erfahrung, Opfer willkürlicher politischer Gewalt gewesen zu sein (Maercker, 1998a).

Innerhalb der Resilienzforschung verweisen seit Jahren zahlreiche empirische Befunde darauf, dass es in jedem Lebensalter, so auch und gerade in der Kindheit, manchen Menschen in beeindruckender Weise gelingt, dem Gefährdungs- und Schädigungspotenzial verschiedener sozialer, sozioökologischer und biologischer Risiken in ihren Lebenswelten zu widerstehen bzw. diese zu überwinden und Schutzfaktoren wirksam werden lassen zu können (Garmzey, 1974 ; Rutter, 1985; Werner & Smith, 1982, 2001). Dass eine solche Widerstandskraft nicht selbstverständlich, sondern zunächst erst einmal erwartungswidrig ist, spiegelt sich u. a. in der Charakterisierung dieses Phänomens als »ordinary magic« (»Wunder des Alltags«) wider (Masten, 2001, 2005). Somit verbieten sich vorschnelle Verallgemeinerungen über vorgeblich systematische Zusammenhänge zwischen massiven Lebenserschwernissen und nachfolgenden psychischen Prozessen. Die bisherige Befundlage verweist auf eine erhebliche inter- und intraindividuelle Variabilität.

Die Identifizierung von Entwicklungstrajektorien über die Lebensspanne bei vorausgehenden Traumata und Belastungen bedarf in jedem Falle eines differenziellen Ansatzes (Zöllner et al. 2006). Dies wird bereits in den Biografien der beiden oben erwähnten betroffenen Personen deutlich: während Levi trotz langjähriger posttraumatischer Reifungs- und Anpassungsprozesse im Kontext des beginnenden Alters letztlich von seinen Erlebnissen neu »eingeholt« wird und Suizid begeht, ist es Frankl gelungen, die posttraumatische Reifung über die Zeit hinweg stabil aufrecht zu erhalten und den von ihm entwickelten existenzanalytischen Ansatz der Logotherapie als ein generatives Vermächtnis an nachfolgende Generationen weiterzugeben.

! Kurz- und langfristige positive Folgen von und gelingende Formen der Auseinandersetzung mit traumatischen Ereignissen (posttraumatische Reifung) und widrigen Lebensumständen (Resilienz) lassen sich nicht verallgemeinernd bestimmen, da sie eine hohe inter- und intraindividuelle Variabilität aufweisen und nur in einer differenziellen Perspektive adäquat erfasst werden können.

5.1.2 Ethische Fragen

Die Fokussierung auf subjektiv wahrgenommene Reifungsprozesse und erlebte (unerwartete) positive Veränderungen nach traumatischen Erlebnissen sowie der Verweis auf Entwicklungspotenziale im Kontext der Erfahrung widriger Lebensumstände ist ein höchst sensibles Thema und wirft in der psychotraumatologischen und entwicklungspsychopathologischen Forschung und Praxis zurecht immer wieder ethische Fragen auf. Bedeutet angesichts von Widrigkeit und sozial »toxischen« Umwelten (»socially toxic environment«; Garbarino, 1995) die Beschäftigung mit dagegengesetzten Wachstumsprozessen (»adversarial growth«, Garbarino, 2008) eine Verharmlosung von Trauma, Leid und massiven Beeinträchtigungen? Ist die – in Anlehnung an Nietzsches – zugespitzt formulierte Aussage, dass »das, was uns nicht umbringt, uns stärker macht« nicht Ausdruck eines blanken Zynismus?

Die Antworten der Resilienz- und »Psychological-growth«-Forschung verneinen dies, auch wenn die potenzielle Gefahr einer missbräuchlichen Verwendung solcher Phänomene zumeist wahrgenommen wird. Garbarino (2008) konstatiert, dass wirkliches spirituelles Wachstum immer aus gegensätzlichen, zeitweise unvereinbaren Erfahrungskontexten, sowohl positiven (»consolations«) als auch negativen (»desolations«), resultiert. Bonanno (2004; Bonanno & Mancini, 2008) betont, dass die menschliche Fähigkeit, unter extrem aversiven Bedingungen

dennoch gedeihen und wachsen zu können, »erstaunlicherweise« eher den Normalfall, als die Ausnahme darstellt. Werner (2007) schlussfolgert nach einer Sichtung von Längsschnittstudien, die überlebende traumatisierte Kriegskinder des 2. Weltkriegs bis ins Erwachsenenalter hinein untersucht haben, dass das – schmerzliche – Durcharbeiten der verschiedenen, mit dem Krieg verbundenen traumatischen Erfahrungen fast durchgängig zu Lebensbejahung und persönlicher Reife geführt hat. Dennoch warnt auch sie vor dem Bias einer naiven, positiven Verzerrung, da in den verfügbaren empirischen Studien zumeist nur die resilienten Überlebenden und nicht die psychisch Gebrochenen und vorzeitig Gestorbenen zu Wort kommen.

Tedeschi u. Calhoun (Calhoun & Tedeschi, 2004; Tedeschi & Calhoun, 2004b; Tedeschi et al., 2007), die im Rahmen ihrer langjährigen Forschungsarbeiten zu posttraumatischen Wachstumsprozessen immer wieder mit dem Vorwurf der Negierung bzw. Verharmlosung von grundsätzlich nicht positiv umzudeutendem Leid konfrontiert wurden, machen deutlich, dass es sich in jedem Falle um eine sensibel zu handhabende Gratwanderung zwischen der Zurückstellung pathogenetischer zugunsten der Fokussierung salutogenetischer Perspektiven (Antonovsky, 1987) handelt. Ähnlich wird innerhalb der Resilienzforschung davor gewarnt, die Tatsache, dass es manchen Menschen gelingt, widrigen Lebensumständen zu trotzen, im Sinne einer »Trait«-Orientierung als einen Beleg für die Faktizität eines stabilen Persönlichkeitsmerkmals Resilienz zu nehmen und damit nichtresiliente Menschen zu pathologisieren (Luthar & Zelazo, 2003; Wortmann, 2004). Bei gebotener Vorsicht gibt es allerdings hinreichend plausible Argumente, die dafür sprechen, dass es sinnvoll und auch in ethischer Hinsicht zu rechtfertigen ist, sich im Forschungskontext von Traumata und Lebensschwierigkeiten mit den Phänomenen der Resilienz und der posttraumatischen Reifung (alternierend wird auch der Begriff »posttraumatisches Wachstum benutzt) zu befassen.

Unter der Lupe

Ethische Grundprämissen des Forschungsbereichs

- Mit der Fokussierung auf psychische Wachstumsaspekte wird in keiner Weise die Empathie für den Schmerz von Traumaüberlebenden bzw. für die Not von Menschen in widrigen Lebenszusammenhängen ausgeblendet, da davon ausgegangen wird, dass Reifungsprozesse und Leid(en) meist koexistent vorhanden sind.
- Psychische Reifung entsteht nicht aus der Erfahrung des widrigen Lebensumstandes und des Traumas an sich, sondern aus dem Bewältigungsbemühen der Betroffenen, mit der erlittenen und erlebten Situation in einer für sie subjektiv akzeptabel und erträglich empfundenen Weise fertig zu werden.
- Traumata und aversive Erfahrungen sind keine notwendige Vorbedingung für psychische Reifungsprozesse, denn Menschen haben auch ohne die Erfahrung von extremer Bedrohung, Tragödien und Katastrophen grundsätzlich das Potenzial, sich seelisch weiterzuentwickeln.
- Traumata und Widrigkeiten sind nicht per se »gut« oder akzeptabel, weil sie potenziell Wachstum fördern könnten – im Gegenteil: es wäre zu wünschen, dass Menschen im Laufe ihres Lebens zwar mit Herausforderungen, aber in nur geringem Maße mit (extremen) Lebenskrisen, Bedrohungen, Verlusten und potenziell überfordernden Ereignissen konfrontiert werden.
- Posttraumatische Reifung und Resilienz sind weder universell noch selbstverständlich: es gibt zwar (erstaunlich) viele Menschen, die sich – in teilweise sehr unterschiedlichen Verlaufs- und Erscheinungsformen – mit massiven Herausforderungen und existenziellen Bedrohungen auseinandersetzen, sie mehr oder weniger gut bewältigen und dies längerfristig subjektiv als Weiterentwicklung und Reifung erleben; es gibt gleichzeitig aber auch viele andere, die – manchmal trotz großer Anstrengung – wenig oder gar kein persönliches Wachstum, sondern nur Sinn- und Ausweglosigkeit bzw. Benachteiligung und Einschränkung empfinden. Seitens der sozialen Umwelt gilt es, dies zu respektieren, »auszuhalten« und zu lindern und Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität und Unterstützung der Betroffenen zur Verfügung zu stellen. Dabei darf es in keinem Falle darum gehen, Traumaüberlebenden ein bestimmtes »richtiges« Verhalten vorzuschreiben bzw. normativ Wachstumsprozesse von ihnen zu erwarten und einzufordern.

5.1.3 Konnotationen und Metaphern

Bevor auf Definitionen und Hauptbedeutungen (Denotationen) der Konzepte Resilienz und posttraumatische Reifung (respektive posttraumatisches Wachstum) eingegangen wird, sollen vorab kurz die – bewusst oder unbewusst – mitschwingenden subtilen metaphorischen Bedeutungsinhalte dieser Begriffe angesprochen werden. Metaphern übertragen das, was mit bestimmten kulturspezifischen Phänomenen und Begriffen üblicherweise verbunden wird, in Bilder und Ideen ähnlicher, aber anderer Erfahrungsbereiche. Wenn z. B. das Phänomen von positiv erlebten Transformationen nach traumatischen Erfahrungen auf den Begriff der posttraumatischen Reifung gebracht wird, entspricht dies

einer Übertragung in die Welt von Naturphänomenen. Es handelt sich um eine organismische Metapher, die positiv konnotiert ist und auf einen natürlichen, d. h. der (menschlichen) Natur innewohnenden Prozess verweist. Nach Maercker (1998a) ist der Begriff »Reifung« dabei weniger esoterisch konnotiert, als es tendenziell im Deutschen bei dem Begriff des (psychotraumatischen) Wachstums der Fall ist. Eine weitere Metapher, die im Kontext posttraumatischer Transformationen häufig verwendet wird, suggeriert eher Ökonomisches, da das Geschehen als eine Art subjektiver Buchhaltung und Abgleichung von Gewinnen, die aus Verlusten entstehen können, aufbereitet wird. Levold (2006) hat für das Resilienzkonzept eine assoziative Metaphernanalyse vorgelegt, in der die erstaunliche Heterogenität der mit-

schwingenden Bedeutungsgehalte dokumentiert wird. So finden sich sprechende Versinnbildlichungen als

- Objektmetapher mit (resilienz-)typischen Objekteigenschaften (Unverwüstlichkeit, Flexibilität),
- Organismisches (Gedeihen, Wachstum, Blühen, Sterben),
- Gewichtsmetapher (Belastung, Kräfte, Schwere, Leichtigkeit),
- Balancemetapher (Herstellung von Gleichgewicht, Ausgleich),
- Kampfmetapher (Bedrohung, Besiegen, Unterliegen),
- Wegemetapher (Endpunkte, Verzweigungen, Sackgassen, Bewegung),
- Behältermetapher (Innen-Außen-Verhältnisse, Öffnungen, Verschlüsse) und
- Netzwerkmetapher (Beziehungen, Verbundenheit, Vernetztheit, Verwickeltheit).

Das Bewusstwerden der mitschwingenden Metaphern und Bilder ermöglicht es u. U. Betroffenen und Therapeuten, noch einmal auf einer ganz anderen Ebene einen Perspektivenwechsel vornehmen zu können und sich damit einen neuen Zugang zu den Phänomenen der Bewältigung von traumatischen und widrigen Erfahrungen verfügbar zu machen.

5.2 Kompetenz- und Reifungsmodelle im Kontext von Risikofaktoren und existenzieller Bedrohung

Seit Menschengedenken gehören belastende Lebensumstände und die Erfahrung von massiv einschneidenden Lebensereignissen (im Sinne von Krisen) zum Menschsein. Je nach Gesellschafts- und Glaubensordnung wird dabei der Akzent entweder stärker auf das hinzunehmende tragische Schicksal oder eher auf die Herausforderung und die menschlichen Möglichkeiten im Umgang damit gesetzt. Auch die Frage, ob Menschen in der Konfrontation mit solchen Zumutungen langfristig entweder scheitern, zerbrechen bzw. Störungen entwickeln oder ob sie derartige Bedrohungen bewältigen, sich in

der Auseinandersetzung damit weiterentwickeln bzw. sogar daran wachsen, hat eine lange Tradition. Im wissenschaftlichen Kontext besteht Konsens, dass sich die Antworten darauf nur begrenzt über objektivierbare Parameter der Lebenslagen und der kritischen Ereignisse selbst bestimmen lassen. Als zumeist bedeutsamer erweist sich die Subjektivperspektive der betroffenen Personen, die wiederum mit vielen biologischen, gesellschaftlich-sozialen und personbezogenen Faktoren interagiert und/oder von diesen moderiert wird (Göppel, 1997; Ulich, 1987).

Im Folgenden geht es um Varianten gelingender Auseinandersetzung und um mögliche positive Folgen von aversiven Lebensumständen und Traumata. Diese Akzentsetzung propagiert allerdings keinen radikalen Perspektivenwechsels von einer Defizit- hin zu einer Kompetenzperspektive. Im Gegenteil: Krisen- und Risikofokussierung einerseits und Wachstums- und Protektionsorientierung andererseits werden hier nicht als entgegengesetzte Pole eines Kontinuums angesehen, sondern als zwei Dimensionen betrachtet, die in komplexer und nichtlinearer Weise aufeinander bezogen sind. So ist weder davon auszugehen, dass die Beseitigung von aversiven Risikofaktoren zwangsläufig Wohlbefinden und ein positives Entwicklungsergebnis nach sich zieht, noch dass die Herausbildung von Resilienz und posttraumatischer Reifung Symptombefreiheit bedeuten muss (Goldstein & Brooks, 2005 ; Lösel & Bender, 1999; Luthar & Zelazo, 2003; Maercker, 1998a).

5.2.1 Resilienz und posttraumatische Reifung – Definitionen und Konzepte

Die beiden hier interessierenden Konzepte, Resilienz und posttraumatische Reifung, haben sich aus unterschiedlichen humanwissenschaftlichen Fragestellungen und Forschungskontexten heraus entwickelt und akzentuieren unterschiedliche Aspekte. So entstand das Konzept Resilienz im Umfeld entwicklungspsychopathologischer Fragestellungen mit einem besonderen Fokus auf kindliche Entwicklungsverläufe, bei denen es trotz stark beeinträchtigender Lebensbedingungen zu guten bzw. sozial unauffälligen Entwicklungsergebnissen kam. Unter

der Resilienzperspektive geht es somit um die Erfassung von Einflussgrößen, die ein halbwegs unbeschädigtes Überstehen gegenüber aversiven Ereignissen oder Risikolagen wahrscheinlicher machen. Die Beschäftigung mit posttraumatischen Reifungsprozessen hingegen resultierte stärker aus der klinischen Praxis mit traumatisierten Menschen. So wurde bzgl. der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse deutlich, dass manche Personen die mit dem Ereignis zusammenhängenden nachfolgenden persönlichen Veränderungen aus der Retrospektive heraus subjektiv als eine besondere Erfahrung seelischer Reifung einschätzen.

Phänomenologische Schnittmenge. Beide Konzepte akzentuieren Unterschiedliches, weisen aber auch Gemeinsamkeiten auf. Eine eindeutige begriffliche Präzisierung findet nicht immer statt. So werden die Begriffe Resilienz und posttraumatische Reifung teilweise austauschbar verwendet (Hepp, 2006) oder es findet sich ein expliziter Bezug auf traumatische Erfahrungen im Kontext widriger Lebensbedingungen, wobei die Varianten »positiver Bewältigungen« aber unter dem Begriff Resilienz subsumiert werden (Garbarino, 2008). Anpassungsprozesse von Kindern und Jugendlichen im Kontext unterschiedlichster biopsychosozialer Risikolagen werden überwiegend unter Bezugnahme auf das Konstrukt Resilienz erforscht (Luthar, 2003; Goldstein & Brooks, 2005, Ungar, 2005), während man sich im klinischen und psychotherapeutischen Kontext bei erwartbaren oder drohenden posttraumatischen Belastungsstörungen Erwachsener eher auf das Konstrukt der posttraumatischen Reifung bezieht (Maercker, 1998a; Tedeschi & Calhoun, 2004a; Zöllner et al., 2006).

In beiden Fällen wird allerdings eine kompetenz- und ressourcenfokussierende Perspektive eingenommen, wie sie sich seit ca. 40 Jahren mit den frühen sozialpsychiatrischen (Caplan, 1964) und kinderpsychiatrischen und -psychologischen Arbeiten der klassischen Resilienzforschung etabliert hat (Garmzey, 1971; Murphy, 1974; Rutter, 1979; Werner & Smith, 1982), dann vor allem mit der Popularisierung des Konzeptes der Salutogenese von Antonovsky (1987) weiter vorangetrieben wurde und seit der Milleniumswende auch mit dem Selbstverständnis einer so bezeichneten positiven Psycho-

logie (Aspinwall & Staudinger, 2003; Auhagen, 2004; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) korrespondiert. So scheint sich mittlerweile eine gewisse Konvergenz dieser ursprünglich in unterschiedlichen Kontexten entstandenen Konstrukte anzudeuten.

Exkurs

Zur wissenschaftlichen Popularität der Konzepte

Die beiden Konzepte Resilienz und posttraumatische Reifung gewinnen zunehmend an Popularität, wenngleich in unterschiedlichem Ausmaß. So macht eine im August 2008 vorgenommene Sichtung der Datenbank PsychInfo der American Psychological Association (APA) zu den Stichworten »resilience« und »posttraumatic growth« die unterschiedliche quantitative Bedeutung der beiden Konstrukte deutlich. Finden sich für den etwa hundertjährigen Zeitraum von 1907–2008 insgesamt 5.379 Literaturangaben zum Stichwort »resilience«, so sind es – für den weitaus kürzeren Zitations-Zeitraum von 1996–2008 – »nur« 255 Eintragungen zu »posttraumatic growth«. Vergleicht man für die letzten zwölf Jahre die Zahl der Beiträge, die sich auf die beide Begriffe beziehen, dann ist das Verhältnis 4.836:255 Eintragungen. Oder anders gesagt: Die Texte, die positive Entwicklungsergebnisse angesichts von Traumata und Lebensschwierigkeiten ansprechen, beziehen sich in 95% der Fälle auf das Konstrukt Resilienz und in nur 5% auf das Phänomen des posttraumatischen Wachstums.

Fokus: Resilienz

Der Begriff Resilienz stammt ursprünglich aus der Materialkunde und bezeichnet dort die Eigenschaft von Material, sich bei mechanischen Einwirkungen wieder in die Ausgangsform zurückformen zu können bzw. »zurückzuspringen«. Auch in der Biologie spricht man von Resilienz und kennzeichnet damit den Grad der Elastizität biologischer Stoffe. Übertragen auf psychisches Geschehen verweist Resilienz auf Phänomene wie Widerstandsfähigkeit, psychische Robustheit und Spannkraft unter der Bedingung von Risiko, Bedrohung und ungünstigen Lebensumständen.

Definition**Definition und Konzeptualisierung:****Resilienz**

- Resilienz ist ein breit angelegtes multi-dimensionales hypothetisches Konstrukt (»umbrella construct«; Masten & Obradovic, 2007), das auf drei potenzielle Phänomene dynamischer Systeme gegenüber massiven Widrigkeiten bzw. Störungen, seien sie biologischer und/oder psychischer und/oder sozialer Art, verweist:
 1. in Hoch-Risikogruppen erwartungswidrig besser abzuschneiden,
 2. Widerstandsfähigkeit zu entwickeln oder Funktionstüchtigkeit aufrechtzuerhalten und
 3. sich nach einer Zeit traumatischer Erfahrung und überwältigender Beeinträchtigung zu erholen und eine normale Funktionsfähigkeit wieder zu erlangen.
- Resilienz kann nicht direkt gemessen werden, sondern wird erschlossen aus den beiden Konstrukten Risiko und positive Anpassung bzw. aus dem Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren.
- Resilienz stellt keine stabile Persönlichkeitseigenschaft dar, sondern verweist auf dynamische, kontextspezifische, differenzielle, inter- und intraindividuell variierend verlaufende positive Adaptationsprozesse während oder nach dem Ausgeliefertsein gegenüber Widrigkeiten, die den Entwicklungsverlauf potenziell behindern und schädigen können.

verwundbarkeit, Unbesiegbarkeit und psychische Immunität (Anthony & Cohler, 1967; Garmzey & Nuchterlein, 1972; Werner & Smith, 1982). Allerdings wurde relativ bald deutlich, dass ein solcher persönlichkeitsfokussierender Zugang zu kurz griff und den Blick für das komplexe und dynamische Zusammenspiel der beteiligten biopsychosozialen Einflussfaktoren verstellte. Damit begann eine für ein wissenschaftliches Konstrukt ganz erstaunliche Karriere.

So hat das Resilienzkonzept eine enorme Popularität in klinischen, psychotherapeutischen und entwicklungspsychopathologischen Forschungsbereichen und Praxisfeldern erfahren (Goldstein & Brooks, 2005; Luthar, 2003; Masten, 2007; Ungar, 2005; Welter-Enderlin & Hildenbrand, 2006) und auch eine starke Resonanz in den verschiedensten (sozial-)pädagogischen Anwendungsfeldern gefunden (z. B. Kindergärten, Schulen, Familien, Erziehungsberatungsstellen, Kinder camps), wo es vor allem als theoretische Grundlage präventiver und interventiver Ansätze und Programme genutzt wird (Meichenbaum, 2008; Opp, Fingerle & Freytag, 1999; Salem-Pickartz, 2007; Walsh, 2003, 2006; Wustmann, 2004; Zimmerman & Arunkumar, 1994). Dabei wird in manchen dieser Praxiskontexte die Entwicklung von Resilienz gleichgesetzt mit der Förderung einer Art generalisierter (kindlicher) Lebensbewältigungskompetenz. Die eigentliche Idee, dass mit Resilienz ein spezifischer und »fluider« Schutzfaktor unter der Bedingung von Risikolagen, Schädigung und Traumata gemeint ist, kommt somit tendenziell abhanden, wenn Resilienz nur noch als ein Synonym für allgemeine positive Förder-, Erziehungs- und »Empowerment«-Ziele fungiert (Brooks & Goldstein, 2001; Fröhlich-Gildhoff, Rönna, Dörner, Kraus-Gruner & Engel, 2008; Greeff, 2005; Grotberg, 2003).

Individuelle Stärkung vs. relationale Resilienz.

Wurde Resilienz zunächst am häufigsten auf der individuellen Ebene untersucht, so ist es mittlerweile ein relationales Entwicklungskonzept geworden, d. h. es geht nicht allein um individuelle Stärkungsprozesse angesichts von Lebenserschwernissen, sondern auch um die Möglichkeiten der Rückbindung in Beziehungen, soziale Kontexte, Netzwerke und Umwelten (Jordan, 2005; Staudinger & Greve, 2001).

Entwicklung der Resilienzforschung. Seit den Anfängen der wissenschaftlichen Resilienzforschung zu Beginn der 1970er Jahre hat sich der Forschungs- und Erkenntnisstand bis heute enorm ausgeweitet. Ursprünglich ging es um Kinder, die sich trotz widriger Lebensumstände und vorliegender Risiken gegen alle Wahrscheinlichkeit dennoch erfolgreich – im Sinne seelischer Gesundheit, Kompetenz und sozialer Anpassungsfähigkeit – entwickelten. Man erklärte diesen unerwarteten Entwicklungserfolg zunächst mit dem Vorhandensein außergewöhnlicher, magischer Persönlichkeitsmerkmale wie Un-

So hat z. B. die American Psychological Association unter dem Eindruck der im Zuge des 11. Septembers 2001 stattgefundenen Traumatisierungen eine resilienzbasierte Kampagne ins Leben gerufen, die dazu dient, in Zeiten terroristischer Bedrohung präventiv wirksame (Über-)Lebensstrategien in der Bevölkerung zu implementieren (American Psychological Association, 2008: »The road to resilience«).

Das Resilienzparadigma wird dabei differenziell auf die sozioökologischen Systemebenen des gesellschaftlichen Kontextes bezogen, in dem lebenslange individuelle und gruppenspezifische Entwicklung stattfindet. Neben der Bedeutung von Persönlichkeitsfaktoren wie Handlungsfähigkeit, Selbstwert, Selbstwirksamkeit, Kommunikations- und Problemlösefähigkeit, Affekt- und Impulskontrolle gilt das Vorhandensein von Anteil nehmenden und unterstützenden sozialen Beziehungen innerhalb und außerhalb der Familie als wichtigster resilienzstärkender Schutzfaktor. Angesichts der hohen kulturellen und interindividuellen Diversität verweisen die APA-Empfehlungen allerdings auch immer wieder darauf, dass die professionellen Unterstützungs- und Hilfsangebote zur Erlangung von Resilienz dieser großen Varianz und Heterogenität in jedem Falle entsprechen müssen. Dies gilt auch für die adäquate Berücksichtigung von – empirisch nachgewiesenen – geschlechtsspezifischen Differenzen im Umgang mit Risikolagen und Bedrohungen. So lassen sich zwar verallgemeinernd kontextübergreifende protektive Faktoren benennen. Entscheidend aber ist, dass jeder Mensch seine eigenen, individuellen Wege und Möglichkeiten findet, Resilienz zu entwickeln (Idiosynkrasiegebot), was meist nur im Einklang mit seinen Bedürfnissen nach kulturspezifischen Formen sozialer Einbindung und Akzeptanz erreicht wird (Beziehungsgebot).

Zehn mögliche Wege zur Erlangung von Resilienz. (APA, 2008; dt. Übersetzung der Autorin)

- Vernetze Dich (»Make connections«)
- Vermeide es, Krisen für unüberwindbar zu halten (»Avoid seeing crises as insurmountable problems«)



- Akzeptiere, dass Veränderungen zum Leben gehören (»Accept that change is part of living«)
- Wende Dich Deinen eigenen Zielen zu (»Move toward your goals«)
- Sei entscheidungsfreudig (»Take decisive actions«)
- Eröffne Dir Möglichkeiten, Dich selbst zu entdecken (»Look for opportunities for self-discovery«)
- Entwickle und bewahre ein positives Selbstbild (»Nurture a positive view of yourself«)
- Betrachte die Dinge aus dem richtigen Blickwinkel (»Keep things in perspective«)
- Bewahre Dir eine hoffnungsvolle Haltung (»Maintain a hopeful outlook«)
- Sorge für Dich und sei achtsam (»Take care of yourself«)

Schutzfaktoren. Mit dem Anstieg der Forschungsarbeiten im Rahmen des Resilienzparadigmas hat sich das Wissen über risikomildernde, protektive Bedingungen enorm ausdifferenziert. Dabei sind die methodischen Fallstricke der ersten Stunde zwar mittlerweile benannt, aber nicht unbedingt behoben. Dies betrifft sowohl die weiterhin bestehenden terminologischen Unklarheiten als auch die uneinheitliche bzw. nicht hinreichende Spezifizierung der Kriterien einer erfolgreichen« Entwicklung und nicht zuletzt die unterschiedlichen Modellvorstellungen über die Art und Weise des Zusammenwirkens von Risiko- und Schutzfaktoren (Haupteffekt- oder Mediatorenmodelle, Herausforderungs-, Interaktions- oder Kumulationsmodelle; Wustmann, 2004). Ähnlich sind auch die im Rahmen empirischer Längsschnittstudien entwickelten Klassifizierungen von Schutzfaktoren zunehmend erweitert worden. Ursprünglich waren drei Kategorien von Schutzfaktoren identifiziert worden:

1. Merkmale des Individuums wie ausgeglichenes Temperament, Intelligenz, Offenheit;
2. Merkmale der Familie wie das Vorhandensein zumindest einer engen Bindungsperson;
3. Merkmale des sozialen Umfelds wie fürsorgliche Personen im erweiterten Umfeld.

Mittlerweile geht es in der aktuellen Resilienzforschung um die Integration wichtiger adaptiver Systeme auf unterschiedlichen Ebenen (Masten, 2007). In diesen Ansätzen spiegelt sich vor allem auch das starke Interesse für die Möglichkeiten resilienzbasierter Intervention wider.

Erweiterungen des Resilienzkonzeptes. Der gemeinsame Nenner dieser aufgelisteten Systemebenen und Protektionsfaktoren besteht nach Masten (2007) in einer Art generalisiertem »regulatorischem

Kapital«. Damit wird noch einmal unterstrichen, dass Resilienz vor allem als adaptive Funktionsfähigkeit bestimmt wird, ähnlich wie es auch Garbarino (2008, p. 19) mit dem Begriff »functional resilience« beschreibt, der sich auf die erfolgreiche Bewältigung von Alltagsanforderungen und -routinen bezieht. In einer gewissen Weise scheint der Resilienzbegriff somit eher Aspekte von »Immanenz« statt »Transzendenz« zu repräsentieren. Letzteres ist tendenziell stärker mit der Idee der posttraumatischen Reifung konnotiert. Allerdings werden mittlerweile auch

Adaptive Systeme auf mehreren Ebenen und zugehörige Protektionsfaktoren. (Masten, 2007, p. 926; dt. Übersetzung der Autorin)

Systemebene: Gesundheit und Stress

- Protektionsfaktoren: Allostatik, normale Immun- und HPA-[Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achsen-]Funktion

Systemebene: Informationsverarbeitung und Problemlösung

- Protektionsfaktoren: normale kognitive Entwicklung und IQ [Intelligenzquotient]

Systemebene: Bindungsbeziehungen mit Eltern, Freunden und anderen

- Protektionsfaktoren: sichere Bindung, Beziehungen zu erfahrenen und fürsorglichen Erwachsenen und Mentoren; soziale Unterstützung

Systemebene: Selbstregulation, Steuerung und Reaktionskontrolle

- Protektionsfaktoren: Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, geringer Neurotizismus oder geringe Stressneigung, effektive Aufmerksamkeits- und Impulskontrolle, Funktionsfähigkeit

Systemebene: Bewältigung und Anerkennung

- Protektionsfaktoren: Optimismus, Leistungsmotivation, Selbstwirksamkeit

Systemebene: Spiritualität/religiöse Überzeugungen, Praktiken, Unterstützung, Glaube

- Protektionsfaktoren: Glaube an einen Sinn im Leben, Bindung an spirituelle Figuren, Gebete

und Meditation, Unterstützung durch die Glaubensgemeinschaft, religiöse Rituale

Systemebene: Familie

- Protektionsfaktoren: enge Beziehungen zu Eltern, autoritativer elterlicher Erziehungsstil, elterliche Unterstützung von Bildung, elterliches Monitoring, Trostrituale und Routinen

Systemebene: Peers

- Protektionsfaktoren: Freundschaften und romantische Beziehungen mit prosozialen, ausgeglichenen Peers; positive Peer-Netzwerke

Systemebene: Schule

- Protektionsfaktoren: Lernmöglichkeiten, erfolgreiche Bewältigung und Beziehungen mit prosozialen Erwachsenen und Peers; autoritative Schul- und Unterrichtsstile, positives Schulklima, Bindung an die Schule

Systemebene: Gemeinde/Kommune und Kultur

- Protektionsfaktoren: Chancen für Bewältigungskompetenz und für Beziehungsgestaltung mit positiven Erwachsenen und Peers, effektive Nachbarschaften, kulturelle Rituale und Routinen, Bindung an Organisationen mit prosozialen Werten und positiven Rollenmodellen

innerhalb der Resilienzforschung verstärkt Aspekte qualitativer intrapsychischer Veränderungen im Kontext der Auseinandersetzung mit Lebenswidrigkeiten und Traumata einbezogen. Garbarino zum Beispiel (ebd.) grenzt von der funktionalen die existenzielle Resilienz ab und meint damit bestimmte Prozesse innerer Verarbeitung und psychischer Reife, die nicht in jedem Falle nach außen hin sichtbar werden bzw. auch nicht unbedingt mit funktionaler Resilienz einhergehen müssen.

Die Perspektive eines Mehrebenenansatz in der Resilienzforschung und die Suche nach unterschiedlichen (entwicklungspsychopathologischen) Verlaufsformen im Längsschnitt hat vor allem zu einer stärkeren Berücksichtigung von Hirnentwicklungsprozessen und Fragen der »Gene-environment«-Interaktionen geführt (Cicchetti & Cohen, 2008; Masten 2006). Eine andere Erweiterung der Betrachtungsperspektive zeigt sich in der Anwendung des Resilienzkonzeptes auf den Umgang mit mehr oder weniger erwartbaren ökologischen Katastrophen, wie es sich bereits bei den Resilienzregeln der APA für den Fall terroristischer Bedrohung angedeutet hat (Masten & Obradovic, 2007). Und schließlich hat sich nicht zuletzt die Ausweitung des Resilienzansatzes auf eine Entwicklungspsychologie der gesamten Lebensspanne als ausgesprochen fruchtbar erwiesen (Fookon & Rott, 2000; Staudinger & Greve, 2001).

Fokus: Posttraumatische Reifung

Das Phänomen der posttraumatischen Reifung (Maercker, 1998a) ist seit den Zeiten der Antike bekannt. Als forschungsleitendes Konstrukt im Forschungsfeld posttraumatischer Belastungsstörungen hat es allerdings erst eine relativ junge Geschichte. Zu den Pionieren und Protagonisten dieser Forschung gehören insbesondere die beiden Autoren Tedeschi und Calhoun (Tedeschi & Calhoun, 1995, 2004a; Tedeschi, Calhoun & Cann, 2007), die im Jahr 2004 in der Zeitschrift *Psychology Inquiry* mit ihren neu formulierten konzeptuellen Grundannahmen zum Phänomen der posttraumatischen Reifung eine beeindruckende Resonanz der verschiedenen Theorie- und Forschungsgruppen angeregt haben. Posttraumatische Reifung ist – ähnlich wie im Falle der Resilienz – geknüpft an die Erfahrung extremer Belastungen (Traumata) und resultiert nicht aus dem

Ereignis selbst, sondern aus der daraus folgenden Art und Weise des Umganges damit. Dabei geht es nicht (nur) um den Aspekt einer erfolgreichen Bewältigung oder um die Wiederherstellung der prätraumatischen Ausgangslage, sondern um spezifische positive Veränderungen, die subjektiv als eine besondere, in jedem Fall aber mit der Erfahrung des traumatischen Erlebnisses zusammenhängende Form der psychischen Reifung erlebt werden.

Definition

Definition und Konzeptualisierung: Posttraumatische Reifung

- Der Terminus posttraumatische Reifung verweist auf die von Traumabetroffenen als positiv eingeschätzten Folgen der Auseinandersetzung mit einer traumatischen Erfahrung.
- Die subjektiv als Reifung wahrgenommenen Veränderungen führen zu einer neuen, positiv bewerteten Selbst- und Weltsicht und werden als Wachstumsprozesse in den verschiedensten Bereichen erlebt (z. B. als Wissenszuwachs, als spezifische Handlungsfähigkeit, als erlebte Verbundenheit mit anderen Menschen, als Sinnfindung und Reflexion philosophisch-existenzieller Menschheitsfragen oder als neue Form der Spiritualität). Diese Veränderungserfahrungen können in eine kohärente Lebensgeschichte und in eine Form der Weisheit münden.
- Posttraumatische Reifung ist ein fragiles, mehrdimensionales Konstrukt, das in gewisser Weise eine Antithese zur posttraumatischen Belastungsstörung darstellt (Zöllner & Maercker, 2006).
- Posttraumatische Reifung wird in verschiedenen theoretischen Modellen unterschiedlich konzeptualisiert: als Folge einer traumatischen Erfahrung, als Bewältigungsstrategie oder auch als Konsequenz differenzieller kognitiver Verarbeitungsprozesse.
- Posttraumatische Reifung ist nicht identisch mit psychologischer Anpassung. Insofern können subjektiv als Wachstum wahrgenommene Prozesse und emotionales Leid durchaus gleichzeitig vorhanden sein.

Posttraumatische Reifung als Folge von Traumen – Wege zu psychischem Wachstum. In allen theoretischen Modellen, die sich mit nicht absichtlich herbeigeführten, über Menschen hereinbrechenden Umwälzungen befassen, stellt sich Veränderung quasi automatisch als Begleitprodukt all' der Bemühungen ein, mit diesen lebensverändernden Ereignissen in irgendeiner Weise umzugehen. Dabei können die sich in diesem Auseinandersetzungsprozess für die Betroffenen ergebenden Handlungsspielräume sowohl in (posttraumatischen) Belastungsstörungen enden, als auch in Transformationen, die letztlich als ein Gewinn oder Zuwachs erlebt werden. Ein solcher Weg zu Wachstum lässt sich nach Tedeschi & Calhoun (2004) beispielhaft wie folgt beschreiben:

Beispiel

- Ein Trauma, als Ereignis mit seismischen Ausmaßen, erschüttert fundamentale Bestandteile der Weltsicht und Lebensziele von Menschen, stellt die übergeordneten Glaubens- und Wertesysteme infrage und fordert die menschlichen Fähigkeiten, mit Kummer und Leid umgehen zu können, massiv heraus.
- Das in diesem Kontext erlebte Leid setzt Ruminationsprozesse und ein aktives Bemühen um eine Minderung des Kummers in Gang. Dabei läuft die gedankliche Beschäftigung mit dem Ereignis zunächst eher unwillkürlich ab, transformiert sich aber nach den ersten Bewältigungsschritten in eine bewusstere Form der kognitiven Auseinandersetzung mit den Folgen des Traumas.
- Damit entwickelt sich eine konstruktivere Variante der kognitiven Verarbeitung (z.B. Neubewertungs- und Sinnfindungsprozesse), der damit letztlich eine Schlüsselrolle für das persönliche Wachstum zukommt.

Darüber hinaus gelten in diesem heuristischen Modell sowohl Prätraumavariablen (Merkmale der Person und des sozialen Stützsystems) als auch zeitliche Aspekte (Dauer des erlebten Leids) als wichtige Einflussgrößen des Bewältigungsverhaltens und der Möglichkeit posttraumatischer Reifung.

Posttraumatische Reifung als Bewältigungsstrategie. Eine etwas andere Akzentsetzung findet sich im

Rahmen verschiedener Copingtheorien, in denen bestimmte posttraumatische Prozesse als eine Art adaptive Copingstrategie aufgefasst werden. Dabei handelt es sich zumeist um Bewertungs- und Interpretationsprozesse des Geschehens im Kontext persönlicher Lebens- und Sinnzusammenhänge oder globaler Weltanschauungen (soziale und temporale Vergleichsprozesse, selbstdienliche Einschätzungen oder protektive Illusionen). Beispielhaft sei hier das Drei-Stufen-Modell bzw. der Ansatz der Selbsttransformation von Filipp genannt (1999; Filipp & Ferling, 2002).

Unter der Lupe

Fünf Bereiche posttraumatischer Reifung. (Maercker & Langner, 2001; Taku, Cann, Calhoun & Tedeschi, 2008; Tedeschi & Calhoun, 1996)

1. Intensivierung der Wertschätzung des Lebens
2. Intensivierung persönlicher Beziehungen
3. Bewusstwerden der eigenen Stärke
4. Entdeckung neuer Möglichkeiten
5. Intensivierung eines spirituellen Bewusstseins

Posttraumatische Reifung gleich seelische Gesundheit? Zu wissen, dass sich nach bitteren traumatischen Erfahrungen Positives entwickeln kann, weckt zumeist die Erwartung, dass posttraumatische Reifung mit seelischer Gesundheit einhergeht. Die Sichtung der empirischen Evidenz dieser Annahme verweist allerdings auf eine irritierend uneinheitliche Befundlage (Zöllner & Maercker, 2006; Zöllner, Calhoun & Tedeschi, 2006). Zwar gibt es vor allem in Längsschnittstudien Hinweise auf eine langfristig adaptive Funktion der subjektiv wahrgenommenen Wachstumsprozesse, allerdings finden sich aber in vielen (querschnittlichen) Studien eher negative Zusammenhänge zwischen einer objektivierten Erfassung seelischer Gesundheit und den Selbstauskünften zu Reifungsprozessen. Diese Inkonsistenz liegt teilweise in der unterschiedlichen Erfassungsmethodik begründet, die der Komplexität des Forschungsgegenstandes zumeist nicht hinreichend gerecht wird. Darüber hinaus scheinen aber posttraumatische Reifung einerseits und Anpassungsfähigkeit

(im Sinne seelischer Gesundheit) andererseits nach dem aktuellen Erkenntnisstand zwei unterschiedliche Phänomene zu sein.

Posttraumatische Reifung: Ein janusköpfiges Zwei-Komponenten-Modell. Die offensichtliche Uneinheitlichkeit der empirischen Befunde zum Zusammenhang zwischen psychischer Adaptabilität und subjektiv wahrgenommenen Wachstumsprozessen lässt sich mit dem von Maercker und Zöllner entwickelten Januskopfmodell (Maercker & Zöllner, 2004; Zöllner & Maercker, 2006) relativ plausibel erhellen. So ließen sich in einer differenziellen Betrachtung der Entwicklung posttraumatischer Reifungsprozesse zwei unterschiedliche Facetten des Wachstumsgeschehens identifizieren: Konstruktion vs. Illusion. Dementsprechend gehen die berichteten Reifungsprozesse bei manchen Menschen mit einem konstruktiven, selbsttranszendierenden Verhalten einher und deuten somit eher auf eine positive psychologische Anpassung hin. Bei anderen hingegen finden sich Formen der Selbsttäuschung und Illusion, so dass das berichtete Wachstum eher Ausdruck eines Wunschdenkens zu sein scheint oder eine Form der Selbstberuhigung darstellt, um die Auseinandersetzung mit den negativen Folgen der Traumaerfahrung zu vermeiden. Insofern kann ein und demselben Verhalten (= berichtete positive Traumafolgen) eine unterschiedliche funktionale Bedeutung zukommen. Allerdings können sich konstruktive und illusionäre Anteile im zeitlichen Ablauf der weiteren biografischen Entwicklung verschieben. So kann es in begrenztem Umfang durchaus adaptiv und funktional palliativ sein, die eigene Traumaverarbeitung kurzfristig illusionär, aber damit zunächst positiv zu deuten, wenn diese Sichtweise langfristig zugunsten einer tragfähigeren konstruktiven Transformation aufgegeben wird. Damit wird die Notwendigkeit unterstrichen, in jedem Falle langfristig den Verlauf solcher Entwicklungspfade zu erfassen. Die ersten empirischen Überprüfungen dieses Modells sind ermutigend, unterstreichen aber die Bedeutung weiterer Differenzierungen. So scheint z. B. vor allem der Schweregrad der vorausgehenden posttraumatischen Belastungsstörung die Zusammenhänge zwischen Optimismus, Offenheit und der Ausprägung einer eher illusionären oder konstruktiven Seite der posttraumatischen Reifung

entscheidend zu moderieren (Zöllner, Rabe, Karl & Maercker, 2008).

Desiderate. Neben der Forderung nach längeren (katamnestic) Zeitperspektiven regen Zöllner und Maercker (2006) für die zukünftige empirische Forschung an, an der Klärung theoretischer und methodischer Unklarheiten zu arbeiten. Dabei geht es sowohl um eine differenzierte Erfassung des Phänomens posttraumatischer Reifung an sich, als auch um die Klärung der Frage, inwieweit damit adaptive Signifikanz im Sinne von Wohlbefinden erfasst wird. Darüber hinaus könnte an den Forschungserfahrungen mit phänomenal ähnlichen Konstrukten wie dem der Weisheit angeknüpft werden. Neben der zurzeit favorisierten Fokussierung auf kognitive Verarbeitungsprozesse sollte darüber hinaus die Frage der beteiligten Emotionen und behavioralen Prozesse stärker berücksichtigt werden. Ähnliches gilt auch für andere, bislang vernachlässigte Aspekte (Maercker & Müller, 2004; Müller, Mörgeli & Maercker, 2008):

- Empathie und soziale Anerkennung und Resonanz;
- Bedeutung kultureller Wertesysteme;
- Auswirkungen der Lebensumstände von Betroffenen.

5.2.2 Zur Relevanz ähnlicher Konzepte

In den Verhaltens- und Sozialwissenschaften hat es im Laufe des 20. Jahrhunderts immer wieder Ansätze gegeben, angesichts von extremer Belastung und Bedrohung den Akzent stärker auf menschliche Kompensationsmöglichkeiten, Selbstheilungskräfte, positives Denken, Ressourcen, Kompetenzen und Schutzfaktoren statt auf Defizite, Pathologie und Risikofaktoren zu legen. Im Folgenden sollen einige dieser Vorläufer-, Rahmen- und thematisch ähnlichen Konzepte kurz skizziert werden.

Bezüge zur frühen Psychoanalyse/Tiefenpsychologie. In den Diskursen der frühen Psychoanalyse bzw. Tiefenpsychologie weist insbesondere Adlers zentrales Konzept zum frühkindlichen Minderwertigkeitsgefühl bzw. zur angeborenen oder erworbenen »Organminderwertigkeit« (Adler, 1912, 1972) eine

Nähe zum Konstrukt der Resilienz auf. Adler postuliert, dass die aversiv erlebte Mangellage des Kleinkindes bzw. des Menschen mit (organisch) gegebener Beeinträchtigung im Normalfall – und insbesondere in einem sozialen Klima von Ermutigung – ein aktives Bedürfnis nach selbstbestimmter Kompensation und Überwindung herausfordert, das in der Regel die weitere Entwicklung und Gestaltung eines seelisch gesunden und sozial bezogenen Lebensstils im Erwachsenenalter ermöglicht. Es geht Adler dabei weniger um Fragen des Warum als vielmehr des Wofür bzw. Wohin, eine Akzentsetzung, die gerade im psychotherapeutischen Kontext im Falle posttraumatischer Belastungsstörungen wichtig sein dürfte. Auch das psychodynamische Konzept eines über den gesamten Lebensverlauf stattfindenden Individuationsprozesses von Jung steht dem Phänomen posttraumatischer Wachstumsprozesse nahe. Dabei geht Jung (1933) davon aus, dass etwa ab der Lebensmitte die vorhergehenden Vereinseitigungen und defizitären Ausprägungen psychischer Prozesse und Funktionen im Sinne einer selbstheilenden »Verganzheitlichung« aufgehoben bzw. integriert werden können.

Bezüge zur humanistischen Psychologie. Auch den populären Konzepten der beiden zentralen Vertreter der sog. humanistischen Psychologie, Maslow (1954) und Rogers (1961), liegen Beobachtungen zugrunde, die von ihnen als Hinweise auf eine dem Menschen inhärente Widerstandskraft gegen Widrigkeiten und Mangellagen und als menschliches Potenzial der »Selbst-Aktualisierung« gedeutet werden. Kritisch anzumerken ist hier allerdings, dass eine zu starke Reduzierung auf rein organismische Entfaltungsprozesse Gefahr laufen kann, den realen Gehalt von unausweichlicher Ausgeliefertheit im Kontext traumatischer Erfahrungen und von potenziell (psycho-)pathologisierenden Begleiterscheinungen mancher gesellschaftlichen Machtverhältnisse und Lebenslagen zu psychologisieren und damit in ihrem realen Gehalt doch deutlich zu unterschätzen (Geller, 1982).

Motivationale und soziokognitive Theoriebezüge. Das Konstrukt Kompetenz stellt, ähnlich wie das Resilienzkonzept, keine (stabile) Persönlichkeitseigenschaft dar, sondern bestimmt sich durch die Qualität

des Passungsverhältnisses zwischen den Anforderungen der Umwelt und den Möglichkeiten der Person. Angesichts von wahrgenommenen Beeinträchtigungen geht es um eine mehr oder weniger gelingende Ressourcenorganisation, die allerdings weniger auf einer aktionalen Ebene als in den motivationalen, affektiven und (sozio-)kognitiven Systemen stattfindet. So unterstreicht der Motivationspsychologe White (1959) die motivationale Komponente des Konstruktes Kompetenz: Es geht um das Gefühl für die eigene Wirksamkeit und in besonderer Weise um das Bedürfnis, etwas bewirken und verändern zu wollen und zu können. Unter stärkerer Betonung der soziokognitiven Seite im Sinne von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (»self-efficacy beliefs«) hat auch Bandura (1977, 1989) in ähnlicher Weise die Frage von Handlungsbereitschaft und -fähigkeit angesichts der Erfahrung von Zurückweisung und Schädigung theoretisch begründet.

Gesundheits- und stresspsychologische Bezüge.

Als themenrelevante Metaperspektive ist der Ansatz der Salutogenese von Antonovsky (1987) bereits mehrfach genannt worden. Diese Sichtweise fokussiert nicht die Krankheitsentwicklung (Pathogenese), sondern die Faktoren und Bedingungen, die zur Entstehung oder Wiederherstellung bzw. Aufrechterhaltung von Gesundheit, auch z. B. angesichts schwerster traumatischer Vorerfahrungen, beitragen. Die Schlüsselfunktion spielt dabei nach Antonovsky die Ausprägung eines kohärenten Lebensgefühls (»sense of coherence«). Hierbei handelt es sich um eine emotional und motivational gefärbte Einstellung, die drei dimensionale Komponenten repräsentiert:

1. Verstehbarkeit (»comprehensibility«),
2. Bewältigbarkeit (»manageability«) und
3. Sinnhaftigkeit (»meaningfulness«).

Trotz unmittelbarer Plausibilität werden allerdings sowohl theoretische Prägnanz als auch messtheoretische Umsetzbarkeit dieses Konstruktes kritisch diskutiert (Maercker, 1998b). Als sehr grundlegend haben sich hingegen die Arbeiten aus dem Kontext des Stress-und-coping-Paradigmas bzw. des transaktionalen Stressmodells von Lazarus und seiner Arbeitsgruppe erwiesen, da hier das (iterative) Zusammenspiel von kognitiven und verhaltensbezo-

genen Aspekten in der Auseinandersetzung mit Stress, Belastung und Störungen theoretisch überzeugend aufbereitet wird (Lazarus & Folkman, 1984).

Persönlichkeitspsychologische Bezüge. Eine Vielzahl verschiedener Persönlichkeitskonstrukte und Stile personbezogener Reaktionsformen erscheinen hier auf den ersten Blick themenrelevant und plausibel. Bei genauerer Untersuchung finden sich aber nur selten eindeutig lineare Zusammenhänge. Das gilt z. B. auch für die beiden häufig im Kontext von Resilienz und posttraumatischer Reifung diskutierten Persönlichkeitsmerkmale »hardiness« und Optimismus. Dabei scheint »hardiness« (Kobasa, 1979) angesichts der drei dieses Konstrukt konstituierenden Komponenten

1. selbstverpflichtetes Engagement (»commitment«),
2. Kontrolle (»control«) und
3. Herausforderung (»challenge«)

eine vor allem über kognitive Aspekte hergestellte psychische Robustheit und Aufgeschlossenheit gegenüber neuen Möglichkeiten anzudeuten. Die Persönlichkeitsvariable Optimismus verweist hingegen auf die generalisierte subjektive Erwartung, dass wahrscheinlich eher erfreuliche, als unerfreuliche Dinge passieren werden. Für beide Konstrukte lassen sich, wenn überhaupt, nur höchst differenzielle Zusammenhänge mit entweder eher konstruktiven oder eher illusionär verzerrten psychischen Wachstumsprozessen nach Traumen herstellen, so dass hier bislang vor allem die Multidimensionalität und Komplexität dieser Phänomene deutlich wurde (Zöllner et al., 2008).

Entwicklungspsychologische Bezüge. Die Entwicklungspsychologie – wie überhaupt das Konzept Entwicklung – erweist sich aus vielerlei Gründen als ausgesprochen fruchtbar im Zusammenhang mit vorhandenen oder drohenden Belastungen. Zunächst ist der Vorstellung von Entwicklung die Idee grundsätzlicher Veränderbarkeit inhärent. Zwar bedeutet das Zusammentreffen von belastenden Lebenslagen bzw. traumatischen Ereignissen mit den eher sensiblen Phasen beschleunigter Entwicklung (frühe Kindheit, Adoleszenz, höheres Erwachsenen-

alter) zumeist ein erhöhtes Vulnerabilitätsrisiko. Dennoch geht man im Rahmen einer Entwicklungspsychologie der Lebensspanne von der grundsätzlich gegebenen Plastizität psychischer Funktionen aus (Brandstädter & Lindenberger, 2007). So ergibt sich bei der Einbeziehung von Entwicklungsaspekten in den Kontext klinischer Störungsbilder meist eine Erweiterung der Perspektive und des Zuganges zu den Phänomenen. Dies hat auch zu einer Neubewertung von Krisenkonzepten geführt (Erikson, 1959, 1966), so dass im entwicklungspsychologischen Kontext Krisen als differenziell verlaufende kritische Transitionen oder als einschneidende Lebensereignisse mit dem grundsätzlichen Potenzial nachfolgender Entwicklungsmöglichkeiten und konstruktiver Transformationen des Selbst konzipiert werden (Filipp, 1995, 1999; Filipp & Ferring, 2002; Ulich, 1987). Die Idee, dass Entwicklung vor allem dann besonders angeregt wird, wenn es um die Auseinandersetzung mit Herausforderungen geht, spiegelt sich auch im Konzept der sich über den gesamten Lebensverlauf immer wieder neu konstituierenden »Entwicklungsaufgaben« wider (Havighurst, 1948, 1972). Dabei kann man davon ausgehen, dass der Umgang mit den in diesen Entwicklungsfenstern erfahrenen Traumen und belastenden Lebenslagen die Auseinandersetzung mit nachfolgenden Aufgaben nachhaltig beeinflussen kann, aber nicht per se dauerhaft schädigen muss. Diese Annahme gilt ähnlich auch für die Entwicklungspsychopathologie, die bei gegebenen Risiken und Gefährdungen insbesondere die Ressourcen, Schutzfaktoren, Resilienzpotenziale und Möglichkeiten von Prävention und Entwicklungsintervention in den Blick nimmt (Cicchetti, 1999; Resch, 1999). Und nicht zuletzt wurde insbesondere im Rahmen der Entwicklungspsychologie in besonderer Weise darauf aufmerksam gemacht, dass sowohl jegliche Erfahrung als auch mehr oder weniger belastende Lebenskontexte interdependent in einen bioökologischen systemischen Kontext eingebettet sind, den es immer auch mit zu erfassen gilt (Bronfenbrenner & Morris, 1998).

5.2.3 Anwendungsbereiche und Forschungsfragen

Kritische Lebenslagen und traumatische Ereignisse. Resilienz und posttraumatische Reifung entstehen im Kontext (extrem) negativ konnotierter Lebensumstände und traumatischer Ereignisse. Es würde den Rahmen dieser Ausführungen sprengen, hier eine vollständige Liste aller bislang untersuchten Ereignisse und einschlägigen Lebenslagen zu geben. Auf der Seite der Risikolagen gehören dazu z. B. Erfahrungen von Kriegszeiten, Gewalt und Gefangenschaft, von politischer Unterdrückung und Verfolgung, von Armut und niedrigem sozioökonomischem Status, von sozialen Verlusten und Vernachlässigung, von körperlichen Vulnerabilitäten, chronischen und lebensbedrohenden Erkrankungen und Unfällen, von sexueller Gewalt und vielem mehr. Auf der Seite der Ereignisse wird vor allem die Unterscheidung zwischen »man-made disasters« und anderen, eher zufälligen Traumata und Katastrophen sowie die Frage der anhaltenden Dauer der Ereignisse als wichtig eingeschätzt. Dabei enthalten die von Menschen verursachten Katastrophen tendenziell ein höheres Schädigungspotenzial, insbesondere dann, wenn sie über längere Zeiträume hinweg fortbestehen (Maercker, 1998a). Allerdings ist allen Ereignissen, unabhängig von dem Ausmaß der Bedrohung und Widrigkeit, das Potenzial der Überwindung und Bewältigung, sei es durch die Entwicklung von Resilienz, sei es durch posttraumatische Reifungsprozesse, immanent.

Diagnostik. Auch wenn das Konstrukt Resilienz meist nicht als ein mehr oder weniger stabiles Persönlichkeitsmerkmal angesehen wird, erscheint es sinnvoll, Resilienzkomponenten bzw. Resilienz über verschiedene Indikatoren diagnostisch zu erfassen. So haben z. B. Forschungen im gerontologischen Bereich deutlich gemacht, dass Resilienz als ein protektives Persönlichkeitsmerkmal im höheren Lebensalter betrachtet werden kann (Leppert, Gunzelmann, Schumacher, Strauß & Brähler, 2005; Staudinger & Greve, 2001). Unter Bezugnahme auf die Resilienzskala von Wagnhild und Young (1993) haben Schumacher et al. (2005) eine deutsche Fassung entwickelt. Resilienz wird hier als eine personale Ressource betrachtet, die mit der Entwicklung

(seelischer) Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen einhergeht.

Unter der Lupe

In diesem Zusammenhang hat sich Resilienz als eine eindimensionale Skala erwiesen, die psychische Widerstandsfähigkeit als personales Merkmal misst, mit Selbstwirksamkeitserwartungen korreliert und einen eigenständigen Beitrag zur Vorhersage des Ausmaßes subjektiver Körperbeschwerden leistet.

Auch das Phänomen der posttraumatischen Reifung wird mit verschiedenen methodischen Instrumenten diagnostisch bestimmt. Hier ist vor allem das »Posttraumatic Growth Inventory« von Tedeschi & Calhoun (1996) zu nennen, das die bereits genannten fünf Bereiche der posttraumatischen Reifung erfasst. Maercker & Langner (2001) haben darüber hinaus zwei deutschsprachige Selbstbeurteilungsfragebögen zu Aspekten der persönlichen Reifung durch Belastungen und Traumata entwickelt.

Unter der Lupe

Dabei hat sich der Fragebogen »Persönliche Reifung nach Belastungen« als eindimensional erwiesen, während das Befragungsinstrument »posttraumatische persönliche Reifung« aus fünf Subskalen besteht:

1. neue Möglichkeiten,
2. Beziehungen zu Anderen,
3. persönliche Stärken,
4. Wertschätzung des Lebens und
5. religiöse Veränderungen.

Beide Instrumente korrelieren hoch miteinander und konnten extern mit Fragebögen zu Bewältigungsstrategien, wahrgenommener sozialer Unterstützung, posttraumatischen Belastungssymptomen und sozialer Erwünschtheit validiert werden.

Psychotherapeutische Zugänge. Da seit geraumer Zeit auch in der Psychotherapieforschung und -entwicklung eine stärkere Fokussierung auf ressourcenorientierte Ansätze stattfindet, liegt es auf der Hand,

5 dass die Erkenntnisse aus der Resilienz- und posttraumatischen Reifungsforschung Eingang in die klinischen und psychotherapeutischen Praxisfelder gefunden haben (Hagen & Röper, 2007; Zöllner & Maercker, 2006). Hier hat sich vor allem die Sensibilität aufseiten der Therapeuten gegenüber den Wachstumspotenzialen und Ressourcen der Betroffenen als ganz wesentliche Einflussgröße herausgestellt, wobei es um eine behutsame Förderung und in keinem Fall um eine Forcierung gehen sollte. Der therapeutischen Beziehung kommt somit ein hoher Stellenwert zu und die therapeutische Haltung sollte durch eine Entwicklungsperspektive und eine grundsätzliche Akzeptanz und »Achtsamkeit« gekennzeichnet sein. Finden diese Kriterien Berücksichtigung, sind alle psychotherapeutischen Zugänge aus dem großen Spektrum der verschiedenen Schulen denkbar (Maercker & Rosner, 2006). Das kann in der Arbeit mit Kindern z. B. der Einsatz einer Resilienztherapie sein (Hart & Blincow, 2008), das können verschiedenste kognitiv-behaviorale Zugänge sein, imaginative Verfahren (Reddemann, 2004), tiefenpsychologische und psychoanalytische Konzepte (Heuft, Kruse & Radebold, 2006) und auch Ansätze einer Weisheitstherapie, wie sie vor allem im Kontext der posttraumatischen Verbitterungsstörung eingesetzt wird (Linden, Rotter, Baumann & Lieberei, 2007).

5.3 Bezüge zur Entwicklungspsychologie der Lebensspanne – exemplarische Befunde

Im Folgenden werden einige exemplarisch ausgewählte themenrelevante Befunde zu den verschiedenen Entwicklungsphasen dargestellt. Dabei wird vor allem auf das Konzept von Erikson (1959, 1966) Bezug genommen: Entwicklung wird hier entlang der Auseinandersetzung mit lebensphasenspezifischen Krisen und Themen konzipiert, deren Inhalte eine von Anfang an und lebenslang bestehende antithetische, sowohl entwicklungsfördernde als auch potenziell entwicklungsbehindernde Valenz zukommt (Vertrauen vs. Misstrauen, Autonomie vs. Scham, Initiative vs. Schuld, Leistung vs. Minderwertigkeit, Identität vs. Diffusion, Intimität vs. Isolation, Generativität vs. Stagnation, Integrität vs. Verzweiflung).

Kindheit. Um eine seelisch gesunde Entwicklung von Kindern zu gewährleisten, müssen sowohl grundlegende intersubjektive Kompetenzen wie Bindung und Vertrauen als auch zentrale Aspekte der Selbstentwicklung wie Autonomie, Initiative und Leistungsfähigkeit aufgebaut werden. Bereits die Kauai-Studie von Werner und Smith (1982, 2001) hat – im Kontext einer stark deprivierenden Umwelt – auf die Bedeutung verlässlicher, vertrauensvoller sozialer Beziehungen und auf die Fähigkeit zur Selbstregulation für die Entwicklung und Beibehaltung von Resilienz im weiteren Lebensverlauf verwiesen. Aktuelle Studien über Zusammenhänge von traumatischen Erfahrungen und belastenden Lebensumständen im Kindesalter und ihren Chancen, »dennoch« zu gedeihen, beziehen sich vor allem auf die weltweit stark anwachsende Gruppe von Kindern, die in Gebieten kriegerischer Auseinandersetzung und/oder unter massiven Armutbedingungen aufwachsen (Garbarino, 2008; Sagi-Schwartz, 2008; Zander, 2008).

Unter der Lupe

Die eher traurige Botschaft dieser Studien macht deutlich, dass sich die Spuren solcher frühen und dauerhaften Gewalt- und Deprivationserfahrungen als mehr oder weniger chronifizierte Krankheits- und Störungsbilder bis ins Erwachsenenalter nachweisen lassen. Die etwas hoffnungsvollere Botschaft verweist allerdings auch hier zum einen auf die enorme interindividuelle Variabilität der Auseinandersetzungsformen und zum anderen auf das gegebene Resilienzpotenzial.

Letzteres wird insbesondere mit der Erfahrung sicherer sozialer Strukturen in Verbindung gebracht, wobei – neben der Betonung der zentralen Bedeutung familialer Verlässlichkeit – vor allem auch auf die interventiven Möglichkeiten von Schulen, sozialen Hilfs- und Stützsystemen und gesellschaftlichen Formen der Anteilnahme aufmerksam gemacht wird (Grotberg, 2003; Salem-Pickartz, 2007; Slone & Shoshanu, 2008).

Adoleszenz. Unabhängig davon, ob die belastenden Lebensumstände seit der Kindheit fortbestehen oder

erst mit der Phase der Adoleszenz zusammentreffen, geht es im Jugendalter sowohl weiterhin um die Kontinuität der psychosozialen Kindheitsthemen als auch um die neu hinzukommende Entwicklungsaufgabe der Identitätsfindung und der Entwicklung einer Zukunftsperspektive. Auch hier finden sich wiederum im Erfahrungskontext von Krieg und politischer Gewalt Anhaltspunkte für Resilienzentwicklung (Seginer, 2008). Dabei scheint insbesondere das Merkmal Hoffnung eine Mediatorenrolle bzgl. der Herausbildung von Resilienz und Zukunftsorientierung einzunehmen. Darüber hinaus wird in der Studie von Seginer (ebd.) der Effekt der Resilienzbereitschaft auf die Einstellung zur Zukunft moderiert durch die Einflussfaktoren

- kulturelle Orientierungen (kollektivistisch vs. individualistisch),
- Entwicklungsphase Adoleszenz (Ausmaß ideologischer Sinnsuche),
- interpersonale Beziehungen (Integration in bedeutungsvolle Beziehungssysteme) und
- intrapersonale Charakteristika (»Hardiness« und psychosoziale Gesundheit).

In einem weiteren, kulturübergreifenden Resilienzprojekt hat der Arbeitskreis um Ungar (Ungar, Brown, Liebenberg, Othman, Kwong, Armstrong & Gilgun, 2007) sieben Spannungsfelder identifiziert (Zugang zu materiellen Ressourcen; Beziehungen; Identität; Kohäsion; Einfluss und Kontrolle; soziale Gerechtigkeit; kultureller Zusammenhalt), die zum einen kulturspezifisch interagieren, zum anderen aber auch in jeder Kultur jeweils individuelle einzigartige Entwicklungspfade zur Resilienz bei Jugendlichen aufzeigen können.

Frühes Erwachsenenalter. Der Übergang ins Erwachsenenalter (»emerging adulthood«), bei dem nach Erikson das Thema der Erlangung von Intimität und (erwachsener) Beziehungsfähigkeit ansteht, stellt ein nach Masten und Obradović (2007; Masten, Burt, Roisman, Obradović, Long & Tellegen, 2004) lange Zeit vernachlässigtes Entwicklungsfenster mit komprimierten Veränderungsanforderungen dar. Anders als in der Adoleszenz mit ihren Bedrohungen, aber auch eher offenen Herausforderungen, nehmen hier die gesellschaftlichen Erwartungen und Zugriffe zu und beleuchten das Problem der

Entwicklung von Resilienz und möglichen posttraumatischen Reifungsprozessen noch einmal weitaus stärker unter dem Aspekt der Bereitschaft und Fähigkeit zur Übernahme eigener (erwachsener) Verantwortung.

Höheres Erwachsenenalter. Gemäß Erikson geht es – angesichts von zahlreichen tatsächlichen oder drohenden Verlusten – im Erwachsenenalter um Fragen der generativen Bezogenheit und der Ich-Integrität. Dies gilt gerade auch im Kontext von aktuell erfahrenen, aber auch früheren lebensgeschichtlichen Traumata, die im Alter (Stichwort: Kriegskinder des 2. Weltkriegs; Radebold, Heuft & Fookes, 2006) eine oft vollkommen unerwartete affektive Virulenz entfalten können. Somit liegt es auf der Hand, dass sowohl Prozesse der posttraumatischen Reifung als auch die sich im Alter oft neu konstellierenden Resilienzkomponenten Hand in Hand gehen. Hier haben insbesondere Staudinger und Greve (2001) zentrale Resilienzkonstellationen in verschiedenen Bereichen identifiziert. Dazu gehören im kognitiven Bereich berufliche Expertise, eine alltägliche Problemlösefähigkeit und unter Umständen eine Lebens-Wissens-Expertise, die als Weisheit bezeichnet werden kann. Im Bereich von Selbst und Persönlichkeit geht es um selbstregulative Kompetenzen und um die Fähigkeit, Selbstkonsistenz im Zeitverlauf aufrechterhalten zu können. Im Bereich sozialer Beziehungen erweist sich die Fähigkeit der Ausbalancierung ambivalenter Bedürfnisse, d. h. die Dialektik zwischen Autonomie, als dem Bedürfnis für sich allein sein zu wollen und zu können, und Zugehörigkeit, als dem Bedürfnis mit anderen zusammen und aufgehoben sein zu wollen bzw. unterstützt zu werden, als zuträglich für den Erwerb von Resilienz. Ähnliches drückt sich auch in den zahlreichen theoretischen Zugängen zur Erfassung von erfolgreichen Alternsprozessen aus, wie z. B. beim Modell der selektiven Optimierung durch Kompensation (Baltes & Baltes, 1989) und bei den verschiedenen Theorien zu Prozessen der kognitiven-motivationalen Umstrukturierung (Thomae, 1970 bzw. zu kontrollbezogenen Abstimmungsprozessen, die dem Wohlbefinden dienlich sind (Brandtstädter & Renner, 1990; Heckhausen & Schulz, 1995). Auch im Weisheitsparadigma finden sich viele Anklänge sowohl an das Resilienzkonzept (z. B. Anpassungs-

fähigkeit angesichts der fundamentalen Tatsachen des Lebens) als auch an das der posttraumatischen Reifung (z. B. Relativierungs-, Akzeptanz- und Integrationsprozesse angesichts von gegebenen Ambiguitäten und Konflikten; Ardel, 2008; Baltes & Staudinger, 2000; Glück, Bluck, Baron & McAdams, 2005; Sternberg, 2008).

5.4 Ausblick: Kurzes Plädoyer für Narration und Kultur

Die hier angesprochenen Konzepte von Resilienz und posttraumatischer Reifung erobern zunehmend weitere wissenschaftliche Forschungskontexte, wobei insbesondere bipsychologische und neurowissenschaftliche Befunde zu einer enormen Erweiterung der Erkenntnisse über biopsychosoziale Zusammenhänge geführt haben (Masten, 2006). So wichtig naturwissenschaftlich orientierte Zugänge sind, so ernst sollten aber auch die traditionell geistes- und kulturwissenschaftlichen Perspektiven genommen werden. In diesen Kontexten geht es in besonderer Weise um die Erfassung der Subjektperspektive betroffener Personen, um die verschiedensten Varianten ihrer Selbsttransformationen und Narrationen (Jüttemann, 2007; Neimeyer, 2004; Pals & McAdams, 2004). Dies gilt bereits für Kinder (Behnken & Zinnecker, 2001) und selbstverständlich auch für ältere Menschen. Obwohl der Zugang zu Ressourcen, Resilienz und Reifung immer individuumspezifisch und einzigartig ist, spiegeln sich in diesen Bewältigungsprozessen zentrale Selbstverständnisse der zugehörigen Kultur wider bzw. konstituieren möglicherweise eine (neue) Kultur der Achtsamkeit, Anteilnahme und Verantwortung. Es bleibt allerdings abzuwarten, ob sich solche Kulturen angesichts globaler Veränderungen und Verunsicherungen in ausreichendem Maße entfalten können. Vielleicht stellt ja für alternde westliche Gesellschaften die Bedrohung durch das mit zunehmendem Alter wahrscheinlicher werdende Hereinbrechen demenzieller Veränderungen ein Trauma-potenzial dar, dem präventiv mit Resilienzfaktoren und – so paradox das klingen mag – mit einer Art antizipatorischer posttraumatischer Transformation begegnet werden kann. Dabei mag es gemäß der Argumentation von Harris und Keady (2008) der

Gesellschaft im 21. Jahrhundert gut anstehen, in Anbetracht dieser Herausforderung eine »Erzählung des Meisterns« (»master narrative«; Somers, 1994) zu schreiben.

Literatur

- Adler, A. (1912, 1972). *Über den nervösen Charakter*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Anthony, E. J. & Cohler, B. J. (1987). *The invulnerable child*. New York: Guilford Press.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- APA (American Psychological Association). (2008). *The road to resilience*. Available: www.apahelpcenter.org/dl/the_road_to_resilience.pdf [August 2008].
- Ardelt, M. (2008). Wisdom, religiosity, purpose of life, and death attitudes of aging adults. In A. Tomer, G. F. Eliason & P. T. P. Wong (Eds.), *Existential and spiritual issues in death attitudes* (pp. 139–158). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Aspinwall, L. & Staudinger, U. M. (Eds.) (2003). *A psychology of human strength. Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Auhagen, A. E. (Hrsg.) (2004). *Positive Psychologie. Anleitung zum »besseren« Leben*. Weinheim/Basel: Beltz/PVU.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1989). Optimierung durch Selektion und Kompensation – Ein psychologisches Modell erfolgreichens Alters. *Zeitschrift für Pädagogik*, 35, 85–105.
- Baltes, P. B. & Staudinger, U. M. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55 (1), 122–136.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44 (9), 1175–1184.
- Behnken, I. & Zinnecker, J. (Hrsg.) (2001). *Kinder. Kindheit. Lebensgeschichte*. Seelze-Velbert: Kallmeyersche Verlagsanstalt.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59 (1), 20–28.
- Bonanno, G. A. & Mancini, A. D. (2008). The human capacity to thrive in the face of adversity. *Pediatrics*, 121 (2), 369–375.
- Brandtstädter, J. & Lindenberger, U. (Hrsg.) (2007). *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brandtstädter, J. & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5, 58–67.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A. (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon (Series Ed.) & R. M. Lerner

- (Ed.), *Handbook of child psychology. Vol. 1: Theoretical models of human development* (pp. 993–1028). New York: Wiley.
- Brooks, R. B. & Goldstein, S. (2001). *Raising resilient children: fostering strength, hope and optimism in your child*. Chicago: Contemporary Books.
- Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2004). The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 93–102.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Tavistock.
- Cicchetti, D. (1999). Entwicklungspsychopathologie: Historische Grundlagen, konzeptuelle und methodische Fragen, Implikationen für Prävention und Intervention. In R. Oerter, C. v., Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 11–44). Weinheim: Beltz/PVU.
- Cicchetti, D. & Cohen, D. J. (Eds.) (2008). *Developmental psychopathology, Vol 1: Theory and methods*. New York: Wiley.
- Erikson, E. H. (1966, 1959). *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Filipp, S.-H. (Hrsg.). (1995). *Kritische Lebensereignisse*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Filipp, S.-H. (1999). A three-stage model of coping with loss and trauma: Lessons from patients suffering from severe and chronic disease. In A. Maercker, M. Schützwohl & Z. Solomon (Eds.), *Post-traumatic stress disorder. A life-span developmental perspective* (pp. 43–78). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Filipp, S.-H. & Ferring, D. (2002). Die Transformation des Selbst in der Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen. In G. Hüttemann & H. Thome (Hrsg.), *Persönlichkeit und Entwicklung* (S. 191–228). Weinheim: Beltz.
- Fookes, I. & Rott, C. (2000). Geschlechtstypische Wege in die Langlebigkeit? Zum differentiellen Stellenwert von Ressourcen, Risiken und Resilienz bei über 70jährigen Männern und Frauen. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 9 (1), 27–36.
- Frankl, V. E. (1973). *Der Mensch auf der Suche nach Sinn*. Freiburg: Herder.
- Frankl, V. E. (1982). »... trotzdem Ja zum Leben sagen«. München: dtv.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Rönna, M., Dörner, T., Kraus-Gruner, G. & Engel, E.-M. (2008). Kinder Stärken! Resilienzförderung in der Kindertageseinrichtung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57 (2), 98–116.
- Garbarino, J. (1995). *Raising children in a socially toxic environment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Garbarino, J. (2008). *Children and the dark side of human experience*. New York: Springer.
- Garmzey, N. (1971). Vulnerability research and the issue of primary prevention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 41, 101–116.
- Garmzey, N. (1974). Children at risk: The search for the antecedents of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 8, 97–111.
- Garmzey, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. In J. E. Stevenson (Ed.), *Recent research in developmental psychopathology* (pp. 213–233). Oxford: Pergamon.
- Garmzey, N. & Nuechterlein, K. (1972). Invulnerable children: The fact and fiction of competence and disadvantage. *American Journal of Orthopsychiatry*, 42, 328–329.
- Geller, L. (1982). The failure of self-actualization theory: A critique of Carl Rogers and Abraham Maslow. *Journal of Humanistic Psychology*, 22 (2), 56–73.
- Gilbert, M. (2007). *Sie waren die Boys*. Berlin: Verlag Berlin-Brandenburg (R. Brennecke, Trans., The boys: Triumph over adversity.) New York: Holt. (Originalarbeit erschienen 1997).
- Glück, J., Bluck, S. Baron, H. & McAdams, D. P. (2005). The wisdom of experience: Autobiographical narratives across adulthood. *International Journal of Behavioral Development*, 29 (3), 197–208.
- Göppel, R. (1997). *Ursprünge der seelischen Gesundheit. Risiko- und Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung*. Würzburg: Bentheim.
- Goldstein, S. & Brooks, R. B. (2005). Why study resilience? In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 3–15). New York: Kluwer.
- Greeff, A. (2005). Resilience. *Volume 1: Personal skills for effective learning. Volume 2: Social skills for effective learning*. Carmarthen, UK: Crown.
- Grotberg, E. H. (2003). *Resilience for today, gaining strength from adversity*. Westport, CT: Praeger.
- Hagen, C. v. & Röper, G. (2007). Resilienz und Ressourcenorientierung – Eine Bestandsaufnahme. In I. Fookes & J. Zinnecker (Hrsg.), *Trauma und Resilienz. Chancen und Risiken lebensgeschichtlicher Bewältigung von belasteten Kindern* (S. 15–28). München: Juventa.
- Harris, P. B. & Keady, J. (2008). Wisdom, resilience and successful aging: Changing public discourses on living with dementia. *Dementia*, 7, 5–8.
- Hart, A. & Blincow, D. (2008). Resilient therapy: Strategic therapeutic engagement with children in crisis. *Child Care in Practice*, 14 (2), 131–145.
- Havighurst, R. J. (1948/1972). *Developmental tasks and education*. New York: David McKay.
- Heckhausen, J. & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102, 284–304.
- Hepp, U. (2006). Trauma und Resilienz. Nicht jedes Trauma traumatisiert. In R. Welter–Enderlin & B. Hildenbrand (Hrsg.), *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände* (S. 139–157). Heidelberg: Carl Auer.
- Heuft, G., Kruse, A. & Radebold, H. (2006²). *Lehrbuch der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie*. München: Reinhardt/UTB.
- Jordan, H. V. (2005). Relational resilience in girls. In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 79–90). New York: Kluwer.
- Jung, C. G. (1933). *Modern man in search of a soul*. New York: Harcourt, Brace.
- Jüttemann, G. (2007). *Persönlichkeit und Selbstgestaltung. Der Mensch in der Autogenese*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Keilson, H. (1958). *Der Tod des Widersachers*. Frankfurt: Fischer.

- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1–11.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leppert, K., Gunzelmann, T., Schumacher, J., Strauß, B. & Brähler, E. (2005). Resilienz als protektives Persönlichkeitsmerkmal im Alter. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 55, 365–369.
- Levi, P. (1992, 1961). *Ist das ein Mensch?* München: dtv (H. Riedt, autorisierte Trans. aus dem Italienischen, 1961).
- Levold, T. (2006). Metaphern der Resilienz. In R. Welter-Enderlin & B. Hildenbrand (Hrsg.), *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände* (S. 230–254). Heidelberg: Auer.
- Linden, M., Rotter, M., Baumann, K. & Lieberei, B. (2007). *Post-traumatic embitterment disorder. Definition, evidence, diagnosis, treatment*. Cambridge, MA, und Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Lösel, F. & Bender, D. (1999). Von generellen Schutzfaktoren zu differentiellen protektiven Prozessen: Ergebnisse und Probleme der Resilienzforschung. In G. Opp, M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 37–58). München: Reinhardt.
- Luthar, S. S. (Ed.). (2003). *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Luthar, S. S. & Zelazo, L. B. (2003). Research on resilience. An integrative review. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 510–549). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Maercker, A. (1998a). *Posttraumatische Belastungsstörungen: Psychologie der Extrembelastungsfolgen bei Opfern politischer Gewalt*. Lengerich: Pabst.
- Maercker, A. (1998b). Kohärenzsinn und persönliche Reifung als salutogenetische Variablen. In J. Margraf, S. Neumer & J. Siegrist (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen* (S. 187–199). Berlin: Springer.
- Maercker, A. & Langner, R. (2001). Persönliche Reifung durch Belastungen und Traumata: Ein Vergleich zweier Fragebogen zur Erfassung selbstwahrgenommener Reifung nach traumatischen Erlebnissen. *Diagnostica*, 47, 153–162.
- Maercker, A. & Müller, J. (2004). Social acknowledgement as a victim or survivor: A scale to measure a recovery factor of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (4), 345–351.
- Maercker, A. & Rosner, R. (Hrsg.) (2006). *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulübergreifend*. Stuttgart: Thieme.
- Maercker, A. & Zöllner, T. (2004). The Janus face of self-perceived growth: Toward a two-component model of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15, 41–48.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227–238.
- Masten, A. S. (2005). Resilienz in der Entwicklung: Wunder des Alltags. In G. Röper, C. v. Hagen & G. Noam (Hrsg.), *Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer klinischen Entwicklungspsychologie* (S. 192–219). Stuttgart: Kohlhammer.
- Masten, A. S. (2006). Developmental psychopathology: Pathways to the future. *International Journal of Behavioral Development*, 30 (1), 47–54.
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19, 921–930.
- Masten, A. S., Burt, K. B., Roisman, G. I., Obradović, J., Long, J. D. & Tellegen, A. (2004). Resources and resilience in the transition to adulthood: Continuity and change. *Development and psychopathology*, 16, 1071–1094.
- Masten, A. S. & Obradović, J. (2007). Disaster preparation and recovery: lessons from research on resilience in human development. *Ecology and Society*, 13 (1), 9 [online] URL: <http://www.ecologyandsociety.org/vol13/iss/art9/>
- Meichenbaum, D. (2008). Bolstering resilience: Benefiting from lessons learned. In D. Brom, R. Pat-Horenczyk & J. Ford (Eds.), *Treating traumatized children: Risk, resilience and recovery* (pp. 183–190). New York: Routledge.
- Müller, J., Mörgeli, H. & Maercker, A. (2008). Disclosure and social acknowledgement as predictors of recovery from post-traumatic stress: A longitudinal study in crime victims. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 53 (3), 160–168.
- Murphy, L. B. (1974). Coping, vulnerability, and resilience in childhood. In G. V. Coelho, D. A. Hamburg & J. E. Adams (Eds.), *Coping and adaptation* (pp. 69–100.) New York: Basic.
- Neimeyer, R. A. (2004). Commentaries. Fostering posttraumatic growth: A narrative elaboration. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 53–59.
- Opp, G., Fingerle, M. & Freytag, A. (Hrsg.). (1999). *Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. München: Reinhardt.
- Pals, J. L. & McAdams, D. P. (2004). Commentaries. The transformed self: A narrative understanding of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 65–69.
- Radebold, H., Heuft, G. & Fookien, I. (Hrsg.). (2006). *Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. Kriegserfahrungen und deren Folgen aus psychohistorischer Perspektive*. Weinheim: Juventa.
- Reddemann, L. (2004). *Psychodynamisch imaginative Traumatherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Resch, F. (1999). Beitrag der klinischen Entwicklungspsychologie zu einem neuen Verständnis von Normalität und Pathologie. In R. Oerter, C. v. Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 602–622). Weinheim: Beltz/PVU.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person*. Boston: Mifflin.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M. W. Kent & J. E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology. Vol 3: Social competence in children* (pp. 49–74). Hanover, NH: University Press of New England.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 128, 493–509.

- Sagi-Schwartz, A. (2008). The well being of children living in chronic war zones: The Palestinian-Israeli case. *Journal of Behavioral Development, 32* (4), 322–336.
- Salem-Pickartz, J. (2007). Resilienzförderung in einem Flüchtlingscamp und ihre Auswirkungen auf kindliche Entwicklungsbedingungen. In I. Fooker & J. Zinnecker (Hrsg.), *Trauma und Resilienz. Chancen und Risiken lebensgeschichtlicher Bewältigung von belasteten Kindheiten* (S. 183–195). München: Juventa.
- Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B. & Brähler, E. (2005). Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 53* (1), 16–39.
- Seginer, R. (2008). Future orientation in times of threat and challenge: How resilient adolescents construct their future. *International Journal of Behavioral Development, 32* (4), 272–282.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An introduction. *American Psychologist, 55*, 5–14.
- Slone, M. & Shoshani, A. (2008). Efficacy of a school-based primary prevention program for coping with exposure to political violence. *Journal of Behavioral Development, 32* (4), 348–358.
- Somers, M. R. (1004). The narrative constitution of identity: A relational and network approach. *Theory and Society, 23*, 605–649.
- Staudinger, U. M. & Greve, W. (2001). Resilienz im Alter. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung* (Band 1, S. 95–144). Opladen: Leske & Budrich.
- Sternberg, R. J. (2008). The balance theory of wisdom. In M. H. Immordino-Yang (Ed.), *The Jossey-Bass reader on the brain and learning*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2008). The factor structure of the posttraumatic growth inventory: A comparison of five models using confirmatory analysis. *Journal of Traumatic Stress, 21* (2), 158–164.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 455–471.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004a). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15* (1), 1–18.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004b). Posttraumatic growth: A new perspective on psychotraumatology. *Psychiatric Times, 21* (4), 1–2. Available: www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/54661.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. & Cann, A. (2007). Evaluating resource gain: Understanding and misunderstanding posttraumatic growth. *Applied Psychology: An International Review, 56* (3), 396–406.
- Thomae, H. (1970). Theory of aging and cognitive theory of behavior. *Human Development, 13*, 1–16.
- Ulich, D. (1987). *Krise und Entwicklung. Zur Psychologie seelischer Gesundheit*. München: Psychologie Verlags Union.
- Ungar, M. (Ed.) (2005). *Handbook for working with children and youth: Pathways to resilience across cultures and contexts*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ungar, M., Brwon, M., Liebenberg, L., Othman, R., Kwong, W. M., Armstrong, M. & Gilgun, H. (2007). Unique pathways to resilience across cultures. *Adolescence, 42* (166), 287–310.
- Wagnhild, G. M. & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement, 1*, 165–178.
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process, 42* (1), 1–18.
- Walsh, F. (2006). Ein Modell familialer Resilienz und seine klinische Bedeutung. In R. Welter-Enderlin & B. Hildenbrand (Hrsg.), *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände* (S. 43–79). Heidelberg: Auer.
- Welter-Enderlin, R. & Hildenbrand, B. (Hrsg.) (2006). *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände*. Heidelberg: Auer.
- Werner, E. (2007). Resilienz und Protektionsfaktoren im Lebensverlauf von Kriegskindern. Ausgewählte empirische Studien. In I. Fooker & J. Zinnecker (Hrsg.), *Trauma und Resilienz. Chancen und Risiken lebensgeschichtlicher Bewältigung von belasteten Kindheiten* (S. 47–55). München: Juventa.
- Werner, E. & Smith, R. (1982). *Vulnerable but invincible: A study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
- Werner, E. & Smith, R. (2001). *Journeys from childhood to midlife. Risk, resilience, and recovery*. New York: Cornell University.
- White, R. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review, 66*, 297–333.
- Wortman, C. B. (2004). Posttraumatic growth: Progress and problems. *Psychological Inquiry, 15* (1) 81–90.
- Wustmann, C. (2004). *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*. Weinheim: Beltz.
- Zander, M. (2008). *Armes Kind – starkes Kind? Die Chance der Resilienz*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Zimmerman, M. A. & Arunkumar, R. (1994). Resiliency, research: Implication for schools and policy. *Social Policy Report: Society for Research in Child Development, 8* (4), 1–18.
- Zöllner, T., Calhoun, L. C. & Tedeschi, R. G. (2006). Trauma und persönliches Wachstum. In A. Maercker & R. Rosner (Hrsg.), *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S. 36–45). Stuttgart: Thieme.
- Zöllner, T. & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology – A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review, 26*, 626–653.
- Zöllner, T., Rabe, S., Karl, A. & Maercker, A. (2008). Posttraumatic growth in accident survivors: Openness and optimism as predictors of its constructive or illusory sides. *Journal of Clinical Psychology, 64* (3), 245–263.

Andreas Maercker (Hrsg.)

Posttraumatische Belastungsstörungen

3., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage

6 Diagnostik und Differenzialdiagnostik

M. Schützwohl, A. Haase

6.1 Ausgangslage – 88

6.2 Erhebungsverfahren zur Diagnostik posttraumatischer Belastungsstörungen – 89

6.2.1 Strukturierte und standardisierte Interviews – 89

6.2.2 Selbstbeurteilungsverfahren – 97

6.3 Differenzialdiagnostik – 102

6.4 Erfassung ergänzender therapierelevanter Informationen – 103

6.4.1 Erfassung von aufrechterhaltenden oder den Therapieverlauf bestimmenden Faktoren – 104

6.4.2 Erfassung sekundärer Funktionsbeeinträchtigungen – 104

6.4.3 Erfassung von Ressourcen, Kompetenzen – 104

6.5 Therapiebegleitende Diagnostik – 106

6.5.1 Prozess- und Behandlungsevaluation – 106

6.5.2 Ergebnisevaluation – 106

Literatur – 106

6.1 Ausgangslage

Angesichts inzwischen vorliegender störungsspezifischer Therapieverfahren ergeben sich aus einer diagnostischen Zuordnung der in der Versorgungspraxis berichteten und beobachteten Symptomatik für den ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten ganz konkret Handlungsanleitungen zur Durchführung von Maßnahmen, die sich in empirischen Überprüfungen vielfach als wirksam erwiesen haben. Im Bereich posttraumatischer Belastungsreaktionen allerdings scheint die Diagnostik sowohl im allgemeinärztlichen als auch im psychiatrischen und psychotherapeutischen Rahmen schwierig: Während das Vorliegen posttraumatischer Belastungsreaktionen früher oft übersehen worden ist (Taubmann-Ben-Ari, 2001; Zimmermann & Mattia, 1999) – und vermutlich auch noch immer häufig übersehen wird –, wird inzwischen die PTBS umgekehrt sowohl im wissenschaftlichen als auch im klinischen Kontext nahezu inflationär diagnostiziert (McHugh & Treisman, 2007; Summerfield, 2001). In beiden Fällen besteht die Gefahr, dass die Betroffenen nicht fachgerecht behandelt werden.

Die Ursachen für das Übersehen posttraumatischer Belastungsreaktionen sind vielfach diskutiert. Dieses mag z. T. an einer vereinzelt noch immer anzutreffenden mangelnden Sensibilität und einem manchmal leider noch immer geringen Störungswissen der in der Versorgung Tätigen liegen (Denis et al., 2000); es liegt aber wohl vor allem daran, dass Personen, die an den Folgen ihrer traumatischen Erfahrungen leiden und Unterstützung aufsuchen, im Erstkontakt häufig Beschwerden schildern, die nicht als Kennzeichen einer posttraumatischen Erkrankung offenkundig sind. Sie können z. B. von Ängsten und Freudlosigkeit berichten und allgemein über Nervosität klagen, die Traumatisierung jedoch nicht thematisieren, sei es, weil sie oft selbst keinen Zusammenhang zwischen ihren Beschwerden und den – manchmal schon lang zurückliegenden – traumatischen Erfahrungen sehen, oder aber, dass Vermeidungstendenzen oder auch Scham- und Schuldgefühle dies verhindern (► Kap. 2).

Die Ursachen dafür, dass ein Störungsbild nach einer bekannten Traumatisierung allzu oft im Sinn einer PTBS eingeordnet wird, sind inzwischen ebenfalls umfassend diskutiert. In einer prinzipiellen Kri-

tik am sog. Top-Down-Vorgehen in der klassifikatorischen Diagnostik weisen z. B. McHugh u. Treisman (2007) darauf hin, dass dieses nach einer potenziellen Traumatisierung fast regelhaft angewendet wird. Gleichzeitig zähle die PTBS aufgrund der Unspezifität der Symptomkriterien zu den Störungskategorien, die bei einem solchen Vorgehen besonders häufig falsch positiv diagnostiziert werden. Ein in diesem Zusammenhang zu erwähnendes und häufig vorgebrachtes Argument ist auch, dass das A-Kriterium der PTBS (Traumakriterium) sowohl im DSM-IV als auch in der ICD-10 sehr unklar definiert ist und die Störung nicht zuletzt deshalb auch nach sehr häufig vorkommenden und i. Allg. wenig belastenden Ereignissen diagnostiziert wird (Breslau & Kessler, 2001); beispielhaft genannt seien hier Studien zu PTBS nach Hundebissen (Peters et al., 2004) oder schwierigen Entbindungen (Bailham & Joseph, 2003). Dörner (2005) schließlich vermutet ein in ökonomischen Überlegungen begründetes, von Therapeuten und Krankenhäusern »interessen-gesteuertes« Vorgehen mit dem Ziel der Ausweitung von psychologischen Indikationen; Summerfield (2001) spricht ganz ähnlich von einer »wahren Traumaindustrie«.

Aus den genannten Gründen ist ein professionelles diagnostisches Vorgehen unerlässlich, wie es etwa in den von der World Psychiatric Association herausgegebenen »Leitlinien zur psychiatrischen Diagnostik« (IGDA Workgroup, WPA, 2003) skizziert ist. Diagnostik und Differenzialdiagnostik erfordern demnach einen umfassenden Prozess, der neben einem ausführlichen Patienteninterview die Sichtung von verschiedenen Informationsquellen sowie die Anwendung von ergänzenden Erhebungsverfahren beinhaltet.

In diesem Kapitel wird ein umfassendes diagnostisches Vorgehen dargestellt. Die Gliederung entspricht dabei weitgehend den Empfehlungen einer Expertenkommission (Keane et al., 2000):

1. Die Durchführung von strukturierten oder standardisierten Interviews, die ursprünglich zur Sicherung zuverlässiger Diagnosen im Bereich der psychiatrischen und psychologischen Forschung entwickelt wurden, ist auch in der klinischen Praxis unentbehrlich, um Patienten zuverlässig diagnostizieren zu können. Zur Erfassung posttraumatischer Belastungsreaktionen

- sind Verfahren zu bevorzugen, die sowohl ein dichotomes als auch ein kontinuierliches Symptomrating erlauben (► Abschn. 6.2.1).
2. Symptommhäufigkeit und -intensität sollten ebenso erfasst werden wie die Dauer der Symptombelastung sowie die daraus resultierenden psychischen Beeinträchtigungen aus Patientensicht. Hierzu eignet sich vor allem der Einsatz von reliablen und validen Selbstbeurteilungsverfahren (► Abschn. 6.2.2).
 3. Nach einem potenziell traumatisierenden Ereignis kann es zu ganz unterschiedlichen Belastungsreaktionen kommen; vor diesem Hintergrund müssen sowohl in der klinischen Praxis als auch im Rahmen gutachtlicher Tätigkeiten Fragen der Differenzialdiagnostik erörtert werden (► Abschn. 6.3).
 4. Zur Therapieplanung ist neben der klassifikatorischen Diagnostik die Erfassung weiterer Informationen erforderlich. Von besonderer Relevanz sind die Erfassung aufrechterhaltender Faktoren (► Abschn. 6.4.1) und sekundärer Funktionsbeeinträchtigungen (z. B. im sozialen und im beruflichen Bereich; ► Abschn. 6.4.2).
 5. Die Erfassung von Ressourcen und Kompetenzen ergänzt die Diagnostik im Rahmen der Therapieplanung (► Abschn. 6.4.3).
 6. Es ist schließlich sinnvoll, die Durchführung therapeutischer Maßnahmen diagnostisch zu begleiten (► Abschn. 6.5).

6.2 Erhebungsverfahren zur Diagnostik posttraumatischer Belastungsstörungen

Mit strukturierten Interviews werden die diagnostischen Kriterien mittels vorformulierter Fragen systematisch erfasst; bei Verständnisproblemen oder Zweifeln können die Fragen umformuliert, erklärt oder ergänzt werden. In die Beurteilungen kann neben den Angaben der Patienten die Gesamtheit aller zur Verfügung stehender Informationen Eingang finden. Dagegen lassen die standardisierten Interviews dem Interviewer keinen Beurteilungsfreiraum, d. h., die Fragen werden generell wörtlich vorgelesen und ausschließlich die Antworten der Patienten kodiert.

Die Anzahl der zur Diagnostik psychischer Störungen einsetzbaren strukturierten oder standardisierten diagnostischen Interviews ist inzwischen enorm, so dass hier nur ein Überblick über die wichtigsten Verfahren erfolgt:

- strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (SKID; Wittchen et al., 1997)
- diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS; Schneider & Margraf, 2006),
- diagnostisches Expertensystem-Interview (DIA-X-Interview; Wittchen & Pfister, 1997),
- »Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry« (SCAN; World Health Organisation, 1999; dt. Maurer et al., 2003),
- »Mini International Neuropsychiatric Interview« (M.I.N.I.; Sheehan et al., 1998, 2005; dt. Version Ackenheil et al., 1999)

Von den speziell zur Diagnostik der PTBS entwickelten Verfahren soll hier nur die

- »Clinician-Administered PTSD Scale« (CAPS; Blake et al., 1990, 1995; dt. Nyberg & Frommberger, 1998; Schnyder & Moergeli, 2002)

vorgelegt werden.

6.2.1 Strukturierte und standardisierte Interviews

Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV

Das Strukturierte klinische Interview für DSM-IV (SKID; Wittchen et al., 1997), sicherlich eines der am häufigsten eingesetzten Interviews, dient der Erfassung und Diagnostik ausgewählter psychischer Störungen, wie sie im DSM-IV definiert werden. Der Erfassung posttraumatischer Belastungsreaktionen dient die PTBS-Sektion. Die Möglichkeit zur Erfassung der diagnostischen Kriterien einer akuten Belastungsstörung (ABS) bietet das SKID nicht.

Der Interviewer führt die PTBS-Sektion in der Regel nur durch, wenn aus den zur Verfügung stehenden Informationen ein Hinweis auf das Vorliegen einer PTBS existiert. Die Beurteilung beginnt damit, dass der Interviewer dem Patienten eine im SKID-Beiheft befindliche Liste vorlegt und danach fragt, ob er jemals eines der dort aufgeführten Trau-

men erlebt hat (s. nachfolgende Box). Ist dies der Fall, so wird mittels Screeningfragen nach psychischen Belastungsreaktionen gefragt und – falls mehr als ein potenzielles Trauma vorliegt – ermittelt, welches den Patienten am meisten belastet hat. Mit den nächsten Fragen wird zunächst das Vorliegen einer traumatischen Erfahrung gemäß der Definition nach DSM-IV beurteilt (A-Kriterium), bevor anschließend Fragen betreffend die DSM-IV-Kriterien B, C, D und E (► Kap. 2) gestellt werden. Den Abschluss der Sektion bilden Fragen nach dem Verlauf und dem Schweregrad der Störung.

»?« = »Informationen sind unzureichend«,
 »1« = »nicht vorhanden«,
 »2« = »unterschwellig vorhanden« oder
 »3« = »vorhanden«.

Sprungregeln nach Komplettierung aller Fragen zu einem bestimmten diagnostischen Kriterium ermöglichen es, die Durchführung der PTBS-Sektion jeweils dann zu beenden, sobald ein Kriterium als nicht erfüllt beurteilt wird. Im SKID muss der Interviewer dabei das Kriterium kodieren, nicht unbedingt die Antwort der Patienten. Dies erfordert, dass der Interviewer ein klinisches Urteil bildet.

Die Durchführungszeit für das SKID wird mit ca. 100 min bei stationären und ca. 75 min bei ambulanten Patienten angegeben. Für die PTBS-Sektion, die sich in zahlreichen empirischen Überprüfungen als reliables und valides Modul zur Diagnostik einer PTBS erwiesen hat, sind bei traumatisierten Patienten ca. 20 min einzuplanen. Allerdings liefert sie nur ein trichotomes Symptomrating (nicht vorhanden – unterschwellig vorhanden – vorhanden) sowie ein trichotomes Rating für den Schweregrad einer als vorhanden klassifizierten PTBS (leicht – mittel – schwer).

Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen

Das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen, (DIPS; Schneider & Margraf, 2006) liegt in einer die Kriterien der DSM-IV erfassenden Version vor. Es kombiniert die Zielstellung der kategorialen Diagnostik mit der Erhebung therapierelevanter Information. Die Durchführungsdauer zur Erfassung der wichtigsten Störungskategorien beträgt etwa 90–120 min. Der Interviewleitfaden enthält neben den Interviewfragen und Anweisungen für den Interviewer auch die Störungskriterien nach DSM-IV im Checklistenformat. Sprungregeln erlauben es, Interviewfragen, die nicht relevant erscheinen, auszulassen (Schneider & Margraf, 2006). Die Antworten werden in einem separaten Protokollbogen aufgenommen. Die nach DSM-IV ermittelten Diagnosen können einfach in ICD-10-Diagnosen überführt werden.

Die PTBS-Sektion beginnt im DIPS mit einer ausführlichen Erfassung der potenziellen Traumatisierung, Screeningfragen zur aktuellen Symptomatik sowie zur Symptombdauer vorliegender post-

Der Interviewer beurteilt das Vorliegen der Symptomatik jeweils mit

Unter der Lupe

Eingangsfrage zur PTBS-Sektion des SKID (Wittchen et al., 1997, S. 75)

»Manchmal passieren extrem schreckliche Dinge, wie z. B. sich in einer lebensbedrohlichen Situation zu befinden, eine Katastrophe zu erleben, einen ernsthaften Unfall zu haben, von Feuer bedroht zu werden, überfallen oder ausgeraubt zu werden, zusehen zu müssen, wie eine andere Person getötet oder verletzt wird oder zu hören, dass eine Ihnen nahestehenden Person etwas Derartiges zugestoßen ist. Haben Sie jemals irgendseines der Ereignisse von der Liste erlebt?«

Auflistung von Arten möglicher Traumatisierung im Beurteilungsheft des SKID (Wittchen et al., 1997)

- schreckliche Erfahrungen im Kriegseinsatz
- ernsthafte körperliche Verletzung, Bedrohung, Angriff
- Opfer einer Vergewaltigung
- Opfer von sexuellem Missbrauch (vor dem 14. Lebensjahr)
- Naturkatastrophe
- schwerwiegender Unfall
- Gefangenschaft, Geiselhäft, Entführungsopfer
- Zeugenschaft eines traumatischen Ereignisses
- andere bislang nicht benannte schreckliche Ereignisse

Beurteilungskriterien für das Vorliegen einer PTBS

■ **Wiederkehrende und eindringliche Erinnerungen**

Das Symptom liegt vor, wenn sich die Erinnerungen ungewollt – und meist unkontrollierbar – immer wieder aufdrängen und vom Patienten als belastend erlebt werden. Erinnerungen, die willentlich hervorgerufen werden, erfüllen das Kriterium nicht.

■ **Wiederkehrende Träume**

Wiederkehrende Träume sind diagnostisch relevant, wenn sie in Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis stehen und den Patienten stark belasten. Alpträume, die in keinem erkennbaren direkten Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis stehen, erfüllen das Kriterium nicht.

■ **Plötzliches Handeln oder Fühlen, als ob das Ereignis wiederkehre**

Hierzu gehören das Gefühl, das traumatische Ereignis noch einmal zu durchleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziationsartige Episoden. Diese Symptome sind zu unterscheiden von wiederkehrenden Gedanken, in denen sich der Patient der Tatsache bewusst ist, dass er das traumatische Ereignis erinnert.

■ **Psychische Belastung bei Ereignissen, die das Trauma oder Aspekte des Traumas symbolisieren oder ihm ähnlich sind, Jahrestage eingeschlossen**

Das Symptom liegt vor, wenn die psychische Belastung intensiv ist und den Patienten zumindest kurzfristig in seiner Alltagsbewältigung beeinträchtigt.

■ **Physiologische Reaktionen (Schwitzen, Zittern etc.) bei Konfrontation mit Ereignissen, die das Trauma symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern**

Physiologische Reaktionen können sich in zahlreichen quälenden Symptomen manifestieren: in Atemschwierigkeiten, Herzklopfen oder -rasen, Erstickungs- oder Beklemmungsgefühlen; in Übelkeit oder Magen- und Darmbeschwerden; in Todesangst oder der Angst, etwas Unkontrolliertes zu tun. Das Kriterium

ist nicht erfüllt, wenn diese körperlichen Beschwerden nicht in Zusammenhang mit Erinnerungen an das Ereignis oder mit bestimmten traumaassoziierten Situationen stehen.

■ **Bewusstes Vermeiden von Gedanken oder Gefühlen, die mit dem Trauma assoziiert sind**

Das Symptom liegt vor, wenn der Patient bestrebt ist, mit dem traumatischen Ereignis in Verbindung stehende Gedanken oder Gefühle zu vermeiden – unabhängig davon, ob ihm dies tatsächlich gelingt.

■ **Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten oder Situationen, die Erinnerungen an das Trauma bewirken**

Das Vermeiden von Aktivitäten oder Situationen, die nicht in Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis stehen, erfüllt das Kriterium nicht.

■ **Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern**

Hauptmerkmal der psychogenen Amnesie ist, dass der Patient sich wichtiger Dinge nicht mehr erinnern kann. Die Erinnerungslücken sind zu groß, als dass man sie mit normaler Vergesslichkeit oder Erschöpfung erklären könnte. Organische Ursachen der Unfähigkeit zu erinnern sind auszuschließen.

■ **Deutlich verringertes Interesse an wichtigen Aktivitäten**

Die Beurteilung dieses Symptoms erfordert, dass das vor dem traumatischen Ereignis bestehende Interesse an wichtigen Aktivitäten retrospektiv erfasst wird. Das Symptom liegt vor, wenn das Interesse an objektiv wichtigen Aktivitäten deutlich nachgelassen hat oder vorher subjektiv für den Patienten wichtige Aktivitäten (z. B. Hobby) nicht mehr interessieren.

■ **Gefühl der Losgelöstheit oder Fremdheit von anderen**

Das Symptom wird als vorhanden kodiert, wenn nach dem Trauma ein Gefühl der Entfremdung und sozialen Isolierung erlebt wird. Für die Kodierung als vorhanden ist nicht ausreichend, wenn der Patient meint, nur von einem äh-



lichen traumatischen Erlebnis betroffene Personen könnten seine peritraumatischen und posttraumatischen Reaktionen verstehen.

— **Eingeschränkter Affektspielraum, z. B. Unfähigkeit zu Liebesgefühlen**

Das Symptom liegt vor, wenn die Gefühle des Patienten »stumpf« oder »erstarrt« sind und der Patient die Gefühle, die er meint, ausdrücken zu müssen, nicht ausdrücken kann. Dies schließt die Unfähigkeit, Liebe oder Zuwendung zu empfinden, mit ein, aber auch das Unvermögen zur Empfindung von Trauer oder Mitleid.

— **Eindruck einer eingeschränkten Zukunft (z. B. keine Karriere, Kinder, Ehe, langes Leben)**

Die Zukunft traumatisierter Personen kann im Vergleich zu der vor der Traumatisierung antizipierten Zukunft tatsächlich eingeschränkt sein, z. B., wenn schwerwiegende körperliche Schädigungen als Folge des traumatischen Ereignisses vorliegen. Das Symptom liegt vor, wenn die Erwartungen des Patienten unrealistisch sind. Das Symptom drückt sich häufig darin aus, dass der Patient keine Zukunftspläne mehr schmiedet.

— **Schwierigkeiten einzuschlafen oder durchzuschlafen**

Schlafstörungen sind diagnostisch relevant, wenn sie nicht bereits vor dem traumatischen Ereignis in der beobachteten Ausprägung auftraten.

— **Reizbarkeit, Wutausbrüche**

Um das Item beurteilen zu können, muss das prätraumatische Ärgerausdrucksverhalten erfasst werden. Das Symptom liegt vor, wenn Reizbarkeit und Wutausbrüche in der Folge des Ereignisses vermehrt auftraten.

— **Konzentrationsschwierigkeiten**

Konzentrationsschwierigkeiten sind im Zusammenhang mit der vor dem traumatischen Ereignis vorhandenen Konzentrationsfähigkeit zu beurteilen. Organische Ursachen der Konzentrationsschwierigkeiten sind auszuschließen.

— **Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz)**

Das Symptom liegt vor, wenn der Patient seit seiner traumatischen Erfahrung externen Stimuli mehr Aufmerksamkeit widmet, als für deren realistische Bewertung notwendig wäre.

— **Übermäßige Schreckreaktionen**

Eine übermäßige Schreckhaftigkeit wird als »vorhanden« kodiert, wenn sie infolge des traumatischen Ereignisses vermehrt auftritt. Schreckreaktionen können nicht selten während der Interviewführung beobachtet werden.

traumatischer Belastungsreaktionen. Die Fragen sind eng an die Kriterien der DSM-IV angelehnt, wobei neben der dichotomen Erfassung der charakteristischen Kernsymptomatik der PTBS für jedes Symptom ein Rating auf einer 9-stufigen Skala abzugeben ist, die in ihren Ankerpunkten Häufigkeit (0 = nie bis 8 = ständig) und Schweregrad (0 = gar nicht bis 8 = sehr schwer) verbindet, d. h., Häufigkeit und Schweregrad können nicht unabhängig voneinander beurteilt werden. Die Sektion endet mit der Erfassung der erlebten Beeinträchtigung sowie detaillierten Fragen zur zeitlichen Einordnung der Symptomatik als auch zur Lebenszeitprävalenz.

! **Zusätzlich zur Erfassung einer PTBS gibt es in der aktuellen 3. Auflage des DIPS erstmalig einen Abschnitt zur Diagnostik einer aktuell bestehenden akuten Belastungsstörung (ABS). Die diagnostischen Fragen der Sektion orientieren sich stark an den DSM-IV-Kriterien, wobei die Symptombewertungen auch hier auf der beschriebenen 9-stufigen Skala abzugeben sind.**

Die Beurteilungsregel im diagnostischen Algorithmus sieht sowohl für die PTBS als auch für die ABS vor, dass ein Symptom dann in diagnostisch relevanter Ausprägung vorliegt, wenn es auf der Skala Häufigkeit/Schweregrad mindestens mit 4 (= gelegentlich/mäßig) beurteilt ist. Zur Brauchbarkeit dieser Regel in verschiedenen Populationen gibt es

leider keinerlei Angaben, und ebenso liegen kaum Informationen zu den teststatistischen Gütekriterien der beiden Sektionen vor. Für den PTBS-Abschnitt der DIPS-Forschungsversion (F-DIPS; Margraf et al., 1996), aus welcher das DIPS für DSM-IV hervorgegangen ist, erwies sich die Restest-Reliabilität als zufriedenstellend.

DIA-X-Interview

Das Diagnostische Expertensystem-Interview (**DIA-X-Interview**; Wittchen & Pfister, 1997) ist ein modulares und flexibles diagnostisches Beurteilungssystem, das die Diagnosestellung entsprechend ICD-10 und DSM-IV ermöglicht. Dabei kann es je nach Fragestellung in einer Lebenszeitversion oder einer zeitlich weniger aufwendigen Querschnittsfassung (12 Monate) eingesetzt werden. Es liegt in einer Papier-Bleistift- und einer PC-Version vor; deren Anwendung wird nachdrücklich empfohlen, da die Interviewauswertung zwingend das DIA-X-Diagnosenprogramm erfordert und die mittels Papier-Bleistift-Version erhobenen Daten dort eingegeben werden müssten (Wittchen & Pfister, 1997). Es ist ein standardisiertes Interview, das die Erfassung der diagnostischen Kriterien einer PTBS erlaubt, nicht aber die der ABS.

Der Interviewteil zur PTBS beginnt mit der Erkundung nach einem oder mehreren potenziell traumatisierenden Lebensereignissen. Hierzu steht dem Interviewer mit der Liste N1 – vergleichbar mit der Listung in obiger Box – aus dem Ergänzungsheft ein Hilfsmittel zur Verfügung. Falls unklar, ist anschließend jeweils abzuklären, ob das A-Kriterium vollständig erfüllt ist und das Ereignis mit Angst, Hilflosigkeit oder Schrecken verbunden war.

Hat der Patient ein traumatisches Ereignis erlebt, ermittelt der Interviewer unter Verwendung der vollständig vorformulierten und generell wörtlich vorzulesenden Fragen, ob die Kennzeichen der PTBS nach dem traumatischen Ereignis (Lebenszeitversion) bzw. in den letzten 12 Monaten (Querschnittsfassung) vorlagen, bevor Zeitpunkt und Dauer der Symptomatik genauer abgeklärt werden. Um Informationen über den Schweregrad zu erhalten, wird abschließend das Bewältigungsverhalten sowie die Beeinträchtigung alltäglicher Aktivitäten ermittelt.

! **Das DIA-X-Interview erfordert sowohl bei Verwendung der PC-Version wie auch der Papier-Bleistift-Version ein ausführliches Training, kann aber nach Ansicht der Herausgeber auch bei fehlender klinischer Erfahrung durchgeführt werden – wobei allerdings die Interpretation der ermittelten DIA-X-Diagnosen klinisch erfahrenen Diagnostikern vorbehalten bleiben muss (Wittchen & Pfister, 1997).**

Die Durchführungsdauer wird mit 75 min bei Anwendung der Lebenszeitversion und 55 min bei Anwendung der Querschnittsfassung angegeben; die Durchführungsdauer für die PTBS-Sektion ist bei traumatisierten Patienten mit 15–20 min anzusetzen. Reliabilität und Validität haben sich in epidemiologischen und klinischen Studien als fast durchgängig sehr hoch erwiesen. Das DIA-X-Interview liefert allerdings nur dichotom Aussagen über das Vorhandensein von PTBS-Symptomen und das Vorliegen einer PTBS. Die Intensität der Belastungsreaktionen lässt sich nicht in kontinuierlichen Daten ausdrücken.

»Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry«

Das »Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry«-(SCAN-)System, das inzwischen in der deutschen Übersetzung der Version 2.1 vorliegt (Maurer et al., 2003), ist ein von der WHO herausgegebener Instrumentensatz zur Erfassung von psychopathologischen Symptomen sowie zur Klassifikation der wichtigsten psychiatrischen Störungsbilder. Es erlaubt sowohl die Erfassung der PTBS als auch der akuten Belastungsreaktion (ABR), wobei Algorithmen zur Diagnostik nach DSM-IV und nach ICD-10 definiert sind. Das SCAN-System verfolgt einen Bottom-Up-Ansatz und ist damit weniger störungsanfällig als die übrigen hier angeführten Verfahren, die nach einem Top-Down-Ansatz vorgehen. Allerdings erfolgt auch im SCAN die Erfassung aller zur PTBS-Diagnostik erforderlichen Informationen in einer einzigen Sektion, während der Interviewer zur Erfassung aller zur ABR-Diagnostik erforderlichen Informationen Fragen aus vielen anderen Sektionen stellen muss. Das SCAN, das nur von trainierten Klinikern durchgeführt werden kann, ist angesichts einer Durchführungszeit von ca. 60–120 min nur im Rahmen einer umfangreichen allgemeinen Diagnostik

empfehlenswert. Es liefert Daten dichotomer und kontinuierlicher Ausprägung, wobei die Reliabilität der Skalen als ausreichend bis gut beurteilt werden kann (Rijnders et al., 2000; Schützwohl et al., 2007).

»Mini International Neuropsychiatric Interview«

Das »Mini International Neuropsychiatric Interview« (M.I.N.I 5.0.0; Sheehan et al., 1998, 2005; dt. Version Ackenheil et al., 1999) ist ein in der epidemiologischen und pharmakologischen Forschung häufig eingesetztes diagnostisches Interview zur Erfassung psychischer Störungen nach DSM-IV und ICD-10. Mit einer auf 15 min veranschlagten Durchführungszeit ist es ein sehr zeitökonomisches Verfahren. Der Abschnitt zur PTBS beginnt mit zwei Eingangsfragen, mit denen das A-Kriterium und das B-Kriterium der PTBS abgeklärt werden; es folgen sechs Fragen zum C-Kriterium und fünf Fragen zum D-Kriterium. Abschließend wird das F-Kriterium abgeklärt. Das Interview wird beendet, sobald ein diagnostisches Kriterium nicht erfüllt ist. Dauer, Häufigkeit oder Schweregrad werden nicht differenziert erfasst.

»Clinician-Administered PTSD Scale«

Anders als die bisher vorgestellten allgemeinspsychiatrischen Interviewverfahren dient die »Clinician-Administered PTSD Scale« (CAPS; orig. Blake et al., 1990, 1995; dt. z. B. Nyberg & Frommberger, 1998; Schnyder & Moergeli, 2002) ausschließlich der PTBS-Diagnostik. Dabei bietet sie nicht nur die Möglichkeit zur Erfassung diagnostisch relevanter Informationen, sondern erlaubt mit ihren insgesamt 30 Fragen auch die Erhebung interessanter Zusatzinformationen. In der Forschung, aber auch in der gutachtlichen Praxis, zählt sie zu den am häufigsten eingesetzten Verfahren zur PTBS-Diagnostik; die Anwendung in wissenschaftlichen Studien wird von einer Expertenkommission ausdrücklich empfohlen (Charney et al., 1998).

Der Interviewer erfasst mit der CAPS zunächst Angaben zum traumatischen Ereignis, um dann anhand definierter Kriterien beurteilen zu können, ob das A-Kriterium der PTBS nach DSM-IV erfüllt ist. Unter Verwendung von vorformulierten Fragen zur Symptomatik wird anschließend erfragt, in welcher Häufigkeit und mit welcher Intensität die 17 nach DSM-IV (vgl. Kriterien B, C, und D) diagnostisch

relevanten Kennzeichen einer PTBS im letzten Monat auftraten. Um ein möglichst genaues Rating der Häufigkeit und der Intensität auf den getrennten 5-Punkt-Likert-Skalen zu erhalten, können dem Patienten die Anker beider Skalen – die Skala der Schweregradbeurteilung ist jeweils spezifisch auf Verhaltensebene definiert (■ Abb. 6.1) – vorgelesen werden. In weiteren Sektionen werden

- der Beginn der Symptomatik und deren Dauer (vgl. Kriterium E),
- die Auswirkungen der Symptombelastung (vgl. Kriterium F),
- Angaben zur globalen Beurteilung der Gesamtintensität der Symptomatik sowie zur Validität der Beurteilungen

erhoben, bevor der Interviewer dann überprüft, ob die DSM-IV-Kriterien einer PTBS aktuell erfüllt sind oder zu einem früheren Zeitpunkt erfüllt waren. Dabei gilt die Bewertungsregel, dass ein Symptom dann verlässlich in diagnostisch relevanter Ausprägung vorliegt, wenn die Häufigkeit mindestens mit 1 und der Schweregrad mindestens mit 2 beurteilt wird (vgl. allerdings unten).

Den Abschluss der CAPS bilden Fragen z. B. zum Vorliegen von »assozierten und hypothetischen Merkmalen« einer PTBS, (z. B. Hoffnungslosigkeit, Depression, Gemeingefährlichkeit).

! Die CAPS erfordert Interviewer, die klinisch erfahren und mit dem DSM-Konzept der PTBS vertraut sind. Unter diesen Voraussetzungen sind Reliabilität und Validität der Originalversion (Weathers et al., 2001) sowie einer deutschen Version (Schnyder & Moergeli, 2002) belegt.

Unter Verwendung der gültigen Bewertungsregel wird allerdings der Prozentsatz der Personen mit PTBS eher überschätzt, weshalb von verschiedenen Autoren entsprechend Alternativregeln vorgeschlagen wurden. Weathers et al. (1999) haben die psychometrischen Eigenschaften von neun unterschiedlichen Bewertungsregeln empirisch untersucht und hinsichtlich ihrer praktischen Bedeutung diskutiert.

Kritisiert wird von manchen Autoren die Anwendungsdauer für das CAPS, die mit 60 min für ein vollständiges Interview und ca. 30 min zur Erfassung allein der diagnostisch relevanten Informationen relativ viel Zeit in Anspruch nimmt (Foa & Tolin, 2000).

Häufigkeit:

Haben Sie jemals ungewollte Erinnerungen an das Ereignis gehabt, ohne mit etwas konfrontiert gewesen zu sein, das Sie daran erinnert hat? Traten diese Erinnerungen im Wachzustand auf, oder nur in Träumen? [Ausschließen, falls nur in Träumen] Wie oft kam das im letzten Monat vor?

- 0 Nie
- 1 Ein- oder zweimal
- 2 Ein- oder zweimal pro Woche
- 3 Mehrere Male pro Woche
- 4 Täglich oder fast täglich

Beschreibung und Beispiele:

Intensität:

Als es am schlimmsten war, wie belastend waren diese Erinnerungen für Sie? Führten diese Erinnerungen dazu, dass Sie Ihre Tätigkeit unterbrechen mussten? Waren Sie in der Lage diese Erinnerungen wegzuschieben, wenn Sie es versuchten?

- 0 Nie
- 1 Geringe Belastung
- 2 Mäßig, Belastung deutlich vorhanden, aber kontrollierbar, mitunter Unterbrechung der Aktivität
- 3 Schwer, erhebliche Belastung mit Unterbrechung von Aktivitäten und Schwierigkeiten, die Erinnerungen wegzuschieben
- 4 Extrem, lähmendes Unbehagen, das Sie unfähig macht, Ihre Aktivitäten fortzusetzen und die Erinnerungen wegzuschieben

■ **Abb. 6.1.** Beispielitem aus der »Clinician Administered PTSD Scale« (CAPS)

»Structured Interview for Disorders of Extreme Stress«

Mit dem »Structured Interview for Disorders of Extreme Stress« (SIDES; Pelcovitz et al., 1997; van der Kolk & Pelcovitz, 1999; dt. Version Teegen et al., 1998) liegt ein strukturiertes Interview zur Erfassung von Symptomen vor, die häufig nach extremen Traumatisierungen auftreten, jedoch nach DSM-IV nicht notwendiger Bestandteil einer PTBS sind. Vielmehr werden sie zum Symptomkomplex einer komplexen PTBS, einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extremlastung oder Entwicklungstraumastörung gezählt. Der SIDES-Einsatz ist daher vor allem bei Patienten zu empfehlen, die Opfer von Typ-II-Traumen wurden (► Kap. 2, Abschn. 2.2.2).

Das Interview besteht aus 48 Fragen, die 27 Symptomen zugeordnet sind und den sieben Symptomkomplexen zugeordnet werden können, die Herman (1993) in ihrer Definition der komplexen PTBS benennt (► Kap. 2). Dies führt dazu, dass im SIDES zu jedem Symptom zwischen einer und neun Fragen

zum Vorliegen einer bestimmten Problematik gestellt werden müssen.

Fragen zum Symptom Affektregulation

- »Regen Sie kleine Probleme stärker als gewohnt auf?«,
- »Haben Sie verstärkt Schwierigkeiten, von Dingen Abstand zu nehmen, die Sie aufregen?« und
- »Wenn Sie aufgeregt sind, haben Sie dann Schwierigkeiten, einen Weg zu finden, sich selbst wieder zu beruhigen?«.

Die Fragen sind jeweils auf einer 3-stufigen Skala zu beantworten (Verhalten oder Emotion leicht – mäßig – stark problematisch). Für jedes Symptom sind im SIDES Kriterien definiert, unter welchen Voraussetzungen es als »vorhanden« gilt.

Das SIDES hat sich inzwischen in mehreren empirischen Studien als reliables und valides Verfahren zur Erfassung der genannten Symptomatik erwiesen (Teegen & Vogt, 2002; van der Kolk & Pelco-

vitz, 1999). In seiner aktuellen Form ist es vor allem im klinischen Bereich ein sehr sinnvolles Instrument, da es Informationen liefert, hinsichtlich derer sich Patienten mit einer komplexen PTBS von Patienten mit einfacher PTBS unterscheiden, was im Rahmen einer differenziellen Therapieplanung von großer Bedeutung sein kann. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass das Beschwerdebild einer komplexen PTBS oder einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung oft zusätzlich, d. h. komorbid zu einer einfachen PTBS entwickelt wird (Boroske-Leiner et al., 2008; Teegen & Vogt, 2002).

Interview zur komplexen PTBS

Das Interview zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (IK-PTBS; Sack & Hofmann, 2001) basiert auf dem SIDES; Modifikationen bestehen u. a. in der Kürzung auf 40 Items und der Anpassung der Antwortstruktur an das SKID. Im Interview wird überprüft, ob Beschwerden aus allen sechs diagnose-relevanten Symptomgruppen (► Kap. 2) in definierter Anzahl vorhanden sind. Die Durchführungszeit wird mit 20–30 min angegeben.

In einer ersten Untersuchung erwiesen sich Reliabilität und Validität des IK-PTBS als zumindest zufriedenstellend. Dabei ergab sich der Hinweis, dass es sinnvoll erscheint, im klinischen Setting von einer subsyndromalen komplexen PTBS zu sprechen, falls fünf der sechs diagnoserelevanten Symptomgruppen vorhanden sind (Boroske-Leiner et al., 2008; Huber, 2003).

Bewertung der strukturierten oder standardisierten Interviews

Zur zuverlässigen Diagnostik und Störungsklassifikation ist es unentbehrlich, ein strukturiertes oder ein standardisiertes Interview durchzuführen.

In der klinischen Praxis wird die Standardisierung von den Patienten meist sehr gut akzeptiert (Hoyer et al., 2006). Der Einsatz dieser Verfahren – und somit das DIA-X-Interview – kann demnach durchaus empfohlen werden. Allerdings ist zu beachten, dass die Standardisierung zwar die Objektivität und die Reliabilität der Klassifikation maximiert, Fehlerquellen wie z. B. falsches Frageverständnis oder Antworttendenzen aber nicht berücksichtigt, so dass die Validität der Diagnosen erheblich gemindert sein kann.

Die strukturierten Verfahren unterliegen, wenn sie gemäß ihrer Bestimmung durchgeführt werden, weit weniger der Gefahr von Antworttendenzen (Lees-Haley, 1990; Perkins & Tebes, 1984). Dies ist z. B. von besonderem Vorteil, wenn im Rahmen einer gutachtlichen Tätigkeit die Unterscheidung zwischen einer artifiziell vorgetäuschten oder einer simulierten PTBS unterschieden werden muss.

Die Entscheidung, welches der hier vorgestellten Verfahren im Rahmen der eigenen wissenschaftlichen oder klinischen Tätigkeit zur Anwendung kommen soll, richtet sich ganz wesentlich nach der Praktikabilität der Verfahren und der Zielsetzung der diagnostischen Erhebung. Das DIPS z. B. zeichnet sich dadurch aus, dass es einfach durchzuführen ist, Diagnosen sowohl nach ICD-10 als auch nach DSM-IV erlaubt und die Kriterien der ABR/ABS ebenso erfasst wie die Kriterien der PTBS.

Das SCAN-System dagegen bietet zwar ebenfalls diesen diagnostischen Output, ist aber hinsichtlich der Durchführung und vor allem hinsichtlich der Auswertung im Vergleich zum DIPS weniger ökonomisch. Dafür deckt es ein sehr weites Spektrum von psychopathologischen Symptomen ab, so dass es im Gegensatz zum DIPS auch für den stationären oder teilstationären psychiatrischen Bereich gut geeignet ist. Das SKID wiederum liefert nur Diagnosen nach DSM-IV und erhebt allein die Kriterien einer PTBS, ist aber im Vergleich zum SCAN-System ökonomisch und im Vergleich zum DIPS nicht nur für den ambulanten psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Bereich geeignet. Das M.I.N.I. wiederum erfasst nur wenig Informationen, ist dafür aber sehr zeitökonomisch und findet aus diesem Grund zu Recht gehäuft Einsatz im Forschungsbereich.

Zur Erhebung therapierelevanter Informationen tragen die vorgestellten Interviewverfahren allerdings nur ungenügend bei. In der Regel erfassen die Verfahren lediglich das Auftreten der zur diagnostischen Zuordnung erforderlichen Störungen, wobei die Aussagen über das Vorhandensein von Symptomen meist nur kategorial, dichotom oder trichotom dokumentiert werden. Themen, die für die Therapieplanung wesentlich sind (s. unten), werden überhaupt nicht angesprochen.

! Da es durch die Befragung von traumatisierten Patienten zu einem erneuten Wiedererleben oder zu einem Flashback kommen und ein unangemessenes Explorieren generell zu einer Verstärkung von vorhandenen Symptomen führen kann, empfehlen Gast et al. (2004) im Rahmen der AMWF-Leitlinien zur PTBS, die Diagnostik durch psychotherapeutisches Fachpersonal zu realisieren, um gegebenenfalls den Patienten während und nach dem Interview wieder stabilisieren zu können.

6.2.2 Selbstbeurteilungsverfahren

Selbstbeurteilungsverfahren eignen sich vor allem zur Erfassung der Symptommhäufigkeit und -intensität sowie der daraus resultierenden psychischen Beeinträchtigungen aus Patientensicht. Die Zahl der Verfahren, die speziell zur Diagnostik posttraumatischer psychischer Störungen konstruiert wurden, ist inzwischen enorm. Die wichtigsten Verfahren zur Erfassung der Symptomatik einer PTBS liegen in deutscher Übersetzung vor, so die

- »Impact of Event-Scale« in der ursprünglichen Version (IES; Horowitz et al., 1979; dt. Ferring & Philipp, 1991, 1994) und in der revidierten Version (»Impact of Event Scale – Revised«; IES-R; Weiss & Marmar, 1996; dt. Maercker & Schützwohl, 1998)
- »PTSD Symptom Scale – Self Report« (PSS-SR; Foa et al., 1993; dt. Winter et al., 1992; Steil & Ehlers, 1992),
- »Modified PTSD Symptom Scale« (MPSS; Falsetti et al., 1993; dt. Spitzer et al., 2001),
- »Posttraumatic Diagnostic Scale« (PDS; Foa et al., 1995, 1997; dt. Ehlers et al., 1996) und die
- Posttraumatische Stressskala-10 (PTSS-10; Holen et al., 1983; Weisæth, 1989; dt. Maercker, 2003).

Impact-of-Event-Skala

Mit der deutschsprachigen Version der »**Impact of Event-Scale**« (IES; orig. Horowitz et al., 1979; dt. Ferring & Philipp, 1994), die zunächst unter der Bezeichnung »Skala zur Erfassung von Ereignisbelastungsreaktionen« (EBR; Ferring & Philipp, 1991) eingeführt worden war, beurteilen die Patienten die

Häufigkeit von 16 sog. Ereignisbelastungsreaktionen. Die Subskala »Intrusion« besteht aus 8 Items, die der Erfassung der intrusiven Kennzeichen der PTBS dienen. In der amerikanischen Originalversion wird die IES-Subskala »Intrusion« im Unterschied zur deutschen Version (Ferring & Philipp, 1991, 1994) aus nur 7 Items gebildet. (Um einen mit der deutschen Version ermittelten Summenwert mit den für die Originalversion berichteten Summenwerten (Horowitz et al., 1993) vergleichen zu können, ist deshalb der Summenwert zuvor entsprechend zu korrigieren.) Die Subskala »Vermeidung« wird ebenfalls aus 8 Items gebildet, die nach der Vermeidung von Gedanken, Gesprächen und Situationen fragen.

Die Beurteilungen beziehen sich in der IES auf ein einziges traumatisches Ereignis, beurteilt wird das Befinden in den letzten sieben Tagen. Die Antworten werden auf einer 4-Stufigen Skala vergeben (überhaupt nicht, selten, manchmal, oft), die mit den Werten 0, 1, 3 und 5 verrechnet werden. Für die Subskalen der deutschen Version ergibt sich damit ein Summenwert zwischen 0 und 40. Die Aufsummierung der Subskalen zu einem Gesamtsummenwert, die zunächst auch von den Autoren der Originalversion berichtet worden war (Horowitz et al., 1979), wird häufig vorgenommen. Die Testautoren sprachen sich später jedoch explizit gegen die Gesamtsummenwertbildung aus (Zilberg et al., 1982).

Die psychometrischen Eigenschaften sowohl der englischsprachigen als auch der deutschen Version der IES qualifizieren das Verfahren als ein zuverlässiges Messinstrument, das Differenzen zwischen Personen und Variationen innerhalb einer Person abzubilden erlaubt (vgl. zusammenfassend Joseph, 2000; Sundin & Horowitz, 2002; Wohlfahrt et al., 2003). Die Relevanz der gewählten Aussagen ist für die psychischen Folgen nach verschiedensten traumatischen Erfahrungen belegt.

»Impact-of-Event-Skala – Revised«

Weiss und Marmar (1997) erweiterten die IES und legten mit der »**Impact of Event Scale – Revised**« (IES-R; dt. Maercker & Schützwohl, 1998) ein Verfahren vor, das zusätzlich Items zur Erfassung der posttraumatischen Übererregung (Hyperarousal) berücksichtigt (▣ Abb. 6.2). In der publizierten deutschen Version wird die Häufigkeit der Belastungsreaktionen dem ursprünglich publizierten Modus

Denken Sie bitte an das Ereignis. Geben Sie im Folgenden an, wie Sie **in der vergangenen Woche** zu diesem Ereignis gestanden haben, indem Sie für jede der folgenden Reaktionen ankreuzen, wie häufig diese bei Ihnen aufgetreten ist.

Subskala Intrusion

1. Immer wenn ich an das Ereignis erinnert wurde, kehrten die Gefühle wieder.
3. Andere Dinge erinnerten mich immer wieder daran.
6. Auch ohne es zu beabsichtigen, musste ich daran denken.
9. Bilder, die mit dem Ereignis zu tun hatten, kamen mir plötzlich in den Sinn.
14. Ich stellte fest, dass ich handelte oder fühlte, als ob ich in die Zeit des Ereignisses zurückversetzt sei.
16. Es kam vor, dass die Gefühle, die mit dem Ereignis zusammenhingen, plötzlich für kurze Zeit viel heftiger wurden.
20. Ich träumte davon.

Subskala Vermeidung

5. Ich versuchte mich nicht aufzuregen, wenn ich daran dachte oder daran erinnert wurde.
7. Es kam mir so vor, als ob es gar nicht geschehen wäre oder irgendwie unwirklich war.
8. Ich versuchte, Erinnerungen daran aus dem Weg zu gehen.
11. Ich versuchte, nicht daran zu denken.
12. Ich merkte zwar, dass meine Gefühle durch das Ereignis noch sehr aufgewühlt waren, aber ich beschäftigte mich nicht mit ihnen.
13. Die Gefühle, die das Ereignis in mir auslösten, waren ein bisschen wie abgestumpft.
17. Ich versuchte, das Ereignis aus meiner Erinnerung zu streichen.
22. Ich versuchte, nicht darüber zu sprechen.

Subskala Übererregung

2. Ich hatte Schwierigkeiten, nachts durchzuschlafen.
4. Ich fühlte mich reizbar und ärgerlich.
10. Ich war leicht reizbar und schreckhaft.
15. Ich konnte nicht einschlafen, weil ich immer dieses Ereignis vor mir sah.
18. Es fiel mir schwer, mich zu konzentrieren.
19. Die Erinnerungen daran lösten bei mir körperliche Reaktionen aus, wie Schwitzen, Atemnot, Schwindel oder Herzklopfen.
21. Ich empfand mich selber als sehr vorsichtig, aufmerksam oder hellhörig.

■ **Abb. 6.2.** Instruktion und Items der »Impact of Event Scale – Revised« (IES-R)

und dem Modus der IES entsprechend auf 4-stufigen Likert-Skalen erfasst und verrechnet. Die Autoren der amerikanischen Originalversion schlugen allerdings später vor, nicht die Häufigkeit, sondern das Ausmaß der aus den Symptomen resultierenden Belastung zu erfassen, die Antworten auf einer 5-stufigen Skala zu kodieren und mit den Werten 0, 1, 2, 3 und 4 zu verrechnen (Weiss & Marmar, 1997). Auch dieses Vorgehen wird derzeit in der Praxis angewendet.

Reliabilität und Validität der Originalversion der IES-R und der deutschen Adaptation sind belegt (Maercker & Schützwohl, 1998; Weiss & Marmar, 1997). Da die 22 Items der IES-R nicht mit den 17 DSM-IV-Symptomen korrespondieren, ist es trotz der Erweiterung der IES um die Subskala Übererregung nicht möglich, Patienten zuverlässig individualdiagnostisch zu klassifizieren – auch nicht mit

der von Maercker u. Schützwohl (1998) publizierten diagnostischen Formel.

»PTSD Symptom Scale – Self Report«

Die »PTSD Symptom Scale – Self Report« (PSS-SR; Foa et al., 1993; dt. Winter et al., 1992) besteht aus 17 Aussagen, die direkt mit den Symptomen der DSM korrespondieren. Die Symptommhäufigkeit wird – bezogen auf den letzten Monat – auf einer 4-stufigen Skala dokumentiert:

0 = »überhaupt nicht/nie«,

1 = »einmal oder seltener pro Woche/manchmal«,

2 = »2- bis 4-mal pro Woche/die Hälfte der Zeit« und

3 = »5-mal oder öfter pro Woche/fast immer«.

Der Schweregrad der Störung wird über den Summenwert der 17 Antworten bestimmt. Die Summenwertbildung ist darüber hinaus aus den fünf Erin-

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Erfahrungen, die Menschen manchmal nach traumatischen Erlebnissen haben. Bitte lesen Sie jede Aussage durch und bestimmen Sie anschließend wie häufig bzw. wie stark die Beschreibung während des letzten Monats auf Sie zutraf. (...)

Dabei bedeutet

- 0 = überhaupt nicht/nie
- 1 = einmal oder seltener pro Woche/ein bisschen
- 2 = 2- bis 4mal pro Woche/stark
- 3 = 5mal pro Woche oder öfter/sehr stark

Hatten Sie wiederkehrende oder sich Ihnen aufdrängende belastende Gedanken oder Erinnerungen an das Erlebnis?

ja nein

Wenn ja: Wie häufig erlebten Sie dies?

| | | | |
|-----|---|---|------------------------------|
| nie | | | 5mal pro Woche oder öfter |
| 0 | 1 | 2 | 3 |

Wenn ja: Wie sehr litten Sie darunter?

| | | | |
|--------------------|---|---|---------------|
| überhaupt nicht | | | sehr stark |
| 0 | 1 | 2 | 3 |

■ **Abb. 6.3.** Anleitung und Beispielitem aus der »PTSD Symptom Scale - Self Report« (PSS-SR) in der Version von Steil u. Ehlers (1992)

nerungssymptomen, den sieben Vermeidungssymptomen und den fünf Übererregungssymptomen möglich. Zur diagnostischen Klassifikation nach DSM werden Antworten mit einem Punktwert von mindestens 1 als diagnostisch relevant bewertet. Die PSS-SR ist damit ein Verfahren, das Informationen sowohl in dichotomer als auch in kontinuierlicher Ausprägung liefert. Es ist inzwischen auch in der deutschen Version teststatistisch überprüft, wobei es sich als reliables und valides Instrument erwiesen hat (Stieglitz et al., 2001; Wohlfahrt et al., 2003).

Steil und Ehlers (1992) modifizierten die PSS-SR und legten einen Fragebogen vor, mit dem neben der Symptommhäufigkeit auch die Symptombelastung erfasst werden kann (■ Abb. 6.3). Dazu wird auf zwei unabhängig voneinander zu beurteilenden 4-stufigen Likert-Skalen die Häufigkeit eines Symptoms erhoben (von 0 = »überhaupt nicht/nie« bis 3 = »5-mal oder öfter pro Woche/fast immer«) und wie sehr die Betroffenen unter diesem Symptom litten (0 = »überhaupt nicht«, 1 = »ein bisschen«, 2 = »stark« und 3 = »sehr stark«). Die Reliabilität dieser modifizierten Version der PSS-SR ist belegt (Steil & Ehlers, 1992).

»Modified PTSD Symptom Scale«

Die »Modified PTSD Symptom Scale« (MPSS; Falsetti et al., 1993; dt. Spitzer et al., 2001) bildet neben

der Symptommhäufigkeit auch die Symptomintensität auf einer 5-stufigen Schweregradskala (0 = »überhaupt nicht belastend« bis 4 = »extrem belastend«) ab. Die Autoren der deutschen Version haben den kategorialen Auswertungsmodus in Anlehnung an die CAPS verändert und fordern neben einem Mindestwert von 1 für die Symptommhäufigkeit auch einen Mindestwert von 2 für den Schweregrad. Im Rahmen einer teststatistischen Überprüfung hat sich das Verfahren zur Anwendung qualifiziert (Spitzer et al., 2001).

»Posttraumatic Diagnostic Scale«

Mit der »Posttraumatic Diagnostic Scale« (PDS) entwickelten Foa et al. (1995, 1997; dt. Ehlers et al., 1996) ein Selbstbeurteilungsverfahren, das in 4 Fragebogenabschnitten zunächst die Art der traumatischen Erfahrungen spezifiziert und sich dann bei der Einschätzung der PTBS-Symptomatik auf das als am »schlimmsten« benannte traumatische Erlebnis bezieht, das zeitlich und situativ einzuordnen ist. Darüber hinaus werden auch die Reaktion der Betroffenen auf das Ereignis und das Vorliegen von durch die Störung verursachten Beeinträchtigungen in sozialen und beruflichen Funktionsbereichen erfasst. Damit ermöglicht die PDS, die ebenfalls als Weiterentwicklung der PSS-SR gilt, explizit die Diagnostik nach den Kriterien der DSM-IV.

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Problemen, die Menschen manchmal nach traumatischen Erlebnissen haben. Bitte lesen Sie sich jedes der Probleme sorgfältig durch. Wählen Sie diejenige **Antwortmöglichkeit (0–3)**, die am besten beschreibt, wie häufig Sie **IM LETZTEN MONAT** (d. h. in den letzten vier Wochen bis einschließlich heute) von diesem Problem betroffen waren. (...)

Dabei bedeutet

0 = überhaupt nicht oder nur einmal im letzten Monat

1 = einmal pro Woche oder seltener/ manchmal

2 = 2- bis 4mal pro Woche/ die Hälfte der Zeit

3 = 5mal oder öfter pro Woche/ fast immer

0 1 2 3 Hatten Sie belastende Gedanken oder Erinnerungen an das Erlebnis, die ungewollt auftraten und Ihnen durch den Kopf gingen, obwohl Sie nicht daran denken wollten?

■ **Abb. 6.4.** Anleitung und Beispielitem aus Teil 3 der »Posttraumatic Diagnostic Scale« (PDS)

Die Beurteilungen der Patienten, wie häufig sie im letzten Monat von den Symptomen betroffen waren (17 Fragen), erfolgen auf einer 4-stufigen Skala, deren Skalenbeschreibung und Verrechnung weitgehend der Originalversion der PSS-SR entspricht (■ Abb. 6.4). Der Schweregrad der posttraumatischen Belastung wird mit der PDS durch das Aufsummieren der Itemantworten ermittelt; ein Punktwert von 10 deutet auf das Vorliegen einer mittelgradigen, ein Punktwert von 35 auf das Vorliegen einer schweren PTBS hin (Foa, 1995).

Untersuchungen mit der Originalversion konnten die Reliabilität und Validität der PDS als außergewöhnlich hoch bestätigen (Foa et al., 1997; Keane et al., 2000). Untersuchungen zu den Gütekriterien der deutschsprachigen Übersetzung der PDS qualifizieren auch diese als ein reliables und valides Instrument zur Erfassung der PTBS (Griesel et al., 2006).

Posttraumatische Stressskala-10

Die Posttraumatische Stressskala-10 (**PTSS-10**), ein 10 Fragen beinhaltendes Screeningverfahren, ist ursprünglich von Holen et al. (1983) als Instrument zur Erfassung posttraumatischer Belastungsreaktionen entwickelt und in modifizierter Form zur Identifizierung von PTBS verwendet worden (z. B. Weisæth, 1989). Maercker (2003) nennt bei Verwendung einer 4-Punkt-Skalierung (0 = »überhaupt nicht« bis 3 = »oft«) zur Erfassung der Häufigkeit von allgemeinen Traumasymptomen wie z. B. Alpträumen, Schreckhaftigkeit oder Schuldgefühlen in den letzten sieben Tagen einen Schwellenwert von

12,5. Die PTSS-10 ist in seiner Anwendung bei einer Durchführungszeit von ca. 3 min sehr ökonomisch und hinsichtlich interner Konsistenz sowie konvergenter und divergenter Validität auch in einer deutschen Übersetzung positiv evaluiert (Stoll et al., 1999).

Symptom-Checkliste (SCL-90-R) und MMPI

Zur Erfassung posttraumatischer Belastungsreaktionen können auch Verfahren eingesetzt werden, die ursprünglich für die Beurteilung anderer Störungen entwickelt worden waren. Zu den wichtigsten dieser Verfahren zählen die Symptom-Checkliste von Derogatis (**SCL-90-R**; Derogatis, 1977; dt. Franke, 1995) und das Minnesota-Multiphasic Personality Inventory (**MMPI**; Hathaway & McKinley, 1951; dt. Übersetzung MMPI-Saarbrücken; Hathaway & Kinley, 1963). Für die SCL-90-R liegen mit der »Crime-Related Post-Traumatic Stress Disorder Scale« (**CR-PTSD Skala**; Saunders et al., 1990) und der »War-Zone-Related Posttraumatic Stress Disorder Scale« (**WZ-PTSD-Skala**; Weathers et al., 1996) zwei Skalen vor, die als unidimensionaler Index für das Ausmaß posttraumatischer Belastungsreaktionen zu interpretieren sind (Carlozzi & Long, 2008). Für das MMPI ist die **MMPI-PTSD-Subskala** vorgelegt worden (Keane et al., 1984; Watson, 1990).

SPAN, SPRINT und »Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder«

Inzwischen sind auch Screeningverfahren zur Diagnostik von PTBS publiziert und in deutschen Ver-

sionen eingesetzt worden, die vor allem in der primären Versorgung eingesetzt werden können.

Das SPAN («startle, physiological arousal, anger, numbness»; Davidson, 2002; Meltzer-Brody et al., 1999) – hervorgegangen aus der »Davidson Trauma Scale« (DTS; Davidson et al., 1997) – fragt auf einer 5-stufigen Skala (0 = »überhaupt nicht belastend« bis 4 = »extrem belastend«) nach 4 charakteristischen Symptomen einer PTBS (Schreckhaftigkeit, physiologischer Erregung, Ärger und Taubheit; im Englischen ergeben die Anfangsbuchstaben der 4 Symptome SPAN). Die Durchführung strukturierter Interviewverfahren wird ab einem Summenwert von 5 empfohlen.

Das »Short Post-Traumatic Stress Disorder Rating Interview« (SPRINT; Connor & Davidson, 2001) erfasst die Kernsymptomatik der PTBS (Intrusionen, Vermeidung, Taubheit und Übererregung), Anzeichen körperlicher Beschwerden, Stressanfälligkeit sowie Funktionsbeeinträchtigungen; die insgesamt 8 Items sind auf einer Skala von 0 = »überhaupt nicht« bis 4 = »sehr stark« zu beurteilen. Der Cut-off-Wert wird mit 14 angegeben. Das SPRINT hat sich als änderungssensitiv erwiesen.

Die »Short Screening Scale for DSM-IV Post-traumatic Stress Disorder« (Breslau et al., 1999, dt. Maercker & Pielmaier, 2009) besteht aus 7 Symptomitems, von denen fünf dem Bereich Vermeidungsverhalten und Erstarrung sowie zwei dem Bereich Übererregung zuzuordnen sind. Im Rahmen der an einer US-amerikanischen Allgemeinbevölkerung durchgeführten Testentwicklung erwies sich ein Cut-off-Wert von 4 als optimal.

Unter der Lupe

Selbstbeurteilungsverfahren zur komplexen PTBS

Das SIDES (s. oben; von Van der Kolk 1999 entwickelt) liegt auch als Fragebogenversion »Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress« vor (SIDES-SR; Luxenberg et al., 2001; Spinazzola et al., 2001) vor. Das Inventar setzt sich aus 45 Items zusammen und ist sowohl zur Erfassung der Symptomschwere für jedes der 6 Symptomcluster als auch zur Verlaufsbeobachtung gut geeignet (Luxenberg et al., 2001).



Es liegt auch in zwei modifizierten deutschsprachigen Versionen vor:

- **DESNOS** («Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified»; Hofmann et al., 1999) umfasst in der im Kölner Dokumentationssystem für Psychotherapie und Traumabehandlung veröffentlichten Version 48 Items (Fischer, 2000; Kunzke & Güls, 2003) und
- **Beschwerdeliste kPTBS** (Teegen et al., 2001) mit 72 Items.

Bewertung der Selbstbeurteilungsverfahren

Die Selbstbeurteilungsverfahren sind generell einfach zu handhaben, die Daten schnell zu erheben und bequem auszuwerten, weswegen sie den Diagnostiker nur wenig in Anspruch nehmen. Die speziell zur Erfassung posttraumatischer Belastungsreaktionen konstruierten Verfahren haben sich zudem in teststatistischen Untersuchungen ausnahmslos als zumindest zufriedenstellend qualifiziert, so dass die Entscheidung für ein bestimmtes Verfahren von dem eigenen diagnostischen Anliegen abhängt.

! **Über den Schweregrad der posttraumatischen Belastungsreaktionen informieren die Selbstbeurteilungsverfahren durchweg, so dass sie sowohl im Rahmen wissenschaftlicher Untersuchungen als auch in der klinischen Praxis – hier vor allem auch im Hinblick auf die Erfolgsmessung einer therapeutischen Behandlung (► Abschn. 6.4) – den Einsatz von strukturierten Interviews sinnvoll ergänzen. Symptommhäufigkeit und -intensität lassen sich allerdings von den hier aufgeführten Instrumenten nur mit der gut evaluierten MPSS oder der PSS-SR in der Version von Steil und Ehlers (1992) getrennt voneinander erfassen. Die IES und die IES-R wiederum werden international am häufigsten eingesetzt und sind daher vor allem für den Einsatz in wissenschaftlichen Studien zu empfehlen (Charney et al., 1998).**

Ein Nachteil der speziell zur Erfassung der PTBS entwickelten Verfahren ist, dass sie der Gefahr von Antworttendenzen unterliegen; sie sollten daher nur

im Rahmen einer multimethodalen Diagnostik Anwendung finden. Reliabilität und Validität der Skalen, die nicht theoriegeleitet entwickelt, sondern empirisch gewonnen wurden, müssen erst noch im Rahmen von Kreuzvalidierungsstudien nachgewiesen werden; die Anwendung dieser Skalen kann nur zur Ergänzung der diagnostischen Informationssammlung empfohlen werden.

6.3 Differenzialdiagnostik

In der klinischen Praxis, aber auch im Rahmen gutachtlicher Tätigkeit, ist die PTBS differenzialdiagnostisch von anderen Störungen abzugrenzen. Dies ergibt sich zum einen aus dem Befund, dass Patienten, die an den Folgen einer Traumatisierung leiden, im Erstkontakt häufig nicht über ihr Erleben berichten und zudem oft Beschwerden schildern, die nicht als Kennzeichen einer PTBS offenkundig sind; zum anderen – und dies gilt ganz besonders vor dem Hintergrund der eingangs angesprochenen Kritik am Top-Down-Vorgehen in der klassifikatorischen Diagnostik – ergibt es sich aus epidemiologischen Befunden, nach denen die Erfahrung einer oder mehrerer potenzieller Traumatisierungen nicht regelmäßig zu einer PTBS führt, sondern es vielmehr ebenfalls möglich ist, dass keinerlei Symptomatik auftritt oder sich die traumatischen Erfahrungen in der Entwicklung anderer Störungsbilder niederschlagen (Perkonig et al., 2000). Die PTBS ist daher differenzialdiagnostisch nicht nur von einer ABR/ABS oder einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung bzw. einer komplexen PTBS zu unterscheiden, sondern auch von zahlreichen anderen Störungen. Dabei ist zu beachten, dass sich die diagnostischen Kriterien in ICD-10 und DSM-IV z. T. sehr deutlich unterscheiden, so dass sich je nach verwendetem Klassifikationssystem die Formulierung unterschiedlicher Diagnosen ergeben kann.

ABR/ABS

Die diagnostischen Kriterien der ABR (im DSM-IV: ABS) unterscheiden sich von der PTBS vor allem durch die Zeitkriterien der Symptomentwicklung und -dauer. Belastungsreaktionen beginnen früher nach dem Ereignis und sind, vor allem in der Konzeption der ICD-10, von sehr begrenzter Dauer. Das

Symptombild selbst entspricht in der DSM-IV weitgehend dem der PTBS, wohingegen in der ICD-10 ein gemischtes und wechselndes Bild beschrieben wird. Mit der »**Acute Stress Disorder Scale**« (Bryant et al., 2000) und dem »**Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire**« (SASRQ; Cardeña et al., 2000) liegen inzwischen Verfahren zur spezifischen Erfassung der Symptomatik einer ABS nach DSM-IV vor, allerdings aktuell nicht in deutscher Übersetzung.

Anhaltende Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

Die Kategorie der »anhaltenden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung« ist nur in der ICD-10 definiert. Die Störung kann diagnostiziert werden, wenn die Persönlichkeitsänderung, die sich symptomatisch z. B. in einer andauernden feindlichen Haltung »gegenüber der Welt«, sozialem Rückzug oder einem andauernden Gefühl der Hoffnungslosigkeit äußern kann, seit mindestens zwei Jahren besteht und die Funktionsfähigkeit einschränkt. In ihrer Konzeptualisierung ähnelt sie den Konzepten der Entwicklungsraumastörung bzw. komplexen PTBS.

Anpassungsstörungen

Anpassungsstörungen sind dann zu diagnostizieren, wenn die posttraumatischen Belastungsreaktionen in ihrer typischen Form auftreten, die Symptomenanzahl aber nicht den diagnostischen Kriterien der PTBS genügt oder die Belastungsreaktionen nach einem Ereignis auftreten, das nicht als ein traumatisches bezeichnet werden kann (z. B. Kündigung, Trennung oder Arbeitslosigkeit). In der Forschungsliteratur werden Erscheinungsbilder dieser Art häufig als partielle oder subsyndromale PTBS bezeichnet. In einer eigenen empirischen Untersuchung hat sich die Nützlichkeit dieser Kategorienbildung – bei Verwendung der strengeren DSM-IV-Kriterien der PTBS – bestätigt (Schützwohl & Maercker, 1999).

Ein neues Konzept eines Anpassungsstörungssubtyps wurde für Belastungsreaktionen vorgelegt, in denen nicht das A-Kriterium (Traumakriterium) erfüllt ist, die Patienten aber mit Intrusionen, Vermeidung und Hyperarousal reagieren (Maercker, Einsle & Köllner, 2007). Für diesen Anpassungsstörungstyp liegen ein klinisches Interview (Maercker et al., 2007) sowie ein Selbstbeurteilungsverfahren (Bley et al., 2008) vor.

Angststörungen

Die typischen körperlichen Begleiterscheinungen von Angststörungen (z. B. Atemnot, Herzrasen oder Hitzewallungen) erleben Patienten, die unter den Folgen traumatischer Erfahrungen leiden, häufig bei Konfrontation mit an das Trauma erinnernden Ereignissen. Das Vorliegen posttraumatischer Belastungsreaktionen ist von den anderen Angststörungen dadurch zu unterscheiden, dass die Symptomatik erst nach einer Traumatisierung auftritt und inhaltlich eindeutig in Zusammenhang mit der Traumatisierung steht.

Depressionen

In der klinischen Praxis klagen Patienten häufig zunächst darüber, dass sie sich depressiv und hoffnungslos fühlen und an ihnen früher wichtigen Aktivitäten nicht mehr interessiert seien. Dies können Kennzeichen einer depressiven Störung oder aber Ausdruck einer emotionalen Erstarrung nach einer traumatischen Erfahrung sein. Tatsächlich sind bei traumatisierten Patienten häufig sowohl die Kriterien einer PTBS als auch die Kriterien einer depressiven Störung erfüllt. In diesem Fall sind die Diagnosen unabhängig voneinander zu vergeben.

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp

Die Kriterien der komplexen PTBS, aber auch die primären und häufig zu beobachtenden sekundären Störungen einer PTBS, überschneiden sich deutlich mit den Kriterien einer Borderlinestörung, z. B. Impulskontrollstörungen, Ärgerreaktionen, Suizidalität oder Affektinstabilität (Driessen et al., 2002). Zudem ist es ein allgemein bekannter Befund, dass Personen mit einer Borderlinestörung häufig in ihrer frühen Kindheit traumatisiert wurden. Dennoch ist festzuhalten, dass Traumatisierungen nicht kausal mit Borderlinestörungen in Verbindung stehen. Daher ist – wenn die Kriterien beider Störungsbilder erfüllt sind – dies auch im Sinn einer Komorbidität zu dokumentieren.

Artifizielles Vortäuschen

Die Unterscheidung zwischen artifizuell, meist mit unklarer Motivation vorgetäuschten Belastungsreaktionen und dem Vorliegen »echter« posttraumatischer Belastungsreaktionen ist schwierig und

fordert ein diagnostisches Vorgehen auf mehreren Ebenen. Ein differenzialdiagnostisches Kriterium ist, dass Patienten mit diesem Verhaltensmuster die Symptomatik anderer Persönlichkeitsstörungen aufweisen. Der Einsatz von Verfahren zur Persönlichkeitsdiagnostik – etwa des SKID-II (Wittchen et al., 1997) oder des Persönlichkeitsstil- und Störungsinventar (Kuhl & Kazén, 1997) – ist daher zu empfehlen, wenn ein Verdacht auf artifizielles Vortäuschen besteht.

Simulation

Die Möglichkeit der Simulation ist dann in Erwägung zu ziehen, wenn aus dem Vorliegen posttraumatischer Belastungsreaktionen ein (z. B. finanzieller oder forensischer) Vorteil erwartet werden kann. Verhaltensweisen, die auf Simulation hinweisen, sind z. B. unkooperatives oder ausweichendes Verhalten auf das Bitten um ein ausführliches Beschreiben der Symptomatik sowie auch die Idealisierung der prätraumatischen gesundheitlichen und sozialen Situation. Simulation in Form der Präsentation nicht vorhandener Beschwerden ist sehr selten; es kommt eher zur Übertreibung tatsächlich bestehender Symptomatik (Birck, 2002).

Organische Erkrankungen (z. B. Hirnverletzungen)

Beschwerden, die der PTBS-Symptomatik ähneln, können auch bei organischen Erkrankungen auftreten; liegt bei Patienten, die nachweislich einem potenziell traumatisierenden Ereignis ausgesetzt waren, ein entsprechender Verdacht vor – z. B. vor dem Hintergrund bekannter somatischer Erkrankungen oder weiterer z. B. neuropsychologischer Störungen – sollten die entsprechenden fachärztlichen Untersuchungen erwogen werden.

6.4 Erfassung ergänzender therapierelevanter Informationen

Zur Therapieplanung ist neben der klassifikatorischen Diagnostik vor Therapiebeginn die Erfassung weiterer Informationen erforderlich. Im Rahmen der PTBS-Behandlung betrifft dies vor allem die Erfassung aufrechterhaltender oder den Therapieverlauf

bestimmender Faktoren, möglicher komorbider Störungen sowie sekundärer Funktionsbeeinträchtigungen. Darüber hinaus verdient die Erhebung der prätraumatischen Gesundheit sowie zur Verfügung stehender Ressourcen und Kompetenzen Beachtung.

Informationen zu diesen Themen können im anamnestischen Gespräch erhoben werden. Der Schwerpunkt der folgenden Ausführungen liegt auf der Vorstellung von Erfassungsverfahren, die darüber hinaus eingesetzt werden können.

6.4.1 Erfassung von aufrechterhaltenden oder den Therapieverlauf bestimmenden Faktoren

Fragebogen zu Gedanken nach traumatischen Ereignissen und Fragebogen zum Umgang mit traumatischen Erlebnissen

Die PTBS remittiert häufig im ersten Jahr nach der Traumatisierung und nimmt nur bei manchen Betroffenen einen chronischen Verlauf. Zur Aufrechterhaltung tragen vermutlich Interpretationen, Überzeugungen und Einstellungen bei, die das Ausmaß der Belastung beim Wiedererleben steigern und dadurch Flucht- und Vermeidungstendenzen auslösen und verstärken, so dass Habituation nicht stattfinden kann (Ehlers & Steil, 1995). Um ein großes Spektrum solcher Kognitionen zu erfassen, eignen sich, in Ergänzung zu offenen explorativen Fragen, der **Fragebogen zu Gedanken nach traumatischen Ereignissen** (dt. Übersetzung des Posttraumatic Cognitions Inventory, **PTCI**, von Foa et al., 1999; dt. Ehlers & Boos, 1999) und der **Fragebogen zum Umgang mit traumatischen Erlebnissen** (Ehlers, 1999).

Der PTCI erfasst mittels 33 Items die Ausprägung von drei Arten traumaspezifischer und partiell dysfunktionaler Kognitionen:

- negative Gedanken über die eigene Person,
- negative Gedanken über die Welt und
- Selbstvorwürfe/-beschuldigungen.

Nach Boos (2005) eignet sich der PTCI sowohl zur Erfassung als auch zur Verlaufsbeobachtung von traumabezogenen Interpretationen.

Der Fragebogen zum Umgang mit traumatischen Erlebnissen besteht aus drei Abschnitten mit insgesamt 59 Items, die Strategien im Umgang mit dem

intrusiven Wiedererleben, Vermeidungsverhalten sowie sogenanntes Sicherheitsverhalten.

Fragebogen zu Schuld, Scham, Ärger und Dissoziationneigung

Der Behandlungsverlauf kann durch Kognitionen und Emotionen wie Schuld, Scham, Ärger oder durch Dissoziationsneigung beeinflusst werden, weswegen ihrer Erfassung Bedeutung zukommt. Über die wichtigsten Erfassungsverfahren, die hierzu eingesetzt werden können, gibt **Tab. 6.1** einen kurzen Überblick. Reliabilität und Validität aller dieser Verfahren haben sich als zumindest zufriedenstellend erwiesen.

6.4.2 Erfassung sekundärer Funktionsbeeinträchtigungen

Mit der diagnostischen Klassifikation der psychischen Störungen werden die bei Patienten häufig vorliegenden sekundären Funktionsbeeinträchtigungen oft nicht vollständig beschrieben. Da sie im Rahmen der Therapieplanung allerdings von z. T. erheblicher Bedeutung sein können, sollten sie im diagnostischen Prozess abgeklärt werden.

! Patienten mit PTBS sind häufig von Arbeitslosigkeit und Partnerschaftskrisen betroffen, nicht selten mangelt es an emotionaler Unterstützung und sozialer Integration.

Zur differenzierten Erfassung eignen sich Verfahren wie die »Groningen Social Disability Schedules« (GSDS-II, Wiersma et al., 1990) oder das MINI-ICF-P (Linden et al., in Vorbereitung). Die meisten Schwierigkeiten und Problemstellungen sind nach dem DSM mit einer sog. V-Kodierung, nach ICD-10 mit einer Kategorie aus Kapitel XXI der ICD-10 (Z-Kodierung) zu verschlüsseln.

6.4.3 Erfassung von Ressourcen, Kompetenzen

Neben Problemen und Beschwerden sollten im Verlauf des diagnostischen Prozesses auch die Ressourcen und Kompetenzen des Patienten erfasst werden (► Kap. 5). Der Therapeut kann sich so Verhaltens-

Tab. 6.1. Überblick zu Fragebogenverfahren zur Erfassung von Schuld, Scham, Ärger und Dissoziationsneigung

| Verfahren | Inhalt | Auswertung |
|--|---|---|
| Schuld | | |
| »Trauma-Related Guilt Inventory« (TRGI; Kubany et al. 1996) | 32 Aussagen zu kognitiven und emotionalen Schuldaspekten, die sich auf ein spezifisches potenziell traumatisierendes Ereignis beziehen [Itembsp. » <i>Ich habe etwas getan, was ich nicht hätte tun sollen.</i> «] | 6 Skalen (»Global Guilt«, »Distress«, »Guilt Cognitions«, »Hindsight-Bias«/»Responsibility«, »Wrongdoing« und »Lack of Justification«) |
| Fragebogen zu interpersonellen Schuldgefühlen (FIS; O'Connor et al., 1997; dt. Albani et al., 2002) | dt. Version: 21 Items zur Erfassung interpersonaler Schuldgefühle/-kognitionen [Itembsp. » <i>Wenn ich etwas bekomme, habe ich oft das Gefühl, es nicht verdient zu haben.</i> «] | 3 Skalen (Überlebensschuldgefühl, Trennungsschuldgefühl, Schuldgefühl aus Verantwortung) sowie ein Gesamtscore |
| Scham | | |
| »Internalized Shame Scale« (ISS; Cook, 1987, 1994, 2001, dt. Wolfradt & Scharrer, 1996) | dt. Version: 35 Items zu verschiedenen Schamaspekten [Itembsp. » <i>Ich glaube, dass andere meine Unzulänglichkeit bemerken können.</i> «] | Gesamtscore zu Trait-Scham (= Bewusstseinszustand von Unzulänglichkeiten der eigenen Person) |
| »Experimental Shame Scale« (ESS; Turner & Waugh, 2001; Rüscher et al., 2007) | dt. Version: 11 Items zu Schamreaktionen, die sich auf körperliche, emotionale und soziale Aspekte von Scham beziehen [Itembsp. » <i>Unter Menschen habe ich das Gefühl: keiner sieht mich. (1) – Leute sehen mich an. (7)</i> «] | Gesamtscore |
| »Test of Self Conscious Affect 3« (TOSCA 3; Tangney et al. 2000; Rüscher et al., 2007) | dt. Version: 11 alltagsnahe Szenarien in denen eigenes Fehlverhalten beschrieben wird [Itembsp. » <i>Auf der Arbeit verschieben Sie die Planung einer wichtigen Aufgabe auf die letzte Minute und alles geht schief.</i> «] | 4 Reaktionsmöglichkeiten (Skalen: Scham, Schuld, Externalisierung, emotionale Unberührtheit) je Item einschätzen; 4 Skalenwerte |
| Ärger | | |
| State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI, STAXI 2; Spielberger, 1988, 1999; dt. Schwenkmeizer et al., 1992) | dt. Version: 44 Items erfassen situationsbezogene und dispositionsbezogene Ärger sowie dispositionelle Aspekte der Ärgerverarbeitung [Itembsp. » <i>Ich koche innerlich, wenn ich unter Druck gesetzt werde.</i> «] | 5 Skalen (personenspezifisches Ärgerniveau, Intensität des subjektiven Ärgerzustandes, Abreagieren nach außen, Ärgerunterdrückung und Ärgerkontrolle) |
| Dissoziationsneigung | | |
| Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS; Bernstein & Putnam, 1986, Carlson & Putnam, 1993; dt. Spitzer et al., 1998, 2004; Freyberger, et al. 1999) | dt. Version: 44 Items screenen nach dissoziativen Phänomenen unterschiedlichen Schweregrads Kurzversion (FDS 20) mit 20 Items verfügbar [Itembsp. » <i>Einige Menschen bemerken manchmal, dass sie fähig sind Schmerzen zu ignorieren.</i> «] | 4 Skalen (Amnesie, Absorption, Depersonalisation/Derealisation und Konversion) und ein Gesamtscore |
| »Cambridge Depersonalisation Scale« (CDS; Sierra & Berrios, 2000; dt. Michal, 2004) | dt. Version: 30 Items zur Erfassung des Depersonalisations-Derealisations-Syndroms [Itembsp. » <i>Während ich etwas tue, habe ich das Gefühl, als ob ich ein ‚abgetrennter Beobachter‘ meiner selbst wäre.</i> «] | Gesamtscore (zusammengesetzt aus Ratings zu Dauer und Häufigkeit der Symptome) |

weisen, Interessen und Fähigkeiten des Patienten zu nutzen machen, und die Hervorhebung von Ressourcen und Kompetenzen kann das Selbstwertgefühl des Patienten stärken. Patienten mit posttraumatischen Belastungsreaktionen verfügen aufgrund ihrer peri- und posttraumatischen Erfahrungen vielfach über neue Kompetenzen und Ressourcen, z. B. über verbesserte Bewältigungsstrategien oder eine allgemeine Persönlichkeitsreifung. Zur Erfassung situationsunabhängiger, überdauernder Bewältigungsmodi kann der **Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)**; Janke et al., 2002) eingesetzt werden. Der psychometrischen Erfassung der persönlichen Reifung nach einem belastenden Lebensereignis dienen die »**Stress-Related Growth Scale**« (SRGS; Park et al., 1996) sowie das »**Post-Traumatic Growth Inventory**« (PGI; Tedeschi & Calhoun, 1996; dt.: Maercker & Langner, 2001).

6.5 Therapiebegleitende Diagnostik

Es ist sinnvoll, die Durchführung therapeutischer Maßnahmen durch die Erfassung von Informationen über deren Verlauf (Prozess- und Behandlungsevaluation) und Wirkung (Ergebnisevaluation) zu ergänzen.

6.5.1 Prozess- und Behandlungsevaluation

Die Prozess- und Behandlungsevaluation dient der Erfassung der Prozessqualität der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Nach Schulte (1996) kann die Prozessqualität ökonomisch erfasst werden, indem der Therapeut nach jeder Sitzung ein Rating zum Patientenverhalten vornimmt und auf Skalen von -3 bis +3 Therapienachfrage, Mitarbeit, Selbstöffnung und Erproben bewertet. Grawe und Braun (1994) schlagen vor, zur Erfassung der Prozessqualität Stundenbögen einzusetzen, auf denen Patient und Therapeut unabhängig voneinander die Qualität jeder einzelnen Therapiesitzung einschätzen. Da der Therapieerfolg mit der Zufriedenheit der Patienten in engem Zusammenhang steht (Grawe & Braun, 1994), erlaubt ein kontinuierliches Erfassen der Patientenbewertungen ein frühzeitiges Erkennen von Schwierigkeiten.

! Zur individuellen Therapieplanung ist die Erfassung weiterer Informationen unerlässlich. Fragebögen können sich auch in diesem Zusammenhang als nützlich erweisen. Die Erfassung der Prozessqualität und der Therapiewirkung sollten die diagnostischen Maßnahmen im Therapieverlauf vervollständigen.

6.5.2 Ergebnisevaluation

Die Erfassung der Therapiewirkungen im Therapieverlauf dient dazu, den erzielten Therapieerfolg abzuschätzen und ausbleibenden Behandlungserfolg zu erkennen. Prä-Post-Messungen mit den zur Erfassung posttraumatischer Belastungsreaktionen entwickelten Selbstbeurteilungsverfahren bieten sich hierzu an. Mit der »**Treatment Outcome PTSD Scale**« (TOP-8; Connor & Davidson, 1999) liegt zudem ein speziell zur Ergebnisevaluation entwickeltes Verfahren vor. Der Einsatz der TOP-8 auch in wissenschaftlichen Untersuchungen wird von der bereits oben genannten Expertenkommission empfohlen (Charney et al., 1998).

Zur Ergebnisevaluation hat sich auch die Beurteilung durch den Patienten und den Therapeuten bewährt. Mit der **Zielerreichungsskalierung** (Roecken, 1984; Schulte, 1996) kann das Erreichen von im Rahmen der Therapieplanung festgelegten, konkreten Behandlungszielen beurteilt werden.

Interessant ist zudem die Überprüfung, ob sich die im Therapieverlauf erreichten Veränderungen auch in Maßen der Lebenszufriedenheit widerspiegeln. Mit dem »**Manchester Short Assessment of Quality of Life**« (MANSA; Priebe et al., 1999) z. B. liegt hierzu ein Erhebungsverfahren vor, das sich bereits in zahlreichen Anwendungen bewährt hat.

Literatur

- Ackenheil, M., Stotz-Ingenlath, G., Dietz-Bauer, R. & Vossen, A. (1999). *M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview, German Version 5.0.0 DSM IV*. München: Psychiatrische Universitätsklinik München.
- Albani, C., Blaser, G., Volkart, R., Körner, A., O'Connor, L., Berry, J., Geyer, M. & Brähler, E. (2002). Der Fragebogen zu interpersonellen Schuldgefühlen (FIS) – Anwendung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und bei Psycho-

- therapiepatientinnen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 118–127.
- Bailham, D. & Joseph, S. (2003). Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health and Medicine*, 8, 159–168.
- Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727–735.
- Birck, A. (2002). Echte und vorgetäuschte posttraumatische Belastungsstörung. *Psychotraumatologie*, 3, 26.
- Blake, D. D., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Klauminzer, G., Charney, D. S. & Keane, T. M. (1990). A clinician rating scale for assessment current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *The Behavior Therapist*, 13, 187–188.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S. & Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 74–90.
- Bley, S., Einsle, F., Maercker, A., Weidner, K., Joraschky (2008). Anpassungsstörungen – Die Erprobung eines neuen diagnostischen Konzepts in einem ambulanten psychosomatischen Setting. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58, 446–453.
- Boos, A. (2005). *Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung – Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Boroske-Leiner, K., Hofman, A. & Sack, M. (2008). Ergebnisse zur internen und externen Validität des Interviews zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (I-kPTBSS). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 58, 192–199.
- Breslau, N. & Kessler, R. C. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. *Biological Psychiatry*, 50, 699–704.
- Breslau, N., Peterson, E. L., Kessler, R. C. & Schultz, L. R. (1999). Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 908–911.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L. & Guthrie, R. M. (2000). Acute stress disorder scale: A self-report measure of acute stress disorder. *Psychological Assessment*, 12, 61–68.
- Cardeña, E., Koopman, C., Classen, C., Waelde, L. C. & Spiegel, D. (2000). Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ): A valid and reliable measure of acute stress. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 719–734.
- Carlozzi, N. E. & Long, P. J. (2008). Reliability and validity of the SCL-90-R PTSD Subscale. *Journal of Interpersonal Violence*, 23, 1162–1176.
- Carlson, E. B. & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociation Experience Scale. *Dissociation*, 6, 16–27.
- Charney, D. S., Davidson, J. R. T., Friedman, M., Judge, R., Keane, T., McFarlane, S., Martenyi, M., Mellmann, T. A., Petty, F., et al. (1998). A consensus meeting on effective research practice in PTSD. *CNS Spectrums*, 3 (Suppl. 2), 6–10.
- Connor, K. M. & Davidson, J. R. (2001). SPRINT: a brief global assessment of post-traumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 16, 279–284.
- Connor, K. M. & Davidson, J. R. (1999). Further psychometric assessment of the TOP-8: A brief interview-based measure of PTSD. *Depression and Anxiety*, 9, 135–137.
- Cook, D. R. (1987). Measuring shame: the internalized shame scale. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 4, 197–214.
- Cook, D. R. (1994, 2001). *Internalized shame scale: technical manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.
- Davidson, J. R. T. (2002). *SPAN Addendum to DTS Manual*. New York: Multi-Health Systems Inc.
- Davidson, J. R. T., Book, S. W., Colet, J. Z., Tupler, L. A., Roth, S., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J. C., Smith, R., et al. (1997). Assessment of a new self-rating scale for posttraumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27, 153–160.
- Denis, D., Kummer, P. & Priebe, S. (2000). Entschädigung und Begutachtung psychischer Störungen nach politischer Haft in der SBZ/DDR. Eine Bestandsaufnahme aus medizinischer und juristischer Sicht. *Der medizinische Sachverständige*, 96, 77–83.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures manual-I for the R(evised) Version*. Baltimore: John Hopkins University, School of Medicine.
- Dörner, K. (2005, 26. März). Psychologie: Hilfsbedürftige gezüchtet. *Der Spiegel*, 13, 154.
- Drissen, M., Beblo, T., Reddemann, L., Rau, H., Lange, W., Silva, A., Bera, R. C., Wulff, H. & Ratzka, S. (2002). Ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine komplexe posttraumatische Störung? Zum Stand der Forschung. *Nervenarzt*, 73, 820–829.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Ehlers, A. & Boos, A. (1999). Fragebogen zu Gedanken nach traumatischen Erlebnissen, PTCL. In A. Ehlers (Ed.), *Posttraumatische Belastungsstörung* (S. 92–93). Göttingen: Hogrefe.
- Ehlers, A. & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: A cognitive approach. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 217–249.
- Ehlers, A., Steil, R., Winter, H. & Foa, E. B. (1996). *Deutsche Übersetzung der Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS)*. Oxford: University, Warnford Hospital.
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Resnick, P. A. & Kilpatrick, D. G. (1993). The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *The Behavior Therapist*, 16, 161–162.
- Ferring, D. & Philipp, S.-H. (1991). *Die Skala zur Erfassung von Ereignisbelastungsreaktionen: Reliabilität, Validität und Stabilität*. Forschungsbericht Nr. 30, Projekt Psychologie der Krankheitsbewältigung. Trier: Universität.
- Ferring, D. & Philipp, S.-H. (1994). Teststatistische Überprüfung der Impact of Event Skala: Befunde zu Reliabilität und Stabilität. *Diagnostica*, 40, 344–362.
- Fischer, G. (2000). *KÖDPOS – Kölner Dokumentationssystem für Psychotherapie und Traumabehandlung*. Köln/Much: Verlag Deutsches Institut für Psychotraumatologie.
- Foa, E. B. (1995). *Posttraumatic Diagnostic Scale (PTDS) manual*. Minneapolis, MN: NCS Reasson.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L. & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of PTSD: The posttraumatic diagnostic scale (PDS). *Psychological Assessment*, 9, 445–451.

- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F. & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognition Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303–314.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V. & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459–473.
- Foa, E. B. & Tolin, D. F. (2000). Comparison of the PTSD Symptom Scale-Interview Version and the Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 181–191.
- Franke, G. H. (1995). *Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version*. Göttingen: Beltz-Test.
- Freyberger, H. J., Spitzer, C. & Stieglitz, R. D. (1999). *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS)*. Testmanual. Bern: Huber.
- Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P. & Flatten, G. (2004). Diagnostik der posttraumatischen Belastungsstörung. In G. Flatten, U. Gast, A. Hofmann, P. Liebermann, L. Reddemann, T. Siol, W. Wöllner & E. R. Petzold (Eds.), *Posttraumatische Belastungsstörung: Leitlinie und Quellentext*. (S. 85–101). Stuttgart: Schattauer.
- Grawe, K. & Braun, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 242–267.
- Griesel, D., Wessa, M. & Flor, H. (2006). Psychometric qualities of the german version of the Posttraumatic Diagnostic Scale (PTDS). *Psychological Assessment*, 18, 262–268.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. (1951). *The Minnesota multiphasic personality inventory manual*. New York: The Psychological Corporation.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. (1963). *MMPI-Saarbrücken*. Bern: Huber.
- Hautzinger, M., Kühner, C. & Keller, F. (2006). *BDI-II Beck-Depressions-Inventar*. Frankfurt a. M.: Harcourt.
- Herman, J. L. (1993). Sequelae of prolonged and repeated trauma: Evidence for a complex posttraumatic syndrome (DESNOS). In J. R. T. Davidson & E. B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder. DSM-IV and beyond*. Washington: American Psychiatric Press.
- Hofman, A., Fischer, G. & Koehn, F. (1999). *Traumatic Anecdents Questionnaire (TAQ)*. Köln: Deutsches Institut für Psycho-traumatologie.
- Holen, A., Sund, A. & Weisaeth, L. (1983). *The Alexander Kielland Disaster March 27th 1980: Psychological reactions among the survivors*. Oslo: University.
- Horowitz, M. J., Field, N. P. & Classen, C. C. (1993). Stress response syndromes and their treatment. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. New York: Free Press.
- Horowitz, M. J., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209–218.
- Hoyer, J., Ruhl, U., Scholz, D. & Wittchen, H.-U. (2006). Patients' feedback after computer-assisted diagnostic interviews for mental disorders. *Psychotherapy Research*, 16(3), 357.
- Huber, M. (2003). *Trauma und die Folgen – Trauma und Trauma-behandlung Teil 1*. Paderborn: Junfermann.
- IGDA Workgroup, WPA. (2003). IGDA. International Guidelines for Diagnostic Assessment. *British Journal of Psychiatry*, 182 (suppl. 45), s37–s57.
- Janke, W., Erdmann, G. & Kallus, K. W. (2002). *Stressverarbeitungs-bogen (SVF mit SVF 120 und SVF 78)*. Manual (3., erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Joseph, S. (2000). Psychometric evaluation of Horowitz's Impact of Events Scale: a review. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 101–113.
- Keane, T. M., Malloy, P. F. & Fairbank, J. A. (1984). Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 888–891.
- Keane, T. M., Weathers, F. W. & Foa, E. B. (2000). Diagnosis and assessment. In E. B. Foa, T. M. Keane, M. Friedman & J. Matthews (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society of Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford.
- Kolk, B. van der (1999). *The Self-Report Inventory for Disorder of Extreme Stress (SIDES-SR)*. Unpublished manuscript.
- Kolk, B. van der & Pelcovitz, D. (1999). Clinical applications of the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES). *National Center for PTSD Clinical Quarterly*, 8, 23–26.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Abueg, F. R., Manke, F. P., Brennan, J. M. & Stahura, C. (1996). Development and validation of the Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI). *Psychological Assessment*, 8, 428–444.
- Kuhl, J. & Kazén, M. (1997). *Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Kunzke, D. & Güls, F. (2003). Diagnostik einfacher und komplexer posttraumatischer Störungen im Erwachsenenalter. *Psychotherapeut*, 48, 50–70.
- Lees-Haley, P. R. (1990). Malingering mental disorders on the Impact of Event Scale (IES): Toxic exposure and cancer-phobia. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 315–321.
- Linden, M., Baron, S. & Muschalla, B. (in Vorbereitung). *Mini-ICF-P. Mini-ICF-Rating für psychische Störungen. Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeits- bzw. Kapazitätsstörungen bei psychischen Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Luxenberg, T., Spinazzola, J. & Kolk, B. A. van der (2001). Complex trauma and disorder of extreme stress (DESNOS) diagnosis, Part 1: Assessment. *Directions in Psychiatry*, 21, 373–415.
- Maercker, A. (2003). Posttraumatische-Stress-Skala-10 (PTSS-10). In J. Hoyer & J. Margraf (Hrsg.), *Angstdiagnostik – Grundlagen und Testverfahren* (S. 401–403). Berlin: Springer.
- Maercker, A., Einsle, F. & Köllner, V. (2007). Adjustment disorders as stress response syndromes: A new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology*, 40, 135–146.
- Maercker, A. & Langner, R. (2001). Persönliche Reifung (Personal Growth) durch Belastungen und Traumata: Validierung zweier deutschsprachiger Fragebogenversionen. *Diagnostica*, 47, 153–162.
- Maercker, A. & Pielmaier, L. (eingereicht). Sieben Item Skala zum Screening der posttraumatischen Belastungsstörung. Zürich: unveröffentlicht.

- Maercker, A. & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Die Impact of Event Skala – revidierte Version (IES–R). *Diagnostica*, 44, 130–141.
- Margraf, J. & Ehlers, A. (2007). *BALI Beck-Angstinventar*. Frankfurt a. M.: Harcourt.
- Margraf, J., Schneider, S., Soeder, U., Neumer, S. & Becker, E. (1996). *F-DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (Forschungsversion)*. Dresden: Technische Universität.
- Maurer, K., Stein, A., Uhlmann-Jäger, T., Ullrich, S., Schützwohl, M., Kallert, T. & Häfner, H. (2003). *Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry, Version 2.1*. Bern: Huber.
- McHugh, P. R. & Treisman, G. (2007). PTSD: A problematic diagnostic category. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 211–222.
- Meltzer-Brody, S., Churchill, E. & Davidson, J. R. T. (1999). Derivation of the SPAN, a brief diagnostic screening test for post-traumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 88, 63–70.
- Michal, M., Sann, U., Niebecker, M., Lazanowsky, C., Kernhof, K., Aurich, S., Overbeck, G., Sierra, M. & Berrios, G. E. (2004). Die Erfassung des Depersonalisations-Derealisations-Syndroms mit der deutsche Version der Cambridge Depersonalisation Scale. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54, 367–374.
- Nyberg, E. & Frommberger, U. (1998). *Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)*. Freiburg: Universitätsklinik.
- O'Connor, L., Berry, J., Weiss, J., Bush, M. & Sampson, H. (1997). Interpersonal guilt: the development of a new measure. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 73–89.
- Park, C. L., Cohen, L. H. & Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64, 71–105.
- Pelcovic, D., Kolk, B. A. van der, Rot, S., Mandel, F., Kaplan, S. & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, 3–16.
- Perkins, D. V. & Tebes, J. A. (1984). Genuine versus simulated responses on the Impact of Event Scale. *Psychological Reports*, 54, 575–578.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S. & Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46–59.
- Peters, V., Sottiaux, M., Appelboom, J. & Kahn, A. (2004). Post-traumatic stress disorder after dog bites in children. *Journal of Pediatrics*, 144, 121–122.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S. & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 7–12.
- Rijnders, C. A. T., Berg, J. F. M. van den, Hodiament, P. P. G., Nienhus, F. J., Furer, J. W., Mulder, J. & Giel, R. (2000). Psychometric properties of the schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN-2.1). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 348–352.
- Roecken, S. (1984). *Goal attainment scaling: Eine Methode zur Evaluation psychotherapeutischer Maßnahmen*. Freiburg i. Br.: Universität Freiburg.
- Rüsch, N., Corrigan, P.W., Bohus, M., Jacob, G.A., Brueck, R. & Lieb, H. (2007). Measuring shame and guilt by self-report questionnaires: A validation study. *Psychiatry Research*, 150, 313–325.
- Sack, M. & Hofmann, A. (2001). *Interview zur komplexen post-traumatischen Belastungsstörung (I-kPTBSS)*. Hannover: Medizinische Hochschule Hannover.
- Saunders, B. E., Arata, C. M. & Kilpatrick, D. G. (1990). Development of a crime-related post-traumatic stress disorder scale for women within the Symptom Checklist-90-Revised. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 439–448.
- Schneider, S. & Margraf, J. (2006). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS für DSM-IV)*. Berlin: Springer.
- Schneyder, U. & Moergeli, H. (2002). German version of Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 487–492.
- Schulte, D. (1996). *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schützwohl, M., Kallert, T. & Jurjanz, L. (2007). Dimensionale Diagnostik mit der deutschsprachigen Version der Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, Version 2.1. *Nervenarzt*, 78, 304–313.
- Schützwohl, M. & Maercker, A. (1999). Effects of varying diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder are endorsing the concept of partial PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 155–165.
- Schwenkmezger, P., Hodapp, V. & Spielberger, C. D. (1992). *Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar – STAXI*. Bern: Huber.
- Sheehan, D., Janavs, J., Baker, R., Harnett-Sheehan, K., Knapp, E. & Sheehan, M. (2005). *M.I.N.I. Mini-International Neuropsychiatric Interview. English Version 5.0.0 DSM-IV*. Tampa: University of South Florida.
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K., Weiller, E., Hergueta, T., Amorim, P., Bonora, L., Lépine, J., Janavs, J., Baker, R., Knapp, E., Sheehan, M., Ackenheil, M., Stotz, G., Dietz-Bauer, R. & Vossen, A. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (suppl 20), 22–33.
- Sierra, M. & Berrios, G. E. (2000). The Cambridge Depersonalisation Scale: a new instrument for the measurement of depersonalisation. *Psychiatry Research*, 93, 153–164.
- Spielberger, C. D. (1988). *State-Trait-Anger-Expression-Inventary (STAXI)* (Research ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C. D. (1999). *State-Trait Anger Expression Inventory 2 (STAXI-2)*. *Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. Spinazzola, J., Blaustein, M., Kisiel, C. & Van der Kolk, B. A. (May 2001). *Beyond PTSD: Further evidence for a complex additional response to traumatic life events*. Paper presented at the American Psychiatric Association Annual Meeting: New Orleans.
- Spitzer, C., Abraham, G., Reschke, K. & Freyberger, H. (2001). Die deutsche Version der Modified PTSD Symptom Scale (MPSS): Erste psychometrische Befunde zu einem Screeningverfahren für posttraumatische Symptomatik. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30, 159–163.

- Spitzer, C., Freyberger, H. J., Stieglitz, R.-D., Carlson, E. B., Kuhn, G., Magdeburg, N. & Kessler, C. (1998). Adaption and psychometric properties of the German version of the Dissociative Experience Scale. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 799–809.
- Spitzer, C., Stieglitz, R. D. & Freyberger, H. J. (2004). *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS). Testmanual. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage*. Bern: Huber.
- Steil, R. & Ehlers, A. (1992). *Erweiterte deutsche Übersetzung der PTSD-Symptom-Scale Self-Report*. Göttingen: Georg-August-Universität Göttingen, Institut für Psychologie (unveröffentlicht).
- Stieglitz, R. D., Frommberger, U., Foa, E. B. & Berger, M. (2001). Evaluation of the German version of the PTSD symptom scale (PSS). *Psychopathology, 34*, 128–133.
- Stoll, C., Kapfhammer, H. P., Rothenhäusler, H. B., Haller, M., Briegel, J., Schmidt, M., Krauseneck, T., Durst, K. & Schelling, G. (1999). Sensivity and specificity of a screening test to document traumatic experiences and to diagnose post-traumatic stress disorder in ARDA patient after intensive care treatment. *Intensive Care Medicine, 25*, 697–704.
- Summerfield, D. (2001). The intervention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal, 322*, 95–98.
- Sundin, E. C. & Horowitz, M. J. (2002). Impact of Event Scale: psychometric properties. *The British Journal of Psychiatry, 180*, 205–209.
- Tangney, J. P., Dearing, R. L., Wagner, P. E. & Gramzow, R. (2000). *The Test of Self Conscious Affect-3 (TOSCA 3)*. Fairfax: George Mason University.
- Taubman-Ben-Ari, O., Rabinowitz, J., Feldman, D. & Vaturi, R. (2001). Post-traumatic stress disorder in primary care settings: Prevalence and physicians' detection. *Psychological Medicine, 31*, 555–560.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 455–471.
- Teegen, F., Schriefer, J. & Vogt, S. (2001). *Beschwerdeliste kPTBS – Selbstbeurteilungsskala zu Symptomen der komplexen PTBS*. Hamburg: Universität Hamburg.
- Teegen, F., Spieker-Hagelsieper, C. & Grotwinkel, M. (1998). *Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES)*. Hamburg: Universität.
- Teegen, F. & Vogt, S. (2002). Überlebende von Folter. Eine Studie zu komplexen posttraumatischen Belastungsstörungen. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmodifikation, 23*, 91–106.
- Turner, J. E. & Waugh, R. M. (August 2001). *Feelings of shame: capturing the emotion and investigation concomitant experiences*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association, San Francisco.
- Watson, C. G. (1990). Psychometric posttraumatic stress disorder measurement techniques: A review. *Psychological Assessment, 2*, 460–469.
- Weathers, F. W., Keane, T. M. & Davidson, R. T. (2001). Clinician-administered PTSD-Scale: A review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety, 13*, 132–156.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Herman, D. S., Steinberg, H. R., Huska, J. & Kraemer, H. C. (1996). The utility of the SCL-90-R for the diagnosis of war-zone related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 111–128.
- Weathers, F. W., Ruscio, A. & Keane, T. M. (1999). Psychometric properties of nine scoring rules for the Clinician-Administered PTSD scale (CAPS). *Psychological Assessment, 11*, 124–133.
- Weisæth, L. (1989). Torture of a Norwegian ship's crew: The torture, stress reactions and psychiatric aftereffects. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 80* (suppl. 355), 63–72.
- Weiss, D. S. & Marmar, C. R. (1996). The Impact of Event Scale – Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners* (pp. 399–411). New York: Guilford.
- Wiersma, D., DeJong, A. & Ormel, J. (1988). The Groningen Social Disabilities Schedule: Development, relationship, with I. C.I.D.H., and psychometric properties. *International Journal of Rehabilitation Research, 11*, 213–224.
- Winter, H., Wenninger, K. & Ehlers, A. (1992). *Deutsche Übersetzung der PTSD-Symptom-Scale Self-Report*. Göttingen: Institut für Psychologie (unveröffentlicht).
- Wittchen, H.-U. & Pfister, H. (1997). *DIA-X-Interview. Instruktionmaterial zur Durchführung von DIA-X-Interviews*. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID. Strukturieretes klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II*. Göttingen: Hogrefe.
- Wohlfahrt, T. D., Van der Brink, W., Winkel F.W. & ter Smitten, M. (2003). Screening for posttraumatic stress disorder: An evaluation of two self-report scales among crime victims. *Psychological Assessment, 15*, 101–109.
- Wolfradt, U. & Scharrer, F. (1996). Die »Internalisierte Scham-Skala« (ISS): konzeptuelle Aspekte und psychometrische Eigenschaften einer deutschsprachigen Adaptation. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 3*, 201–207.
- World Health Organisation. (1999). *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. Version 2.1*. Genf: World Health Organisation.
- Zilberg, N. J., Weiss, D. S. & Horowitz, M. J. (1982). Impact of Event Scale: A cross-validation study and some empirical evidence supporting a conceptual model of stress response syndromes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*, 407–414.
- Zimmermann, M. & Mattia, J. I. (1999). Is posttraumatic stress underdiagnosed in routine clinical settings? *Journal of Nervous and Mental Disease, 187*, 420–428.

7 Begutachtung

*U. Frommberger*¹

7.1 Hintergrund – 112

7.2 Rahmenbedingungen – 112

7.2.1 Soziales Entschädigungsrecht – 113

7.2.2 Privates Unfallrecht (Zivilrecht) – 114

7.2.3 Grundlegende gutachterliche Begriffe – 114

7.2.4 Grundlegende psychotraumatologische Begriffe – 115

7.3 Kausalitätsfeststellung – 117

7.4 Besonderheiten und Probleme der Begutachtung psychoreaktiver Störungen und Verhaltensweisen – 119

7.5 Methodik der Begutachtung – 123

7.6 Begutachtung von Asylbewerbern und nach politischer Haft – 126

**Anhang: GdS-(früher: MdE-)Bewertungskriterien
und Tabellen – 128**

Literatur – 132

¹ Ich danke den Kollegen Dr. F. Haenel, Dr. P. Liebermann, Prof. Dr. G. Seidler, Dr. G. Wirtz für hilfreiche und kritische Anmerkungen und Ergänzungen.

7.1 Hintergrund

Die Diagnose posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) hat vielleicht mehr als jede andere psychische Störung die Rechtsprechung beeinflusst und wird von ihr wiederum beeinflusst. Die Diagnose einer PTBS und verschiedene diagnostische Vorläufer (z. B. »traumatische Neurose«) machen deutlich, dass ein äußeres Ereignis kausal eine psychische Störung hervorrufen kann. Reliabilität und Validität dieser Diagnose wurden und werden immer wieder in Zweifel gezogen, gerade wenn unberechtigte Forderungen zu einer Entschädigung führten und ein möglicher Missbrauch der Diagnose deutlich wurde. Diese Diagnose und die damit verbundenen Forderungen beschäftigen zunehmend die Gerichte. Eine oft geäußerte Erwartung der Probanden ist es, im Verfahren Anerkennung für erlittenes Unrecht zu bekommen.

Oftmals werden die Kläger zu einem psychiatrischen Gutachter bestellt, der diese Diagnose und die mit ihr verbundenen Folgen einschätzen soll. Eine sorgfältige Prüfung und Diagnosestellung, inkl. der präzisen Traumaanamnese, sind daher zwingend notwendig.

Traumatische Ereignisse sind häufig: z. B. können bei mehr als 8 Mio. Unfällen/Jahr in Deutschland sowohl physische wie auch psychische Folgen auftreten. In sozialmedizinischen Gutachten spielen Traumatisierungen eine zunehmende Rolle, ebenso bei Berentungen. Ein erheblicher Teil der Asylbewerber gilt als traumatisiert. Jedoch entwickelt nur ein kleinerer Teil der Betroffenen nach Traumatisierungen langfristige psychische Störungen, von denen die PTBS nur eine ist und mehrere Differenzialdiagnosen infrage kommen. Der Gutachter ist hier nicht parteilich-einführend, nicht Therapeut und muss sich auch fragen, ob die oft unterstellte Begehrensvorstellung, z. B. einer Rente, vorliegt, vielleicht auch durch Aggravation oder gar Simulation etwas vorgetäuscht wird. Der Gutachter ist der Objektivität und Neutralität verpflichtet. Er muss

- das allgemeine Wissen über die Störungsbilder,
- die empirische Studienlage,
- das klinische Bild und
- die rechtlichen Rahmenbedingungen

im Gutachten integrieren. Diese integrierten Kenntnisse müssen auf den Einzelfall des jeweiligen Pro-

banden abgestimmt und kritisch abgewogen werden. Diese Rolle stellt einerseits hohe Anforderungen an die Sachkenntnis des Gutachters, andererseits aber auch an seine Fähigkeit, vorhandene Sachkenntnisse, Angaben des Probanden und direkte Eindrücke aus der Exploration unabhängig von persönlichen Haltungen und Meinungen zu integrieren, um der Situation des Probanden in der Begutachtung gerecht zu werden.

Bei der Begutachtung im Sozialrecht gelten inzwischen für psychische Erkrankungen grundsätzlich keine anderen Maßstäbe als für körperliche Erkrankungen. Die psychischen Störungen werden mehr als früher anerkannt.

In einem Buchbeitrag kann vieles nicht bzw. nicht ausführlich dargestellt werden. Neben einigen Grundlagen liegt der Focus auf dem Praktischen und Handlungsrelevanten. Daher kann dieser Artikel nur Hinweise und Entscheidungshilfen in der Übersicht geben. Sie ersetzen nicht das Studium der im Verzeichnis angegebenen Literatur, über das Störungsbild (in diesem Buch oder bei Frommberger et al. 2009) und spezifischer Literatur zur Begutachtung, z. B. den »Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz« bzw. den seit dem 1.1.2009 geltenden »Versorgungsmedizinischen Grundsätzen« nach der Versorgungsmedizinverordnung vom 10.12.2008 des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, 2008). Der Begriff der MDE (Minderung der Erwerbsfähigkeit) wurde durch den Begriff der GdS (Grad der Schädigungsfolgen) ersetzt. Im vorliegenden Text wird der neue Begriff GdS verwendet, bei Zitaten bleibt der ältere MDE-Begriff erhalten.

In diesem Beitrag wird vor allem auf die sozialmedizinische Begutachtung focussiert. Begutachtungen zur Glaubwürdigkeit und im Strafverfahren sind hier nicht Gegenstand. Diesbezüglich wird auf weiterführende Literatur, z. B. Stang u. Sachsse (2007), verwiesen.

7.2 Rahmenbedingungen

Die gutachterliche Beurteilung der psychischen (Prozesse bzw.) Folgen von Traumatisierungen dient vor allem als Grundlage von Leistungsentschei-

dungen der Kostenträger/Versorgungsverwaltung oder – im Streitfall – der Gerichte. Der Gutachter muss sich darüber im Klaren sein, dass nicht der Arzt über die Anerkennung der Schädigungsfolgen entscheidet, sondern die zu beratenden Institutionen. Daher sind neben den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und Kriterien auch die juristischen Rahmenbedingungen, Begriffe und Definitionen zu beachten und die gutachterlichen Erkenntnisse – soweit möglich – in für medizinische Laien verständlicher Weise abzufassen. Neben der Einordnung der Beschwerden in ein psychiatrisches Klassifikationssystem sind vor allem die funktionellen Beeinträchtigungen und ihre Auswirkungen auf das Erwerbsleben einzuschätzen.

Der Gutachter ist auch mit seinen Grenzen konfrontiert. Er kann möglichst viele Datenquellen und Informationen zusammentragen und den aktuellen psychischen Befund erheben. Er ist jedoch nicht irrtumsfrei und auch vor Täuschungen nicht gefeit. Daher sollte er seine Befunde möglichst genau erheben, sie präzise beschreiben und diskutieren. Dabei sind nach juristischer Auffassung »Vorgänge im geistig-seelischen Bereich eines Menschen zu beurteilen, ... einer präzisen Prüfung weitestgehend verschlossen« (Loytved, 2005, S. 151). Der erfahrene Gutachter kann jedoch einiges zur Prüfung und Beurteilung beitragen, auch ohne apparative Objektivierung, jedoch auf der Grundlage der herrschenden Lehrmeinung und aktuellen Klassifikationen der ICD und des DSM.

! Der Gutachter kann häufiger für den Auftraggeber nicht alle Fragen lösen oder diesem die Entscheidung abnehmen, auch wenn er dazu gedrängt wird. Das sollte er dann auch deutlich machen.

7.2.1 Soziales Entschädigungsrecht

Eine Entschädigungsregelung kann nicht nur der subjektiven, individuellen Sichtweise gerecht werden, sondern muss mit vielen anderen Schädigungsfolgen vergleichen und mögliche Entschädigungen in Relation zueinander setzen. Diese Normierung geben die **»Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht**

und nach dem Schwerbehindertengesetz« (in diesem Kapitel kurz: Anhaltspunkte; Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2008). Für die Begutachtung im sozialen Entschädigungsrecht (z. B. im Opferentschädigungsgesetz, OEG) oder im Schwerbehindertenrecht haben die Anhaltspunkte daher eine zentrale Bedeutung. Seit dem 1.1.2009 sind sie ersetzt durch die »Versorgungsmedizinischen Grundsätzen« nach der Versorgungsmedizinverordnung vom 10.12.2008 des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

Die Anhaltspunkte unterliegen einer steten Veränderung und sind seit 2008 neu aufgelegt. Aufgrund neuer rechtlicher Grundlagen werden sie einer systematischen Überarbeitung unterzogen und erhalten dann eine noch stärkere normative Bedeutung. Die Anhaltspunkte enthalten (nach Rösner 2008):

- praktische Hinweise zur Gutachtenerstattung,
- Erklärungen der relevanten Grundbegriffe,
- alle begutachtungsrelevanten Rechtsbegriffe und besonderen Begriffe,
- Hinweise zur Kausalitätsbeurteilung und.
- eine umfangreiche MdE(jetzt GdS)/GdB-Tabelle 1).

Wichtig ist die Kenntnis einiger grundlegender Tatsachen (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2008):

- »MdE [jetzt Grad der Schädigungsfolgen: GdS] und GdB (Grad der Behinderung) werden nach gleichen Maßstäben bemessen« (► Anhang).
- »Die MdE [GdS] ist kausal, d. h. nur auf die Schädigungsfolgen, der GdB final, d. h. auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von der Ursache bezogen.«
- »MdE [GdS] und GdB sind unabhängig vom ausgeübten oder angestrebten Beruf.«
- »In den Tabellen werden zwar Diagnosen und Funktionsbeeinträchtigungen genannt. Wesentlich ist aber ihre Auswirkung auf die Lebensbereiche.«
- »MdE [GdS] und GdB sind Durchschnittswerte, also pauschal, d. h. ohne Berücksichtigung individueller Gegebenheiten.«

Nach den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit ist zu beachten, dass

GdB und MdE [jetzt: GdS] ihrer Natur nach nur annähernd bestimmt werden können. ... GdB und MdE [jetzt: GdS] setzen eine nicht nur vorübergehende und damit eine über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten sich erstreckende Gesundheitsstörung voraus. ... [Den] Schwankungen im Gesundheitszustand bei längerem Leidensverlauf ist mit einem Durchschnittswert Rechnung zu tragen (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2008, S. 23 Anmerkungen/Ergänzungen des Autors).

Subjektive und objektive Bewertungen sind oftmals diskrepanz. Daher heißt es weiter:

Vergleichsmaßstab kann aber – im Interesse einer gerechten Beurteilung – nicht der Behinderte sein ... Beurteilungsgrundlage ist wie immer die allgemeine ärztliche Erfahrung hinsichtlich der regelhaften Auswirkungen (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2008, S. 24).

In die GdB-/GdS-Tabellen sind die »üblichen« seelischen Begleiterscheinungen z. B. von Verletzungen, Beeinträchtigungen oder Entstellungen eingeschlossen. Eine zusätzliche GdB-/GdS-Bewertung ist erst berechtigt, wenn die seelischen Beschwerden über das übliche Maß hinausgehen.

Unter der Lupe

Als Besonderheiten des **Opferentschädigungsgesetzes** (OEG) muss der vorsätzliche, rechtswidrige tätliche Angriff unmittelbar zu einer physischen oder psychischen Schädigung geführt haben. Die Unmittelbarkeit zwischen Tat und psychischer Folge ist wesentlich für eine Anerkennung nach dem OEG. Weiter muss die primäre Schädigung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit eine Gesundheitsstörung von gewisser Dauer bedingt haben (Loytved, 2005). Die Schädigung muss auf deutschem Boden (Land, Schiff oder Luftfahrzeug) eingetreten sein.

7.2.2 Privates Unfallrecht (Zivilrecht)

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat neue Vorgaben zur Anerkennung psychoreaktiver Unfallfolgen in

der privaten Unfallversicherung gegeben. Bisher sind psychoreaktive Unfallfolgen in den aktuellen Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen der privaten Unfallversicherung vom Versicherungsschutz ausgenommen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden (Psychoklausel). Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleich welcher Art, fallen nicht unter den Versicherungsschutz (Schróter, 2001). Neu ist jedoch, dass die psychische Verarbeitung organischer Schäden oder die physiologische psychische Reaktion nach neuer Rechtsprechung des BGH nicht unter den Ausschluss fallen (Widder & Gaidzik, 2006).

7.2.3 Grundlegende gutachterliche Begriffe

Kausalkette

Eine Zusammenhangsbeurteilung im Zivil- und Sozialrecht setzt eine von vier Tatbeständen bestimmte Kausalkette (a–d) voraus:

- a) Ist die Situation versichert?
- b) Was ist das schädigende Ereignis? Der Gutachter muss sich mit der haftungsausfüllenden Kausalität beschäftigen:
- c) (primäre) Gesundheitsschädigung und
- d) (bleibender) Gesundheitsschaden.

Dabei ist von der Verwaltung bzw. Versicherung die haftungsbegründende Kausalität zu klären. Zu prüfen ist auch, ob durch ein schädigendes Ereignis ein Gesundheitsschaden entstanden ist oder nur verschlimmert wurde.

Vollbeweis

Krasney (2001) definiert den Vollbeweis folgendermaßen:

Alle Tatbestände müssen voll bewiesen sein, d. h. es muß ein so hoher Grad von Wahrscheinlichkeit erreicht sein, daß er der Gewissheit gleichkommt. Wenn für einen der Tatbestände keine eindeutigen Belege zu beschaffen sind, muß der Gutachter zumindest anhand der ermittelten Sachverhalte zu der festen Überzeugung kommen können, daß es so und nicht anders gewesen ist.

Demgegenüber genügt es, daß der ursächliche Zusammenhang zwischen den festgestellten Tatbeständen wahrscheinlich ist, d. h. daß bei kritischer Würdigung des Sachverhalts und aller relevanten medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse mehr für als gegen einen Kausalzusammenhang spricht (Krasney, 2001, S.124).

Verschiebung der Wesensgrundlage

Nach Schönberger et al. (1998) ist bei Beurteilung der Störungen über lange Zeiträume auch einzuschätzen, ob die Ursache der Symptomatik sich gegenüber der ursprünglichen nicht geändert hat. Es ist eine Prüfung und Gewichtung der verschiedenen Ursachen notwendig (Theorie der wesentlichen Bedingung). Wenn die mit dem Unfall zusammenhängenden Ursachen weggefallen sind oder durch andere ersetzt wurden, wird dies als »Verschiebung der Wesensgrundlage« bezeichnet. Folgen sind eine Staffelung bzw. Veränderung der GdS.

Vorschaden

Einige Probanden haben bereits vor dem Trauma eine psychische Vorerkrankung (psychischer Vorschaden) entwickelt. Es ist daher einzuschätzen, ob es sich bei einer PTBS nach Unfall um eine Verschlimmerung oder eine eigenständige neue psychische Störung handelt. Auch bei Haft- und Folterfolgen ist die Abgrenzung zwischen psychisch-reaktiven Störungen als Haft- und Folterfolgen von schädigungsunabhängigen neurotischen Störungen von Bedeutung (Haenel, 2002). Die komplexen gutachtlichen Probleme chronifizierter Folgen kindlichen Missbrauchs in der Beurteilung nach dem OEG beschreiben Stevens u. Foerster (2002) und betonen die Zusammenhänge zwischen genetischer Disposition, daraus resultierender Risikoerhöhung psychischer Traumafolgestörungen und der Gewichtung eines schädigenden Ereignisses im Rahmen der Kausalitätsnormen (Stang & Sachsse, 2007).

7.2.4 Grundlegende psychotraumatologische Begriffe

Das traumatische Ereignis

Auch nach schwerwiegenden, traumatisierenden Ereignissen entwickeln viele Menschen keine manifes-

ten psychischen Störungen. Daher sind die besonderen Umstände und Zusammenhänge zu explorieren, die objektiven und vor allem auch die subjektiven, die zur Entwicklung einer PTBS beitragen.

Für die Diagnose einer PTBS ist zunächst die Klärung notwendig, ob das Ereignis die Kriterien der PTBS erfüllt. In den beiden internationalen Störungsklassifikationsverzeichnissen DSM-IV und ICD-10 werden unterschiedliche Traumadefinitionen verwendet (► Kap. 2). Im DSM-IV werden zwei Teilkriterien spezifiziert:

- A1-Kriterium: die Person hat ein Ereignis erlebt, war Zeuge oder wurde selbst konfrontiert mit Bedrohung des Lebens oder Tod, ernsthafter, schwerer Verletzung oder Bedrohung der physischen Integrität der eigenen Person oder anderer Personen.
- A2-Kriterium: Reaktion mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

Die ICD-10 führt als dafür qualifizierende Ereignisse Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe an, eine Kampfhandlung, einen schweren Unfall oder Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein. Im DSM-IV werden außerdem körperlicher Angriff, Raubüberfall, Straßenüberfall oder schwere Autounfälle genannt. Es wird auch betont, dass traumatische Erfahrungen nicht auf diese Erlebnisse begrenzt sind.

Für den Gutachter wird es durch die Entscheidung für eine der beiden Definitionen nicht einfacher. In der gutachterlichen Praxis zeigt sich, dass die Einordnung eines Ereignisses als Trauma i. S. der PTBS durchaus zwischen Gutachtern differieren kann.

Beispiele

1. Das Ereignis kann
 - eine physische Verletzung (z. B. Amputation an Kreissäge, stumpfes Bauchtrauma, Schädel-Hirn-Trauma) oder.
 - eine ausschließlich psychische Verletzung hervorrufen (z. B. Erleben eines Raubüberfalls als Kassiererin oder eines Eisenbahnsuizides als Zugführer).



2. Die psychischen Folgen können sich entwickeln
- unmittelbar oder kurz nach dem Ereignis oder
 - mit zeitlicher Verzögerung auf das Ereignis (z. B. wenn die ersten körperlichen Unfallfolgen behandelt und eher überschaubar sind)
 - nach erneuter Belastung oder Traumatisierung.
3. Es ist zu unterscheiden, ob
- ein einzelnes Ereignis (z. B. Trauma Typ I) oder
 - mehrere Ereignisse (z. B. Trauma Typ II) die Symptomatik bedingen und
 - welche Bedeutung jedem einzelnen Ereignis zukommt bzw. welches für die Symptomatik das wesentliche Ereignis ist.
4. Es ist zu bestimmen, welche Bedeutung den einzelnen Faktoren einer psychischen Symp-tombildung und Aufrechterhaltung zukommt, z. B.
- dem Ereignis selbst (z. B. PTBS-A1-Kriterium erfüllt?),
 - der Persönlichkeit und ihren Bewältigungsstrategien (z. B. abhängige Persönlichkeit? regressives Verhalten?),
 - dem sozialen Umfeld (z. B. Unzufriedenheit mit der Arbeitsstelle? schwierige finanzielle Situation?),
 - subjektive Erwartungen (z. B. negative Zukunftsperspektive; sind subjektiv alle dem Ereignis zugeschriebenen Folgen entschädigungspflichtig? Gerechtigkeit?) oder.
 - subjektive Bewertungen (z. B. der Arbeitgeber/die Gesellschaft ist Schuld und soll zahlen?).

Initiale Reaktion auf ein Ereignis

Bei der Beurteilung von psychischen Reaktionen auf Arbeitsunfälle wird von Gerichten häufig das umfangreiche Werk von Schönberger, Mehrrens und Valentin (1998) zurückgegriffen, das u. a. die Literatur von Psychiatern, Gerichtsurteilen und Kommentaren zusammenstellt. Die Begriffe Schreck, Erschrecken und Schock werden bei Beschreibungen des Erlebens häufig gebraucht und oft synonym verwendet. Die Begriffe sind jedoch zu unterscheiden und werden an dieser Stelle nach Schönberger et al. (1998) zitiert:

dem *Schreck* (unmittelbare psychische Reaktion), der sich zur Angst verhält wie die Überraschung zur Erwartung, ist eigen die Plötzlichkeit des Einbruchs in die Psyche. Er wird durch überraschend auftretende intensive und meist als bedrohlich erlebte Sinnesreize ausgelöst (lauter Knall, heller Blitz, unerwarteter Bruch in der Erlebniskontinuität: z. B. »man verliert plötzlich den Boden unter den Füßen oder spürt unerwartet eine Hand auf der Schulter«).

Im Regelfall tritt als unmittelbare Reaktion auf den Schreck eine kurze Anfangsstarre mit motorischer Hemmung, Denkblockierung und Emotionslähmung auf. Die Zeit scheint kurz stillzustehen. Die gleichzeitige Reizung vegetativer und zentralnervöser Funktionen führt mit nur geringer Verzögerung zu meist sehr heftigen motorischen Abwehrbewegungen (d. h. durch die Hirnrinde gesteuerte willkürliche, aktive Muskelbewegungen). Dabei handelt es sich um Erregungszustände mit oft blinden Bewegungsstürmen und panikartigen Flucht-, Verteidigungs- und Angriffsreaktionen. Sie verlängern die Abklingphase des Schrecks über das Schreckerlebnis hinaus.

Schrecken ist weitergehend als Schreck und enthält zugleich die Wesenszüge des Grauens, Entsetzens, der Verzweiflung und Panik. Noch ist es eine allgemeine biologische Reaktion; auch beim stärkeren *Erschrecken* liegt ein normaler psychosomatischer Vorgang mit körperlicher Rückwirkung auf seelische Einflüsse vor, der vom Gesunden ohne Weiteres getragen wird. Heftiges Erschrecken allein ist somit noch keine Gesundheitsschädigung, sondern eine im Rahmen der Norm liegende, individuell sehr unterschiedlich stark ausgeprägte vitale Reaktion. Sie wird unfallrechtlich beachtlich, wenn dadurch eine Krankheit herbeigeführt wird. Die Rechtsprechung erkannte Schreck in Verbindung mit Überanstrengung als Arbeitsunfall. Die *Schock*-Wirkung spielt sich im Bereich des vegetativen Nervensystems ab (körperlich-vegetative Reaktion) und stellt die organisch-materielle Wechselbeziehung des Schreckerlebnisses dar.

Während beim Erschrecken Bewusstsein zum Zustandekommen der Reaktion notwendig ist, kann der echte Unfallschock (akute Kreislaufinsuffizienz) auch ohne Bewusstsein eintreten (Schönberger, Mehrrens & Valentin, 2008, S. 221; Hervorhebung im Original).«

7.3 · Kausalitätsfeststellung

Nach Schönberger et al. (1998) erfasst der Unfallbegriff auch psychische Gesundheitsstörungen als unmittelbare Reaktion auf ein äußeres Ereignis. Die plötzliche psychische Belastung könne die individuelle Erlebnisverarbeitung überfordern und unmittelbar über ein bloßes Erschrecken zu einer psychischen Störung, ggf. mit begleitenden somatischen Befunden führen. Dabei sei auch die psychovegetative Verfassung des Versicherten zum Zeitpunkt des Ereignisses zu berücksichtigen. Das Erschrecken selbst müsse bewiesen und ein dadurch herbeigeführter Gesundheitsschaden hinreichend wahrscheinlich sein. Ein Erschrecken auch stärkerer Art sei ein normaler psychosomatischer Vorgang. Daher sei die ernsthaft schädigende und unfallrechtlich relevante Wirkung des heftigen Erschreckens auf ganz seltene Fälle beschränkt.

Unter der Lupe

Der Gutachter muss klären, auf welchen rechtlichen Grundlagen und Rahmenbedingungen seine Beurteilungen ruhen. Die Rechtsbegriffe und Beurteilungskriterien sind unterschiedlich je nach Bezugssystem.

Als ein prinzipielles Problem stößt der Gutachter immer wieder auf Diskrepanzen zwischen dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis, den juristischen und formalen Regelungen und den voneinander abweichenden Definitionen.

Der Gutachter sieht sich außerdem immer wieder damit konfrontiert, dass seine Auffassung und Beurteilung von anderer Seite nicht oder nur partiell geteilt wird. Auch Kriterien unterliegen unterschiedlicher Einschätzung und Interpretation.

Der Gutachter muss dann entsprechend argumentieren.

7.3 Kausalitätsfeststellung

Der naturwissenschaftliche Kausalitätsbegriff entstammt der klassischen Mechanik, ist an die experimentelle Situation gebunden und damit komplexitätsreduzierend (In-vitro-Situation). Für die komplexe klinisch-gutachterliche Situation ist er eher nicht angemessen. Diese Komplexität muss mit dem

rechtlich-normativen Kausalitätsbegriff in Beziehung gesetzt werden (Leonhardt, 2002).

Kausalitätstheorien (Krasney 2001, S. 124):

Die **Adäquanztheorie** gilt im Zivilrecht, speziell in

- der privaten Unfallversicherung
- Haftpflichtversicherung
- der Wiedergutmachung nach dem Bundesentschädigungsgesetz

Ursache ist hier nur die *Conditio sine qua non*, die mit dem eingetretenen Erfolg in einem adäquaten Zusammenhang steht. Der Zusammenhang ist zu bejahen, wenn eine Tatsache im Allgemeinen und nicht nur unter besonders eigenartigen, ganz unwahrscheinlichen und nach dem regelmäßigen Verlauf der Dinge außer Betracht zu lassenden Umständen zur Herbeiführung eines Erfolges geeignet war.

Die **Theorie der wesentlichen Bedingung** gilt im Sozialrecht, speziell in

- der gesetzlichen Unfallversicherung
- dem sozialen Entschädigungsrecht
- der beamtenrechtlichen Unfallfürsorge

Ursachen im Rechtsinne sind hier die Bedingungen, die wegen ihrer besonderen Beziehungen zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Wenn mehrere Umstände zu einem Erfolg beigetragen haben, gelten sie als nebeneinander stehende *Mitursachen*, wenn sie in ihrer Bedeutung und Tragweite für den Eintritt des Erfolges annähernd gleichwertig sind. Kommt einem der Umstände eine überragende Bedeutung zu, ist dieser Umstand allein Ursache im Rechtssinne (Krasney, 2001, S. 124; Hervorhebungen fett und kursiv im Original; unterstrichen vom Autor).

In der gutachterlichen Praxis kommen trotz der Unterschiede in den beiden Kausalitätsnormen Gutachter bei gleichen Sachverhalten nach beiden Theorien meist zu gleichen Beurteilungsergebnissen.

Beispiel

Am **Beispiel der gesetzlichen Unfallversicherung** sollen im Folgenden wesentliche Schritte der Begutachtung erläutert werden. Grundlage ist ein Urteil des Bundessozialgerichtes 2. Senat vom 9.5.2006 (B2U1/05R) aus dem im Folgenden zitiert wird:



- Die Verrichtung des Versicherten muss zur Zeit des Unfalles eine versicherte Tätigkeit gewesen sein.
- Diese Verrichtung hat zu einem zeitlich begrenzten, von außen auf den Körper einwirkenden Ereignis – dem Unfallereignis – geführt (Unfallkausalität).
 - Das Unfallereignis hat einen Gesundheitsschaden oder gar den Tod des Versicherten verursacht (haftungsbegründende Kausalität). Dieser Ursachenzusammenhang muss festgestellt werden. Es genügt eine »hinreichende Wahrscheinlichkeit«. ... »Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden; die reine Möglichkeit genügt nicht« (Bundessozialgericht, 2006, Abschnitt 20).

(Ergänzung: nach Schönberger et al. (1998) stellen sich die Frage: War die Stresssituation belastend genug, um eine individuelle Stressreaktion hervorzurufen? Schönberger et al. stellen heraus, dass es nicht auf ein bestimmtes schweres Ausmaß der Stresseinwirkung von außen ankommt, sondern – den Grundsätzen bei der Feststellung der Kausalität entsprechend – auf die subjektive individuelle Stressreaktion infolge der äußeren Belastung.)

- Das Entstehen von länger andauernden Unfallfolgen aufgrund des Gesundheitserstschadens ist Voraussetzung für die Gewährung einer Verletztenrente (haftungsausfüllende Kausalität). Eine enge zeitliche Verbindung zwischen Einwirkung und Zusammenbruch wird gefordert. Sie ist keine Voraussetzung für die Anerkennung eines Arbeitsunfalles, sondern für die Gewährung einer Verletztenrente.
- »Diese Grundlagen der Theorie der wesentlichen Bedingung gelten für alle als Unfallfolgen geltend gemachten Gesundheitsstörungen und damit auch für psychische Störungen«... »denn auch psychische Reaktionen können rechtlich wesentlich durch ein Unfallereignis verursacht werden.« ... –Psychische Gesundheitsstörungen können nach einem Arbeitsunfall in vielfältiger Weise auftreten:«

... »sie können sich in Folge der Behandlung des gesundheitlichen Erstschadens erst herausbilden« (Bundessozialgericht, 2006, Abschnitt 21).

- Voraussetzung für die Gewährung einer Verletztenrente ist nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) VII, dass ihre Erwerbsfähigkeit infolge eines Versicherungsfalles über die 26. Woche nach dem Versicherungsfall hinaus um wenigstens 20% gemindert ist.
- Im Sozialrecht gilt die Theorie der wesentlichen Bedingung (Zitate aus dem Urteil des 2. Senates des BSG vom 9.5.2006, Nr. 14).
 - »Nach dieser werden als kausal und rechts-erheblich nur solche Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben«. Es ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne das der Erfolg entfiel (Conditio sine qua non; naturwissenschaftlich-philosophische Bedingungstheorie). Es ist dann eine Prüfung notwendig, welche der möglichen Ursachen die rechtlich erhebliche ist.
 - Sozialrechtlich ist allein relevant, ob das (Unfall-)Ereignis wesentlich war die Gesundheitsschäden hervorzurufen.
 - Es ist nicht relevant, ob der Verletzte selbst oder wer auch immer den Unfall verschuldet hat, da verbotswidriges Handeln einen Versicherungsfall nicht ausschließt.
 - Abzugrenzen gegenüber der wesentlichen Ursache ist die Gelegenheitsursache (Ist »die Krankheitsanlage so stark oder so leicht ansprechbar« ... , »dass die Auslösung' akuter Erscheinungen aus ihr nicht besonderer, in ihrer Art unersetzlicher äußerer Einwirkungen bedurfte, sondern dass jedes andere alltäglich vorkommende Ereignis zu derselben Zeit die Erscheinung ausgelöst hätte«) (ebd., Abschnitt 15).
 - »Die besondere Beziehung einer versicherten Ursache zum Erfolg (Gesundheitsschaden) sind das Ereignis an sich, möglicherweise konkurrierende Ursachen, der zeitliche Ablauf des Geschehens, Rückschlüsse



aus dem Verhalten des Verletzten nach dem Unfall, den Befunden und Diagnosen des erstbehandelnden Arztes sowie der gesamten Krankengeschichte.

- Eine Kausalitätsbeurteilung hat auf der Basis des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstandes über die Möglichkeiten von Ursachenzusammenhängen zwischen bestimmten Ereignissen (Unfall) und der Entstehung bestimmter Krankheiten (PTBS, Depression etc.) zu erfolgen. Diese Beurteilung muss auf den individuellen, konkreten Fall bezogen sein, eine generalisierende Betrachtung reicht nicht aus. Es muss dazu nicht unbedingt eine statistisch-epidemiologische Forschung geben. Wenn dazu keine Daten vorliegen, kann auch »einer nicht nur vereinzelt vertretenen Auffassung gefolgt werden« (ebd., Abschnitt 18).
- Jeder Teil der Ursachenkette muss nach den obigen Maßstäben herausgearbeitet und festgestellt werden. Der Ursachenzusammenhang muss positiv festgestellt werden. Für die Feststellung des Ursachenzusammenhanges genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit. Diese liegt vor, wenn mehr für als gegen den Ursachenzusammenhang spricht und ernste Zweifel ausscheiden. Die reine Möglichkeit genügt nicht.
- Die Basis der Beurteilung ist die einzelfallbezogene Bewertung:
 - der konkrete Versicherte,
 - mit seinem Unfallereignis, dem individuellen Ausmaß seiner Beeinträchtigungen (»aber nicht so wie er es subjektiv bewertet, sondern wie es objektiv ist«; ebd., Abschnitt 19). Wunschbedingte Vorstellungen vermögen einen wesentlichen Ursachenzusammenhang nicht zu begründen und.
 - mit seinen Vorerkrankungen und Vorschäden (z. B. »schließt eine »abnorme seelische Bereitschaft« die Annahme einer psychischen Reaktion als Unfallfolge nicht aus«; ebd. Abschnitt 37, Hervorhebung im Original). Eine in diesem Zusammenhang häufig benutzte Formulierung ist, dass der Versicherte so geschützt ist, wie er die Arbeit antritt.

7.4 Besonderheiten und Probleme der Begutachtung psychoreaktiver Störungen und Verhaltensweisen

Der Gutachter ist zum einen einer kritischen, objektiven Haltung verpflichtet. Zum anderen muss er in Beziehung zum Probanden treten, um die an ihn gestellten Fragen beantworten zu können. Die gutachterliche Situation ist daher eine sehr komplexe, die viele Komponenten beeinflussen, wie z. B. die Beziehung und Interaktion oder die Informationsgewinnung.

Unter der Lupe

Eine interessierte, nicht (ab)wertende und nicht offenkundig misstrauische Grundhaltung des Gutachters kann manche interaktionelle Schwierigkeiten abmildern und die Qualität des Gutachtens verbessern. Zeit und Geduld spielen hier eine wichtige Rolle.

Zunächst sind offene Fragen sinnvoll, um sich die Szene entwickeln zu lassen und die kommunizierbaren Informationen zu erhalten. Bei Traumatisierten muss man jedoch auch direkt und detailliert nachfragen, um wichtige Informationen zu erhalten. Vermeidungsverhalten oder lückenhafte bzw. fehlende Gedächtnisinhalte, wie z. B. Amnesien traumatischer Erfahrungen und Störungen spielen hier ebenso eine Rolle wie die häufig eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit.

Unter der Lupe

Nur offen erzählen zu lassen, ohne detailliertes Nachfragen, ist falsch und wird Traumatisierten mit psychischen Traumafolgestörungen nicht gerecht.

Eine gute ausführliche Übersicht über die Zusammenhänge von Psychopathologie nach Traumatisierung, aktueller Forschung und gutachterlichen Problemen geben Haenel u. Wenk-Ansohn (2004) mit Schwerpunkt auf die Begutachtung in aufenthaltsrechtlichen Verfahren.

Misstrauen

Wer massive interpersonelle Gewalt oder Vernachlässigung erlebt hat, ist nicht nur im Alltag in seiner Interaktion häufig beeinträchtigt, sondern auch in der gutachterlichen Situation. Wenn es nicht gelingt, Misstrauen abzubauen, wird die Information geringer und unschärfer sein. Traumatisierte Asylbewerber sind aus psychischen Gründen teilweise nicht in der Lage einen erlebnisnahen und detaillierten Vortrag ihrer Asylgründe zu geben. Probanden, die bereits mehrere Begutachtungen hinter sich haben, können einem erneuten Gutachter mit Misstrauen begegnen, insbesondere wenn sie der Auffassung sind, in der Vergangenheit falsch zitiert oder verstanden worden zu sein.

Erwartungen und Enttäuschungen

Manche Probanden sind u. a. enttäuscht von Versicherungen, Vorgesetzten, Behandlern und auch von Gutachtern. Sie fühlen sich falsch oder nicht verstanden, in ihrer Bedürftigkeit nicht gesehen oder auch abgewertet durch Bemerkungen oder dem nonverbalen Umgang. Sie suchen Gerechtigkeit und Anerkennung. Auch gibt es unrealistische Erwartungen an die Entschädigungssummen, die in Relation zu den persönlichen Einschränkungen und Verlusten gesetzt werden. Manchmal überwiegt der Wunsch nach Anerkennung des eigenen Leides den der Entschädigung.

Wiedererleben und Übererregung

Bei der Begutachtung soll der Proband über Situationen berichten, die nicht nur mit tiefgreifenden Gefühlen von Scham oder Schuld besetzt sind, sondern auch oftmals vermiedene Erinnerungen hervorrufen, die dann mit starkem psychischem und physischem Unwohlsein verbunden sein können. So kommt es, dass lieber nicht oder nur begrenzt darüber berichtet wird, trotz des Bewusstseins der negativen Konsequenzen für die gutachterliche Beurteilung. Dass dieses Verhalten Teil einer Störung (z. B. PTBS) ist, sollte dem Gutachter bewusst sein.

Scham und Schuld

Traumatische Situationen ereignen sich oftmals in sehr kurzer Zeit und lassen oft keinen Spielraum für reflektierte Entscheidungen und Handlungen. Die eigenen Handlungsweisen sind im Nachhinein

oft Gegenstand kritischer Hinterfragung bzw. Anklage. Sehr tiefgreifende Gefühle wie Scham und Schuld sind mit traumatischen Situationen assoziiert. Vieles wird daher eher nicht angesprochen bzw. vermieden, so dass der Gutachter vielleicht wesentliche Aspekte nicht erfährt, wenn der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung in der gutachterlichen Situation nicht gelingt.

Dissoziation

Während der Exploration erstarren plötzlich manche Probanden, andere wirken wie abwesend, der Gesprächskontakt scheint unterbrochen, der Augenkontakt geht verloren und die Antworten können erst verzögert oder gar nicht erfolgen. Die Dauer dieser Reaktionen kann sehr kurz sein, aber auch mehrere Minuten anhalten. Mitunter sind dissoziative Zustände nur sehr schwer als solche zu erkennen und können fälschlicherweise als Unaufmerksamkeit interpretiert werden. Tritt während einer Begutachtung ein dissoziativer Zustand ein, so ist der Proband zumeist durch die Exploration oder andere Auslösereize wieder mit intensiven Erinnerungen an ein Trauma konfrontiert. Eine geordnete Exploration ist dann zunächst nicht mehr möglich; vielmehr sind antidissoziative Techniken anzuwenden. Die Dissoziation ist als eine Symptomatik zu registrieren, die auf eine bestehende posttraumatische Beeinträchtigung bzw. Störung hinweist.

Schmerzen

Nach schweren Unfällen und anderen Traumatisierungen kann es zur Entwicklung langwieriger, therapieresistenter Schmerzsyndrome kommen. Die Begutachtung von Schmerzen zählt zu den sehr schwierigen Kapiteln ärztlicher Begutachtung. Praktische Hinweise gibt Foerster (2002). Eine Expertenkommission hat sich dieses Problems angenommen und Leitlinien zur Begutachtung chronischer Schmerzsyndrome erarbeitet (www.awmf-online.de; Widder et al. 2007).

Kombination schwerer körperlicher und psychischer Traumafolgen

Treten schwere körperliche und psychische Beeinträchtigungen, z. B. nach schweren Verkehrsunfällen, Vergewaltigung, Überfällen oder anderen Gewalttaten auf, drängen die Folgen körperlicher Behinde-

zung zunächst häufig in den Vordergrund. Dabei wird mitunter übersehen, dass die Schwere der körperlichen Symptomatik häufig auch durch die Schwere der psychischen Symptomatik mit bedingt wird und Wechselwirkungen auftreten. Außerdem werden auch von den Betroffenen häufig die körperlichen Beeinträchtigungen eher thematisiert als die bedrückenden und schambesetzten Erinnerungen.

Kultureller Hintergrund

Bei Probanden mit Migrationshintergrund sind die unterschiedlichen kulturellen Denk- und Verhaltensweisen zu berücksichtigen, z. B. in Hinblick auf Wertvorstellungen, Bildung, Sprachprobleme, sozioökonomische Verhältnisse, Rollenerwartungen und Geschlechternormen, Bedeutung der (Groß-)Familie/sozialen Gruppe, Ausdrucksweisen durch Symptomatik. Hausotter (2002) empfiehlt daher im psychiatrischen Gutachten einen eigenen Passus zu transkulturellen und migrationsspezifischen Überlegungen sowie die genaue Exploration der Umstände der Migration und der Folgen. Die Sprachkenntnisse des Probanden müssen überprüft werden, wenn die Exploration nicht in der Muttersprache durchgeführt werden. Sollten Zweifel an ausreichenden Sprachkenntnissen bestehen bleiben, sollte möglichst ein professioneller Dolmetscher hinzugezogen werden.

Aggravation und Simulation

Die Aggravation stellt Handlungen dar, die die Schwere der subjektiven und der möglicherweise geringfügigen objektiven Symptome unterstreichen sollen. Die Simulation ist dagegen eine bewusste Falschaussage (► Kap. 6.2).

Nach Foerster (2002) kann der Gedanke an eine Simulation entstehen, wenn in der Darstellung der Symptome das Gefühl des Unechten, des Falschen entsteht und dominiert. »Diese Probanden können im Sachverständigen Ärger, Zorn, persönliches Gekränkeltsein, oder auch einmal Belustigung auslösen, stets verbunden mit einem Gefühl des Unpassenden und einer 'falschen' Darstellung« (Foerster, 2002, S. 153).

Hinweise für eine Simulation können vorliegen, wenn u. a.

- eine auffallende Diskrepanz zwischen subjektiver Beschwerdeschilderung und beobachtbarem

Verhalten in der Untersuchungssituation besteht,

- die Intensität der Beschwerdeschilderung kontrastiert zur Vagheit der Beschwerden,
- Angaben zum Verlauf der Krankheit nicht präzise sind,
- sich zwischen den Angaben des Probanden und fremdanamnestischen Informationen erhebliche Diskrepanzen ergeben und
- das Ausmaß der geschilderten Beschwerden nicht in Übereinstimmung steht mit einer Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe.

Während reine Simulation selten auftritt, wird Aggravation häufiger beobachtet. Die Problematik von Aggravation und Simulation im aufenthaltsrechtlichen Verfahren beschreibt Birk (2004).

Eine psychometrische Untersuchung kann auf Widersprüche hinweisen, z. B., wenn die Angaben in den verschiedenen Fragebögen oder Untersuchungssituationen nicht konsistent sind (► Kap. 6.2). Psychometrische Versuche, eine Aggravation oder Simulation aufzuspüren, sind der Strukturierte Fragebogen simulierter Symptome (SFSS) und auch Testteile im »Eysencks Personality Inventory« (EPI), DT, »Minnesota Multiphasic Personality Inventory« (MMPI) sind konstruiert Täuschungen aufzudecken (Lehrl, 2001). Stevens u. Merten (2007) rechnen damit, dass in der Hälfte aller Fälle mit Entschädigungsanspruch Beschwerden übertrieben oder ausgeweitet werden. Diese Auffassung deckt sich jedoch nicht mit vielen Traumaexperten, die diese Zahl als wesentlich niedriger einschätzen. Merten (2004) fordert für die Neuropsychologie Symptomvalidierungstests.

Demgegenüber stellte Mayou (1995, S. 796 u. 797; Übersetzung und Ergänzungen in Klammern durch den Autor) nach zahlreichen Untersuchungen und Studien zu Verkehrsunfallverletzten fest:

- »die Evidenz für willentliche Übertreibung der [Unfall-]Folgen, für Simulation oder für unverhältnismäßige Forderungen ist bemerkenswert niedrig in einer Studie von nahezu 200 Probanden ...«.
- [Nur] »ein kleiner Anteil an Personen erfindet die Belastungen und Behinderungen und andere übertreiben willentlich.«,
- »Begriffe wie Übertreibung oder Simulation sind selten angemessen« sowie

- »eine große Zahl von Menschen erhält relativ wenig Aufmerksamkeit und ist unterversorgt durch die Ärzte und zu wenig beachtet durch das Entschädigungssystem«.

Darüber hinaus reflektiert Mundt (2007) die Funktionalität und komplexen Prozesse von Simulation und Aggravation und gibt Hinweise für ein tieferes Verstehen dieser Phänomene.

Krankheitsgewinn aus der Diagnose PTBS

Nach Meermans et al. (2008) lässt sich die Diagnose PTBS aufgrund ihrer ätiologischen Komponente auch dazu »nutzen«, sich i. S. eines primären Krankheitsgewinns (opfer-)identitätsstiftend zu mystifizieren oder i. S. eines sekundären Krankheitsgewinns finanziell gewinnbringend zu instrumentalisieren.

Beispiel

Das Beispiel Hals-Wirbelsäulen-(HWS-)Beschleunigungstrauma

Stevens (2006) und Eisenmenger (2008) berichten kritisch über die Geschichte des Begriffes HWS-Distorsion und die Problematik dieser sehr umstrittenen Diagnose. Kausalität, Pathophysiologie und Diagnose seien beim größten Teil der Klagen höchst umstritten. Oft mangle es an Validität, Reliabilität und Objektivität (Poeck, 2001). »Fast ausnahmslos« misslinge der klinische, neurologische und radiologische Verletzungsnachweis (Schröter, 2008). Er beschreibt eingehend die Methodik der Begutachtung. Stevens (2008) sieht das Syndrom nicht als nosologisch valides Konstrukt an, rechnet mit einer hohen Prävalenz von Aggravation und ordnet es am ehesten unter die somatoformen Störungen ein. Die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF-Leitlinie) zu dem Beschleunigungstrauma der HWS der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (2005) gibt ein differenzierteres Bild wieder (www.awmf-online.de), das an dieser Stelle nicht ausführlich dargestellt werden kann.

Zeitaufwand und Vergütung

Der Zeitaufwand für ein eingehendes Gutachten, das die hier genannten Aspekte berücksichtigt, ist oft

erheblich. Leider ist die Vergütung für eine qualitativ hochwertige Arbeit trotz Anpassung nicht unbedingt adäquat. Manche Kostenträger zahlen nur sehr unbefriedigende Vergütungen.

Vorbestehende Konflikte und Persönlichkeitszüge

Schönberger et al. (1998) gehen davon aus, dass beim Vorliegen vorbestehender Konflikte ein traumatisches Ereignis einen spezifischen Reiz i. S. einer Versuchungs- und Versagenssituation darstellen könne. Als Folge davon würde der vorbestehende Konflikt auf das Trauma verschoben. Das Unfallsereignis trafe auf eine latent vorhandene neurotische Struktur, der letzter Anlass (= »Auslösung«) zur Manifestation neurotischer Symptome wäre. Eine solche Bewertung im Einzelfall erfordere den Nachweis, dass bestehende Symptomatik und prätraumatische Struktur sich entsprechen. Es setzt aber auch den positiven Nachweis prätraumatischer Konflikte oder Persönlichkeitszüge voraus. Hypothetische, angenommene und nicht nachgewiesene Konflikte dürfen in der Begutachtung nicht dazu führen, dass Probanden eine manifeste PTBS abgesprochen wird. Die alleinige Annahme von Konflikten oder prämorbidem Persönlichkeitszügen reicht nicht.

Schmerzensgeld

Das Leistungsrecht der gesetzlichen Unfallversicherung sieht kein Schmerzensgeld vor. Um in die GdS einzufließen, muss sich eine unfallbedingte seelische Schädigung nachteilig auf die Erwerbsfähigkeit des Verletzten auswirken (Schönberger et al. 1998).

Verlauf

»Rentenverfahren sind möglichst rasch durchzuführen; Verzögerung hat antitherapeutischen Effekt« (Foerster, 1985 zit. nach Schönberger et al. 1998, S. 264).

Veränderung durch Therapieerfolge

Wehking et al. (2004) berichten aus einer Katamnese von Unfallpatienten eines stationären Heilverfahrens. Die günstigsten Therapieergebnisse seien im stationären Heilverfahren vor Ablauf des ersten Unfalljahres erreicht worden. Sie fanden Belege, dass psychische Störungen nach Unfallereignissen auch

im Chronifizierungsstadium durch konsequente, anlassbezogene stationäre Heilbehandlungsmaßnahmen gebessert werden können. Psychische Vorerkrankungen bestanden bei 60% der Patienten.

Eine Psychotherapie oder die Einnahme von Psychopharmaka kann anhaltend eine Symptomreduktion und Verbesserung der Leistungsfähigkeit bewirken. Diese anhaltende Besserung wirkt sich auf die Höhe der GdS aus, z. B. in einer Verringerung des GdS.

7.5 Methodik der Begutachtung

Zu Beginn einer Begutachtung können Hinweise wertvoll sein, dass

- Testergebnisse nur bei optimaler Mitarbeit gut zu verwerten sind,
- die Anstrengungsbereitschaft auch geprüft werden kann,
- wenn hier keine Therapie stattfindet, eine Verschlechterung der Symptomatik hinterher auftreten könne,
- alle Angaben auch an den Gutachten-Auftraggeber weitergegeben werden,
- affektive und physiologische Reaktionen während der Begutachtung beobachtet werden können.

Es besteht die Auffassung von Fabra (2006), dass sich bei der Exploration des Traumas als einzig valides Kriterium für eine PTBS eine PTBS-typische psychophysiologische Reaktion zeigen müsse. Während zum einen diese Forderung zumindest die leichten von den schweren Fällen differenzieren könnte, besteht die klinische Erfahrung, dass auch bei schwerer, nachgewiesener PTBS sich die PTBS-typische psychophysiologische Reaktion nicht unbedingt einstellt, wenn z. B.

- a) die Probanden versuchen die Haltung zu bewahren und es ihnen eher peinlich ist, Gefühle und körperliche Reaktionen bei Belastungen zu zeigen und/oder
- b) die Angst vor affektiver Überflutung zu groß und existenziell bedrohlich wird, so dass die Affekte als Selbstschutz abgewehrt werden müssen (Affektisolierung/affektive Abstumpfung/Numbing/Dissoziation).

Die Validität dieser Forderung ist daher fraglich und empirische Nachweise dafür fehlen nach unserem Kenntnisstand.

Gegenübertragung

Wenn es auf der einen Seite die reaktiven psychischen Symptome selbst sind, die einer objektiven gutachterlichen Beurteilung im Wege stehen können, so kann es auf der anderen Seite die Einstellung des Gutachters zum Überlebenden und dessen Geschichte sein, die die Objektivität der gutachterlichen Beurteilung herabsetzt. Gerade bei Trauma- und Folteropfern können Beziehungsaspekte zwischen Gutachter und den zu Untersuchenden wesentliche, nicht zu unterschätzende Einflüsse auf das gutachterliche Ergebnis haben. Denn ebenso wie in der therapeutischen Beziehung mit Folteropfern können sich auch beim Gutachter in seiner Beziehung zum zu Begutachtenden sehr schnell extreme Gegenübertragungspositionen mit entweder zu großer Distanz und fehlender Empathie oder zu geringer Distanz mit der Gefahr der Überidentifizierung und sogar der persönlichen, empathischen Verstrickung einstellen (Haenel, 2000).

Erhebung der Vorgeschichte

Dazu gehört die Exploration der

- allgemeinen Vorgeschichte inkl. psychiatrischer und somatischer Vorerkrankungen,
- speziellen Vorgeschichte (z. B. Unfall- und Behandlungsanamnese) inkl. der jetzigen Beschwerden, ihres Zeitverlaufs und ihrer Dauer sowie
- biographischen Anamnese inkl. möglicher prä-morbider Konflikte, die für die Symptombildung relevant sein könnten.

Damit soll sich der Gutachter ein Bild über die prä-morbide Leistungsfähigkeit und Persönlichkeit des Probanden verschaffen. Zur objektiven Abbildung der Vorerkrankungen und des Krankheitsverhaltens kann der Gutachter das Leistungsverzeichnis der Krankenkasse anfordern.

Wegen der zentralen Bedeutung der Krankheitsauswirkungen für soziale Leistungsempfehlungen kommt der »International Classification of Functioning, Disabilities and Health« (ICF) in sozialmedizinischer Hinsicht eine besondere Bedeutung zu

(Hagen, 2008). Die ICF ermöglicht eine systematische Erfassung und Beschreibung der Gesundheit auf den Ebenen der Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe unter Berücksichtigung der personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren.

Psychopathologie und Klassifikation

In den psychopathologischen Befund (AMDP, 2006; Scharfetter, 2002) werden objektive, beobachtbare Phänomene (z. B. Verlangsamung) wie auch subjektive oder anamnestisch zu erhebende Symptome (z. B. Schlafstörungen, Alpträume) eingeschlossen. Damit sind Symptome eingeschlossen, die man nicht in der Untersuchungssituation herausfinden kann. Der Gutachter ist hier durch einen zweckgerichteten und eingeübten Beschwerdevortrag täuschbar.

Unter der Lupe

Exploration des Traumas

Die Beurteilung einer psychischen Traumafolge setzt die Exploration des Traumas voraus. Die psychischen Reaktionen auf das Trauma können in der gutachterlichen Exploration sichtbar werden und sind ein Validitätskriterium für die diagnostische Zuordnung wie auch ggf. für die Schwere der Beeinträchtigung. Daher ist die detaillierte Exploration unverzichtbar, auch wenn psychopathologische Symptomatik und Vermeidungsverhalten dem entgegenstehen. Der Proband sollte vorher darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Exploration keine Therapie ist und sich die Symptomatik verschlechtern kann. Ein bloßer Verdacht oder Rückschlüsse über Symptome oder Verhalten reichen nicht aus, um den Gesundheitsschaden mit den rechtlichen Kriterien eines sog. Vollbeweises festzustellen.

Klassifikatorisch können neben dem wissenschaftlich am besten untersuchten PTBS-Bild zahlreiche weitere Störungen auftreten, sowohl als einzige Störung wie auch komorbid, gleichzeitig oder auch nachfolgend (► Kap. 2). Daher ist eine differenzierte psychopathologische Exploration notwendig mit der Einordnung der Symptome in Syndrome und Störungskategorien eines gültigen psychiatrischen Klassifikationssystems wie der ICD-10 oder dem

DSM-IV. Die vom Probanden geschilderten Beschwerden sind nicht einfach zu übernehmen, sondern psychopathologisch zu bewerten und einzuordnen. Dies ist oft nicht leicht, da der Verlauf der Exploration u. a. abhängig ist von der Kooperation des Probanden, seiner Psychopathologie und seinen intellektuellen und sprachlichen Fähigkeiten.

Nach besonderen Traumatisierungen kann es neben der PTBS zu komplexen chronischen Störungsbildern kommen. Die ICD-10 kennzeichnet ein Störungsbild als **andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung** (F62.0). Diese Diagnose ist auf bestimmte Extrembelastungen beschränkt, wie Konzentrationslagerhaft, Folter oder Geiselnahme. Für die Begutachtung nach dem sozialen Entschädigungsrecht kann diese Diagnose von Bedeutung sein. Weitere Störungsbilder können die dissoziativen Störungen (F44) sein. Die komplexe PTBS (Herman, 1995) ist bislang nicht in die Klassifikationssysteme aufgenommen und könnte unter die F43.1 subsumiert werden, wenn die Probanden die Kriterien für eine »einfache« PTBS erfüllen.

Die Einordnung von Symptomen in ein Störungsbild nach den Vorgaben einer Klassifikation ist ein erster Schritt, der jedoch noch keine Aussagen über die im Einzelfall vorliegenden störungsbedingten Funktionsbeeinträchtigungen und die daraus resultierenden Einschränkungen des erwerbsrelevanten Leistungsvermögens trifft. Die störungsbedingten Beeinträchtigungen für das Erwerbsleben können auf drei Ebenen beschrieben werden (Foerster et al. 2007):

1. psychisch-emotionale Beeinträchtigung,
2. sozial-kommunikative Beeinträchtigung,
3. körperlich-funktionelle Beeinträchtigung.

Diese Beeinträchtigungen sind detailliert zu explorieren und zu beschreiben. Der GdS ergibt sich aus der Gesamtheit der einzelnen Beeinträchtigungen.

Ausgangsbasis der klassifikatorischen Diagnostik sind eines der üblichen Diagnosesysteme (ICD-10, DSM-IV) oder auch Fachbücher und Standardwerke, z. B. die AWMF-Leitlinien sowie ergänzend weitere Veröffentlichungen (z. B. in der Zeitschrift »Der Medizinische Sachverständige«).

Ein **verzögerter Beginn** der PTBS, im DSM-IV als mindestens 6 Monate nach dem Trauma definiert, ist oft Gegenstand kontroverser Diskussion.

Die häufig dafür geforderten Brückensymptome können sich z. B. als unspezifische, subsyndromale depressive oder Angstsymptome darstellen, aber auch als subsyndromale oder partielle PTBS. Selten sind keine Brückensymptome festzustellen. Die Häufigkeiten dieses noch sehr unzureichend untersuchten Gegenstandes schwanken je nach Studie erheblich. In einer Übersichtsarbeit geben Andrews et al., (2007) die Zahl verzögerter PTBS nach zivilen Traumata mit durchschnittlich 15% in den verschiedenen Studien an.

Psychometrie/Testdiagnostik

Dressing u. Gass (2004) weisen darauf hin, dass der verstärkte Einsatz einer standardisierten Persönlichkeitsdiagnostik hilfreich sei. Die Realität der Begutachtung zeigt jedoch ein anderes Bild: nur etwa 20% der sozialmedizinischen Gutachten von niedergelassenen Psychiatern und Neurologen beziehen psychometrische Tests mit ein (Lehrl, 2001). Dabei gibt es einige Vorteile:

- Der Vergleich mit einer Normstichprobe.
- Systematische Erfassung von Merkmalen (z. B. Symptomen). Dies unterstützt die Kohärenz von klinischer Diagnose und diagnostischen Kriterien der Klassifikationssysteme.
- Zahlenmaterial, überprüfbar, vergleichbar und wiederholbar.
- Bessere Dokumentation, auch für Verlaufsuntersuchungen.
- Höhere Vollständigkeit der Daten.
- Unterstützt und fundiert die klinischen Aussagen.
- Relativiert und regt zur Selbstkritik der eigenen Befunde und Annahmen an.

In Studien zur PTBS gelten **Fremdbeurteilungsinstrumente** als der beste Weg, eine PTBS zu diagnostizieren. Instrumente wie die CAPS («Clinician Administered PTSD Scale»; zur Testung der PTBS), das SCID-I (**strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV: Testung der PTBS und komorbider Störungen**) oder das SCID-D (strukturiertes klinisches Interview nach DSM-IV für dissoziative Störungen) wurden in aufwändigen Untersuchungen testpsychologisch validiert mit wenigstens zufriedenstellenden Gütekriterien (genaue Darstellung der Verfahren: ► Kap. 6). Sie stellen die bisher

höchste Validität für die Diagnose der PTBS und anderer Traumafolgestörungen dar und gelten als der »goldene Standard« in der Diagnostik dieser Störungen. Bei ihrer Anwendung muss der Untersucher neben den strukturierten Fragen die einzelnen Fragen auch nach seinem klinischen Urteil bewerten.

Da während des strukturierten Interviews detailliert das traumatische Ereignis und die nachfolgende Symptomatik exploriert werden, können die psychophysiologischen Reaktionen bei Schilderung der Erlebnisse sichtbar werden. Damit ermöglicht ein strukturiertes Interview wie die CAPS die von Fabra (2006) erhobenen o. g. Forderungen.

Selbstbeurteilungsskalen bilden lediglich die subjektive Wirklichkeit und das Verständnis des Probanden von den jeweiligen Fragen ab. Sie sind damit Abbilder von Beschwerden, aber noch keine objektiven Befunde und für eine gutachterliche Diagnosestellung untauglich. Da z. B. Intrusionen häufig missverstanden werden, können die Selbstbeurteilungsinstrumente bei einer Begutachtung lediglich als Screening eingesetzt werden. Zur Selbstbeurteilung gibt es zahlreiche Instrumente (► Kap. 6), z. B. »PTSD Diagnostic Scale« (PDS; Foa, 1997), »Impact of Events Scale« (IES-R; Horowitz, 1979).

Patienten mit PTBS klagen häufig über Probleme von Gedächtnis, Konzentration und Leistungsfähigkeit. Zur Objektivierung der Leitungsfähigkeit wird häufig der Aufmerksamkeitsbelastungstest d2 nach Brickenkamp (2002) eingesetzt, bei dem der Patient über einen längeren Zeitraum Aufgaben lösen muss. Bei diesen Tests ist die Mitarbeit des Patienten notwendig und es sind mögliche tendenziöse Verhaltensweisen zu berücksichtigen. Da dies in der Neuropsychologie oftmals nicht ausreichend gegeben ist, fordert Merten (2004) die Anwendung von Symptomvalidierungstests (SVT).

Zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen kann als Screeninginstrument der SCID-II Selbstbeurteilungsfragebogen dienen, der bei positivem Hinweis auf eine oder mehrere Persönlichkeitsstörungen durch das strukturierte klinische Interview des SCID-II ergänzt bzw. validiert werden kann. Ausschließlich testpsychologisch erhobene Persönlichkeitsstörungsdiagnosen zeigen eine geringe Reliabilität. Nur der Einsatz eines strukturierten Interviews sichert eine ausreichend reliable Diagnose und ist

deshalb als State-of-the-art anzusehen (AWMF-Leitlinie zu Persönlichkeitsstörungen 2008).

Argumente gegen Psychometrie/ Testdiagnostik

Fabra (2006) setzt sich mit dem gravierenden Problem der Objektivität einer PTBS-Diagnose bei der Begutachtung auseinander, um letztlich einen »Vollbeweis« zu erbringen. Er ist der Auffassung, ausschließlich der »in einem ausführlichen gutachtlichen Interview erhobene psychische Querschnittsbefund« sei objektiv, in dem sich »einem tiefenpsychologischen Verstehenskonzept folgend, bei geeigneter Vorgehensweise des Untersuchers die einen Menschen in seinem täglichen Leben beeinträchtigenden Erlebens- und Verhaltensmuster unmittelbar abbilden« lassen (Fabra, 2006, S. 13). Demnach sei die alleinige Befragung des Probanden ungeeignet und auch Fragebögen und strukturierte Interviews würden das Problem nicht lösen, da sie lediglich die subjektive Sicht des Probanden wiedergeben würden, ohne jedoch eine Objektivierung des Schadens i. S. eines versicherungsrechtlich geforderten Vollbeweises zu erbringen. Notwendig für einen Vollbeweis sei die Objektivierung von Befunden, die von der bewussten, dem Willen unterworfenen Darstellung unabhängig sind.

Strukturiertes Interview und psychopathologischer Querschnittsbefund sind jedoch kein Widerspruch. Es stellt sich die außerdem die Frage, wie objektiv ein tiefenpsychologisches Verstehenskonzept ist. Es ist sehr fraglich, ob es einem Vollbeweis genügt. Offen ist außerdem die Anwendbarkeit bei nicht tiefenpsychologisch ausgebildeten Gutachtern und dem Zeit- und Kostendruck.

Kritisch und eher ablehnend sehen Stevens u. Merten (2007) den Wert einer psychometrischen Evaluation bei psychischen Traumafolgestörungen. Diese Sichtweise ist jedoch unter Traumaexperten sehr umstritten. Beim Fehlen sicherer objektiver Parameter für den Nachweis einer PTBS, z. B. eindeutiger psychophysiologischer Untersuchungsmethoden, kann die psychometrische Evaluation die klinische Diagnostik deutlich unterstützen, wenn man nicht den Fehler macht, sich allein auf die Testdiagnostik zu verlassen.

Abwägend beschreibt Denis (2004) Nutzen und Problematik einer standardisierten Diagnostik im aufenthaltsrechtlichen Verfahren.

7.6 Begutachtung von Asylbewerbern und nach politischer Haft

Die Begutachtung von Migranten nach dem Aufenthaltsrecht wird sehr kontrovers diskutiert. Behörden erkennen ärztliche Gutachten bzw. gutachterliche Stellungnahmen nicht an und unterstellen den Gutachtern, dass sie nur den Betroffenen vor einer Abschiebung schützen möchten. Die Kenntnis von Sachbearbeitern über Traumatisierungen scheint oft nur sehr begrenzt bzw. unzureichend zu sein. Allerdings haben Gutachter mit zu kurzen, nicht nachvollziehbaren Stellungnahmen das Misstrauen der Behörden gefördert. Daher wurden Standards für die Begutachtung traumatisierter Migranten und Flüchtlinge entwickelt und institutionell abgestimmt. Ärztekammern veranstalten Curricula, um einen Standard zu etablieren. Neben den speziellen psychiatrischen Kenntnissen ist eine Kenntnis der Lage im jeweiligen (Krisen-)Gebiet erforderlich, aus dem die Betroffenen geflohen sind. Von der Politik ist zu beantworten, ob und unter welchen Bedingungen ein Aufenthaltsrecht für Traumatisierte in Deutschland gewährt wird.

In den aufenthaltsrechtlichen Verfahren geht es zum einen darum, ob psychische oder physische Gesundheitsstörungen vorliegen, die das Asylbegehren stützen. Zum anderen steht die Frage im Raum, ob die psychischen Traumafolgen bei einer Rückführung in das Herkunftsland sich tief greifend verschlechtern und lebensbedrohliche Ausmaße (z. B. Suizidalität) annehmen können. Lebensbedrohliche Folgen kann auch eine Abschiebung in ein Land bedeuten, in dem der Betroffene keine Sicherheit erwarten kann und in dem weiter gefoltert wird, auch wenn dies aus politischen Gründen bestritten wird. Bei der Frage nach einer erfolgreichen Psychotherapie und danach zu erwartender Abschiebung werden Grundbedingungen psychotherapeutischer Arbeit wie Vertrauen und Offenheit infrage gestellt. Bei dieser Grundlage sind die Erfolgsaussichten einer Therapie nur gering.

Wenn ein Trauma i. S. des A-Kriteriums der PTBS (DSM-Definition) geltend gemacht wird, so muss es auch nachgewiesen werden. Dies ist in Asylverfahren oft schwierig und strittig. Den Nachweis des behaupteten Traumas muss das Gericht führen.

Nach Leonhardt u. Foerster (2003) sei der objektive Ereignisaspekt nicht Gegenstand der gutachtlichen Untersuchung. Mit psychiatrisch-psychotherapeutischen Mitteln könne nicht sicher erschlossen werden, ob tatsächlich in der Vorgeschichte ein Ereignis vorlag und wie dieses geartet war. Die Diagnose einer PTBS kann daher vom Gutachter nur unter der Prämisse gestellt werden, dass das Trauma vom Gericht auch als nachgewiesen bzw. wahrscheinlich angesehen wird (Ebert & Kindt, 2004). Der Gutachter kann aber dazu Stellung nehmen, ob die Symptomatik typisch für eine PTBS ist.

Dies gilt auch für geltend gemachte fehlende oder falsche Erinnerungen. Erinnerungslücken für nicht unmittelbar mit dem Trauma in Verbindung stehende Ereignisse sind nicht typisch für eine PTBS. Jedoch können nebeneinander übergenaue Erinnerungen und unscharfe oder fehlende Details bestehen.

Der Gutachter sollte nach allgemeinen Kriterien wie Detailreichtum, Individualität, Verflechtung mit objektiven Umständen, Konstanz, Strukturgleichheit die Schilderung des Asylbewerbers bewerten. Fragen nach Raum, Ort und Zeit der Haft, Details der Haftzeit bzw. der eigentlichen Folter sowie weitere Angaben zur Vor- und Nachgeschichte sollte der Asylbewerber beantworten können (Ebert & Kindt, 2004).

Vom Asylbewerber wird eine Darstellung seiner Verfolgungsgeschichte nach allgemeinen Kriterien wie Detailreichtum, Individualität, Verflechtung mit objektiven Umständen, Konstanz, Strukturgleichheit erwartet. Fragen nach Raum, Ort und Zeit der Haft, Details der Haftzeit bzw. der eigentlichen Folter sowie weitere Angaben zur Vor- und Nachgeschichte soll der Asylbewerber beantworten können (Ebert & Kindt, 2004). Hierzu aber sind Asylbewerber mit PTSD störungsbedingt oft nicht in der Lage (Birck, 2002; Haenel, 2004).

Psychopathologisch ist wesentlich, die für eine Diagnose PTBS erforderlichen ungewollten, eindringlichen (intrusiven) und angstvoll erlebten Wiedererinnerungen an das Trauma zu explorieren. Diese Intrusionen oder gar Flashbacks können gerade auch in Ruhe auftreten, nicht nur unter Belastung. Hinweisreize, die an die Traumatisierung erinnern, können eine erhebliche psychophysiologische Symptomatik auslösen. Tritt eine intensive

psychophysiologische Symptomatik während der Begutachtung auf, ist dies als deutlicher Hinweis auf das Vorliegen einer Traumatisierung zu werten und zu beschreiben. Diese Erinnerungen sind zu unterscheiden von der Furcht verfolgt zu werden (hier oder im Heimatland) oder sich aufdrängenden Vorstellungen, wie eine (erneute) Verfolgung aussehen könnte. Die letzteren entsprechen keiner PTBS. Die Herausarbeitung der Inhalte der Ängste und ihre diagnostische Zuordnung sind damit Teil der gutachterlichen Tätigkeit.

Der Gutachter muss auch dem Gericht gegenüber vergegenwärtigen, dass es für ihn keine sicheren Beweise gibt, sondern es sich um Indizien und Hinweise handelt, aus denen er seine Schlussfolgerungen zieht. Es muss weiterhin berücksichtigt werden, dass neben einer PTBS andere Erklärungen für die Symptomatik möglich sind, z. B. Depressionen, Angststörungen oder Psychosen. Dies gilt besonders, wenn die Symptomatik nicht alle Kriterien einer PTBS erfüllt.

Für die Prognose ist zu beschreiben, dass auch nach einer Therapie ein erhöhtes Rezidivrisiko besteht. Allein Auslösereize und die Umgebung der früheren Traumatisierung nach einer Abschiebung können angstausslösend wirken, unabhängig vom Bestehen einer PTBS.

Unter der Lupe

Die Abschätzung des Suizidrisikos ist sehr schwierig, da ein Gutachter nicht wirklich wissen kann, ob die Suiziddrohung bei einer Abschiebung lediglich eine Drohung ist oder ein fester Entschluss, der auch in die Tat umgesetzt wird. Auf jeden Fall ist eine Suiziddrohung ein ernst zu nehmender Risikofaktor, insbesondere wenn gleichzeitig eine psychische Störung vorliegt, die möglicherweise die freie Willensbildung einschränkt, z. B. eine schwere Depression.

Da der Rahmen dieses Beitrages begrenzt ist, sei auf das Buch von Haenel u. Wenk-Ansohn (2005) verwiesen, das bei aufenthaltsrechtlichen Verfahren u. a. zu Gedächtnisstörungen, Einsatz von Dolmetschern, frauenspezifischen Fragen, Übertragung und Gegenübertragung sowie Standards der Begutachtung Stellung nimmt.

Anhang: GdS-(früher: MdE-)Bewertungskriterien und Tabellen

1 Grundlagen und Bewertungskriterien

1.1 Grundsätzliches: einige wichtige Grundbegriffe

Als Schädigungsfolge wird im sozialen Entschädigungsrecht jede Gesundheitsstörung bezeichnet, die mit einer nach dem entsprechenden Gesetz zu berücksichtigenden Schädigung in ursächlichem Zusammenhang steht. Die Auswirkungen der Schädigungsfolge werden mit dem Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) bemessen. Zu den Schädigungsfolgen gehören auch Abweichungen vom Gesundheitszustand, die keine MdE bedingen (z. B. funktionell bedeutungslose Narben, Verlust von Zähnen) (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2008, S. 20).

MdE und GdB werden nach gleichen Grundsätzen bemessen. Beide Begriffe unterscheiden sich lediglich dadurch, dass die MdE kausal (nur auf die Schädigungsfolgen) und die GdB final (auf alle Gesundheitsstörungen unabhängig von ihrer Ursache) bezogen sind. Beide Begriffe haben die Auswirkungen von Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen und nicht nur die Einschränkungen im allgemeinen Erwerbsleben zu Inhalt. MdE und GdB sind ein Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2008, S. 20).

GdB und MdE setzen stets eine Regelwidrigkeit gegenüber dem für das Lebensalter typischen Zustand voraus (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2008, S. 21).

Nach Foerster et al. (2007) geben die MdE-Werte für entsprechende organische Gesundheitsschäden Anhaltspunkte für die MdE-Einschätzung von psychischen Störungen mit wesentlichen körperlichen Auswirkungen. Da bei den körperlich-organischen Unfallfolgen auch die »üblichen« (Anhaltspunkte S. 23) psychischen Reaktionen miterfasst sind, sind nur die das übliche Maß erheblich übersteigenden Störungen eigenständig zu bewerten.

Von Vorgaben und Empfehlungen kann im Einzelfall abgewichen werden. Dies ist aber eingehend zu begründen.

1.2 Kausalitätsbeurteilung in den Anhaltspunkten des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (2008)

- Langdauernde psychische Belastungen (z. B. Kriegsgefangenschaft, DDR-Haft) bzw.
- kurzdauernde Belastungen (z. B. Geiselnahme, Vergewaltigung).

»sofern die Belastungen ausgeprägt und mit dem Erleben von Angst und Ausgeliefertsein verbunden waren« (S. 205). Es ist nicht nur das Ereignis selbst zu bewerten, sondern auch, wie sich die Belastungen bei dem Betroffenen »nach seiner individuellen Belastbarkeit und Kompensationsfähigkeit ausgewirkt haben« (S. 205).

- Eine MdE ist nicht abstrakt für eine Störung, sondern für den konkreten Patienten zu ermitteln.

1.3 Maßstäbe für die MdE-Grade

Foerster et al. (2007): die Höhe der MdE bestimmt sich generell nach dem (individuell) verbliebenen Leistungsvermögen im Erwerbsleben.

In der gesetzlichen Unfallversicherung besteht nach Schönberger et al. (1998) ein strenger Bezug auf Beeinträchtigungen im Erwerbsleben. Für die Höhe der MdE seien nicht der erhobene Befund oder die Diagnose maßgebend, sondern der Umfang der durch psychopathologische Symptome bedingten, konkreten Beeinträchtigung des Leistungsvermögens. Der Gutachter sollte auch berücksichtigen, dass Krankheit und Diagnose noch keine Leistungsbeeinträchtigung an sich bedeuten.

2 MdE-(GdS-)Tabellen

Die Problematik der MdE-Einschätzung bei psychischen Störungen fassen Foerster et al. (2007) so zusammen: »anders als in vielen somatischen Fächern haben sich bislang für die psychischen Störungen keine differenzierten, allgemein anerkannten Erfahrungswerte bzw. Anhaltspunkte zur MdE-Bewertung entwickelt« (Foerster et al., 2007, S. 52) Auf die Anhaltspunkte bei Unfällen zurückzugreifen sei weder normativ noch sachlich korrekt. Mehrhoff et al. (2005) legten einen ersten Vorschlag für die Unfallbegutachtung vor, der sich aus Erfahrungswerten erfahrener Gutachter zusammensetzte. Foerster et al. (2007) formulierten »Vorschläge zur MdE-Einschätzung bei psychoreaktiven Störungen in der gesetzlichen Unfallversicherung« aus einer interdisziplinären Arbeitsgruppe auf Anregung der Berufsgenossenschaften. Die folgenden Tabellen geben zumeist lediglich die MdE-Sätze für Belastungsstörungen/PTBS wieder. Auf weitergehende Darstellungen, z. B. MdE-Sätzen von Angststörungen, Depressionen, somatoformen (Schmerz-)Störungen, Persönlichkeitsstörungen, dissoziativen Störungen wurde hier weitgehend verzichtet und es wird auf die im Literaturverzeichnis erwähnte Originalliteratur verwiesen.

Bei den Tabellen ist der unterschiedliche Bezugsrahmen zu berücksichtigen, d. h. soziales Entschädigungsrecht, gesetzliche Unfallversicherung, Beamtenrecht.

2.1 Aus den »Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz« (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 2008)

| Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, Folgen psychischer Traumata | MdE-/GdB-Grad |
|--|---------------|
| leichtere psychovegetative oder psychische Störungen | 0–20 |
| stärker behindernde Störungen. (mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. ausgeprägtere depressive, hypochondrische, asthenische oder phobische Störungen, Entwicklungen mit Krankheitswert, somatoforme Störungen) | 30–40 |
| schwere Störungen (z. B. schwere Zwangskrankheit) | |
| mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten | 50–70 |
| mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten | 80–100 |

Es wird eine unterschiedliche Dauer unterschieden:

- kurzfristig: bis zu ca. zwei Jahren, z. B. als PTBS;
- längerfristig: Chronifizierung mit »Persönlichkeitsänderung (früher: erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel) mit Misstrauen, Rückzug, Motivationsverlust, Gefühl der Leere und Entfremdung« (S. 205). »Anhaltende Störungen setzen tief in das Persönlichkeitsgefüge eingreifende und in der Regel langdauernde Belastungen voraus« (S. 205).

Bei chronisch verlaufenden Störungen sollte geprüft werden, »ob die Schädigungsfaktoren fortwirken oder schädigungsunabhängige Faktoren für die Chronifizierung verantwortlich sind (»Verschiebung der Wesensgrundlage«)« (S. 205). Diese Verschiebung der Wesensgrundlage wird in den Anhaltspunkten definiert als »bei gleich bleibendem Erscheinungsbild kann eine wesentliche Änderung

der gesundheitlichen Verhältnisse vorliegen, wenn sich die schädigungsbedingte Störung, die dem Erscheinungsbild zunächst zugrunde lag, gebessert oder ganz zurückgebildet hat, das Leidensbild jedoch aufgrund neuer Ursachen bestehen geblieben ist« (S. 46).

Auch die Auswirkungen psychischer Traumata im Kindesalter werden als Traumata anerkannt.

Anzugrenzen sind »Wunsch- und Zweckreaktionen als selbständige, auf der Persönlichkeit beruhende, tendenziöse seelische Äußerungen« (S. 205). Sie »sind nicht Schädigungsfolge« (S. 205).

2.2 Anhaltswerte für psychische Gesundheitsschäden nach Unfällen (nach Mehrhoff, Meindl, Muhr, 2005)

Mehrhoft et al. erstellten eine MdE-Tabelle für psychische Gesundheitsschäden nach Unfällen. Sie orientierten sich an MdE-Sätzen, »von denen auch erfahrene Gutachter ausgehen« (S. 258).

| Belastungsstörungen mit emotionaler Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit | MdE in % |
|--|----------|
| In geringerem Ausmaß, allgemeiner Leidensdruck, auch mit leichteren vegetativen Beschwerden, ohne wesentliche soziale Anpassungsschwierigkeiten | bis 10 |
| In stärkerem Ausmaß, insbesondere mit sozial-kommunikativer Beeinträchtigung | 10–20 |
| In erheblichem Ausmaß, insbesondere mit starker sozial-kommunikativer Beeinträchtigung, auch angstbestimmten Verhaltensweisen | 20–30 |
| In schwerem Ausmaß, insbesondere mit starker sozial-kommunikativer Beeinträchtigung, Angstzuständen und ausgeprägtem Vermeidungsverhalten, Antriebsminderung, vegetativer Übererregtheit (u. U. auch mit körperlicher Symptomatik) | 30–50 |

Sie geben auch MdE-Tabellen für Phobien, Ängste, Depressionen, somatoforme Störungsbilder sowie Persönlichkeitsänderungen an.

2.3 Vorschläge für die gesetzliche Unfallversicherung nach Foerster et al. (2007)

| Für die PTBS | MdE in % |
|---|----------|
| Unvollständig ausgeprägtes Störungsbild (Teil- oder Restsymptomatik) | bis 20 |
| Üblicherweise zu beobachtendes Störungsbild, geprägt durch starke emotional und durch Ängste bestimmte Verhaltensweisen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit und gleichzeitig größere sozialkommunikative Beeinträchtigungen | bis 30 |
| Schwerer Fall, gekennzeichnet durch massive Schlafstörungen mit Alpträumen, häufige Erinnerungseinbrüche, Angstzustände, die auch tagsüber auftreten können, und ausgeprägtes Vermeidungsverhalten | bis 50 |

Foerster et al. (2007) haben auch weitere Traumafolgestörungen in ihrer MdE eingeschätzt. Die MdE-Einschätzungen von akuten Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen, depressiven Episoden, anhaltenden affektiven Störungen, somatoformen Störungen, somatoformer Schmerzstörung, Panikstörung, generalisierter Angststörung, Angst und depressive Störung gemischt, Agoraphobie, soziale Phobie, spezifische Phobie und dissoziative Störung sind dort nachzulesen.

2.4 Empfehlungen zur Diagnostik und sozialmedizinischen Bewertung von dienstlich verursachten Psychotraumata bei Polizeibeamten (Meermann et al. 2008)

In der Bad Pyrmonter Klassifikation von psychischen Traumafolgen erarbeiteten Meermann et al. mit ca. 40 Polizeiarzten Anhaltspunkte für die sozialmedizinische Bewertung von dienstlich verursachten Psychotraumata, d. h. Dienstunfällen, bei Polizeibeamten. Sie sollen eine Hilfestellung sein und zur Vereinheitlichung der gutachterlichen Einschätzung eines Grades der Schädigungsfolgen (GdS) bei einer PTBS dienen. Für die Beurteilung der Dienstfähigkeit sind die Gesetze des Bundes bzw. der Länder zu beachten. Die Theorie der wesentlichen Bedingung gilt für die Anerkennung als Dienstunfall.

Empfehlungen zur Diagnostik und sozialmedizinischen Bewertung von dienstlich verursachten Psychotraumata bei Polizeibeamten (Meermann et al. 2008)

| GdS | Symptome | Kommentar |
|--------|---|---|
| [%] | | |
| 0–20 | Die Erinnerung an das Ereignis/Trauma wird als belastend erlebt. Vereinzelt Alpträume, die das Ereignis wiedererleben lassen, kommen nach dem Trauma vor. Die Entspannungsfähigkeit ist nicht eingeschränkt. Es besteht kein nennenswertes Vermeidungsverhalten. Es bestehen langfristig keine deutlichen Einschränkungen im Beruf, in der Partnerschaft und Familie, im Sozial- und Vermeidungsverhalten | Die uneingeschränkte Verwendungsfähigkeit für den Polizeivollzugsdienst ist gegeben |
| 30–40 | Die Erinnerung an das Ereignis/Trauma taucht bei verschiedenen äußeren Anlässen (Triggerreizen) als Flashback auf, es kommt dabei auch zu einer kurzen Schreckreaktion. Regelmäßig mindestens einmal pro Woche kommt es zu traumabezogenen Alpträumen. Es besteht eine dauerhafte übermäßige vegetative Anspannung. Es tritt eine stärkere Anspannung beim Aufsuchen des Ortes des Traumas und ein deutliches Vermeidungsverhalten auf. Weitere psychosomatische Symptome können vorkommen. In Partnerschaft, Familie, Sozialkontakten und im Freizeitbereich kommt es zu einer zeitweisen, für die Umgebung nicht einfühlbaren Gereiztheit und Schwierigkeiten, sich zu entspannen. Eine ambulante Richtlinienpsychotherapie ist/war indiziert | Möglicherweise eingeschränkte Verwendungsfähigkeit für den Polizeivollzugsdienst |
| 50–70 | Es kommt regelmäßig zu häufigen quälenden Erinnerungen an das Trauma bei äußeren Anlässen (Triggersituationen) oder auch Gedanken hieran, häufigen Flashbacks sowie häufigen Alpträumen mit andauernden Schlafstörungen. Es findet sich fortgesetztes Grübeln über das Erlebte, u. U. auch mit quälenden Schuldgefühlen und/oder dem Erleben versagt zu haben. Zusätzlich finden sich depressive Symptome oder eine Angststörung. Es besteht ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten vor Orten/Situationen, die mit dem Trauma zu tun haben. Die Partnerschaft wurde durch die Traumafolgen sehr belastet, Trennungsgedanken stehen im Raum. Es besteht ein reduziertes Freizeitverhalten mit sozialem Rückzug. Teilweise werden z. B. aggressive Sportarten und/oder ausgedehnte sportliche Aktivitäten (oft alleine, wie z. B. Laufen) statt der sozialen Kontakte gesucht. Es ist/war primär eine stationäre Psychotherapie indiziert – u. U. nachdem eine ambulante Psychotherapie erfolglos versucht worden war | Die Verwendungsfähigkeit für den Polizeivollzugsdienst ist im Allgemeinen nicht mehr gegeben |
| 80–100 | Das gesamte Denken und Fühlen ist auf das Trauma und die Traumafolgen eingeengt. Bedingt wird diese Einengung durch häufige Flashbacks, wiederholte nächtliche Alpträume mehrfach pro Woche mit Wiedererleben der traumatischen Situation sowie unüberwindliches Vermeidungsverhalten. Oft besteht eine erhebliche Angst, einem weiteren Trauma ausgesetzt zu sein, sowie ein hohes Kontrollbedürfnis mit ständiger Wachsamkeit. Entspannung und Schlafen gelingen kaum mehr. Der Tagesablauf kann durch starke Anspannung, süchtiges oder selbstschädigendes Verhalten und Versuchen, zur Ruhe zu kommen, geprägt sein. Das Selbstbild wird bestimmt durch das Erleben, trotz eines zunehmenden zeitlichen Abstandes, ausschließlich ein Traumaopfer zu sein. Für die Umgebung entsteht der Eindruck emotionaler Abstumpfung und mangelnder Erreichbarkeit. Zwischenzeitlich können auch massive aggressive Ausbrüche auftreten, die sich für die Umgebung nicht einfühlbar lassen. Der tiefere Kontakt zu anderen Menschen wird fast völlig gemieden. Die Stabilität von Partnerschaft und Familie steht nachhaltig infrage oder sie sind oft schon zerbrochen. Es besteht eine latente Suizidalität. Wiederholte (mindestens zwei) stationäre Psychotherapien auch wegen komorbider Ängste, Depressionen oder zur Krisenintervention können erforderlich geworden sein | Weder Verwendungsfähigkeit für den Polizeivollzugsdienst noch Dienstfähigkeit i. Allg. Verwaltungsdienst sind gegeben |

Die Autoren sind der Auffassung, dass bis auf wenige Ausnahmen wegen der grundsätzlich guten Prognose keine GdS-Einstufung auf Dauer vorzunehmen sei. Sollte eine zeitlich befristete Anerkennung einer GdS notwendig sein, sei wegen der Krankheitsverarbeitung eine Nachbegutachtung nach spätestens 1–2 Jahren dringend erforderlich.

2.5 Anhaltswerte für die MdE-Beurteilung in der gesetzlichen Unfallversicherung nach Schönberger et al. (1998)

»Wegen des strengen Bezugs auf Beeinträchtigungen im Erwerbsleben können die in den ›Anhaltspunkten ...‹ enthaltenen MdE-(GdB-)Sätze für Neurosen und abnorme Persönlichkeitsentwicklungen im Recht der ges. UV nicht angewendet werden« (Schönberger et al., 1998, S. 265).

Anhaltswerte für die MdE-Beurteilung in der gesetzlichen Unfallversicherung

| MdE in % | Symptome |
|----------|--|
| 0–10 | Abnorme Persönlichkeitsentwicklungen, akute Belastungsreaktionen, Anpassungsbeeinträchtigungen, psychoreaktive Störungen mit finaler Ausrichtung, sog. Leichtere neurotische Störungen (oft mit vegetativer Symptomatik verbunden, sog. Psychovegetatives Syndrom) |
| 20–40 | stärker behindernde Störungen mit wesentlicher Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit (z. B. manche Phobien, pathologische Entwicklungsstörungen) |
| 50–100 | schwere Störungen mit erheblichen sozialen Anpassungsschwierigkeiten (z. B. nach schwerer Zwangskrankheit) |

Literatur

- Andrews, B., Brewin, C., Philpott, R., Stewart, L. (2007). Delayed-Onset Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review of the Evidence. *Am J Psychiatry*, 164, 1319–1326.
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP). (2006). *Das AMDP-System*. Göttingen: Hogrefe.
- Birck, A. (2002). Traumatisierte Flüchtlinge - Wie glaubhaft sind ihre Aussagen. Asanger, Heidelberg.
- Birk, A. (2004). Erinnern, Vergessen und posttraumatische Störungen. In F. Haenel & Wenk-Ansohn, M. (Hrsg.), *Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren* (S. 76–97). Weinheim: Beltz.
- Brickenkamp, R. (2002). *Test d2. Aufmerksamkeits-Belastungstest*. Hogrefe: Göttingen.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2008). *Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertengesetz*. Bonn.
- Bundessozialgericht 2. Senat (9. Mai 2006). Az: B 2 U 1/05 R. Kassel.
- Bundesverband der Unfallkassen (2007). *Arbeitshilfe »Psyche und Trauma«*. Handbuch für Mitarbeiter der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand zur Begutachtung von psychischen Gesundheitsstörungen nach Arbeitsunfällen. München.
- Denis, D. (2004). Standardisierte Diagnostik bei der Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren. In F. Haenel & Wenk-Ansohn, M. (Hrsg.), *Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren* (S. 98–126). Weinheim: Beltz.
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). (2005). *Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie: Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule*. Verfügbar unter: www.awmf-online.de.
- Drechsel-Schlund, C. (2008). Das professionelle Gutachten – Besonderheiten der gesetzlichen Unfallversicherung. *Der Medizinische Sachverständige*, 105, 104–107.
- Dressing, H. & Gass, P. (2004). Die Begutachtung neurotischer Störungen in der gesetzlichen Unfallversicherung. *Der Medizinische Sachverständige*, 100, 118–122.
- Ebert, D. & Kindt, H. (2004). Die posttraumatische Belastungsstörung im Rahmen von Asylverfahren. *Verwaltungsblätter für Baden-Württemberg*, 2, 41–45.
- Eisenmenger, W. (2008). Die Distorsion der Halswirbelsäule – Anmerkungen zur Rechtsprechung aus biomechanischer und rechtsmedizinischer Sicht. *Der Medizinische Sachverständige*, 104, 56–69.
- Fabra, M. (2006). Posttraumatische Belastungsstörung und psychischer Querschnittsbefund: Konsequenzen für die psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtung. *Der Medizinische Sachverständige*, 102, 26–31.
- Fabra, M. (2007). Psychogene Störungen nach Unfällen in der Gesetzlichen Unfallversicherung, im sozialen Entschädigungsrecht, im Schwerbehinderten- und Haftpflichtrecht. In E. Ludolph, R. Lehmann & J. Schürmann (Hrsg.), *Kursbuch der ärztlichen Begutachtung*. VI–2.7.2. (S. 1–50) Landsberg: ecomed.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L. & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: the posttraumatic diagnostic scale. *Psychological Assessment*, 9, 445–451.
- Foerster, K. (2002). Begutachtung von Patienten mit chronischen Schmerzen aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht. *Der Medizinische Sachverständige*, 98, 152–156.
- Foerster, K., Bork, S., Kaiser, V., Grobe, T., Tegenthoff, M., Weise, H., Badke, A., Schreinicke, G. & Lübcke, J. (2007) Vorschläge zur MdE-Einschätzung bei psychoreaktiven Störungen in der gesetzlichen Unfallversicherung. *Der Medizinische Sachverständige*, 103, 52–56.

- Frommberger, U., Nyberg, E., Angenendt, J., Lieb, K. & Berger, M. (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen* (S. 667–696). München: Urban & Fischer.
- Haenel, F. (2000). Die Beziehung zwischen Gutachter und zu Untersuchenden und ihre Bedeutung bei der Begutachtung chronisch psychischer Traumafolgen. *Der Medizinische Sachverständige*, 96, 84–87.
- Haenel, F. (2002). Zur Abgrenzung psychisch-reaktiver Haft- und Folterfolgen von schädigungsunabhängigen neurotischen Störungen – ein kasuistischer Beitrag. *Der Medizinische Sachverständige*, 98, 194–198.
- Haenel, F. (2004). Diagnostik und Differentialdiagnostik und komorbide Störungen bei Folter- und Bürgerkriegsüberlebenden. *ZPPM*, 2, 19–29.
- Haenel, F. & Wenk-Ansohn, M. (2005). *Begutachtung psychischer reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren*. Weinheim: Beltz.
- Hagen, T. (2008). Das professionelle Gutachten – Anforderungen aus sozialmedizinischer Sicht. *Der Medizinische Sachverständige*, 105, 115–117
- Hausotter, W. (2002). Begutachtung von Migranten und Arbeitnehmern ausländischer Herkunft. *Der Medizinische Sachverständige*, 98, 161–166.
- Herman, J. (1995). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. In G. S. Everly, Jr., J. M. Lating (Eds.), *Psychotraumatology. Key papers and core concepts in post-traumatic-stress* (pp. 87–102). New York: Plenum.
- Horowitz, M. J., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of events scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 954–969.
- Krasney, O. (2001). Tafeln für den Gutachter: Ursächlicher Zusammenhang, Tafel 19. *Der Medizinische Sachverständige*, 97, 124.
- Landesverband Südwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften. (1999). *Arbeitsunfall und psychische Gesundheitsschäden*. Heidelberg.
- Lehrl, S. (2001). Stellenwert psychometrischer Tests in der sozialmedizinischen Begutachtung. *Der Medizinische Sachverständige*, 97, 40–45.
- Leonhardt, M. (2002). Wie ist eine Kausalitätsbeurteilung psychischer Störungen im sozialen Entschädigungsrecht möglich? *Der Medizinische Sachverständige*, 98, 188–193.
- Leonhardt, M. & Foerster, K. (2003). Probleme bei der Begutachtung der posttraumatischen Belastungsstörung. *Der Medizinische Sachverständige*, 99, 150–155.
- Loytved, H. (2005). Zur Anerkennung von sogenannten Schockschäden im Gewaltopferentschädigungsrecht. *Der Medizinische Sachverständige*, 101, 148–152.
- Mayou, R. (1995). Medico-legal aspects of road traffic accidents. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 789–798.
- Meermann, R., Okon, E., Thiel, R., Tödt, H. & Heuft, G. (2008). Empfehlungen zur Diagnostik und sozialmedizinischen Bewertung von dienstlich verursachten Psychotraumata bei Polizeibeamten. *Der Medizinische Sachverständige*, 104, 224–227.
- Mehrhoft, F., Meindl, R. & Muhr, G. (2005). *Unfallbegutachtung*. Berlin: De Gruyter.
- Merten, T. (2004). Neuropsychologische Begutachtung und die Untersuchung einer angemessenen Leistungsmotivation. *Der Medizinische Sachverständige*, 100, 154–157.
- Mundt, C. (2007). Erleiden und Gestalten in aggravierten und simulierten Krankheitssyndromen. *Der Medizinische Sachverständige*, 103, 138–143.
- PoECK, K. (2001). Begutachtungs- und Rehabilitationsprobleme bei Halswirbelsäulenschäden – aus nervenärztlicher Sicht. *Der Medizinische Sachverständige*, 97, 77–80.
- Rösner, N. (2008). Das professionelle Gutachten – Besonderheiten im sozialen Entschädigungsrecht und Schwerbehindertenrecht. *Der Medizinische Sachverständige*, 105, 111–114.
- Scharfetter, C. (2002). *Allgemeine Psychopathologie*. Thieme, Stuttgart.
- Schönberger, A., Mehrtens, G. & Valentin, H. (1998). *Arbeitsunfall und Berufskrankheit*. Berlin: Schmidt.
- Schröter, F. (2001). Kausalitätsbegutachtung für die private Unfallversicherung und für die Haftpflichtversicherung. *Der Medizinische Sachverständige*, 97, 212.
- Schröter, F. (2008). Methodik der Begutachtung beim »Schleudertrauma« der Halswirbelsäule. *Der Medizinische Sachverständige*, 104, 70–78.
- Stang, K. & Sachsse, U. (2007). *Trauma und Justiz*. Stuttgart: Schattauer.
- Stevens, A. (2006). Das Halswirbelsäulen-Schleudertrauma in der Begutachtung. Die neurologisch-psychiatrische Sicht. *Der Medizinische Sachverständige*, 102, 139–146.
- Stevens, A. & Foerster, K. (2002). Psychiatrische Begutachtung der Folgen kindlichen Missbrauchs nach dem Opferentschädigungsgesetz. *Der Medizinische Sachverständige*, 98, 172–177.
- Stevens, A. & Merten, T. (2007). Begutachtung der posttraumatischen Belastungsstörung: konzeptionelle Probleme, Diagnosestellung und negative Antwortverzerrungen. *Praxis Rechtspsychologie*, 17, 83–107.
- Venzlaff, U. & Foerster, K. (2000). *Psychiatrische Begutachtung*. München: Urban & Fischer.
- Wehking, E., Böhm, K. & Schaller, B. (2004) Posttraumatische Belastungsstörung und spezifische Phobie nach Arbeits- und Wegeunfällen. *Der Medizinische Sachverständige*, 100, 164–166.
- Widder, B., Dertwinkel, R., Egle, U., Foerster, K. & Schiltewolf, M. (2007). Begutachtung von Patienten mit chronischen Schmerzen. *Der Medizinische Sachverständige*, 103, 132–137.
- Widder, B. & Gaidzik, P. (2006). Neue Vorgaben des Bundesgerichtshofes zur Anerkennung psychoreaktiver Unfallfolgen in der privaten Unfallversicherung. *Der Medizinische Sachverständige*, 102, 175–179.

Therapie

- 8 Systematik und Wirksamkeit der Therapiemethoden – 137**
A. Maercker
- 9 Besonderheiten bei der Behandlung und Selbstfürsorge für Traumatherapeuten – 147**
A. Maercker
- 10 Psychologische Frühinterventionen – 163**
J. Bengel, K. Becker
- 11 Stabilisierung und Affektregulation – 187**
S. Barnow, J. Lotz
- 12 Expositions fokussierte Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung – 203**
E.A. Hembree, B.O. Rothbaum, E.B. Foa
- 13 Kognitions fokussierte Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung – 217**
R. Steil, A. Ehlers, D.M. Clark
- 14 Persönlichkeitsstile und Belastungsfolgen – 237**
M.J. Horowitz
- 15 Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (PITT) – 259**
L. Reddemann
- 16 Psychopharmakotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen – 275**
K. Leopold, S. Priebe, M. Bauer
- 17 »Eye-Movement Desensitization and Reprocessing« (EMDR) – 285**
O. Schubbe
- 18 Narrative Exposition – 301**
F. Neuner, M. Schauer, T. Elbert

8 Systematik und Wirksamkeit der Therapiemethoden

A. Maercker

8.1 Klinische Gesichtspunkte – 138

8.1.1 Einzel- (Typ-I-) vs. multiple (Typ-II-)Traumata – 138

8.1.2 Klassische vs. komplexe PTBS – 138

8.1.3 Traumaart – 138

8.1.4 Alter – 139

8.1.5 Komorbidität – 139

8.2 Systematische Gesichtspunkte – 140

8.2.1 Zeitliche Abfolge von Therapieelementen – 140

8.2.2 Traumafokussierung vs. breites therapeutisches Vorgehen – 141

8.2.3 Therapieschulen und Traumatherapien – 141

8.3 Wirksamkeitsnachweise – 142

8.4 Ausblick: nichttherapeutische Interventionen – 144

Literatur – 145

Posttraumatische Belastungsstörungen sind über lange Zeit nicht spezifisch erkannt und wirksamen Therapieformen zugeführt worden. Erst seit den letzten 20 Jahren entwickelte sich eine breite Wissensbasis über wirksame Therapieansätze. In den folgenden Abschnitten werden systematische Gesichtspunkte zu den wichtigsten psychotherapeutischen Interventionen dargelegt. Eine Zusammenfassung zur empirischen Wirksamkeitsforschung schließt sich an. Der Kenntnisstand zur medikamentösen Therapie wird in ► Kap. 16 beschrieben. Die genaue Darstellung der psychotherapeutischen Vorgehensweisen erfolgt in den Kapiteln zu einzelnen Therapiemethoden und zu den spezifischen Traumagruppen. Dieses Kapitel soll Praktikern eine Orientierung dafür geben, welche Therapieformen für welche Patienten geeignet sind.

8.1 Klinische Gesichtspunkte

8.1.1 Einzel- (Typ-I-) vs. multiple (Typ-II-)Traumata

Die Art der Verursachung durch ein einmaliges Trauma (z. B. Unfall, Katastrophe, einzelner sexueller Übergriff) oder ein mehrmaliges Trauma (z. B. sexueller Kindesmissbrauch, Kriegseinwirkungen) ist für die klinische Präsentation der Symptome und die Komplexität und Schwere der Symptomatik von großer Wichtigkeit. Bisher gibt es allerdings noch keine gesicherten Aussagen darüber, ob sich die Therapiegestaltung bei Einzel- oder multiplen Traumata unterscheiden sollte, da Therapiestudien fehlen, in denen diese Patientengruppen verglichen wurden.

Die meisten der vorliegenden Therapiestudien wurden bei Patienten mit mehrmaligen Traumata durchgeführt (weibliche Opfer sexueller Gewalt, Soldaten nach Kriegseinsätzen [sog. Veteranen]). Einige Studien wurden dagegen nach Einzeltraumata durchgeführt (Verkehrsunfälle, Arbeitsunfälle), wobei in diesen Studien die nicht wenigen Patienten mit früheren traumatischen Erfahrungen ausgeschlossen werden mussten.

Es gibt nur eine Studie für Kinder, in der die relative Wirksamkeit von zwei Therapieformen für Einzel- vs. multiple Traumata verglichen wurde, wobei der Einfluss der komorbiden Depressionssymp-

tomatik mitberücksichtigt wurde (Cohen et al., 2004; Deblinger et al., 2006). Diese großangelegte Studie zeigte eine relative Überlegenheit der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) gegenüber einer breiter angelegten Kindertherapie bei multipler Traumatisierung. Auch bei hoher depressiver Komorbidität war die traumafokussierte KVT der breiteren Therapie überlegen.

8.1.2 Klassische vs. komplexe PTBS

Der Unterschied zwischen einmaliger vs. multipler Traumatisierung wird landläufig als Hauptgrund für eine entweder klassische PTBS (bei einmaligem Trauma) oder komplexe PTBS angesehen (► Kap. 2). Für diese mögliche Unterscheidung gibt es bisher allerdings keine empirische Begründung durch Ergebnisse der Therapieforschung. Wie im vorigen ► Abschn. 8.1.1 dargestellt, gibt es bisher nur eine Vergleichsstudie mit Patienten nach einmaliger vs. multipler Traumatisierung.

Nach dem bisherigen Wissensstand sind bisher nur das Alter zur Zeit der Traumatisierung(en) und das gleichzeitige Auftreten komorbider Störungen wie Sucht-, affektive, Angst-, Persönlichkeitsstörungen, für die die Therapiemethodenauswahl wichtig und bereits auch empirisch abgesichert (s. unten).

8.1.3 Traumaart

Die frühesten randomisierten Wirksamkeitsstudien wurden mit Patienten mit PTBS nach sexuellen Gewalterfahrungen (Foa et al., 1991), bei Ex-Soldaten (Veteranen) nach Kriegseinsätzen (Keane et al., 1989) sowie bei Verkehrsunfallopfern (Vaughan et al., 1994) durchgeführt. Die Therapiewirksamkeit bei den Veteranen zeigte sich nachfolgend durchgängig geringer als bei den anderen Traumagruppen. Daraus schloss man, dass die Therapierbarkeit der Veteranen grundsätzlich schlechter ist als die anderer Traumaopfergruppen. Diese Schlussfolgerung ist wohl voreilig. Einige Einflussfaktoren scheinen entscheidend zu sein:

- Ausmaß und Anzahl komorbider Störungen,
- freiwilliger oder institutionalisierter Therapiezugang (z. B. durch Veterans Hospital),

8.1 · Klinische Gesichtspunkte

- Geschlechtsunterschiede sowie
- nationale Besonderheiten (die frühesten Veteranenstudien stammen aus den USA).

Studien aus anderen Ländern (Israel, Europa) zeigen inzwischen, dass die Therapie von Ex-Soldaten nicht schlechter wirkt als die bei Zivilpersonen.

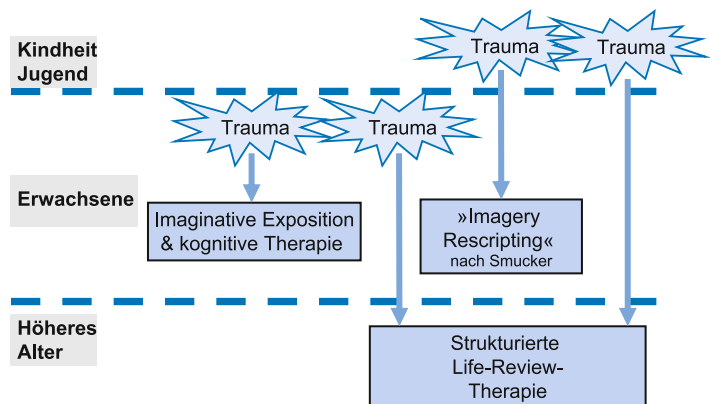
Während für einzelne Traumaarten keine besonderen Therapieunterschiede belegt werden können, ist die Unterscheidung nach menschlich verursachten (interpersonelle; intendierte) vs. zufälligen (akzidentellen) Traumata (► Abschn. 2.1) nach klinischem Gesichtspunkt wichtiger. Patienten, die eine absichtsvolle Traumatisierung durch eine andere Person erlebt haben, zeigen meist ein höheres Ausmaß an Einstellungs- und Schemaveränderungen gegenüber sich selbst und Anderen (► Abschn. 3.3) als Menschen, die während ihrer Traumatisierung nicht gleichzeitig die Destruktivität anderer Menschen erlebt haben. Allerdings gibt es noch keine Therapiestudien, die direkt interpersoneller vs. akzidenteller Traumafolgen untersucht haben.

8.1.4 Alter

Altersbezogenen Fragen sind in zweifacher Hinsicht wichtig:

1. Spielt das Alter, in dem die Traumatisierung stattfand (Traumatisierungsalter) für die Therapie eine Rolle?
2. In welchem Alter wird die Therapie durchgeführt?

■ **Abb. 8.1.** Orientierungsschema zur Berücksichtigung von Traumatisierungs- und Behandlungsalter bei der Auswahl spezifischer Therapiemethoden (© Maercker, 2006; Beschreibung der Therapiemethoden in den ► Kap. 12, 13, 22, 24).



Beide Fragen sind bisher nicht systematisch untersucht worden. Als Zusammenfassung bisheriger un-systematischer Erfahrungen wurde von Maercker (2006) ein orientierendes Schema für die Traumafolgenambulanz der Universität Zürich erstellt, nach dem entsprechende Patienten bestimmten Therapieformen zugeordnet werden (► Abb. 8.1).

8.1.5 Komorbidität

Bei Patienten mit PTBS ist das Vorliegen von Komorbidität die Regel und nicht die Ausnahme. Epidemiologische Studien zeigen, dass bis zu 80% dieser Patienten (Lebenszeitdiagnose) weitere depressive, Angst-, somatoforme oder Abhängigkeitsstörungen haben (► Kap. 2). Diese Tatsache ist für den klinischen Alltag von größter Bedeutung, denn die zu wählenden Therapiestrategien für einen einzelnen Patienten sollten immer das Gesamtbild berücksichtigen und zum Ausgangspunkt der konkreten Therapieplanung machen.

Bisher wurden nur wenige systematische Studien durchgeführt, die Kombinationstherapien bei Komorbidität untersuchten (► Tab. 8.1). Dies trifft insbesondere für die Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie (► Kap. 16) zu. Für die Therapie komorbider Störungen muss in der nächsten Zeit mehr Forschung unternommen werden. Diese muss sowohl gleichzeitige (simultane) als auch zeitlich aufeinanderfolgende (sequenzielle) Behandlungsstrategien berücksichtigen.

Am weitesten sind bisher die Studien zur Behandlung komorbider Suchtstörungen entwickelt

worden. Hier deuten mehrere Studien darauf hin, dass die integrierte simultane Therapie von PTBS und Suchtstörung die besten Ergebnisse zeigt (Morrissey et al., 2005; Najavits, 2002).

8.2 Systematische Gesichtspunkte

8.2.1 Zeitliche Abfolge von Therapieelementen

In der Nachfolge der wegweisenden Publikation von Herman (1993) wurde die folgende Einteilung von Therapiephasen bei PTBS populär:

1. Stabilisierung und Affektregulation,
2. Traumasyntese/Traumaexposition und
3. Integration und Neuorientierung.

Diese Phaseneinteilung wurde – weitgehend unabhängig von Therapieschulen – vor allem im deutschen Sprachraum insbesondere für stationäre Therapieeinrichtungen angewendet. In anderen Ländern wird dagegen weder in der Praxis noch in der Forschung diese Phaseneinteilung explizit angewendet. Darum erstaunt es nicht, wenn Überblicke über die weltweit verfügbaren empirischen Studien keine Notwendigkeit für diese Phasenabfolge aufzeigen (Neuner, 2008).

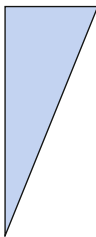
Zweifelhaft ist, ob die drei genannten Phasen für alle Traumtypen, PTBS-Präsentationen und Settingformen (stationär vs. ambulant) relevant sind? Zudem ist fraglich, ob die Phasen unbedingt nach-

einander stattfinden müssen? Weiterhin ist eine konkrete Definition dessen wichtig, welche therapeutische Ziele und Vorgehen die jeweiligen Phasen definieren?

Eine pragmatische zeitliche Einteilung einer Therapie wird anerkennen, dass zumindest die ersten Therapiestunden (mit Anamnese, Störungsdiagnostik, Ressourcendiagnostik, Therapiezielsetzung) als auch die letzten Therapiestunden (mit Zusammenfassungen, Ausblicken, Rückfallsprophylaxe-Maßnahmen) sich von den mittleren Therapiestunden (therapeutische Arbeit) unterscheiden.

Stabilisierung und Affektregulation werden in ▶ Kap. 11 genauer dargestellt. Diese Therapieziele können allerdings nicht nur am Anfang einer Therapie wichtig sein, sondern auch fortlaufend über den Therapieverlauf Beachtung finden.

Traumasyntese bzw. Traumaexposition wird von verschiedenen Therapieschulen unterschiedlich definiert. Ein minimaler gemeinsamer Nenner ist, dass das Trauma als solches benannt wird und die Patienten angeleitet werden, ihren Heilungsprozess als Überwindung ihrer konkreten Traumatisierungserfahrungen anzusehen. Die direkte Traumaexposition mit den traumatischen Gedächtnisbildern wurde ursprünglich in der Verhaltenstherapie entwickelt. Inzwischen gibt es eine Reihe von Varianten der Traumaexposition auch in anderen Therapieschulen. Im Folgenden (▣ Abb. 8.2) sind verschiedene Expositionsformen nach ihrer affektiven Intensität aufgezeigt (Maercker & Michael, 2009; Sack et al., 2007).

| Affektive Intensität | Varianten der Traumaexposition |
|---|--|
| hoch  geringer | <ul style="list-style-type: none"> ■ Prolongierte Exposition nach Foa (▶ Kap. 12) ■ in-vivo-Exposition (selten indiziert; ▶ Kap. 12, 29) ■ »Imagery Rescripting« nach Traumatisierung in der Kindheit (▶ Kap. 22) ■ Hot-spot-Narration im Rahmen der kognitiven Therapie (▶ Kap. 13) ■ »Eye Movement Desensitization Reprocessing« (▶ Kap. 17) ■ Imaginationstechniken: Screen- oder Bildschirmtechnik (▶ Kap. 15, 28) ■ Narrative Exposition bzw. Online-Schreibaufträge (▶ Kap. 18) |

▣ **Abb. 8.2.** Verschiedene Expositionsformen nach ihrer affektiven Intensität

Integration und Neuorientierung als Therapiephase oder -ziel sind zwar bisher ebenfalls nicht systematisch untersucht worden. Allerdings werden gute Therapeuten sie in der Abschlussphase einer Therapie immer im Blick haben.

Für die Neuorientierung gibt es in der Psychotraumatologie das Konzept der posttraumatischen Reifung (»**posttraumatic growth**«). In ► Kap. 5 wird auf die Traumatisierung als persönlicher Reifungsprozess eingegangen. Hier stehen Fragen im Mittelpunkt, in welcher Weise die traumatischen Erlebnisse dazu beitragen können, dem Leben einen Sinn, eine Bedeutung und eine Richtung zu geben. In ersten Therapiestudien wurde die Veränderung der posttraumatischen Reifung neben der Verbesserung der PTBS-Symptomatik bereits als Zielvariable erfasst (Wagner et al., 2007; Zöllner et al., 2008).

8.2.2 Traumafokussierung vs. breites therapeutisches Vorgehen

Als **traumafokussierte Verfahren** werden im engeren Sinne diejenigen gemeint, bei denen die Reduktion der PTBS-Symptomatik im Mittelpunkt des Therapieansatzes steht. Dazu gehören u. a. die prolongierte Exposition (nach Foa, ► Kap. 12), das EMDR (nach Shapiro, ► Kap. 17) sowie einige kognitive Therapien (nach Ehlers und Clark, ► Kap. 13; nach Resick, ► Kap. 21).

Die Traumafokussierung von Verfahren lässt sich wiederum einteilen in

- **expositionsfokussierte Therapien:** Hier wird das Nacherleben und Nacherzählen des traumatischen Geschehens in den Mittelpunkt gestellt (neuerdings auch **narrativ-traumafokussiert** genannt; s. Kap. 12 und 18);
- **umstrukturierungs- oder kognitionsfokussierte Therapien:** Hier wird auf die veränderten Einstellungen zu sich selbst, zu Anderen und zur Umwelt fokussiert (► Kap. 13).

Ein **breites therapeutisches Vorgehen** hat dagegen zum Ziel, die Patienten nicht nur in Bezug auf die PTBS-Symptomatik, sondern auch in Hinblick auf weitere Therapieziele zu behandeln, wozu die Orientierung auf assoziierte Symptombereiche

wie Depressionen, Ärger, Scham, Schuldgefühle und Borderline-Symptomatik gehören. Aber auch die Stärkung individueller Ressourcen, bis hin zu Sinngebungs- und spirituellen Neuorientierungen stehen im Mittelpunkt. Zu diesen Therapien gehören u. a. die imaginative psychodynamische Therapie (nach Reddemann, ► Kap. 15) und umfassende Therapien für Typ-II-Traumatisierte (► Kap. 11).

In die breiter vorgehenden Ansätzen lassen sich meist auch einordnen:

- stationären Behandlungskonzepte (Frommberger & Keller, 2007; Sturz, 2006),
- komplementärtherapeutischen Ansätze (Kunst-, Bewegungs- und Kreativtherapien) sowie
- sozial-rehabilitative Ansätze (Soyer, 2006).

Nachfolgend werden in ► Abschn. 8.3 die Ergebnisse verschiedener Wirksamkeitsmetaanalysen dargestellt.

8.2.3 Therapieschulen und Traumatherapien

Die Realität der Anwendung verschiedener Psychotherapien wird immer noch durch die Therapieschulorientierung der einzelnen Therapeuten oder ganzer Behandlungseinrichtungen diktiert. Der Einsatz passfähiger Therapieformen in Hinblick auf die klinische Problematik der Patienten geschieht bisher noch nicht durch **flexibles** Erfahrungswissen (»**best practice**«) oder die Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien (wobei letztere nicht durch wissenschaftliche Moden unbeeinflusst sind).

Für den Fortschritt der Heilkunde auch auf dem Gebiet der Therapie von Traumafolgestörungen bleibt diese Schulorientierung unbefriedigend, da sie neue Entwicklungen, deren praktische Anwendungen und deren Finanzierung im Rahmen der Gesundheitssysteme hemmt.

Die Psychotraumatologie wird dennoch mehr als andere Psychotherapiebereiche als integrativ gesehen, da Therapeuten bzw. Behandlungseinrichtungen vereinzelt schon verschiedene Therapieformen kombinieren. Beispielsweise werden imaginative Stabilisierungstechniken mit kognitiver Therapie und ggf. Traumaexposition kombiniert (Müller et al., 2007).

Therapieschulen mit spezifischen Therapieverfahren für die PTBS-Therapie

- **Psychodynamik/Psychoanalyse:** u. a. psychodynamische Traumatherapie nach Horowitz (► Kap. 14); imaginativ psychodynamische Therapie nach Reddemann (► Kap. 15)
- **Kognitive Verhaltenstherapie:** u. a. prolongierte Exposition nach Foa (► Kap. 12), kognitive Therapie nach Ehlers & Clark (► Kap. 13), Kognitive Verarbeitungstherapie nach Resick (► Kap. 21), imaginatives Reprozessieren nach Smucker (► Kap. 22)
- **Hypnotherapie:** diese spielte insbesondere in der Entstehung von Traumatherapien eine große Rolle (Brom et al., 1989)
- **Humanistisch-existenzielle Therapien:** in fast allen Orientierungen wurden therapeutische Ansätze entwickelt, aber kaum systematisch untersucht, z. B. in den gestalttherapeutischen Schulen (Butollo et al., 2003), Existenz-/Logotherapie (Gebler & Maercker, 2007)
- **Kombinierte Methoden:** genuin für die Therapie von Traumafolgestörungen entwickelt wurde die EMDR (»**Eye movement desensitization and reprocessing**«) nach Shapiro (► Kap. 17)
- **Körperbezogene Therapien:** allgemein anerkannt ist die komplementäre Körpertherapie als Zusatz zur traumafokussierten Psychotherapie (Keuk, 2006); dagegen sind rein körperbezogene Traumatherapieansätze (z. B. »Somatic experiencing«: Levine & Frederick, 1999; Rothschild, 2002) bisher noch umstritten

Zu dieser **integrativen Potenz der Psychotraumatologie** trugen verschiedene Faktoren bei:

- klinische Schwere und Komplexität der Störungspräsentationen, die neue Lösungen erforderte,
- klinische Wirksamkeit imaginativer Therapietechniken,
- Kombinierbarkeit von Kurzzeittechniken (z. B. EMDR) mit Langzeittechniken (z. B. psychodynamische oder kognitive Verhaltenstherapie).

Die Erarbeitung einer allgemeinen Psychotherapie (Grawe, 1999) bleibt eine Notwendigkeit; wobei der Bereich der Traumafolgestörungstherapie mit gutem Beispiel voran gehen könnte. Durch eine dynamische Weiterentwicklung des Psychotherapiewissens könnten sich neue und weitreichende Kombinationen von Therapiemethoden besser verbreiten, z. B.

- Kombinationsbehandlungen bei Komorbidität,
- Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie bei spezifischen Indikationen,
- ergänzende Therapien für spezifische Gruppen: z. B. ältere Menschen (Maercker, 2009), in Flüchtlingslagern in Entwicklungsländern (Neuner et al., 2004) sowie
- ergänzende Therapieangebote wie die Online-Psychotherapie (Knaevelsrud & Maercker, 2007; Lange et al., 2000).

8.3 Wirksamkeitsnachweise

Die Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen kann als Vorreiter der empirischen Überprüfung der Wirksamkeit von Psychotherapie gelten, da in diesem Bereich seit Jahren ein größere Anzahl an kontrollierten Therapiestudien vorliegt als für andere Störungen. In mehreren Metaanalysen und Reviews wurden die Ergebnisse der Einzelstudien zusammengefasst (u. a. Bisson et al., 2007; Etten & Taylor, 1998; Flatten et al., 2007; Foa et al., 2009; National Collaborating Centre for Mental Health/NICE, 2005).

Grundlage solcher Datenzusammenfassungen sind Studien mit hohen methodischen Standards. Üblicherweise sind dies die 7 folgenden Standards:

Sieben Standards zur Datenzusammenfassung

- a) klar definierte Zielsymptomatik,
- b) reliable und valide Messverfahren,
- c) Einsatz blinder Rater (d. h. diagnostischer Beurteiler, die nicht wissen, welcher Therapiebedingung die Patienten zugeordnet waren),
- d) Training der diagnostischen Beurteiler,



- e) manualisierte, replizierbare und spezifische Therapieprotokolle (Therapieprogramme),
- f) zufällige Zuordnung zu den Therapiebedingungen sowie
- g) Einhaltung des Therapieprotokolls (»adherence«).

■ Tab. 8.1 stützt sich auf die bisher umfassendste Auswertung dieser Therapiestudien, die in Form von Leitlinien der International Society for Trauma-

tic Stress Studies herausgegeben wurde (Foa et al., 2009).

Die Metaanalyse zeigt, dass eine Reihe von psychotherapeutischen Verfahren nachgewiesene Wirksamkeit für sich beanspruchen können. Unter Zugrundelegung einer in der Therapieforschung anzutreffenden Effektstärkegrenze von sehr guten Effekten von 1,2 können als sehr gute wirksame Verfahren die kognitive Verhaltenstherapie (verschiedene Formen) und die EMDR angesehen werden. Diese Schlussfolgerung ist in Übereinstimmung mit den Therapieempfehlungen verschiedener nationaler und internationaler Therapie-Leitliniengremien.

■ **Tab. 8.1.** Ergebnisse eines umfassenden Reviews zur Wirksamkeit von PTBS-Therapien im Erwachsenenalter (zusammengestellt aus Foa et al., 2009)

| | Anzahl der randomisierten/ nichtrandomisierten Studien | Mittlere Effektstärken bei randomisierten Studien (Prä-Post-Vergleich) ^c |
|--|---|---|
| Kognitive Verhaltenstherapie für Erwachsene ^a | | |
| Expositionstherapie | 24/9 | 1,54 |
| Kognitive Verarbeitungstherapie | 4/2 | 1,70 |
| Kognitive Therapie | 7/2 | 1,56 |
| Entspannungstraining | 4/– | 1,06 |
| Dialektisch-behaviorale Therapie | 3/1 | 1,11 |
| Kombinationen von KVT-Techniken | 34/14 | 1,58 |
| Gruppentherapie | 1/2 | 0,40 |
| EMDR | 7/>30 | 1,78 |
| Psychodynamische Therapie ^b | | |
| nach Horowitz | 1/1 | 0,90 ^d |
| inkl. Hypnotherapie | 1/– | 0,94 ^d |
| Paar- und Familientherapie | 1/2 | 0,65 |
| Kombinationstherapien bei Komorbiditäten | | |
| Achse-I- und -II-Komorbiditäten | 2/>10 | 1,01 |
| Schizophrenie und affektive Psychosen | –/3 | – |

^a Ältere Formen der KVT (Angstbewältigungstraining, Stressimpfungstraining) wurden weggelassen.


^b Europäische Studien (nicht-randomisiert) wurden hier nicht berücksichtigt: Müller et al., 2007; Sachsse et al., 2006.

^c vom Autor des vorliegenden Kapitels berechnet, wenn verfügbar mit Intent-to-Treat-Angaben bzw. Symptomschwerere Werten.

^d Werte entnommen aus früherer Metaanalyse (Etten & Taylor, 1999)

Aus einer vergleichenden Metaanalyse (Bisson et al., 2007) geht hervor, dass die numerischen Effektstärkedifferenzen zwischen den KVT-Formen und der EMDR nicht signifikant sind; im direkten Vergleich kann also nicht von einer Überlegenheit der einen über die andere Therapieform gesprochen werden.

Die einzige vorliegende randomisierte Gruppentherapiestudie weckt zumindestens Zweifel an der Wirksamkeit dieser Therapieform (Schnurr et al., 2003).

Aus  Tab. 8.1 sind dennoch keine vereinfachenden Schlussfolgerungen zu ziehen.

Unter der Lupe

Die Anwendung einer spezifischen Therapiemethode bei einem Patienten sollte von den früher in diesem Kapitel genannten Gesichtspunkten abhängen (Typ des Traumas, klassische oder komplexe Störungspräsentation, Alter und Komorbiditäten).

Kombinationstherapien, Paar- und Familientherapien sowie die dialektisch-behaviorale Therapie bei komplexen Störungspräsentationen können durchaus bei schwer beeinträchtigten Patienten indiziert sein, auch wenn diese Therapien bisher noch keine besseren Heilungsraten aufweisen.

8.4 Ausblick: nichttherapeutische Interventionen

Traumatische Erfahrungen können nicht nur Ursache für psychische Störungen sein, sondern auch für Veränderungen in der Biografie der Betroffenen. Die verschiedenen Therapieformen (einschließlich psychopharmakologischer) versuchen zwar das individuelle Leiden zu reduzieren. Davon unabhängig werden die Betroffenen aber mit den Erinnerungen an das Trauma weiterleben sowie oftmals mit auf die Dauer neuorientierten Einstellungen und Werthaltungen (► Kap. 5). Daraus ergeben sich weitere Aspekte, die für den Umgang mit traumatisierten Menschen wichtig sind.

»**Zeugnis ablegen**«. Viele Traumaopfer haben den Wunsch ihre Erfahrungen während des Traumas

anderen Menschen kundzugeben und damit beizutragen, dass solche Katastrophen oder Verbrechen, wie sie erlebt haben, nie wieder stattfinden. Dieser Wunsch Zeugnis (engl. »testimony«) zu geben, ist allgemein bei Opfern zwischenmenschlicher Gewalt und insbesondere bei Opfern staatlicher Gewalt, Repression und Folter verbreitet. Chilenische Therapeuten hatten noch in der Militärdiktatur in den 1980er Jahren die Testimony-Methode entwickelt, in der die therapeutischen Berichte über das Trauma gleichzeitig z. B. als Zeugnisse für internationale Organisationen und für spätere Strafverfolgungen genutzt wurden (unter Pseudonym publiziert: Cienfuegos & Monelli, 1993). Die narrative Traumaexposition (► Kap. 18) wurde aus dieser Idee heraus entwickelt und erarbeitet ebenfalls ein Dokument, was ggf. zur Strafverfolgung benutzt werden kann.

»**Finding a Mission**«. Einige Traumaopfer engagieren sich in einem karitativen oder sozialen Verein. Dies wird oft von dem Wunsch motiviert, dass die mögliche Traumatisierung anderer Menschen verhindert werden soll.

Beispiel

Drei Beispiele. Opfer krimineller Taten arbeiten bei der Opferhilfeorganisation »Weißer Ring e. V.« als Berater für neue Kriminalitätsoffer mit. Mütter von in Verkehrsunfällen gestorbenen Kindern gründeten in den USA die Gesellschaft »Mothers Against Drunken Drivers« (»Mütter gegen betrunkene Fahrer«), die Aufklärungsmaterial herausgibt und versucht, auf die Gesetzgebung Einfluss zu nehmen. Ehemals politisch Verfolgte arbeiten bei »Amnesty International« zugunsten politischer Gefangener in anderen Ländern mit.

Errichten von Gedenkorten. Über individuelle Therapiemaßnahmen hinaus geht die Mitwirkung von Therapeuten an der Errichtung von Gedenkstätten oder -orten für die Opfer von Traumata. Hierbei ist es wichtig,

- die Überlebenden bzw. die trauernden überlebenden Familienangehörigen bei der Planung des Ortes einzubeziehen sowie
- die Opfer einzeln namentlich zu erwähnen, um dem Gerechtigkeitsgefühl beim Gedenken zu genügen.

Beeindruckende Beispiele dieser Gedenkkultur sind die Gedenkstätte Yad Vashem in Jerusalem mit ihren Namenslisten, das »Vietnam War Memorial« in Washington sowie das Denkmal an der Stelle des Flugzeugabsturzes in ein Hochhaus in Bijlmermeer bei Amsterdam. Diese Gedenkorte werden von Überlebenden und trauernden Familienangehörigen häufig aufgesucht.

Literatur

- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. & Turner S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97–104.
- Brom, D., Kleber, R. J. & Defares, P. B. (1989). Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607–612.
- Butollo, W., Hagl, M., Krüsmann, M., Maragkos, M. & Rosner, R. (2003). *Trauma, Selbst und Therapie*. Bern: Huber
- Cienfuegos, A. J. & Monelli, C. (1983). The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 43–51.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 393–402.
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Steer, R. A. (2006). A follow-up study of a multisite, randomized, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 1474–1484.
- Etten, M. L. & Taylor, S. van (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126–144.
- Flatten, G., Hofmann, A., Liebermann, P., Wöller, W., Siol, T. & Petzold, E. (2007). *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext* (2. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. & Cohen, J. A. (2009). *Effective treatments for PTSD. Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed). New York: Guilford.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S. & Murdock TB. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (5), 715–723.
- Frommberger, U. & Keller, R. (Hrsg.). (2007). *Empfehlungen von Qualitätsstandards für stationäre Traumatherapie*. Lengerich: Pabst.
- Gebler, F. & Maercker, A. (2007). Expressives Schreiben und Existentialität bei der Bewältigung traumatischer Erlebnisse. Eine erste Interventionsstudie. *Trauma und Gewalt*, 2, 264–272.
- Grawe, K. (1999). Gründe und Vorschläge für eine allgemeine Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 350–359
- Herman, J. L. (1993). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. München: Kindler.
- Keane, T. M., Fairbank, J. A., Cadell, J. M. & Zimering, R. T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 20, 245–260.
- Keuk, E. van (2006). Tanz- und Bewegungstherapie bei posttraumatischer Belastungsstörung. In A. Maercker & R. Rosner (Hrsg.), *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 174–191). Stuttgart: Thieme,
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 19 (7), 13.
- Lange, A., Schrieken, B., Ven, J. P. van de, Bredeweg, B., Emmelkamp, P. M., Kolk, J. van der, Lydsdottir, L., Massaro, M. & Reuvers, A. (2000). Intertapy: The effects of a short protocolled treatment of post-traumatic stress and pathological grief through the Internet. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 28, 102–120.
- Levine, P. A. & Frederick, A. (1999). *Trauma-Heilung*. Hamburg: Synthesis.
- Maercker, A. (2006). *Manual zur Psychotherapie von Traumafolgestörungen im Spezialambulatorium der Universität Zürich*. Universität Zürich: unveröffentlichtes Manuskript.
- Maercker, A. (2009). Lebensrückblicksinterventionen als wirksame Alterspsychotherapientechniken. *Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*, 4, 10–17.
- Maercker, A. & Michael, T. (2009) Posttraumatische Belastungsstörungen. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (3. Aufl.; Bd. 2, S. 105–124). Heidelberg: Springer.
- Morrissey, J. P., Jackson, E. W., Ellis, A. R., Amaro, H., Brown, V. B. & Najavits, L. M. (2005). Twelve-month outcomes of trauma-informed interventions for women with co-occurring disorders. *Psychiatric Services*, 56, 1213–1222.
- Müller, C., Teschner, M., Assaloni, H., Kraemer, B., Schnyder, U. & Rufer, M. (2007). Eine ambulante Stabilisierungsgruppe zur Verbesserung der Emotionsregulation bei komplexen posttraumatischen Störungen. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 57, 364–372.
- Najavits, L. M. (2002). *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. New York: Guilford.
- National Collaborating Centre for Mental Health. (2005). *Clinical guideline 26: Post-traumatic stress disorder*. London: National Institute for Clinical Excellence.
- Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie*, 18, 109–118.
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U. & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 579–587.

- Rothschild, B. (2002) *Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung*. Hamburg: Synthesis.
- Sachsse, U., Vogel, C. & Leichsenring, F. (2006). Results of psychodynamically oriented trauma-focused inpatient treatment for women with complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder. *Bulletin Menninger Clinic*, 70, 125–144.
- Sack, M., Gromes, B. & Lempa, W. (2007). Traumatherapie »light«. Schonende Traumatherapie durch Ressourcenaktivierung während der Traumabearbeitung, *Trauma und Gewalt*, 1, 214–222.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Foy, D. W., Shea, M. T., Hsieh, F. Y., Lavori, P. W., Glynn, S. M., Wattenberg, M. & Bernardy, N. C. (2003). Randomized trial of trauma-focused group therapy for posttraumatic stress disorder: results from a department of veterans affairs cooperative study. *Archives of General Psychiatry*, 60, 481–489.
- Soyer, J. (2006) Sozialarbeiterische Begleitung von traumatisierten Menschen. In: A. Maercker & R. Rosner (Hrsg.), *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 228–240). Stuttgart: Thieme.
- Sturz, J. (2006). Integratives psychodynamisches stationäres Therapiekonzept zur Behandlung von Traumafolgestörungen. In: A. Maercker & R. Rosner (Hrsg.), *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 192–207). Stuttgart: Thieme.
- Vaughan, K., Armstrong, M. S., Gold, R., O'Connor, N., Jenneke, W. & Tarrier, N. (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. *Journal Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 283–291.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2007). Post-traumatic growth and optimism as outcomes of an internet-based intervention for complicated grief. *Cognitive Behavior Therapy*, 36, 156–161.
- Zoellner, T., Rabe, S., Karl, A., Maercker, A. (2008). Posttraumatic growth in accident survivors: openness and optimism as predictors of its constructive or illusory sides. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 245–263.

9 Besonderheiten bei der Behandlung und Selbstfürsorge für Traumatherapeuten

A. Maercker

9.1 Unterschiedliche Therapiezugänge – 148

9.2 Besonderheiten und Schwierigkeiten von Patientenseite – 150

9.2.1 Abbruchraten bei PTBS-Therapien – 151

9.3 Schwierigkeiten von Therapeutenseite – 152

9.3.1 Parteilichkeit für den Patienten – 154

9.4 Therapeutische Beziehung und therapeutisches Vorgehen – 155

9.4.1 Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung – 155

9.4.2 Therapieziele und Planung einer Therapie – 157

9.5 Selbstfürsorge für Therapeuten – 160

9.5.1 Sekundäre Traumatisierung – 160

9.5.2 Was kann man machen? – 160

Literatur – 161

Traumatische Erfahrungen – insbesondere solche, die mit zwischenmenschlicher Gewalt assoziiert sind, – können die Beziehungsgestaltung der Betroffenen maßgeblich beeinflussen und belasten. Die aversiven interpersonellen Folgen von Traumatisierungen manifestieren sich auch im therapeutischen Kontakt und können den Therapieerfolg erheblich beeinträchtigen, falls die damit verbundenen Probleme nicht adäquat reflektiert werden.

9.1 Unterschiedliche Therapiezugänge

Es sind unterschiedliche traumatische Erlebnisse und Behandlungsmotive, die Betroffene dazu führen, einen Therapeuten aufzusuchen. Verschiedene Patientengruppen haben unterschiedliche Vorstellungen (**subjektive Theorien**) von den Traumawirkungen und ihrem jetzigen Zustand. Die am häufigsten anzutreffenden Therapiesuchenden sind dabei:

- Menschen nach Traumata, die sie vor sehr kurzer Zeit (d. h., einige Tagen oder wenige Wochen) erlebt haben. Die Betroffenen – oder die für sie Sorge tragenden Angehörigen – suchen primär nach einer aktuellen Betreuung und nicht nach einer länger dauernden Psychotherapie. Diagnostisch kann eine akute Belastungsreaktion (ICD: F43.0) vorliegen; die Interventionen werden in ► Kap. 10 dargestellt.
- Menschen nach vor kurzem erlebten Traumata, die eine Beratung oder Psychotherapie suchen. Insbesondere für diese Konstellation sind die vorgestellten Therapien in diesem Buch indiziert.
- Menschen, die vor Jahren oder Jahrzehnten ein Trauma durchgemacht haben, an das sie sich genau erinnern können, dessentwegen sie aber früher keine psychotherapeutische Hilfe aufsuchten. Beispiele sind: Misshandlungen oder sexueller Missbrauch in der Kindheit, Kriegserlebnisse, miterlebte dramatische Todesfälle. Auch für diese chronischen posttraumatischen Verläufe sind die Therapien in diesem Buch dargestellt.
- Menschen, die (wie in den beiden vorgenannten Gruppen) ein Trauma vor Kurzem oder Längerem erlebt haben, die aber nicht wegen der Traumafolgen in Behandlung kommen, sondern

wegen anderer psychischer oder körperlicher Probleme. Dieses ist bis heute die häufigste Konstellation bei Patienten mit PTBS. Die traumatischen Erlebnisse werden erst im Verlaufe der begonnenen Therapie berichtet und erfordern meist eine Umstellung des Behandlungsplans auf eine traumafokussierte Therapie.

- Menschen, die unfreiwillig in eine Beratung oder Therapie kommen, bei denen aber eine Traumanamnese offensichtlich ist (z. B. Straftäter, Suchtkranke). Diese wachsende Gruppe von Menschen würde von einer traumafokussierten Therapie profitieren; zunächst müssen aber die diesbezüglichen motivationalen Probleme mit ihnen geklärt werden.
- Menschen, die eine psychotherapeutische Behandlung aufnehmen wollen, um eine Klärung über ein mögliches früheres Trauma zu erreichen, das ihnen selbst entweder gar nicht mehr oder nur bruchstückhaft erinnerlich ist. Insbesondere liegen bei diesen Patienten Vermutungen über Vergewaltigungen oder sexuellen Missbrauch in der Kindheit vor. Diese seltene Konstellation kann allerdings besonders schwierig sein (Stichwort: »**recovered memories**«; für einen Überblick: Davies & Dalgleisch, 2001). In der folgenden Übersicht sind einige Hinweise zum Umgang mit diesem Anliegen aufgelistet.

Hinweise für den Umgang mit Patienten, die eine Klärung über ein mögliches früheres Trauma erreichen wollen

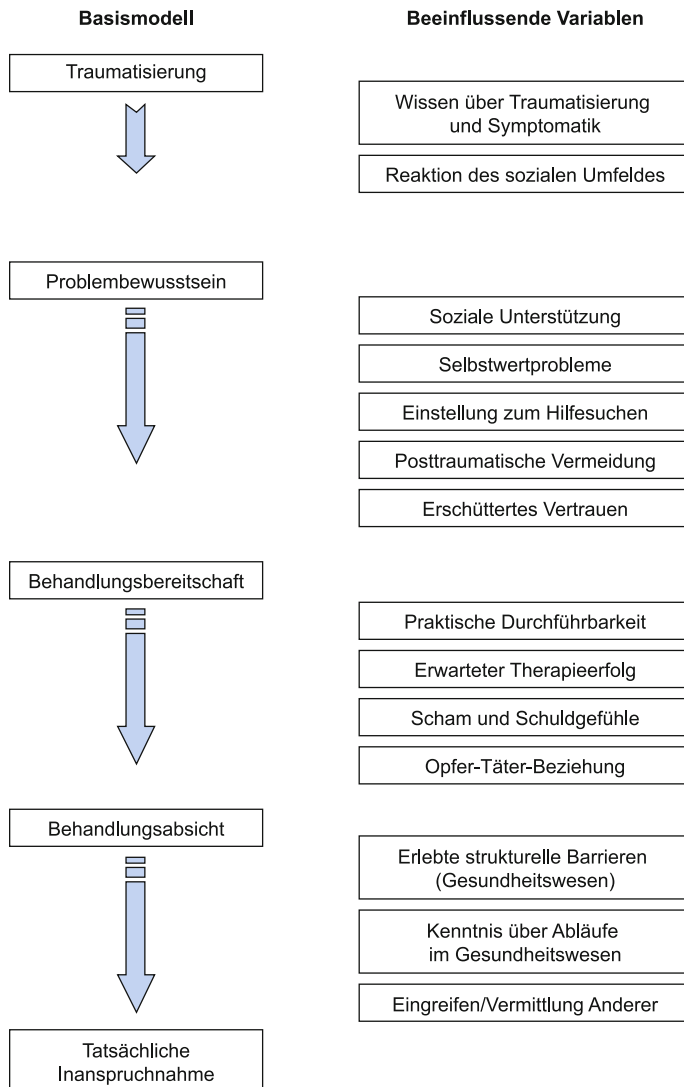
- Es ist sinnvoll, nach externen, unabhängigen Belegen für eine frühere Traumatisierung zu suchen. Gibt es z. B. Aussagen anderer »glaubwürdiger« Personen, Belege aus medizinischen oder juristischen Dokumenten oder andere Materialien (z. B. Schulaktenvermerke), die die Aussage des Patienten belegen?
- Der Therapeut kann nicht die Rolle eines Detektivs oder Untersuchungsrichters übernehmen. Die Kontakte zu anderen Personen sollten mit dem Patienten im Voraus abge-

sprochen werden. Juristische Befragungsstrategien (z. B. Konfrontation mit eigenen früheren Aussagen) verbieten sich im therapeutischen Kontext.

- Ein suggestives diagnostisches oder therapeutisches Vorgehen vonseiten des Therapeuten verbietet sich, z. B. die Behauptung: »Bei anderen Patienten mit ihrer Symptomatik

lag in der Vergangenheit meist ein Missbrauchstrauma vor.

- Die Betroffenen sind in ihrem Leidensdruck, der sie zur Therapie geführt hat, ernst zu nehmen und ggf. ist die Behandlung darauf auszurichten. Dies ist unabhängig von der Wahrscheinlichkeit, dass das angegebene oder vermutete Trauma real stattgefunden hat.



■ **Abb. 9.1.** Modellvorstellung der Probleme des Therapie-Inanspruchnahmeverhaltens von Traumapatienten. (Nach Schreiber, Renneberg & Maercker, 2009)

9.2 Besonderheiten und Schwierigkeiten von Patientenseite

Dass Patienten mit Traumafolgestörungen spät, gar nicht oder mit großen Vorbehalten eine Therapie beginnen, hat mit verschiedenen Faktoren zu tun. Dazu gehören Besonderheiten der Symptomatik, der damit verbundenen zwischenmenschlichen Probleme sowie – ähnlich wie bei anderen psychischen oder medizinischen Problemen – individueller Motivationsprobleme bzw. struktureller Voraussetzungen des Gesundheitssystems.

Um die Kaskade möglicher Schwierigkeiten systematisch untersuchbar zu machen, haben Schreiber et al. (2009) ein schematisches Modell des Inanspruchnahmeverhaltens von Patienten mit PTBS entwickelt (■ Abb. 9.1). Dieses Modell geht von mehreren Stufen der Behandlungsinanspruchnahme aus, bevor die Betroffenen tatsächlich eine Therapie beginnen.

Aus dem abgebildeten Modell sollen im Folgenden ausgewählte Aspekte genauer erläutert werden. Dabei wird auf auch darauf eingegangen, dass diese Besonderheiten nicht nur vor Beginn einer Therapie sondern auch in der ersten Phase des Therapieverlaufs deutlich werden können.

Wissen über die Traumatisierung und Symptomatik

Die eigenen posttraumatischen Symptome (z. B. Alpträume, Schreckreaktionen, Phobien) werden zwar wahrgenommen und verursachen ausgeprägtes Leiden, aber es besteht kein Wissen darüber, dass diese Symptome zu einem kohärenten Störungsbild gehören, das auch behandelbar ist. Im Vergleich zum Alltagswissen über Depressionen und Angststörungen ist das Alltagswissen von posttraumatischen Belastungsreaktionen sehr gering ausgebildet, was natürlich das aktive Hilfesuchen der Betroffenen erschwert.

Reaktionen des sozialen Umfeldes und soziale Unterstützung

Die Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) hat unmittelbare Folgen für die zwischenmenschliche Beziehungsgestaltung der Betroffenen. So werden Partnerschaftskonflikte und Prob-

leme im sozialen Umfeld explizit als Symptome der PTBS im DSM-IV genannt.

Umgekehrt – in Richtung vom Umfeld auf die Betroffenen – erleben die Traumatisierten häufig eine Aufforderung von ihren Bezugspersonen, endlich Schluss mit dem Gedanken an das Geschehene zu machen. Hierbei fallen Äußerungen wie »das Leben geht doch weiter« und »Du solltest einfach nicht mehr daran denken« (► Kap. 3, Abschn. »Interpersonell-soziokognitives Modell«).

Selbstwertprobleme

Das Erfahren von absoluter Ohnmacht während des Traumas erschüttert das Selbstvertrauen und das Selbstwertgefühl auf massive Art und Weise. Menschen, die wiederholt und chronisch traumatisiert worden sind, leiden häufig an kognitiven Verzerrungen ihrer Selbstsicht und ihres Selbstwertgefühls sowie der Motivationen und Beweggründe, die sie ihren Mitmenschen unterstellen (Pearlman & Courtois, 2005). Diese dysfunktionalen Kognitionen werden verstärkt, wenn sich zu einem späteren Zeitpunkt Enttäuschungen und weitere missbräuchliche Situationen wiederholen.

Einstellung zum Hilfesuchen und posttraumatische Vermeidung

Traumaopfer haben oft an sich selbst die Erwartung, dass sie das Erlebte aus eigener Kraft »wegstecken« müssten. Der eigene Leidensdruck wird zumindest teilweise externalisiert. Viele Betroffene bleiben bei dem Gedanken stehen, dass es für das Trauma eine äußere Ursache bzw. einen Täter (oder Unfallverursacher) gibt. Die erlebten psychischen Beeinträchtigungen werden als von Außen kommende Beschädigungen erlebt.

Dazu kommen ausgeprägte Tendenzen, sich nicht den eigenen traumatischen Erinnerungen zu stellen, die als PTBS-Symptome der Gedanken- und Gefühlsvermeidung gewertet werden können. Viele Betroffene haben die dysfunktionale Einstellung, ein »gelungener Gedankenstopp« wäre das beste Hilfsmittel. Dagegen würde jedes An-das-Trauma-Denken, einschließlich des Darüber-Redens gegenüber Anderen und des Sich-Organisierens von professioneller Hilfe den eigenen Zustand nur verschlimmern.

Erschüttertes Vertrauen

Insbesondere Man-made-Traumata haben häufig eine massive Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses zur Folge. Das Vertrauen in stabile menschliche Beziehungen wird durch die Erfahrung eines beabsichtigt zugefügten Traumas oft zerstört. Die sichere Basis der Betroffenen wird auf existenzielle Art und Weise infrage gestellt. Überlebende beschreiben häufig das Gefühl, sich zu der ehemals vertrauten Umgebung nicht mehr zugehörig zu fühlen. Herman (1993) weist in diesem Zusammenhang auf die als singular erfasste Tod-oder-Leben-Qualität des traumatischen Ereignisses hin, die bei Erfahrungen nichttraumatisierter Menschen in der Form nicht zu finden ist.

Nicht selten reagieren Traumatisierte auf Menschen, die versuchen sich ihrer Erlebniswelt zu nähern, mit Überempfindlichkeit. Das führt dazu, dass Traumaopfer ihre Umwelt und Mitmenschen sehr genau beobachten und sich schon bei geringsten Missverständnissen in ihren Fremdheitsgefühlen bestätigt sehen. Es entsteht Angst vor Intimität verbunden mit einem hohen Maß an Verletzlichkeit bei sozialen Interaktionen (Bleiberg & Markowitz, 2005). Daraus entstehende Überreaktionen führen nicht selten tatsächlich zu einer Abwendung der Umgebung.

Scham- und Schuldgefühle

Chronisches Grübeln, warum sie das Ereignis nicht verhindern konnten, und die Überzeugung, dass sie versagt haben, sind bei den Opfern mit Scham- und Schuldgefühlen assoziiert. Typisch ist das Schuldgefühl, während oder nach dem Trauma etwas falsch gemacht zu haben bzw. durch das Unglück herbeigeführt bzw. nicht abgewendet zu haben. Von Schamgefühlen berichten in ganz besonderem Ausmaß die Patienten, die sexualisierte Gewalt erlebt haben. Sowohl Scham- als auch Schuldgefühle sind assoziiert mit einem niedrigen Selbstwertgefühl und Selbstvorwürfen (Andrews, 1998). Ziel sollte also die Herstellung einer therapeutischen Umgebung sein, in der Schamgefühle und Aggression in einem sicheren therapeutischen Setting untersucht werden können. Durch Fokussierung der Therapie auf die maladaptiven Überzeugungen des Patienten soll das Selbstwertgefühl wieder aufgebaut werden.

Eine Möglichkeit Scham- und Schuldgefühle zu reduzieren, bieten Kontakte zu Menschen mit ver-

gleichbaren Erfahrungen. Literatur von anderen Betroffenen und Internetseiten, auf denen sich Patienten untereinander austauschen, können hierbei nützliche Dienste erweisen. Im Vordergrund steht dabei die Erfahrung, dass andere Betroffene unter ähnlichen Folgen leiden, wodurch sich das Gefühl der Entfremdung und Andersartigkeit reduzieren soll.

Erwarteter Therapieerfolg

Die empfundene emotionale Entfremdung der Betroffenen wandelt sich folglich in eine reale Isolation. Solche Erfahrungen führen häufig dazu, dass Patienten mit PTBS aus Angst vor Unverständnis und weiteren Enttäuschungen zunächst vor einer Psychotherapie zurückschrecken. Vor allem zu Beginn bestehen meist ausgeprägte Zweifel an dem möglichen Nutzen einer Therapie. Dem Patienten fällt es oft schwer, dem Therapeuten zu vertrauen, wodurch sich die Phase, in der der Therapeut »auf die Probe gestellt wird«, sich über einen längeren Zeitraum ausdehnen kann.

9.2.1 Abbruchraten bei PTBS-Therapien

Es hat sich gezeigt, dass bei unspezifischen Therapieansätzen Patienten mit PTBS verglichen mit anderen Patientengruppen häufiger die Therapie frühzeitig beenden. Burstein (1986) berichtete von Abbruchraten von ca. 50% bei Traumaopfern von Verkehrsunfällen, Raubüberfällen u. Ä.. Im Durchschnitt kamen diese Patienten nach 2–3 Therapiestunden nicht wieder in die Therapie. Allerdings wurde in dieser Studie nur eine Kombination von Pharmako- und unterstützender Psychotherapie untersucht. Im Vergleich zu unspezifischen Therapieansätzen sind die Abbruchraten bei spezifischen Traumatherapien vergleichbar mit Abbruchraten bei anderen Patientengruppen. Insbesondere soll hierbei daraufhin hingewiesen werden, dass dies auch für Expositionsverfahren gilt. In der Literatur wird immer wieder angemerkt, dass Expositionsverfahren mit besonders hoher Belastung für Patienten einhergehen und in der Folge mit höheren Abbruchraten verbunden sind. Hembree et al. (2003) untersuchten 25 kontrollierte Studien zu kognitiven Verhaltenstherapien und zeigten, dass kein signifikanter Unterschied hin-

sichtlich der Drop-out-Rate zwischen, Expositionstherapie, kognitiver Therapie, Stressimpfungstraining und EMDR (»Eye movement desensitization and reprocessing«) gefunden wurde.

! In den Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten liegt eine wesentliche Ursache für Misserfolge in der Therapie mit Traumaopfern. Zentral für die Patient-Therapeut-Beziehung während der Erstkontakte ist die Fähigkeit für empathisches Nachfragen nach dem Erlittenen. Schwierigkeiten dabei gefährden nicht nur die therapeutische Beziehung sondern auch den therapeutischen Prozess als Ganzes.

Schwierigkeiten dabei gefährden nicht nur die therapeutische Beziehung, sondern auch den therapeutischen Prozess als Ganzes.

9.3 Schwierigkeiten von Therapeutenseite

Aufseiten des Therapeuten löst die Behandlung von Traumaopfern häufig starke Emotionen aus. Traumaschilderungen sind oft bizarr, grausam und sadistisch (► Beispiel 1).

Berichte von Traumaopfern:

Beispiel 1:

Herr N., ein 27-jähriger Überlebender eines Flugschauunglücks berichtet:

Er stand mit seiner Frau K. zwischen den Zuschauern der Flugschau, als ein Flugzeug explodierte und niederstürzte. »Ich habe nur einen dumpfen Schlag gespürt, dann sah ich einen riesigen Feuerball auf mich zukommen. Es wurde furchtbar heiß, aber nur für eine Sekunde. ... Dann habe ich mich im Kreis gedreht und im Radius von 20 Metern lagen Leute, die noch gelebt haben, aber nicht mehr sehr lange. Die waren furchtbar verbrannt oder verstümmelt. Überall lagen Menschenteile. Leute lagen herum, die noch gezuckt oder geschrien haben. Ich habe nur gesucht nach meiner K. Bin überall hingelaufen und habe mir das ganz genau angeschaut, weil ich die Leute ja nicht mehr erkannt habe. Ich wollte unbedingt meine K. finden. Ich habe mir hinterher unheimliche Vorwürfe gemacht, weil die

Leute da so herumlagen und starben. Die haben einem nachgeschaut und ich habe nur gedacht: Eine davon ist die K. ... Und als man wieder an der gleichen Stelle vorbeigelaufen war, lagen die Leute tot. Die Augen haben sich nicht mehr bewegt. Als ich mich auf die Suche gemacht habe, um die K. zu finden, bin ich auf einen Mann gestoßen, dem war ein Lkw auf die Beine gefallen, der war unten ganz zerquetscht. Von der Wand des Lkw lief brennendes Benzin und der Mann hat lichterloh gebrannt und ich habe gedacht: »Na, der brennt. Es ist nicht die K.« Ein halber Kopf lag vor mir; das war nur die Hinterseite von dem Kopf. Ich habe das Gesicht nicht gesehen und wollte ihnumdrehen, aber ich habe es doch nicht fertiggebracht. Es hat ja um einen herum keiner mehr gelebt.« Frau N. starb bei dem Unglück. Ihre Leichen konnte erst Tage später identifiziert werden. (In ZDF-Magazin »Kontakte«, Mai 2001)

Beispiel 2:

Frau U., eine 37-jährige Frau aus Bosnien, berichtet:

Mai, 1992, in der Heimatstadt von Frau U. Es ist früher Abend und sie befindet sich mit ihrem Mann und den beiden kleinen Kindern in ihrer Wohnung. Serbische Teschetniks stürmen das Haus, holen die Bewohner auf die Straße. Dort stehen schon viele Männer, Frauen und Kinder entlang einer Mauer aufgereiht. In den folgenden Stunden werden alle Männer getötet. Unter den Teschetniks befinden sich auch zwei ca. 17-jährige junge Frauen, die sich besonders grausam zeigen. Eine von ihnen ist die Tochter einer Arbeitskollegin von Frau U. Sie haben Messer und eine Art langstielige Sichel mit Drahtzug als Mordinstrument. Den Männern werden die Glieder abgeschnitten und auf Draht zu »Ketten« aufgezogen. Für diese Beute bekommen die Mörder viel Geld von ihren Anführern sagt Frau U. Den Männern werden die Zungen herausgeschnitten, Kreuze in die Haut eingebrannt, die Kehlen aufgeschlitzt. Viel Blut fließt, überall ist Blut. Es sind keine Schreie des Entsetzens zu hören, kein Wimmern der Kinder. Nur die Geräusche des Tötens und Sterbens zerschneiden die Stille. Frau U. versucht, ihre Kinder vor diesem Anblick zu schützen, versteckt sie unter ihrem Rock. Immer wieder fällt sie in Ohnmacht. Am Ende des Massakers werden alle Frauen



9.3 · Schwierigkeiten von Therapeutenseite

und Kinder abgeführt, die Toten bleiben liegen. Am nächsten Tag folgt ein langer Fußmarsch der gefangenen Frauen und Kinder bis zur nächsten Stadt. In einer Moschee werden viele der Frauen vergewaltigt, auch Frau U. ... (Behandlungszentrum für Folteropfer, 1994)

Die Beschreibungen lösen bei vielen Zuhören Entsetzen und Horror aus, teilweise aber auch Unwillen, sich solche Details anhören zu müssen. Der Therapeut muss sich selbst mit der Existenz des Bösen und Tragischen in der Welt konfrontieren und sich dabei kontinuierlich mit seiner eigenen Verletzlichkeit auseinandersetzen (Maercker, 1995). Auch erfahrene Therapeuten sind häufig überwältigt von der Wucht der Berichte und haben Schwierigkeiten auf diese Schilderungen professionell zu reagieren.

Die therapeutischen Reaktionen können durch verschiedene Aspekte beeinflusst werden, wie z. B. der Natur des Traumas, der persönlichen Überzeugungen und Einstellungen des Therapeuten, den demografischen Eigenschaften des Patienten, Persönlichkeitseigenschaften der Haltung gegenüber traumatisierten Patienten und den institutionellen Ressourcen. Bei speziellen traumatisierten Gruppen (wie Kriegstraumatisierten oder Folterüberlebenden) beziehen sich die Therapeutenreaktionen auf einen breiteren sozialen Kontext und werden zusätzlich durch gesellschaftlich vorherrschende Einstellungen beeinflusst.

Im Fall von Man-made-Traumata muss sich der Therapeut mit der bedrohlichen Seite der Menschheit konfrontieren, was unter dem Begriff »**existential shame**« zusammengefasst wird (Danieli, 1988). Zentrale Aufgabe des Therapeuten ist hierbei, die eigenen Gefühle der Traurigkeit, des Entsetzens und des Horrors auszuhalten und gleichzeitig der Frustration und dem Zynismus des Patienten über eine schreckliche Welt zu begegnen, ohne dabei die Hoffnungslosigkeit des Patienten zu verstärken.

Reaktionsformen von Therapeuten gegenüber Traumapatienten

In Erstgesprächs- oder Therapiesituationen kann es dazu kommen, mit einer von zwei Extrempositionen zu reagieren (s. folgende Übersicht). Wilson und Lindy (1994) haben ein Modell für extreme Therapeutenreaktionen (oder »Gegenübertragungen«)

vorgeschlagen, in dem sie die einen Reaktionsformen entweder als vermeidend oder als überidentifizierend klassifizieren.

Extreme Reaktionsstile von Therapeuten. (Nach Wilson & Lindy, 1994)

— Abwehr, Abwertung

- Abweisender Gesichtsausdruck
- Unwillen oder Unfähigkeit, die Traumageschichte zu hören, zu glauben oder zu verarbeiten
- Übermäßige Distanzierung

— Folgen

- Defensivität: nicht nachfragen
- Teilnahme an der »Verschwörung des Schweigens«

— Überidentifizierung

- Unkontrollierte eigene Affekte
- Rächer- oder Retterphantasien
- Rolle als Leidens- oder Kampfgenosse

— Folgen

- »Hochspannung« im therapeutischen Setting
- Grenzverlust
- Überlastungssymptome (Burnout)

Abwehr oder Abwertung. Eine vermeidende Reaktion des Therapeuten impliziert eine abwehrende und abwertende Haltung. Den Erzählungen des Patienten wird kein Glauben geschenkt oder die Erlebnisse werden bagatellisiert. Auch fehlendes Nachfragen oder rasche Wechsel zu einem anderen Thema können Ausdruck einer solchen Haltung sein. Für die Patienten sind dies häufig vertraute Reaktionen. Vergleichbare Reaktionen beobachtete Danieli (1988) unter Psychotherapeuten, Familien und der Gesellschaft auf Überlebende des Holocaust und fasste dieses Phänomen als »Verschwörung des Schweigens« zusammen.

Aus dem therapeutischen Kontext berichtete Dalenberg (2004), dass Patienten das Bagatellisieren und Minimieren des traumatischen Erlebnisses als Verrat seitens des Therapeuten wahrnahmen. Problematisch ist auch eine möglicherweise gut gemeinte Überweisung zu einem »Spezialisten«, nach dem der Patient von seiner Geschichte berichtet hat. Der

Patient fühlt sich dadurch in seiner Angst bestätigt, er sei nicht zumutbar und würde fallen gelassen, sobald er sich öffnet.

Überidentifikation. Gleichzeitig zeigt sich in der Behandlung von Traumatisierten auch eine Tendenz der Überidentifikation. Das Zuviel an Empathie mit dem Patienten kann zu Überschreitung der therapeutischen Grenzen führen, wie z. B. der Vergabe der Privatnummer, Vergabe von außerordentlichen Terminen oder Überengagement hinsichtlich der Belange des Patienten. Zum einen besteht hierbei die Gefahr, dass Hilfsmaßnahmen eher dem Wunsch des Therapeuten als dem des Patienten entsprechen. Zum anderen kann eine übermäßig direkte und versorgende Haltung des Therapeuten zu einem verstärkten Hilflosigkeitserleben und damit einer ungünstigen Selbstwahrnehmung des Patienten führen. Somit wird eine intensive Abhängigkeit vom Therapeuten gefördert und der Patient implizit aufgefordert, die Verantwortung an den Therapeuten abzugeben. Letztlich führen diese Grenzüberschreitungen auch zu Erschöpfung, Überforderung und Ineffizienz des Therapeuten (Wilson & Lindy, 1994). In einem solchen Zustand droht das Überengagement sich in Abwehr und Aggression zu verwandeln.

Unsichere Reaktionen. Die genannten Positionen sind sicher Extreme. Zwischen den Extremen gibt es viele Arten von Unsicherheiten, wie man als Therapeut auf traumatisierte Patienten reagiert.

! Ein wichtiger Grund der Unsicherheit sind die Scheu bzw. Befürchtungen des Therapeuten, Inhalte und Details zu erfragen, die den Patienten in noch schwerere Belastungen hineinversetzen. Hier kann die Angst des Therapeuten eine Rolle spielen, der Patient würde retraumatisiert werden (► Kap. 2).

Ein Teil der Unsicherheit kann aus Schamgefühlen der Therapeuten herrühren. Dies ist insbesondere bei sexuellen Traumata der Fall. Der scheinbare Ausweg für Therapeuten, den beschriebenen Unsicherheiten zu entgehen, kann darin bestehen, sich am Zögern des Patienten »festzuhalten«, seine traumatischen Erlebnisse nicht berichten zu wollen (z. B. in der Form: Patient »Es fällt mir schwer, zu erzählen, was damals passierte«). Patienten sagen solche zö-

gernden Sätze oftmals aus einer ambivalenten Einstellung heraus. Einerseits fällt es ihnen schwer, von der Traumatisierung zu berichten. Andererseits erhoffen sie vom Therapeuten ein Nachfragen nach ihren Erlebnissen und Befürchtungen, die sie oftmals niemand anderem bisher berichtet haben.

! Ein Therapeut, der sich scheut, genau nachzufragen, wird Schwierigkeiten haben, einen Zugang zur Gefühls- und Gedankenwelt des Patienten zu bekommen und seine Möglichkeiten für die spätere therapeutische Arbeit beeinträchtigen.

9.3.1 Parteilichkeit für den Patienten

Im Umgang mit traumatisierten Patienten stellt sich häufig das Problem der Parteilichkeit.

Wer psychische Traumata untersucht, muß über furchtbare Ereignisse berichten. Bei Naturkatastrophen und oder Ereignissen, die auf höhere Gewalt zurückzuführen sind, ist es für den Berichterstatter leicht, Mitleid für das Opfer zu empfinden. Ist das traumatische Ereignis jedoch Ergebnis menschlichen Handelns, ist der Berichterstatter im Konflikt zwischen Opfer und Täter gefangen. Es ist moralisch unmöglich, in diesem Konflikt neutral zu bleiben, der Zuschauer muß Stellung beziehen« (Herman, 1993, S. 4).

Wichtig ist in diesem Zusammenhang eine klare Positionierung für den Patienten. Wenn es einen Täter gibt, sollte dieser deutlich als Täter benannt werden. Das bedeutet auch, dass die Schuld klar zu gewiesen wird. Dennoch ist es hilfreich vor allem zu Beginn der Therapie harte Äußerungen über den Täter zu vermeiden, da die Gefühle der Patientin häufig von Ambivalenz geprägt sind.

Die Parteilichkeit für den Patienten spielt auch bei der Kompensation eine wichtige Rolle. Ein spezielles Thema in der Therapie mit Traumatisierten ist die gesetzliche und finanzielle Kompensation (► Kap. 7). Viele Patienten erhoffen sich durch die rechtliche oder finanzielle Entschädigung eine Besserung ihres Gesundheitszustandes. Der Versuch der Symptomreduktion durch die Wiederherstellung von Gerechtigkeit scheitert allerdings häufig

und führt nicht selten zu einer erneuten Belastung. Besonders bei Gerichtsverhandlung sollte die zusätzliche Belastung, die mit der Zeugenaussage verbunden ist, nicht unterschätzt werden. Fällt das Ergebnis eines solchen Prozesses nicht i. S. des Patienten aus, kann dadurch der therapeutische Prozess negativ beeinflusst werden. Für Therapeuten ist es daher angebracht zurückhaltend zu sein und nicht aus einer Art Rächer-Retter-Impuls, den Patienten unter Druck zu setzen, solche Schritte zu unternehmen. In manchen Fällen werden Psychologen nur aufgesucht, um Gutachten oder andere Formen der Unterstützung in einem Rechtsstreit zu erlangen. Besteht eine solche Vermutung, sollte dies offen angesprochen und Möglichkeiten und Grenzen des Therapeuten klar definiert werden.

9.4 Therapeutische Beziehung und therapeutisches Vorgehen

Wie in jeder Psychotherapie so ist in besonderer Weise im therapeutischen Kontakt mit Traumatisierten der Aufbau einer tragfähigen und sicheren Beziehung die Grundvoraussetzung dafür, dass der Patient sich traut, über seine traumatischen Erlebnisse zu berichten und letztlich in der Lage ist, diese Erfahrungen zu integrieren. Empathisches und verständnisvolles Zuhören ohne Wertung bietet die Grundlage hierfür. Darüber hinaus beinhaltet die Beziehungsgestaltung mit Traumatisierten eine Reihe von Besonderheiten und Herausforderungen, die in der therapeutischen Arbeit von zentraler Bedeutung sind und nicht per se zum Allgemeingut der therapeutischen Praxis gehören.

Wichtige Aspekte in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung von Traumaopfern und Therapeuten

- Geduldiges Herangehen und Respekt vor dem möglichen Vertrauensverlust der Patienten
- Erhöhte Sensibilität in Bezug auf »Formalitäten der Therapiedurchführung« (keine standardisierte/automatisierte Diagnostik



vor dem persönlichen Gespräch über traumatische Erfahrungen)

- Angepasster Gesprächsstil: Ermutigung zum Sich-Öffnen über traumatische Erfahrungen bzw. Signalisierung, dass der Patient sich erst später öffnen braucht
- Abklärung der interpersonellen Unterstützungsressourcen des Patienten
- Ggf. Unterstützung bei der Herausnahme aus anhaltenden Gefahrenumständen (z. B. bei häuslicher Gewalt)
- Schaffung sicherer Umgebungsbedingungen für die Patienten (z. B. Türen offen lassen)
- Adäquates Eingehen auf Rituale, um das Sicherheitsbedürfnis von Patienten zu achten
- Psychischen Beschwerden einen Namen geben und diese erläutern (Psychoedukation)
- Gemeinsames Besprechen konkreter Therapieziele, der Reihenfolge des therapeutischen Vorgehens und Erläutern der wichtigen Therapiebestandteile (z. B. Selbstbeobachtungen und Protokolle, Traumexposition oder Vorgehen bei EMDR)
- Ggf. vor Psychotherapiebeginn Absetzen bzw. Ausschleichen von Medikamenten, damit die Patienten mögliche Therapieerfolge auf die psychotherapeutische Intervention attribuieren können.

9.4.1 Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung

Aufgrund des generell erschütterten Vertrauens vieler Traumaopfer (s. oben) kann man in der ersten Zeit der Therapie mit Traumatisierten nicht von einem tragfähigen Vertrauensverhältnis ausgehen; die therapeutische Beziehung befindet sich vielmehr »auf dem Prüfstand«. Patienten können prüfendes Verhalten z. B. zeigen, in dem sie einzelne traumatische Erlebnisse »probeweise« in das Gespräch einwerfen und die Reaktion des Therapeuten daraufhin bewerten, ob dieser auf die Erzählung angemessen reagiert oder nicht.

Beispiel

Ein 32-jähriger Patient, der aus politischen Gründen für ca. 2 Jahre inhaftiert war, deutet kurz an, dass kriminelle Mitgefangenen ihn schikaniert haben. Mehrfach wird genauer nachgefragt. Erst in einem späteren Gespräch erzählt der Patient, dass er verschiedene Formen sexuellen Missbrauchs erlebt hat.

In anderen Fällen kann das Testverhalten auch dadurch ausgelöst sein, dass die Patienten erwarten, dass kein Gegenüber, auch nicht ein Therapeut, die Entsetzlichkeiten der Erzählungen aushalten kann. Sie nehmen dann eine paradoxe, vorwegnehmende Schonhaltung dem Therapeuten gegenüber ein, den sie nicht mit ihrer Geschichte überfordern wollen.

Langsamer Vertrauensaufbau

Der Aufbau von Vertrauen zwischen Patient und Therapeut ist ein Prozess, der Zeit braucht. Versuche des Therapeuten, die eigene Vertrauenswürdigkeit zu rechtfertigen oder unter Beweis zu stellen, erweisen sich dabei als unnützlich. Vielmehr werden Äußerungen, die Respekt vor der Schwierigkeit erkennen lassen, angesichts des Erleidens zu vertrauen, vom Patienten als einfühlsame Antwort wahrgenommen.

Der Therapeut kann erklären, dass er nicht grenzenloses Vertrauen vonseiten des Patienten erwartet und dass ihm klar ist, dass sich der Patient zunächst nicht sicher fühlt. Es gibt auch keinen Anlass den Therapeuten von Anfang an als vertrauenswürdig zu sehen. Der Therapeut wird sich bemühen, das Vertrauen erst zu verdienen, auch wenn das einige Zeit in Anspruch nehmen wird.

! Für die Schaffung eines vertrauensvollen Patient-Therapeut-Verhältnisses ist es wichtig, mögliche Reihenfolgeprobleme zu beachten.

Die formalisierte Eingangsdagnostik (z. B. mit Fragebögen) sollte nicht vor dem Gespräch stattfinden, in dem erstmals über das Trauma geredet wird. Die Patienten können sich davon abgestoßen fühlen, ihre traumatischen Erfahrungen erst in schriftlichen Fragebögen oder Tests zu offenbaren, bevor sie ein Gespräch darüber führen. Deshalb sollte der Zeitpunkt der Eingangsdagnostik gegebenenfalls auf einen späteren Termin verschoben werden.

Zum Vertrauensaufbau gehört es, mögliche Schwierigkeiten mit den finanziellen Erstattungen der Krankenversicherungsträger vorwegnehmend aufzugreifen. Es kann sonst zu weiteren Vertrauensenttäuschungen kommen, wenn der Krankenversicherungsträger in der Mitte der Therapie Probleme macht, die weiteren Therapiesitzungen zu bezahlen.

Eingehen auf das Sicherheitsbedürfnis von Traumaopfern

Die ersten Kontakte zwischen Patient und Therapeut sind auch dazu da, sichere Umgebungsbedingungen für den Patienten zu schaffen. Schwer traumatisierte Patienten sind durch viele Schlüsselreize (die sie an ihr Trauma erinnern) irritier- und störrisch. Der Therapeut sollte sich der prüfenden Prozesse bewusst sein, die sofort beginnen, wenn der Patient den Therapieraum betritt:

- Muss die Tür offen bleiben oder geschlossen werden?
- Lässt der Raum Geräusche nach außen dringen oder ist er schalldicht?
- Stößt der Bildschmuck des Raumes den Patienten ab, weil er damit ungünstige Erinnerungen verbindet?

Schwer traumatisierte Patienten haben nicht selten Rituale ausgebildet (z. B. ständiges Offenhalten von Fenster oder Türen), um ihre Ängste zu kanalisieren. Der Therapeut sollte aufgeschlossen und verständnisvoll darauf reagieren. Anders als bei Ritualen von Patienten mit anderen Angststörungen (z. B. Patienten mit Panik- oder Agoraphobie) brauchen diese Rituale im Verlauf der Therapie nicht unbedingt abgebaut werden, wenn sie nicht ein weiterbestehendes dysfunktionales Gefährungsgefühl ausdrücken (Ehlers, 2002) oder die Lebensqualität beeinträchtigen.

Gefährliche Patienten. Es gibt Patienten, die Waffen bei sich tragen (z. B. Messer, Pistolen). Sie haben sich dies angewöhnt, um sich nötigenfalls besser schützen zu können. Das Waffentragen ist allerdings problematisch – und auch für den Therapeuten nicht ohne Bedrohung – da viele Traumaopfer in der Fähigkeit beeinträchtigt sind, ihre Affekte zu regulieren (► Kap. 2). Aufgrund der Eigen- und Fremdgefährdung kann der Verzicht auf das Tragen von Waffen zum eigenen (Teil-)Therapieziel werden.

Herausnahme aus Gefahrenkontexten. Ganz grundsätzlich sollte der Therapeut über das therapeutische Setting hinaus ausloten, wie sicher sich der Patient in seiner Wohnumwelt fühlt und ob es dort tatsächlichen Anlass für wiederkehrende Gefahren gibt. Es sollte besprochen werden, welches die Anlässe für diese Unsicherheitsgefühle sind. Wenn im entsprechenden Fall weitere Gefahren (z. B. häusliche Gewalt) zu befürchten sind, sollten Maßnahmen abgesprochen werden, diese zu minimieren oder auszuschalten. Dazu können weitere Personen und Institutionen (z. B. Sozialarbeiter, Frauenhäuser) einbezogen werden.

9.4.2 Therapieziele und Planung einer Therapie

Es ist eine allgemein akzeptierte Grundlage psychotherapeutischen Handelns, dass die Gestaltung der therapeutischen Beziehung Hand in Hand mit den Inhalten geht, die ab dem Erstgespräch den Patienten vermittelt werden, damit diese eine Orientierung über das Angebot und die fachliche Kompetenz des Therapeuten erhalten. Neben der dargestellten Schaffung von vertrauensvollen und sicheren Umgebungsbedingungen gibt es einige wichtige Ziele schon für die frühen Phasen der therapeutischen Kontakte:

- Beschwerden des Patienten einen Namen geben (**Psychoedukation**),
- gemeinsames Besprechen von Therapiezielen,
- Planung der Therapie (ggf. der Reihenfolge der Therapieschritte) und
- Erläutern der wichtigsten Therapiebestandteile (**Therapierationale vermitteln**).

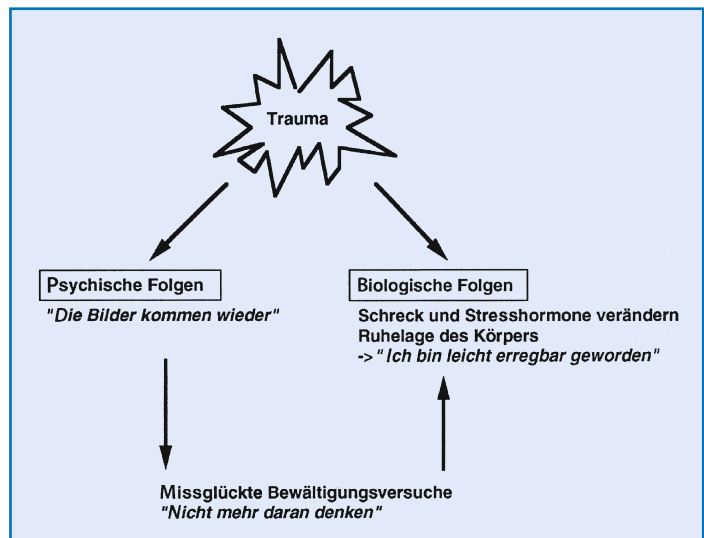
Die Beschwerden benennen (Psychoedukation)


Traumatisierte Patienten haben oft ein unklares Bild von den Veränderungen, die das Trauma in ihnen ausgelöst haben könnte. Im Rahmen der Psychoedukation sollen die verschiedenen vom Patienten wahrgenommenen Veränderungen und erlebten Belastungen in einem kohärenten Konzept zusammengefasst und benennbar gemacht werden. Später kann darauf aufgebaut werden und Therapieziele, -planung und -rationale aus diesen Inhalten abgeleitet werden. Viele Patienten reagieren auf die Psychoedukation mit Erleichterung, da sie endlich einen subjektiven Zusammenhang zwischen den einzelnen Veränderungen herstellen können.

Die Psychoedukation setzt an der Problemkonstellation des Patienten sowie seinem Vorwissen an. Eingebettet in ein implizites oder explizites biopsychosoziales Modell der betreffenden Störung können variable Schwerpunkte gesetzt werden.

Für die Psychoedukation zur PTBS bieten sich Metaphernbegriffe wie »seelische Verwundung«

■ **Abb. 9.2.** Erklärungsmodell für posttraumatische Belastungsstörungen. (Beispielsätze mit dem Patienten gemeinsam bearbeiten)



oder »eingebrennte Wunde« an. Diese Metaphern können auf seelische **und** körperliche Veränderungen bezogen werden, wie dies in  Abb. 9.2 gezeigt ist.

In der Beschreibung der Symptome, die in das Erklärungsmodell einbezogen werden, sind die Patienten selbst die Experten und können alle Veränderungen aufzählen, die sie an sich wahrgenommen haben. Dabei kann der Therapeut aus dem Wissen über das Störungsbild heraus gezielte Nachfragen stellen (z. B. Nachfrage nach Flashbacks: *»Haben Sie in manchen Momenten auch den Eindruck, wieder vollständig in der Situation drin zu sein?«*).

Es ist nützlich, die interaktive Vermittlung des Erklärungsmodells mit weiteren Vorgehensweisen zu kombinieren:

Psychoedukative Kommunikation

- Nachvollziehbarkeit der erlebten Beeinträchtigungen. Hier kann sinngemäß der Satz eingesetzt werden, dass die **»Post-traumatische Belastungsstörung eine normale Reaktion auf eine extrem unnormale Situation«** ist.
- Es kann vermittelt werden, dass insbesondere die körperlichen Reaktionen (z. B. leichtere Erregbarkeit) zu automatischen Schutzreaktionen des Körpers gehören und damit eine bestimmte **»Weisheit des Körpers«** ausdrücken, der für zukünftige Gefahren besser geschützt sein will und **Flucht- oder Kampfreaktionen** durch die Übererregung möglich machen will.
- Informationen über allgegenwärtige Triggerreize: Alle möglichen Orte, Situationen, Aktivitäten und andere Reize dienen als Hinweise vor dem scheinbaren Neuauftauchen der Gefahren. Diese Triggerreize führen allerdings zu einer Symptomverstärkung. Die Erläuterung dieser Zusammenhänge soll erreichen, dass die Symptomatik ihren oft überraschenden Charakter verliert.
- Informationen über spezielle Themen geben, wie schwer selbst wahrzunehmende und erklärende Symptome (z. B. Flashbacks, gefühlsmäßiges Betäubtsein, Panikanfälle).



Die Informationen können sich an Symptombeschreibungen orientierten (► Übersicht »Kriterien der Entwicklungsstraumastörung«, ► Kap. 2)

- Informationen darüber, dass in der Zeit der Psychotherapie die Symptome stärker werden können, bevor sie sich in der Therapie bessern.

Therapieziele, -planung und -rationale

Viele Patienten mit PTBS konfrontieren den Therapeuten mit dem Wunsch nach einem totalen Vergessen des Erlebten (*»Können Sie irgendetwas machen, damit ich die ganzen Erlebnisse vergessen kann?«*). Dieser verständliche Wunsch sollte in einer geeigneten Form der Gesprächsführung in realistische Ziele gewandelt werden, z. B. *»... dass mich die Erinnerungen nicht mehr überall und immerzu überfallen«, »... dass ich diese Erinnerungen zurückdrängen kann«, »... dass ich den Geruch nicht immerzu in der Nase haben muss«* etc.

Eine Orientierung für die Therapieplanung kann das zeitliche Abfolgeschema der Traumatherapien nach Herman (► Abschn. 8.2) bieten: Stabilisierung, Traumasynthese oder Traumaexposition sowie Neuorientierung. Die jeweiligen Therapiebestandteile können dabei insoweit erläutert werden, soweit der Patient dies aufgrund seines Vorwissens integrieren kann.

Da wirksamen Therapieverfahren explizit das Trauma – in der einen oder anderen Form – thematisieren (► Kap. 8), müssen auch besonders angstvolle bzw. verdrängende/vermeidende Patienten ermutigt werden, sich im Rahmen ihrer Therapie bewusst den traumatischen Erinnerungen zu stellen.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die therapeutische bzw. Selbstkonfrontation mit dem Trauma dem Patienten gegenüber zu begründen:

- Gebrauch von Metaphern oder
- Erarbeiten elaborierter Erklärungen.

Metapherngebrauch

Gebrochene Knochen richten (Hammond, 1990, S. 346). *»Die Arbeit, die wir in den nächsten Stunden tun müssen, hat viel mit dem gemeinsam, was passiert, wenn ein Kind ein Bein gebrochen hat oder*

ein Erwachsener eine schmerzhafte und infizierte Wunde hat, die aufgeschnitten werden muss. Der Arzt will keinen Schmerz beim Patienten verursachen. Aber er/sie weiß, dass wenn er/sie nicht den Knochen richtet oder die Wunde reinigt, der Patient viel länger Schmerzen haben wird, dass er/sie behindert bleiben und wohl niemals wieder richtig genesen wird. Es ist hart und schmerzhaft für den Arzt die notwendigen Behandlungen durchzuführen und Schmerzen durch das Richten des Beins oder das Reinigen der Wunden auszulösen. Aber die notwendigen Handlungen sind ein Ausdruck der Sorgfalt, die eine Heilung erst ermöglicht.«

Wunde reinigen (Hammond, 1990, S. 346). »Auch das Wiederdurchleben der quälenden Erinnerungen und Gefühle wird für eine kurze Zeit ein schmerzhafter Prozess sein, genauso wie das Reinigen einer Wunde. Aber danach wird der Schmerz geringer und die Heilung wird eintreten können.«

Schrankmetapher (Ehlers, 2002). »Sie können sich das wie bei einem Schrank vorstellen, in den man viele Dinge ganz schnell hineingeworfen hat, so dass man die Tür nicht ganz schließen kann. Irgendwann wird die Tür von allein aufgehen und etwas fällt heraus. Was muss man tun, damit die Dinge nicht herausfallen? Man muss die Dinge herausnehmen, ansehen, sortieren und dann geordnet in den Schrank räumen. Genauso ist das Gedächtnis für ein traumatisches Erlebnis. Leider kann auch da die Tür nicht einfach zugemacht werden, ohne dass man vorher alles, was passiert ist, ansieht und nach der

Bedeutung, die es für einen hat, ordnet. Damit es Vergangenheit wird, muss es betrachtet und eingeordnet werden.«

Erarbeitung elaborierter Erklärungen

Im Rahmen eines sokratischen Dialogs zwischen Patient und Therapeut kann gemeinsam mit dem Patient ein Teufelskreismodell erarbeitet werden.

Beispiel (zu **Abb. 9.3**)

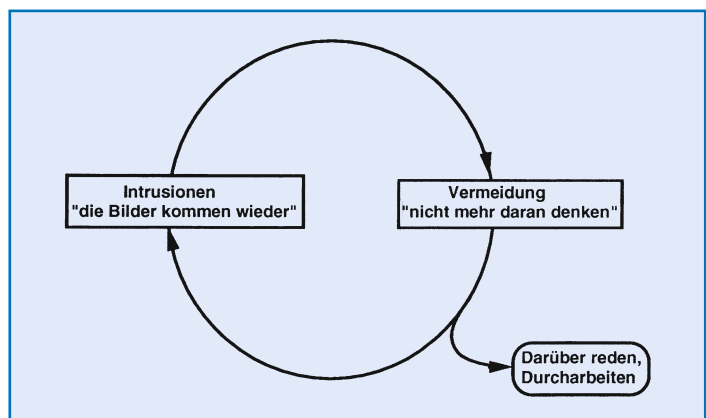
Ein Patient hatte berichtet, dass »die Bilder vom Erlebnis immer wiederkommen«. »Wie reagieren Sie in einem solchen Moment darauf, dass die Bilder immer wiederkommen?«. Die Antwort des Patienten: »Ich versuche nicht mehr daran zu denken«, könnte vom Therapeuten weitergeführt werden mit der Frage: »Was passiert in solchen Momenten; sind ihre Versuche, die Bilder zu verdrängen, erfolgreich?«

Auf der Suche nach einer Veränderungsidee kann gefragt werden: »Wann geht es Ihnen besser mit der Erinnerungsflut? Gibt es Situationen, in denen die Belastung nicht so stark ist?« Auf diese Frage kann der Patient möglicherweise antworten, dass es ihm besser geht, wenn er mit anderen darüber geredet hat.

Der Therapeut kann anschließend den Begriff des Durcharbeitens der Erinnerungen einführen, der den Teufelskreis von Intrusionen und Vermeidung unterbrechen hilft.

Wie schon oben im Kontext ungünstiger Reaktionsformen von Therapeuten hingewiesen wurde, wird die therapeutische Beziehung bzw. der Thera-

Abb. 9.3. Gemeinsames Erarbeiten eines Teufelskreises der Traumaeinerinnerungen und der Therapie als Weg daraus



pieerfolg mit den Reaktionen des Therapeuten zusammenhängt:

- Der empathische Therapeut ermuntert den Patienten zu Erzählungen über schreckliche Ereignisse ohne vom Thema abzulenken oder auf Nebengleise zu führen, ohne ihn erstaunt oder erschrocken anzustarren oder selbst eine vollständige Schockreaktion zu zeigen.
- Wenn der Therapeut die Bedeutung spontan geäußerter Themen herunterspielt und das therapeutische Gespräch auf Bereiche lenkt, die nicht im Mittelpunkt der traumabedingten Ängste stehen, bekommt der Patient das Gefühl, dass die existenzielle Schwere des Erlebten für die Behandlung als irrelevant angesehen wird und wird sich weiterhin unverstanden fühlen.

Allerdings ist es naheliegend, dass man als Therapeut selbst belastet wird durch die Geschichten der Patienten und den massiven Horror, dessen indirekter Zeuge man dabei werden kann.

9.5 Selbstfürsorge für Therapeuten

9.5.1 Sekundäre Traumatisierung

Die Behandlung von traumatisierten Patienten fordert oft einen hohen psychischen Tribut von den Therapeuten. Es wäre auch unnatürlich, die Wucht eines Traumas einfühlsam besprechen und bearbeiten zu können, ohne dabei emotional und kognitiv unberührt zu bleiben. Durch Patienten mittelbarer Zeuge von Verbrechen, Unglücksfällen oder anderen unmenschlichen Erlebnissen zu sein, kann für Therapeuten selbst leicht zu PTBS-ähnlichen Veränderungen führen. Dieses Phänomen wurde als stellvertretende Traumatisierung oder sekundäre PTBS beschrieben (Danieli, 1988; Herman, 1993).

- ! **Sekundäre PTBS ist ein Resultat wiederholter Belastungen durch traumatische Berichte der Patienten. Sie kann auftreten als Mischung einer direkten PTBS (z. B. in Form von Intrusionen, Alpträumen, Entfremdung, Schlafstörungen) sowie Burnout-Phänomenen (z. B. Niedergeschlagenheit, somatische Beschwerden, Zynismus).**

Die Mischung von PTBS- und Burnout-Phänomenen kann mit einem Fragebogen erfasst werden (Reinhard & Maercker, 2003, nach Motta & Joseph), der neben der eigenen PTBS-Symptomatik die Faktoren Betroffenheit und emotionale Erschöpfung erfasst.

Emotional überlastete Therapeuten haben auch ein höheres Risiko für somatische Probleme. Persönliche und berufliche Unausgeglichenheit äußert sich in Müdigkeit, Schlafproblemen, Übererregung und unachtsamem, unkontrolliertem emotionalem Ausdruck (Wilson & Lindy, 1994). Darüber hinaus gibt es die Gefahr, dass sich Therapeuten, die (zu) viele Traumaopfer behandeln, sich von anderen (Kollegen) selbst zunehmend isoliert, zurückgewiesen und unverstanden empfinden. Dies wurde insbesondere für Therapeuten beschrieben, die gehäuft Opfer sexuellen Missbrauchs behandeln (Courtois, 1993). Rückzug und Zynismus kann weiterhin zu einem Zustand führen, für den Figley (1995) den Begriff Mitleidsmüdigkeit prägte.

- ! **Die zunehmende Spezialisierung von Behandlungseinrichtungen bzw. Schwerpunktpraxen kann Ursache von einer erhöhten psychischen und physischen Morbidität bei Therapeuten sein. Deshalb ist ein ausschließlich therapeutisches Arbeiten mit Traumapatienten nicht empfehlenswert (Reddemann & Maercker, 2008).**

9.5.2 Was kann man machen?

Auf mehreren Ebenen können die Bemühungen ansetzen, dass es auf Therapeutenseite nicht zu einer anhaltenden sekundären Traumatisierung kommt (Stamm, 2002):

- in professionellen Einstellungen,
- in der Arbeitsorganisation,
- in der Alltags- bzw. Freizeitgestaltung und
- in grundsätzlichen (philosophischen) Lebenseinstellungen.

Professionelle Einstellungen. Das spontane Auftreten von (Teilen der) PTBS-Symptomatik nach der Arbeit mit einem oder mehreren Traumapatienten kann zunächst auch bei einem selbst als »eine normale Reaktion auf eine extrem unnormale

Situation« angesehen werden (► Abschn. 9.4.2). Weiterhin helfen i. S. einer Selbstfürsorge verschiedene Techniken der Selbstbeobachtung und des Selbstschutzes:

- Erkennen der eigenen Reaktionen:
 - Selbstaufmerksamkeit für körperliche Signale entwickeln, z. B. für Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen und Schwitzen.
 - Versuche, Worte für die eigenen Erfahrungen und Gefühle zu finden.
- Eigene Reaktionen bewältigen lernen:
 - Das eigene Niveau von Behaglichkeit finden, um Offenheit, Toleranz und die Bereitschaft alles zu hören, zuzulassen.
 - Wissen, dass jedes Gefühl einen Anfang, eine Mitte und ein Ende hat.
 - Lernen, überwältigende Gefühle zu vermindern, ohne in Verdrängung abzugleiten.
 - Wenn die Gefühle verwundet sind, sich Zeit dafür nehmen, sie genau wahrzunehmen, sie zu beruhigen und ausheilen zu lassen, bevor man weiterarbeitet.

Arbeitsorganisation. Entspannungsmöglichkeiten in den Arbeitsalltag einbauen (z. B. Pausen, Nachreflexionszeiten allein und mit anderen). Eine wichtige Selbstfürsorge ist durch die Supervision bei kompetenten, vertrauenswürdigen und erfahrenen Therapeuten gewährleistet. Schon Herman (1993) stellte fest, dass niemand allein auf sich gestellt mit Traumaopfern arbeiten kann. Erst durch kollegiale Unterstützung gelingt es, die nötigen Kräfte für die Behandlung von traumatisierten Patienten zu behalten. Dafür kann das Aufbauen von professionellen Netzwerken von Therapeuten, die Traumatherapie durchführen, hilfreich sein.

Alltags- und Freizeitgestaltung. Der existenzielle Druck sich mit dem Traumathema zu beschäftigen, weil es in ihm um Leben und Tod, Gewalt und Verbrechen geht, kann zu einer Beschäftigung **ad infinitum** mit dieser Thematik führen. Alltagsbeispiele dafür sind, sich immer wieder erneut Berichte in den Medien zu einem Traumathema anzuschauen (z. B. zum 11. September oder zum Familien-Sklavenhalterdrama in Amstetten/Österreich). Traumaexperten und -therapeuten sollten das Recht für sich in Anspruch nehmen, Beruf und Freizeit zu trennen. In

diesem Sinne können Weiterbildungsseminare und -wochenenden kein Teil der Freizeit sein, sondern des Berufs. Der eigenen Resilienz (► Kap. 5) wird durch die Nutzung und den Ausbau eigener Entspannungs- und Freizeitmöglichkeiten am besten gedient (Reddemann & Maercker, 2008).

Grundsätzliche (philosophische) Lebenseinstellung. Die Konfrontation mit traumatischen Ereignissen kann auch bei Therapeuten zu Änderungen der Lebenseinstellungen führen. Dies beinhaltet das Anerkennen des »Bösen in der Welt« und seiner vielen Äußerungsformen sowie das Akzeptieren von Unwiederbringlichem. Auch eine bewusst gestaltete posttraumatische Reifung (► Kap. 2, 5) mit ihren Bereichen: neue Prioritätensetzungen, Besinnung auf eigene Stärken, Wertschätzung Anderer und/oder spiritueller Orientierung, kann für Therapeuten Wege aus den Belastungen ihres Berufs weisen.

Literatur

- Andrews, B. (1998) Shame and childhood abuse. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology and culture* (pp. 176–190). Oxford: Oxford University Press.
- Behandlungszentrum für Folteropfer (1994). *Jahresbericht 1994*. Berlin: Eigendruck.
- Burstein, A. (1986). Treatment noncompliance in patients with post-traumatic stress disorder. *Psychosomatics*, 27, 37–40.
- Courtois, C. A. (1993). Vicarious traumatization of the therapist. *NCP Clinical Newsletter*, 3, 8–9.
- Dalenberg, C. J. (2004). Maintaining the safe and effective therapeutic relationship in the context of distrust and anger: countertransference and complex trauma. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 338–447.
- Danieli, Y. (1988). Confronting the unimaginable: Psychotherapists' reactions to victims of the Nazi Holocaust. In J. P. Wilson, Z. Harel & B. Kahana (Eds.), *Human adaptation to extreme stress from the Holocaust to Vietnam* (pp. 145–168). New York: Plenum.
- Davies, G. M. & Dalgleish, T. (2001). *Recovered Memories: Seeking the Middle Ground*. London: Wiley.
- Ehlers A (2002). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe (Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 8).
- Figley, C. R. (ed.) (1995). *Compassion fatigue. Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner & Mazel.
- Hammond, D. C. (1990). *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors*. New York: Norton.

- Hembree, E. A., Foa, E. B., Dorfan N. M., Street, G. P., Kowalski, J., & Tu, X. (2003). Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress, 16*, 555–562.
- Herman, J. L. (1993). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. München: Kindler.
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen. In M. Hermer, & B. Röhrle (Hrsg.). *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (Bd. 2, S. 933–951). Tübingen: DGVT.
- Maercker, A. (1995). *Existenzielle Konfrontation*. Berlin: Studien und Berichte des Max-Planck-Instituts für Bildungsforschung.
- Pearlman, L. A., & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 449–459.
- Reddemann, L. & Maercker, A. (2008). Interview »Ich bin Psychotherapeutin, die traumatisierte Menschen behandelt, nicht Traumatherapeutin«. *Trauma & Gewalt, 2*, 246–251.
- Reinhard, F. & Maercker, A. (2004). Sekundäre Traumatisierung, posttraumatische Belastungsstörung, Burnout und soziale Unterstützung bei medizinischem Rettungspersonal. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 13*, 29–36.
- Schreiber, V., Renneberg, B. & Maercker, A. (2009). Seeking psychosocial care after trauma: An integrative model. *Violence and Victims*, im Druck.
- Stamm, B. H. (2002). *Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher und Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können*. Paderborn: Junfermann.
- Wilson, J. P. & Lindy, J. D. (1994). *Countertransference in the treatment of PTSD*. New York: Guilford.

10 Psychologische Frühinterventionen

J. Bengel, K. Becker

- 10.1 Akute Belastungsreaktion und akute Belastungsstörung – 165**
- 10.2 Diagnostik und Indikation – 166**
- 10.3 Primäre Prävention – 168**
- 10.4 Versorgung akut traumatisierter Menschen – 169**
 - 10.4.1 Psychische Erste Hilfe und psychosoziale Akuthilfen – 169
 - 10.4.2 Unspezifische Interventionsstrategien – 171
 - 10.4.3 Spezifische Interventionsstrategien – 172
- 10.5 Organisierte Nachsorge – 179**
- 10.6 Ausblick – 180**
- Literatur – 181**

Das Erleben eines Notfalls, eines schweren Unfalls, einer Naturkatastrophe, einer Gewalttat oder eines Anschlags ist immer mit einer psychischen Belastung und einer Anpassungsreaktion verbunden. Diese Reaktion kann sich in einer akuten Belastungsreaktion, einer akuten Belastungsstörung und/oder mittel- und langfristig in einer chronischen Belastungsstörung äußern. Die Prävalenz posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) und anderer Traumafolgestörungen bei Notfall- und Katastrophenopfern ist signifikant, auch wenn bei vielen Notfällen die akuten Belastungsreaktionen nicht in störungswertige Belastungsfolgen münden. Die Erfahrungen bei Großschadensereignissen und das zunehmende Wissen über die Risikofaktoren für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung und ihren Verlauf haben die Aufmerksamkeit auf früh einsetzende psychologische Versorgungsangebote bei potenziell traumatischen Ereignissen gerichtet (Bengel, 2004; Hobfoll & Vries, 1995). Dabei wird davon ausgegangen, dass eine frühe psychologische Hilfeleistung und soziale Unterstützung die langfristigen psychischen Folgen einer Traumatisierung mildern oder verhindern kann (Hobfoll et al., 2007; Peterson, Prout & Schwarz, 1991).

Die Terminologie für diese Interventionen ist uneinheitlich und verwirrend: Begriffe wie sekundäre Prävention, Frühintervention, Notfallpsychotherapie, notfallpsychologische Maßnahme, psychologische Nachsorge, psychologische Nachbereitung, psychosoziale Notfallversorgung, psychosoziale Unterstützung und psychische Erste Hilfe werden verwendet.

Der Begriff Frühintervention passt zu der von Caplan (1964) eingeführten Systematik der primären, sekundären und tertiären Prävention. Die primäre Prävention bezeichnet dabei Maßnahmen zur Verhinderung der bzw. Vorbereitung auf die Exposition (► Abschn. 10.3). Interventionen zur Verhinderung von PTBS und anderen Traumafolgestörungen während und nach einer traumatischen Erfahrung sind per definitionem sekundärpräventiv, da die Personen durch die traumatische Erfahrung ein Risiko tragen.

Mit psychologischen Frühinterventionen werden psychologisch fundierte Maßnahmen bezeichnet, die in den ersten 3 Monaten nach dem Notfallereignis durchgeführt werden. Derzeit wird die not-

fallpsychologische Versorgung zu einem erheblichen Anteil von verschiedenen Berufsgruppen mit unterschiedlich fundierten Aus- und Weiterbildungen angeboten (Beerlage, Hering & Nörenberg, 2006). Die Teilnehmer einer vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) veranstalteten Konsensus-Konferenz haben im November 2008 die ersten bundeseinheitlichen Leitlinien und Standards für die psychosoziale Notfallversorgung von Notfallopfern, Angehörigen und Zeugen sowie Einsatzkräften nach schweren Unglücksfällen und Katastrophen verabschiedet. Dort wurde der Begriff »psychosoziale Notfallversorgung« (PSNV) als verbindlich festgelegt:

Der Begriff Psychosoziale Notfallversorgung beinhaltet die Gesamtstruktur und die Maßnahmen der Prävention sowie der kurz-, mittel- und langfristigen Versorgung im Kontext von belastenden Notfällen bzw. Einsatzsituationen (BBK, 2008, S. 6).

Unter der Bezeichnung PSNV lassen sich zahlreiche Konzeptionen und Aktivitäten mit unterschiedlichem Entwicklungs- und Implementierungsstand zusammenfassen. Während für den Bereich der Versorgung in Deutschland also der Begriff PSNV festgeschrieben wurde, ist im Bereich der internationalen wie nationalen Forschung die Rede von »early (psychological) interventions« bzw. (psychologischen) Frühinterventionen. Diese Bezeichnung soll auch hier verwendet werden.

Definition

Die ersten psychologischen Maßnahmen zur Betreuung und Versorgung von Menschen nach einem Notfallereignis werden als **psychologische Frühinterventionen** bezeichnet. Zur Abgrenzung gegenüber mittel- und langfristigen Maßnahmen bietet sich das Zeitkriterium bei der Diagnose der (akuten) posttraumatischen Belastungsstörung an: Alle Maßnahmen, die innerhalb der ersten drei Monate nach dem traumatischen Ereignis erfolgen, sind danach Frühinterventionen.

Der Forschungsstand zu psychologischen Frühinterventionen ist noch gering. Lehrbücher der Psycho-

traumatologie, der Klinischen Psychologie, der Psychotherapie sowie der Psychiatrie gehen kaum oder nur am Rande auf die Frage einer Prävention bzw. einer frühen Intervention nach einer Traumaerfahrung ein. Für viele der existierenden Konzepte liegen keine Indikationskriterien vor und sie sind hinsichtlich ihrer Wirksamkeit nicht ausreichend, teilweise auch negativ evaluiert (► Abschn. 10.5; Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften [AMWF], in Vorbereitung; Australian Centre for Posttraumatic Mental Health [ACPMH], 2007; Hobfoll et al., 2007; Litz, Gray, Bryant, Adler & Reed, 2002; National Institute of Clinical Excellence [NICE], 2005; Schützwahl, 2000).

Dieser hohe Forschungsbedarf geht einher mit einem hohen Handlungsdruck aufseiten der verantwortlichen staatlichen Einrichtungen und Hilfsorganisationen gerade bei Katastrophen und größeren Schadensereignissen. Nicht nur die Öffentlichkeit und die Medien sind für das Thema der frühen und unmittelbaren Versorgung der Opfer sensibilisiert, auch die Frage der Krankheitskosten und der Fürsorgepflicht für spezifische Personengruppen, wie z. B. Risikogruppen oder Einsatzkräfte, hat zu einer wachsenden Bedeutung von psychologischen Hilfeleistungen insgesamt und Frühinterventionen im Besonderen geführt.

! Die Frage nach der notwendigen Kompetenz zur Durchführung einer Frühintervention kann nur in Abhängigkeit von der Zielgruppe und den spezifischen Methoden beantwortet werden; sie besitzt zentrale Bedeutung für die Qualitätssicherung der psychotraumatologischen Versorgung.

Dieses Kapitel geht auf verschiedene Aspekte der Diagnostik und Behandlung einer akuten Belastungsstörung ein:

- Zunächst werden die Merkmale einer akuten Belastungsstörung beschrieben (► Abschn. 10.1);
- es folgen Überlegungen zur psychologischen Diagnostik und zu den Indikationskriterien für eine frühe Intervention (► Abschn. 10.2);
- im Anschluss daran wird auf das noch nicht ausgeschöpfte Potenzial einer primären Prävention von posttraumatischen Belastungsstörungen und psychischen Traumafolgen hingewiesen (► Abschn. 10.3);

- das Vorgehen in der Versorgung akut traumatisierter Menschen (► Abschn. 10.4) wird unterteilt in psychische Erste Hilfe und psychosoziale Akuthilfen (► Abschn. 10.4.1), unspezifische Interventionsstrategien (► Abschn. 10.4.2) sowie spezifische Interventionsstrategien (► Abschn. 10.4.3); diese Gliederung orientiert sich an der Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) »Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung« (in Vorbereitung);
- in ► Abschn. 10.5 wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, die einzelnen Maßnahmen in ein Gesamtkonzept der Versorgung von Traumata zu integrieren;
- zum Ende wird ein Ausblick auf notwendige Forschungsaktivitäten und den unmittelbaren Handlungsbedarf gegeben (► Abschn. 10.6).

10.1 Akute Belastungsreaktion und akute Belastungsstörung

Umgangssprachlich benutzte Bezeichnungen für die akute Reaktion auf eine besondere Belastungssituation sind psychischer Schockzustand oder Krisenzustand. Das Klassifikationssystem ICD-10 vermeidet den Begriff »Störung« und bezeichnet sie als »akute Belastungsreaktion« (ABR; F43.0). Die Reaktion beginnt innerhalb weniger Minuten, wenn nicht sofort nach dem Ereignis, und klingt häufig innerhalb von Stunden oder Tagen ab. Meist sind bereits nach 1–2 Tagen die Symptome nur noch gering vorhanden. Es liegt ein unmittelbarer und klarer zeitlicher Zusammenhang zwischen einer ungewöhnlichen Belastung und dem Beginn der Symptome vor. Die ABR zeichnet sich durch ein gemischtes und auch wechselndes Bild von depressiven Symptomen, Angst, Verzweiflung, Ärger, Rückzug und Hyperaktivität aus. Kein Symptom ist längere Zeit vorherrschend, die Symptome sind rasch rückläufig und klingen längstens innerhalb von wenigen Stunden ab, wenn eine Entfernung aus der belastenden Umgebung möglich ist.

Die Bezeichnung Reaktion soll darauf hinweisen, dass es sich (zunächst noch) um eine normale

physiologische bzw. psychologische Reaktion auf das traumatische Ereignis handelt. Die Abgrenzung zwischen normaler (d. h. bei den meisten Betroffenen zu erwartender) Belastungsreaktion und einer Belastungsreaktion mit Störungswert ist schwierig.

Die Diagnoseeinheit »akute Belastungsstörung« (»Acute Stress Disorder«, ASD, dt. ABS) wurde 1994 in das amerikanische Klassifikationssystem psychischer Störungen aufgenommen (DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994).

Definition

Nach DSM-IV wird eine **akute Belastungsstörung** diagnostiziert, wenn nach einer Dauer von mindestens 2 Tagen und höchstens 4 Wochen nach einem traumatischen Ereignis Symptome einer Belastungsstörung auftreten. Das Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) vermeidet den Begriff der Störung und spricht von einer akuten Belastungsreaktion, die innerhalb weniger Minuten auftritt und bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993).

Für die Diagnose einer ABS sind neben dem Zeitkriterium das Kriterium des Stressors und die Symptome des Wiedererlebens, der Vermeidung und der Angst bzw. des erhöhten Arousal notwendig (s. Kriterien für die posttraumatische Belastungsstörung, ► Kap. 2). Zusätzlich wird für die ABS gefordert, dass die Person während oder nach dem extrem belastenden Ereignis mindestens drei dissoziative Symptome zeigt (► Übersicht).

Dissoziative Symptome, von denen mindestens drei bei einer akuten Belastungsstörung auftreten müssen

- Subjektives Gefühl von emotionaler Taubheit, von Losgelöstsein oder Fehlen emotionaler Reaktionsfähigkeit
- Beeinträchtigung der bewussten Wahrnehmung der Umwelt (z. B. »wie betäubt sein«),
- Derealisationserleben

- Depersonalisationserleben oder
- Dissoziative Amnesie (z. B. Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern)

Ausgeschlossen werden muss, dass die Symptome auf die Wirkung einer Substanz (z. B. Droge, Medikament) oder auf einen medizinischen Krankheitsfaktor zurückgehen. Ebenso dürfen die Symptome nicht besser durch eine kurze psychotische Störung erklärt werden und sich nicht auf die Verschlechterung einer bereits vorher bestehenden Achse-I- oder Achse-II-Störung beschränken (DSM-IV; APA, 1994).

! **Diagnostisch abzugrenzen sind neben den posttraumatischen Belastungsstörungen (chronisch, Zeitdauer):**

- **Anpassungsstörungen: Auftreten von Symptomen nach einem kritischen Lebensereignis oder nach einer Lebensveränderung, Beginn nicht notwendigerweise direkt nach dem Ereignis; depressive und Angstsymptome stehen im Vordergrund und**
- **kurzdauernde depressive Reaktionen.**

Die Einführung der Kategorie einer ABS war vor allem auch wegen der Assoziation zur PTBS klinisch sinnvoll. Es sind jedoch noch viele Fragen zum Störungsbild insgesamt, zum Traumbegriff, zu den diagnostischen Kriterien und zur zeitlichen Dauer offen (AWMF, in Vorbereitung; Bryant & Harvey, 1997).

10.2 Diagnostik und Indikation

Diagnostik

Die Diagnostik einer akuten Belastungsstörung kann über Anamnese und Exploration, Fragebogenverfahren und standardisierte klinische Interviews erfolgen. Der »**Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire**« (SASRQ; Cardena, Koopmann, Classen, Wälde & Spiegel, 2000) wurde speziell zur Erfassung der frühen Belastungsfolgen entwickelt. Auch die **Impact-of-Event-Skala** (IES; dt. Ferring & Filipp, 1994; revidierte dt. Form Maercker & Schützwohl,

1998; ► Kap. 6) gibt diagnostische Hinweise, erfasst allerdings nicht die dissoziativen Symptome. Die »**Posttraumatic Stress Symptom Scale – Self-Report Version**« (PSS-SR; dt. von Winter, Wenninger & Ehlers, 1992) und die »**Post-traumatic Diagnostic Scale**« (PDS; dt. von Ehlers, Steil, Winter & Foa, 1996) erfragen die PTBS-Symptome des DSM-III-R bzw. des DSM-IV. Weitere Verfahren wie die Symptom-Checkliste von Derogatis – Revidiert (SCL-90-R; Franke, 1995) können ebenfalls Hinweise über das allgemeine Belastungsausmaß geben. Die gängigen Interviewleitfäden wie das **Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV** (SKID; Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997; ► Kap. 6) und das **Diagnostische Interview bei psychischen Störungen** (DIPS; Margraf, Schneider & Ehlers, 1994; ► Kap. 6) erfassen zwar Anpassungs- und Belastungsstörungen, konzentrieren sich jedoch auf die PTBS. Eine Übersicht über die Erhebungsinstrumente findet sich bei Antony und Barlow (2002). Ein systematisches Review zu Screeningfragebögen zum Vorliegen einer PTBS hat Brewin (2005) ausgearbeitet.

Zu erwähnen ist, dass aufgrund der hohen Zahl potenziell Betroffener bei Großschadenslagen eine umfassende und fachlich adäquate Diagnostik meist nur sehr schwer zu realisieren ist. Zudem führt die Erfassung von Symptomen direkt nach dem Ereignis häufig zu vielen Falsch-Positiven. Persistierende Symptome und Leidensdruck über mehrere Wochen nach der traumatischen Erfahrung sind hingegen Prädiktoren für andauernde Belastung (Gray & Litz, 2005; NICE, 2005).

Inzwischen liegen Screeninginstrumente zur Identifizierung von Betroffenen mit einem erhöhten Risiko vor. Mit dem **Freiburger Screeningbogen für Verkehrsunfallopfer** (Stieglitz, Nyberg, Albert, Frommberger & Berger, 2002) und dem **Kölner-Risiko-Index** (KRI; Bering, Fischer, Schedlich & Zurek, 2005) existieren zwei im deutschsprachigen Raum entwickelte Instrumente, die zur Risikoabschätzung nach traumatischen Ereignissen konzipiert wurden. Der aktuelle Forschungsstand lässt allerdings noch keine abschließende Beurteilung der Gütekriterien für psychodiagnostische Instrumente zu.

Zur Erfassung der peritraumatischen Dissoziation, deren Bedeutung als Risikofaktor zur Entwicklung einer PTBS umstritten ist (Velden & Wittmann, 2008), kann der »**Peritraumatic Dissociative Expe-**

rience Questionnaire« (PDEQ; dt. Maercker, 1994) verwendet werden.

Indikation

Für jede psychologische Intervention ist eine empirisch fundierte und fachlich begründete Indikationsstellung notwendig. Für die psychologische Versorgung von Traumaopfern stellen sich folgende Fragen:

- Welche Art von psychologischer Intervention soll bei welchen Schadenslagen für welche Personen eingesetzt werden?
- Lassen sich Indikationskriterien für eine frühe psychologische Versorgung benennen?
- Sind negative Auswirkungen einer Frühintervention zu befürchten?

Der derzeitige Forschungsstand lässt eine eindeutige Beantwortung dieser Fragen nicht zu. Die Orientierung allein am Vorliegen einer akuten Belastungsstörung ist nicht möglich, da ihre Variabilität im zeitlichen Verlauf sehr groß ist. Viele Traumaopfer entwickeln in den ersten Tagen und Wochen Symptome einer Belastungsstörung, die sich jedoch bei den meisten Personen innerhalb der ersten Wochen zurückbilden. Mittel- und langfristige Traumafolgen können auch ohne vorhergehende klinische Symptome auftreten.

Möglicherweise bilden auch die derzeitigen Diagnosekriterien nicht die Vielfalt und die interindividuelle Varianz der Reaktionen während und nach einem kritischen bzw. traumatischen Ereignis ab: Die akute Belastungsstörung ist auf dissoziative Symptome ausgerichtet und vernachlässigt Angstsymptome, depressive Reaktionen und Probleme im Sozialkontakt. Auch Substanzmissbrauch, aggressives Verhalten und verschiedene funktionelle Beschwerden können eine frühe Traumafolge sein.

Ausgehend von der Forschung zu Risikofaktoren, die das Entstehen von Traumafolgestörungen begünstigen, werden neben der akuten Belastungsstörung mögliche weitere Indikationskriterien für eine Frühintervention diskutiert. Die vorliegenden Studien kommen allerdings zu teilweise divergierenden Resultaten. Insbesondere zum prädiktiven Wert der peritraumatischen Dissoziation liegen unterschiedliche Befunde vor (Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003; Velden & Wittmann, 2008).

Indikationskriterien für eine psychologische Frühintervention

- Ereignisfaktoren: Schwerwiegendes bzw. kritisches Ereignis (► Kap. 2)
 - Peritraumatische Situation: Schwere der Verletzungen, Dissoziation, negative emotionale Reaktionen (Angst, Hilflosigkeit, Schrecken, Schuld und Scham), wahrgenommene Todesbedrohung
 - Weitere Risikofaktoren bzw. fehlende Schutzfaktoren:
 - a) weibliches Geschlecht, niedriger sozio-ökonomischer Status, niedrige Intelligenz, niedrige Bildung
 - b) belastende Lebensereignisse vor dem Trauma bzw. frühere Traumaerfahrungen, vorbestehende psychische Belastungen oder Störungen, psychische Erkrankungen in der Familie, vermeidende Bewältigungsstrategien, katastrophisierende Bewertungen und Attributionsstil, anhaltender Stress
 - c) geringe wahrgenommene soziale Unterstützung
- (► Kap. 5; Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Bryant, 2003; Loey, Maas, Faber & Taal, 2003; McFarlane & Potts, 1999; Ozer et al., 2003).

Grundsätzlich kann gelten, dass die direkte Betroffenheit und ein schwerwiegendes Ereignis immer eine Indikation für eine frühe psychologische Intervention darstellen. Jedoch darf nicht von einer direkten Proportionalität zwischen Traumastärke und Interventionsbedarf ausgegangen werden. Die aktuelle kognitive Verarbeitung (Traumainterpretation), z. B. die Schwere der wahrgenommenen Bedrohung und Schuldzuschreibung auf die eigene Person, ist besonders zu berücksichtigen.

10.3 Primäre Prävention

Primäre Prävention meint im Folgenden Maßnahmen zur psychologischen Vorbereitung auf mögliche traumatische Ereignisse und Maßnahmen zur Kontrolle der Exposition. Die primäre Prävention einer

PTBS und weiterer Traumafolgen kann in begrenztem Umfang bei bestimmten Risikogruppen (z. B. Einsatzkräfte) erfolgen. Bei größeren Schadensfällen können z. B. Passanten davon abgehalten werden, sich mit verletzten und entstellten Menschen zu konfrontieren. Da die Möglichkeiten einer primären Prävention noch nicht optimal ausgeschöpft werden, sollen sie hier behandelt und denen der Frühintervention vorangestellt werden. Die möglichen Maßnahmen lassen sich in die folgende Systematik bringen (O'Brien, 1998; Sorenson, 2002):

- Vorbereitung und Aus- und Fortbildung,
- Kontrolle der Exposition sowie
- strukturelle Maßnahmen.

Vorbereitung und Aus- und Fortbildung

Psychologische Maßnahmen zur Vorbereitung auf das Erleben belastender und potenziell traumatischer Situationen sind insbesondere für Berufsgruppen mit erhöhtem Risiko wie z. B. Soldaten, Polizisten, Feuerwehrleute, Rettungsassistenten oder Lokführer sinnvoll. Zu den vorbereitenden Maßnahmen zählen:

- kognitive Vorbereitung auf bestimmte Einsätze und belastende Situationen,
- Simulation von Gefahren- und Notfallsituationen,
- Automatisierung von Abläufen und
- Stressbewältigungstrainings.

Bei vielen Hilfsorganisationen, der Feuerwehr, der Polizei und dem Militär gehören psychologische Module inzwischen zum Aus- und Fortbildungscurriculum. Ferner können auch allgemeine und unspezifische Maßnahmen wie z. B. Steigerung der Arbeitszufriedenheit, adäquate Ernährung, Kontrolle des Alkoholkonsums und körperliche Fitness die Bewältigung von traumatischen Erfahrungen unterstützen (Bengel & Heinrichs, 2004; North et al., 2002). Denkbar ist ferner eine Aufklärung und Vorbereitung der Bevölkerung durch die Medien und durch die Verbreitung von Informationsmaterial. Allerdings ist die präventive Wirkung solcher Maßnahmen bisher nicht untersucht.

Kontrolle der Exposition

Die Kontrolle der Exposition bezieht sich auf Personengruppen, die von einer potenziell traumati-

sierenden Situation **ferngehalten** werden können. Dies betrifft in erster Linie Zuschauer von Unfällen oder größeren Schadenslagen. Der Anblick von potenziell traumatisierenden Szenen, wie Verletzungen mit Verstümmelungen oder starken Verbrennungen, sollte so weit wie möglich vermieden werden. Zur Kontrolle der Exposition kann auch die Selektion vulnerabler Personen gezählt werden. Danach sollten z. B. Einsatzkräfte oder Helfer mit Risikofaktoren für eine psychische Störung bzw. eine Traumafolgestörung nicht für potenziell belastende Einsätze eingeteilt werden.

Strukturelle Maßnahmen

Die Prävention von Verkehrsunfällen durch Verbesserung der Verkehrsführung und der Fahrzeugsicherheit oder die Verbesserung der Frühwarnsysteme bei Erdbeben, Stürmen oder Flutwellen zählen zu den strukturellen Maßnahmen. Programme zur Gewaltprävention im kommunalen Bereich sowie die Verbesserung der Sicherheit sind ebenfalls primärpräventiv wirksam.

10.4 Versorgung akut traumatisierter Menschen

Die psychologische und soziale Betreuung und Versorgung von Opfern, Angehörigen und Einsatzkräften nach traumatischen Ereignissen hat in den letzten Jahren eine wichtige Bedeutung erlangt. Insbesondere nationale und internationale Erfahrungen bei Großschadensereignissen haben die Relevanz dieser Versorgung dokumentiert. Die eingesetzten Maßnahmen und Angebote weisen eine große Bandbreite auf, ihre Wirksamkeit ist überwiegend empirisch nicht ausreichend untersucht. Zentrales Problem für eine Effektivitätsbewertung sind die methodischen Einschränkungen und Mängel der meisten Studien. Ferner sind die Studien aufgrund ihrer Heterogenität kaum zu vergleichen, da sie sich hinsichtlich Traumadefinition, Art und Schwere des Traumas (z. B. Waldbrand, Erdbeben, Gewalterfahrung, Geburt), zugrunde liegender Symptomatologie, Form der Intervention bzw. der Durchführungsbedingungen, Messzeitpunkte und Erfolgskriterien (meist PTBS-Diagnose) unterscheiden. Häufig liegen keine Informationen zu vorbestehen-

den Belastungen und Risikofaktoren, zum zwischenzeitlichen Geschehen und zur Selektion in den Stichproben in Abhängigkeit vom Befragungszeitpunkt vor.

Probleme der Forschung zu Frühinterventionen nach Traumata

1. Heterogenität der Traumata
2. Heterogenität der Betroffenengruppen
3. Heterogenität der Intervention
4. Heterogenität der Messzeitpunkte
5. Erfolgsparameter
6. Geringe Informationen über vorbestehende Belastungen und Risikofaktoren
7. Keine Langzeitstudien
8. Probleme bzgl. der Repräsentativität der Stichprobe und Drop-out
9. Wenige randomisiert-kontrollierte Studien

10.4.1 Psychische Erste Hilfe und psychosoziale Akuthilfen

Die allgemeinen Maßnahmen nach Traumaerfahrung beruhen auf Prinzipien der Krisenintervention und der präventiven psychiatrischen Interventionen nach Caplan (1964). Die zzt. diskutierten und empfohlenen Maßnahmen zur frühen Intervention und zur Prävention mittel- und langfristiger Belastungsfolgen beruhen auf den nachfolgenden Prinzipien:

Ziele und Prinzipien der psychologischen Frühintervention bzw. Prävention von Belastungsfolgen

- Schutz und Sicherheit geben und aktuelle Bedürfnisse befriedigen
- Dosierte und annehmbar über die Ereignisse informieren und Möglichkeit zum Austausch anbieten
- Über mögliche Belastungsfolgen und Bewältigungsstrategien informieren
- Soziales Netz aktivieren und Zugang zu professioneller Versorgung ermöglichen

Die im Folgenden beschriebenen Maßnahmen einer frühen Intervention in den ersten Stunden nach einem traumatischen Ereignis basieren auf diesen Prinzipien. Sie sind unstrittig und gehören zum Standard klinisch-psychologischer und psychiatrischer Versorgung. Es ist jedoch nicht belegt, dass mit diesen Maßnahmen das Auftreten von PTBS verhindert werden kann. Auch wenn zwischen den Prinzipien der Krisenintervention und der psychischen Ersten Hilfe Überschneidungen bestehen, sollen sie hier getrennt abgehandelt werden.

Krisenintervention

Die Grundprinzipien der Krisenintervention sind die ereignisnahe Versorgung und die Mobilisierung aller verfügbaren Ressourcen. Der Fokus liegt auf der aktuellen Situation. Ziel der Maßnahmen ist es, Sicherheit und Schutz, Kontrolle und Vorhersagbarkeit zu vermitteln. Die aktuell verfügbaren Bewältigungsmöglichkeiten und die sozialen Ressourcen werden aktiviert, die Betroffenen erhalten Information und Aufklärung über die Belastungsfolgen.

! Die zentrale Botschaft lautet, dass die erlebten Reaktionen eine normale Folge einer abnormen bzw. außergewöhnlichen Situation sind.

Unmittelbar nach einer traumatischen Erfahrung stehen also stabilisierende Maßnahmen wie Vermitteln von Sicherheit, Hilfe bei der Orientierung, Befriedigung von Grundbedürfnissen, Raum für Ausdruck von Gefühlen, Informationsgabe und soziale Unterstützung im Vordergrund. Dies entspricht dem Vorgehen, wie es bei psychischen Krisensituationen generell angezeigt ist (► Übersicht).

Maßnahmen in der Krisenintervention

- Der Therapeut bzw. die helfende Person gibt die Struktur vor, reagiert ruhig und einfühlsam auf die Schilderungen des Betroffenen
- Eventuell auftretende Schuldgefühle werden besprochen, eine Konfrontation mit dem Erlebten wird jedoch weder visuell noch verbal erzwungen



- Es erfolgt eine verständliche und dosierte Aufklärung bzw. Information über Traumafolgen, mögliche Symptome, Hilfsangebote, weiterführende Versorgung sowie über mögliche weitere Auswirkungen und Konsequenzen

Das Ziel dieser Maßnahmen ist, dem Betroffenen einen Perspektivenwechsel vom hilflosen Opfer zum **aktiven Bewältiger** zu vermitteln. Wie in der psychotherapeutischen Betreuung kommt dem Erstkontakt mit der traumatisierten Person besondere Bedeutung zu (► Kap. 17).

Psychische Erste Hilfe

Unmittelbare Maßnahmen nach Traumata wurden schon vor über 50 Jahren als »psychological first aid« bezeichnet (Drayer, Cameron, Woodward & Glass, 1954) und seither überarbeitet (Young, 2006). Auf der Basis von Interviews mit Einsatzkräften und Unfallopfern haben Lasogga u. Gasch (2006) Regeln für die sog. psychische Erste Hilfe bei Unfallopfern vorgelegt.

Basisregeln für Laienhelfer am Unfallort^a

- Sage, dass Du da bist und dass etwas geschieht!
- Schirme den Verletzten vor Zuschauern ab!
- Suche vorsichtigen Körperkontakt!
- Sprich und höre zu!

Regeln für professionelle Helfer (u. a. Rettungspersonal) am Unfallort^a

- Vergegenwärtigen Sie sich auf der Fahrt zum Einsatzort, was Sie erwartet und in welcher Reihenfolge Sie die einzelnen Handlungen absolvieren wollen
- Verschaffen Sie sich zunächst einen Überblick
- Sagen Sie dem Opfer, wer Sie sind und dass etwas zu seiner Hilfe geschieht
- Suchen Sie vorsichtigen Körperkontakt



- Geben Sie Informationen über die Art der Verletzungen sowie die eingeleiteten Maßnahmen.
- Kompetenz im fachlichen Bereich beruhigt
- Stärken Sie die Selbstkompetenz des Patienten, indem Sie ihn zu einfachen Aufgaben mit heranziehen
- Halten Sie das Gespräch mit dem Betroffenen aufrecht. Hören Sie »aktiv« zu, wenn der Betroffene spricht
- Sagen Sie dem Patienten, wenn Sie ihn verlassen müssen, und sorgen Sie für »psychischen Ersatz«
- Beachten Sie die Angehörigen
- Schirmen Sie Verletzte vor Zuschauern ab
- Belastende Erlebnisse des Helfers sollten durch Entspannungstechniken, Einzel- und Gruppengespräche aufgearbeitet werden

^a Nach Lasogga & Gasch, 2006, S. 103ff.

Diese Regeln sind aus der supportiven Psychotherapie abgeleitet. Wesentliche Merkmale sind die emotionale Präsenz, das Zulassen von Gefühlen und die Vermittlung von Sicherheit. Die Anwendung dieser Regeln soll die Situation strukturieren und den Opfern Halt geben.

Die Regeln sollen Einsatzkräften, wie z. B. Feuerwehr und Rettungsdienst, helfen und ihnen Sicherheit geben, wie sie neben der Bergung und der medizinischen Hilfe mit Betroffenen umgehen sollen. Die Regeln sind insbesondere für die Erstbetreuung von Unfallopfern geeignet und nicht spezifisch für die Prävention von PTBS.

Psychische Erste Hilfe sollte Einzelpersonen sowie kleineren und größeren Gruppen unabhängig von der wahrgenommenen oder diagnostizierten Belastung nach einem traumatischen Ereignis angeboten werden. Die Inanspruchnahme psychologischer Erster Hilfe sollte jedoch freiwillig und an die Bedürfnisse der Betroffenen angepasst sein. Betroffene sollen nicht gedrängt werden, direkt nach dem traumatischen Ereignis über emotionale Reaktionen zu reden (ACPMH, 2007; Gray & Litz, 2005). Aufgrund der meist eingeschränkten personellen Kapazitäten ist gerade bei Großschadensereignissen

die Identifizierung von Hochrisikopersonen sinnvoll und notwendig. Auch wenn der Forschungsstand noch keine eindeutigen Kriterien vorschlägt, so sind neben der Diagnose einer ABS die genannten Risikofaktoren (► Abschn. 10.2) zu berücksichtigen. Im Falle von personellen Engpässen sind vorrangig diejenigen Personen zu versorgen, die nicht in ein stabiles soziales Netz entlassen werden können.

Die in diesem Abschnitt vorgestellten Prinzipien und Empfehlungen sind – wie erwähnt – nicht empirisch validiert. Es ist jedoch anzunehmen, dass sie dazu beitragen können, die Bewältigungsmöglichkeiten der Betroffenen zu verbessern und eine soziale Unterstützung zu aktivieren. Im Kontext von Großschadenslagen kommt solchen Maßnahmen eine wesentliche Bedeutung zu, da sie zu einem großen Teil auch von psychologischen Laienhelfern durchgeführt werden können.

10.4.2 Unspezifische Interventionsstrategien

Im Folgenden werden Interventionen für die ersten Tage und Wochen nach traumatischen Ereignissen beschrieben. Auch zu diesen Strategien existieren zum aktuellen Zeitpunkt kaum wissenschaftliche Studien, so dass sie auf der klinischen Erfahrung von Experten beruhen.

Psychoedukation

Es ist wichtig, Betroffene über die üblichen Reaktionen nach traumatischen Ereignissen zu informieren, u. a. über typische posttraumatische Symptome, über Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten von PTBS sowie über mögliche Anlaufstellen. Dabei können schriftliche psychoedukative Materialien hilfreich sein (Gray & Litz, 2005; NICE, 2005).

Screening bezüglich Risikofaktoren

In der Akutphase nach traumatischen Ereignissen ist zunächst die Erfassung individueller und biografischer Risikofaktoren, wie vorbestehende psychische Probleme oder unzureichende soziale Unterstützung (s. oben), Ziel eines Screenings, nicht die Erfassung von Symptomen einer Belastungsstörung. Dabei sollen die Betroffenen vor der Durchführung

über Zweck und Ablauf informiert und nicht zur Teilnahme gedrängt werden (Gray & Litz, 2005).

Monitoring bzgl. Symptomentwicklung

Es muss beachtet werden, dass die Erfassung von Symptomen direkt nach dem Ereignis zu vielen Falsch-Positiven führen würde und von Betroffenen als aufdringlich oder zumindest unangebracht erlebt würde. Deshalb sollten posttraumatische Symptome erst abgeklärt werden, wenn die erste Belastung durch das traumatische Ereignis nachgelassen hat. Eine deutliche Belastung über mehrere Wochen nach dem Trauma ist nämlich ein Prädiktor für andauernde Belastung (Gray & Litz, 2005). Bei leichten Symptomen in den ersten vier Wochen nach dem Trauma wird »watchful waiting« empfohlen, wobei ein Follow-up-Kontakt innerhalb eines Monats vereinbart werden sollte (NICE, 2005). Brewin et al. (2008) beschreiben einen Screen-and-treat-Ansatz, der die Identifikation von Überlebenden, ein Screening mit validierten Instrumenten, evidenzbasierte spezifische Interventionen (► Abschn. 10.4.3) sowie standardisiertes Outcomeassessment beinhaltet und erfolgreich nach den Terroranschlägen in London im Juli 2005 eingesetzt wurde.

Soziale Vernetzung, praktische und soziale Unterstützung

Es ist wichtig, das Bedürfnis nach sozialer Unterstützung von Betroffenen zu beachten und die Befriedigung dieses Bedürfnisses zu unterstützen. Betroffene oder ihre Angehörige sollten Hinweise über Angebote für Traumatisierte erhalten und darüber, wie anhaltende Bedrohungen, die mit dem traumatischen Ereignis zusammenhängen, gelindert oder beseitigt werden können (NICE, 2005).

Indikationsstellung zu weiterführender Versorgung

Indikationskriterien für psychologische Frühinterventionen, die über ein Monitoring hinausgehen, wurden bereits in ► Abschn. 10.2 genannt. Zu berücksichtigen ist die vermeidende Haltung, mit der viele Betroffene der Therapie gegenüberstehen. Deshalb ist es wichtig, Betroffenen nachzugehen, die vorgesehene Termine versäumen (NICE, 2005). Da ABS, insbesondere bei guter sozialer Einbindung, häufig günstig verlaufen, ist immer auch zu beden-

ken, dass eine zu intensive professionelle Versorgung auch negative Auswirkungen haben kann.

Mitversorgung von wichtigen Bezugspersonen

Gegebenenfalls sollten auch die Auswirkungen des traumatischen Ereignisses auf Angehörige abgeklärt werden. Diese sollten, wenn es angemessen ist und der Betroffene zustimmt, ebenfalls umfassende Informationen über übliche Reaktionen nach Trauma sowie über Symptome, Verlauf und Behandlung von PTBS erhalten (NICE, 2005).

10.4.3 Spezifische Interventionsstrategien

Die beschriebenen allgemeinen und unterstützenden Maßnahmen sind sinnvoll und notwendig, werden jedoch als nicht ausreichend eingeschätzt (Bryant, Harvey, Dang, Sackville & Basten, 1998; Hobfoll et al., 2007; Kilpatrick & Veronen, 1984; Raphael & Wilson, 2000). Im Folgenden werden fünf differenzierte und erprobte Frühinterventionen vorgestellt. Die einzelnen Elemente und Vorgehensweisen werden jedoch nur kurz beschrieben, da sie auch Thema in anderen Kapiteln dieses Buches sind. Zur Evaluation sei generell angemerkt, dass randomisierte Studien zur Wirksamkeitsprüfung von Frühinterventionen dringend notwendig sind, jedoch eine Nichtbehandlung bzw. Nichtversorgung traumatisierter Personen ethisch sehr problematisch ist. Dies ist ein Grund, warum bisher erst wenige methodisch adäquate Studien vorliegen. Hinzu kommt, dass sich die meisten Effektstudien nicht auf eine Frühintervention, sondern auf die Behandlung der PTBS konzentrieren, und dass die Traumata oft mehrere Jahre zurück liegen.

Psychologisches Debriefing

Das psychologische Debriefing (im Folgenden auch als Debriefing bezeichnet) hat seinen Ursprung im militärischen Bereich. Soldaten im 1. und 2. Weltkrieg wurden zeitnah psychologisch beraten, um ihre Gefechtsbereitschaft zu erhalten (► Kap. 26).

Gegenstand des Debriefings ist das belastende Ereignis, die traumatische Erfahrung. Die Teilnehmer werden ermutigt und angeleitet, über ihre per-

sönlichen Erlebnisse und Erfahrungen zu berichten (► Abschn. 10.6.2 sowie ► Kap. 26). Das ursprünglich für Gruppen entwickelte Konzept wird auch im Einzelsetting angewendet (Metaanalyse von Rose, Bisson, Churchill & Wessely, 2006). Debriefing ist heute eine häufig angewendete Intervention nach kritischen und traumatischen Ereignissen (Dyregrov, 1989; Mitchell & Everly, 2001; Raphael, 1986; Raphael & Wilson, 2000).

Konzept und Vorgehen

Das Debriefing wird in einer Sitzung zeitnah zum Ereignis durchgeführt (im ursprünglichen Konzept innerhalb von 24–72 h).

Unter der Lupe

Das psychologische Debriefing umfasst:

- Rekonstruktion der Erfahrungen auf der Fakten-, Kognitions- und Emotions-ebene,
- Psychoedukation über Traumafolgen und Behandlungsstrategien,
- Aktivierung von Ressourcen und Bewältigungsstrategien sowie
- Sicherung der mittel- und langfristigen Versorgung.

Der Debriefingprozess ist standardisiert und strukturiert; es werden zumeist 6 Phasen durchlaufen (Curtis, 1995; Dyregrov, 1989; Dyregrov, 1997; Mitchell, 1983; ► Übersicht).

Die 6 Phasen des Debriefingprozesses

1. Einführung, Zielsetzung und Ablauf
2. Bericht über die Fakten (Ablauf der Ereignisse)
3. Bericht über Gedanken und Eindrücke (Fokus auf die wichtigsten Gedanken)
4. Bericht über Reaktionen, Gefühle und Symptome (schlimmster Moment, peri- und posttraumatische Belastungsreaktionen)
5. Vermittlung von Informationen und Bewältigungsstrategie
6. Abschluss der Sitzung und Möglichkeiten der Weiterversorgung

Die Teilnehmer können ihre Erfahrungen in einem geschützten Raum und in einem strukturierten Prozess äußern. Das Erinnern und Besprechen der emotionalen und kognitiven Reaktionen auf das kritische Ereignis soll zur Entlastung und zur Erleichterung bei den Teilnehmern führen.

Die Phase, in der die Teilnehmer über ihre Gefühle und Reaktionen berichten, wird als wichtigste und intensivste beschrieben. Dyregrov (1997) nimmt an, dass vor allem diese Phase Symptome der Belastungsstörung (Intrusionen, Übererregung, Vermeidungsverhalten) reduzieren und zu einer Normalisierung und Bewältigung beitragen kann.

Die Informationsvermittlung soll zur kognitiven Reorganisation und Vermeidung von Fehlinterpretationen beitragen sowie das Gefühl des Kontrollverlustes reduzieren. Die akuten psychischen Belastungen der Betroffenen sollen im Verlauf des Debriefings diagnostiziert werden (Screening). Zum Schluss wird der Teilnehmer auf die Möglichkeiten einer weiteren psychotraumatologischen Versorgung hingewiesen.

Eine Debriefinggruppe kann aus 4–30 Teilnehmern bestehen. Im Gruppensetting wird der Prozess wie in einer Gruppenpsychotherapie durch den Austausch gemeinsamer Erfahrungen verstärkt. Oft wird auf schon bestehende Gruppen zurückgegriffen, wodurch die vorhandenen Ressourcen einer Gruppe genutzt werden können. Dem steht das Risiko des Gruppendrucks entgegen, indem Teilnehmer gezwungen werden können, sich zu früh mit traumatischen Erfahrungen erneut zu konfrontieren. Je nach Gruppengröße dauert das Debriefing 2–3 h; die direkte Nähe zum Ort des Geschehens ist zu vermeiden. Eine ruhige und störungsfreie Atmosphäre ist selbstverständlich notwendig. Die Intervention ist nach Abschluss der Gruppensitzung beendet, eine Nachbetreuung bzw. eine Anschlussversorgung wird jedoch in der Regel angeboten. Die diagnostische Aufgabe setzt ebenso wie die Gruppenleitung klinisch-psychologische Kompetenz beim Gruppenleiter voraus (Armstrong, O'Callahan & Marmar, 1991; Hermanutz & Fiedler, 1997; Wollmann, 1993).

Debriefing ist als ein kurz dauernder und einmaliger Prozess von einer psychotherapeutischen Intervention und von anderen langfristigen Behandlungskonzepten abzugrenzen. Es wird unterstellt,

dass ein formaler Debriefingprozess (standardisierte Nachbesprechung der Ereignisse) dem »natural debriefing«, d. h. dem entlastenden Gespräch und Austausch mit dem Partner, der Familie und anderen wichtigen Bezugspersonen, überlegen ist (Ursano, Fullerton, Vance & Wilson, 2000). Allerdings sucht der Betroffene das natürliche Debriefing aktiv und selbstständig auf, was möglicherweise eher dem Verlauf der posttraumatischen Reaktion entspricht.

Basierend auf den o. g. Grundprinzipien gibt es inzwischen eine große konzeptuelle Vielfalt und deutliche Unterschiede im konkreten Vorgehen (McCammon & Allison, 1995; Raphael & Wilson, 2000). Welche der verschiedenen Versionen des Debriefings angewendet wird, ist durch verschiedene Faktoren wie z. B. die Ziele der Intervention, die Ausbildung der Debriefler oder das Ausmaß des Traumas bestimmt.

Die am häufigsten eingesetzte Form des Debriefings ist das »**Critical Incident Stress Debriefing**« (CISD) von Mitchell (1983, 1998). Es wurde speziell für Einsatzkräfte der Feuerwehr und des Rettungsdienstes entwickelt und ist Teil des »**Critical Incident Stress Managements**« (CISM; Mitchell, 1998; Everly & Mitchell, 2000; Mitchell & Everly, 2001; dt. Müller-Lange, 2005). Das CISM enthält mehrere Komponenten für Interventionen, die je nach Bedarf vor, während und nach dem kritischen Ereignis eingesetzt werden (Vor-Ort-Präsenz, Krisenintervention, soziale Unterstützung, Nachsorge). Es sieht Interventionen für Individuen und Gruppen, aber auch für spezielle Personengruppen (»communities«) vor. Weitere Formen des Debriefings werden, ebenso wie die Anwendung bei verschiedenen Zielgruppen wie Polizisten, Soldaten, Verkehrsunfallopfern, traumatisierten Kindern sowie Personen nach kritischen Lebensereignissen und Gewalterfahrungen, in Raphael und Wilson (2000) besprochen.

Evaluation

Die Mehrheit der Autoren von Reviews und Metaanalysen schlussfolgert, dass psychologisches Debriefing klinisch bedeutsame Belastungsfolgen nicht verhindern kann (ACPMH, 2007; Cuijpers, Straten & Smit, 2005; Emmerik, Kamphuis, Hulsbosch & Emmelkamp, 2002; Gist & Woodall, 2000; Litz et al., 2002; Mitte, Steil & Nachtigall, 2005; NICE, 2005; Rose et al., 2006). Rose et al. (2006) kommen in ihrer

Metaanalyse, in der 15 Studien berücksichtigt wurden, zu dem Ergebnis, dass Debriefing weder die psychische Belastung verringern, noch zur Verhinderung von PTBS beitragen. Von den 15 Studien zeigt eine sogar ein signifikant höheres PTBS-Risiko ein Jahr nach der Intervention (Bisson, Jenkins, Alexander & Bannister, 1997). Die Autoren empfehlen, obligatorisches Debriefing von Traumaopfern einzustellen, sie räumen allerdings ein, dass ihre Studie keine Aussagen zu Debriefing in Gruppen, nach Großschadensfällen und bei Kindern zulässt. Auch Mitte et al. (2005) zeigen in einer Metaanalyse mit 21 eingeschlossenen Effektstudien mit Einzel- und Gruppensetting keinen von Null verschiedenen Effekt. Der Professionalitätsstatus der Betroffenen (z. B. Rettungskräfte) hatte keinen Einfluss auf die Wirksamkeit des Debriefings.

Bei der Einordnung dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass Debriefing für den Einsatz bei Teams von Rettungskräften nach traumatischen Ereignissen entwickelt wurde und dass Studien, die die Vorgaben von Mitchell und Kollegen zu CISD bzw. CISM berücksichtigen, die Einschlusskriterien (z. B. mindestens quasi-randomisiert, Kontrollgruppe, Prä- und Post-Daten) wichtiger Übersichtsarbeiten nicht erfüllen. So berichten Everly, Boyle und Lating (1999) sowie Everly, Flannery und Eyer (2002) in ihren Metaanalysen zu Debriefing bei sekundär Traumatisierten bzw. zu CISM, die allerdings überwiegend auf unkontrollierten Studien basieren, von einer deutlichen Stressreduktion, die zu einem erheblichen Teil auf die psychologische Nachbereitung zurückgeführt wird.

Die Diskussion um die Effektivität von Debriefings dreht sich um die Frage des Zeitpunktes der Intervention, der Zielgruppe, der standardisierten Vorgehensweise, der nur einmaligen Intervention und der verwendeten Effektmaße (Deahl, Srinivasan, Jones, Neblett & Jolly, 2001; Devilly, Gist & Cotton, 2006; Gist & Woodall, 2000; Litz et al., 2002). Möglicherweise ist relevant, ob das traumatische Ereignis sich im Einsatz von z. B. Rettungskräften oder außerhalb des Berufs ereignet (Gray, Litz & Olson, 2004; Sensky, 2003). Verschiedene Autoren weisen auf das Risiko einer Re- oder Sekundärtraumatisierung durch zu frühe Intervention, durch Fokussierung auf die Symptome oder durch inadäquaten Umgang mit Reaktionen der Teilnehmer und Grup-

penprozessen hin (Bolwig, 1998; Busuttill, 1995; Raphael, Meldrum & McFarlane, 1995). Eine Pathologisierung der normalen Reaktion auf ein kritisches Ereignis wird ebenso befürchtet wie eine potenzielle Verzögerung der Diagnostik und der Therapie von Symptomen einer PTBS (Bisson & Deahl, 1994; Bolwig, 1998). Diskutiert wird eine Unterscheidung förderlicher (Psychoedukation, Gruppenzusammenhalt) und potenziell schädlicher (Überschwemmung mit traumatischen Eindrücken, Aufschaukeln negativer Affekte) Aspekte des Debriefings (Brauchle, Juen & Beck, 2005).

Methodische Einschränkungen

Für die Bewertung der Studienlage zu Debriefings gelten die o. g. forschungsmethodischen Probleme bei Frühinterventionen in besonderem Maße. Unter psychologischem Debriefing werden sehr unterschiedliche Konzepte und Vorgehensweisen subsummiert. In den Studien fehlen Angaben zum Debriefingprozess und zur Qualifikation der Debriefler. Die Interventionen unterscheiden sich auch danach, inwieweit eine Nachbetreuung der Betroffenen vorgesehen ist. Die Schwierigkeiten, die aus den Besonderheiten des Untersuchungsgegenstandes resultieren, haben zu sehr heterogenen Untersuchungen und einer ebenfalls heterogenen Befundlage geführt, so dass sich je nach Abstraktionsgrad der Betrachtung die Studienlage sehr unterschiedlich darstellt.

Unter der Lupe

Debriefings sind eine häufig angewendete Frühintervention nach belastenden Ereignissen. Sie werden von verschiedensten Personen mit unterschiedlicher psychotraumatologischer Kompetenz bei verschiedenen Notfallsituationen und Schadenslagen zur psychologischen Erstversorgung von Traumaopfern eingesetzt. Einzelne Komponenten des Konzeptes sind unbestritten (► Abschn. 10.4.2). Das formalisierte Vorgehen mit einer zeitnahen Rekonstruktion der Erfahrungen und die Begrenzung auf nur eine Sitzung muss jedoch kritisch beurteilt werden.

Die subjektive Akzeptanz durch die Teilnehmer ist in der Regel groß, die Bewertung positiv: Debrief-

ings werden überwiegend als hilfreich und entlastend erlebt (Rehli, 1998; Wilson, Raphael, Meldrum, Bedosky & Sigman, 2000). Aus Rückmeldungen von Einsatzkräften, die bei dem Zugunglück in Eschede 1998 vor Ort waren, ist zu schließen, dass das Debriefing vor allem deshalb angenommen werden konnte, weil bei diesen Nachbesprechungen grundsätzlich speziell geschulte Kollegen als »Peers« eingesetzt wurden (Koordinierungsstelle Einsatznachsorge, 2002; Mitchell, 1998). Die Zufriedenheit hängt dabei vom kompetenten Auftreten des Teams, einem großzügigen Zeitrahmen und einem engen zeitlichen Bezug zu dem Ereignis ab. Die Zufriedenheit der Teilnehmer korreliert jedoch nicht zwangsläufig mit der Symptomatik und Maßen der psychischen Gesundheit; Aussagen zur Zufriedenheit der Teilnehmer können dementsprechend nicht als primäres Erfolgskriterium verwendet werden.

Evaluation

Am besten untersucht ist das Debriefing bei Einsatzkräften der Feuerwehr und des Rettungsdienstes, wo es vor allem die Funktion eines Einsatzabschlusses und einer psychologischen Einsatznachbesprechung übernimmt. Gerade diese Funktion der Debriefings wird meist von den Teilnehmern positiv beurteilt. Reduktionen der psychischen Belastung werden in verschiedenen Parametern berichtet (Everly et al., 1999; Mitchell & Everly, 2000).

! Ein Debriefing sollte nach Weisaeth (1995) nur dann durchgeführt werden, wenn eine psychologische Einsatzvorbereitung stattgefunden hat, d. h. die Teilnehmer für eine psychologische Bearbeitung von kritischen Ereignissen trainiert sind.

In welcher Art und Weise das Debriefing durchgeführt wird, ist somit zusätzlich abhängig von der Gruppenstruktur, dem Professionalitätsgrad der Gruppe und dem Grad der psychologischen Vorbereitung (► Übersicht).

Die relativ hohe Standardisierung insbesondere des CISD nach Mitchell (1983, 1998) macht diese Methode auch für Helfer und Einsatzkräfte interessant, die keine psychologisch-psychotherapeutische Ausbildung besitzen. Sie ist zudem (scheinbar) schnell erlernbar.

Determinanten psychologischer Debriefings

- Ein Debriefing sollte nicht in der Einwirkungszeit und auch nicht zeitnah zum Ereignis in den ersten Tagen nach dem Trauma durchgeführt werden
- Es ist sehr wahrscheinlich **nicht** geeignet für Personen mit hoher prätraumatischer Belastung und Risikofaktoren sowie für Personen mit dissoziativen Symptomen
- In jedem Fall muss eine niederschwellige weiterführende Versorgung sichergestellt und erreichbar sein
- Debriefings können nicht bei Typ-II-Traumata (► Kap. 2) eingesetzt werden
- Wird die Indikation auf sekundär Betroffene wie z. B. Einsatzkräfte eingeschränkt, so ist nach der Zielsetzung der Intervention zu fragen: Wenn sie primär die Gruppenkohäsion und die Einsatzbereitschaft fördert, ist sie nicht automatisch präventiv im Hinblick auf Traumafolgestörungen
- Für die Durchführung in der Gruppe sind besondere Risiken zu bedenken: Der Gruppendruck kann zu zusätzlichen Belastungen bei den Teilnehmern führen, besonders stark belastete Teilnehmer werden nicht identifiziert und/oder nicht ausreichend betreut

10

! **Personen ohne fundierte psychotherapeutische und psychotraumatologische Kenntnisse und ohne Erfahrungen mit Gruppenprozessen sollten keine Debriefings durchführen.**

Evaluation

Ein abschließendes Urteil über die Indikation und die Wirksamkeit des psychologischen Debriefings ist nicht möglich. Der künftige Stellenwert psychologischer Debriefings in der Akutversorgung traumatisierter Personen ist gegenwärtig Gegenstand intensiver wissenschaftlicher Diskussionen und Kontroversen (Brauchle et al., 2005; Gist & Woodall, 2000; Litz et al., 2002; Ursano et al., 2000). Der aktuelle Forschungsstand liefert keinen Beleg für die Prä-

vention einer PTBS (ACPMH, 2007; Cuijpers et al., 2005; Emmerik et al., 2002; Mitte et al., 2005; NICE, 2005; Rose et al., 2006). Aufgrund der inhaltlichen Differenzen und methodischen Probleme der vorliegenden Wirksamkeitsstudien kann jedoch nicht abschließend beurteilt werden, ob bestimmte Formen eines Debriefings für bestimmte Ziel- bzw. Betroffenengruppen zu empfehlen sind. Darüber hinaus könnten Debriefings positive Effekte auf weitere psychische Symptome, Drogenkonsum, Arbeitsfähigkeit und soziale Integration haben – was jedoch nicht ausreichend untersucht bzw. berücksichtigt wurde.

Psychologische Debriefings stellen eine Kurzzeitintervention dar, die prinzipielle Beherrschbarkeit von Schadenslagen und ihrer psychischen Folgen unterstellt. Sie bedienen das Hilfeleistungsmotiv (Raphael, 2000; Wilson et al., 2000). Die weite Verbreitung resultiert u. a. aus der Notwendigkeit einer frühen Intervention und dem Mangel an evaluierten und für große Betroffenengruppen einsetzbaren Konzepten und Methoden für die ersten Stunden und Tage nach dem Trauma, aber auch aus der verbreiteten Annahme, dass keine umfassende klinisch-psychologische Ausbildung zu ihrer Durchführung erforderlich sei.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Frühintervention

Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) ist eine bewährte Intervention zur Behandlung von PTBS. Sie wurde auch auf den Bereich der Prävention bzw. Frühintervention übertragen (Foa, Hearst-Ikeda & Perry, 1995). Im Folgenden wird nur kurz auf die Elemente der Intervention eingegangen, da sie sich nicht prinzipiell von denen der kognitiven Verhaltenstherapie bei PTBS unterscheidet (► Kap. 10 u. 11).

Konzept und Vorgehen

Kurzzeitinterventionen mit kognitiver Verhaltenstherapie wurden zunächst für Personen nach Gewalterfahrungen bzw. Vergewaltigung (Foa et al., 1995) und für Personen mit ABS nach Verkehrsunfällen (Bryant et al., 1998; Bryant et al., 2003) entwickelt. Die Behandlung umfasst normalerweise 5–10 Sitzungen mit folgenden Behandlungskomponenten:

- Psychoedukation,
- Exposition in sensu und meistens auch in vivo,

- kognitive Umstrukturierung und
- Angstbewältigung (zumeist Entspannungs- und Atemtechniken).

Die KVT sollte innerhalb des ersten Monats nach dem traumatischen Ereignis beginnen (NICE, 2005; AWMF, in Vorbereitung). Für Sitzungen, in denen das Trauma thematisiert wird, sollte mehr als die übliche Therapiedauer eingeplant werden (z. B. 90 min).

Evaluation

Die Wirksamkeit des Programms ist v. a. für Personen mit körperlichen und sexuellen Gewalterfahrungen und Personen nach Unfällen gut belegt und auch über Jahreskatamnesen abgesichert. Es existieren randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) von verschiedenen Forschergruppen (Bisson, Shepherd, Joy, Probert & Newcombe, 2004; Bryant et al., 1998; Bryant, Moulds, Guthrie & Nixon, 2005; Bryant, Moulds & Nixon, 2003; Bryant, Sackville, Dang, Moulds & Guthrie, 1999; Echeburua, Corral, Sarasva & Zubizareta, 1996; Ehlers et al., 2003; Sijbrandij et al., 2007). Es gibt Belege für die Wirksamkeit bei Personen mit ABS innerhalb des ersten Monats nach einem Trauma (Bryant et al., 1999), bei Personen mit starken Symptomen nach einem Monat (Bisson et al., 2004) und bei Personen mit akuter PTBS nach 1–3 Monaten nach einem Trauma (Ehlers et al., 2003). Für die genannten Patientengruppen muss die kognitive Verhaltenstherapie als die zzt. wirksamste Frühintervention gelten. Foa et al. (2005) gehen davon aus, dass sie auch bei anderen Stressoren und Traumata wirksam ist.

Die KVT findet ihre Begrenzung in der Erreichbarkeit bzw. Behandlungsbereitschaft der Betroffenen. Für eine wissenschaftliche Evaluation der Effektivität ist eine Standardisierung auf 5–10 Sitzungen sicher günstig. Meist zeigt sich jedoch erst im Behandlungsverlauf, ob diese Stundenzahl ausreicht. Es ist anzunehmen, dass die Intervention zumindest am Schweregrad und am Verlauf der Symptomatik, an dem Ausmaß der Komorbidität und an den Umfeldbedingungen orientiert werden muss (► Übersicht). Bei Großschadensereignissen mit vielen Betroffenen reicht – unabhängig von der Organisation einer Versorgung – die Zahl der verfügbaren und qualifizierten Therapeuten in der Regel für eine ein-

zeltherapeutische Frühintervention mit mehreren Sitzungen nicht aus.

Vergleich psychologisches Debriefing und KVT

- Das psychologische Debriefing und die KVT unterscheiden sich in der Dosis und dem Beginn der Intervention
- Wesentliches Element der KVT ist die kognitive Umstrukturierung
- Die KVT betont stärker das Durcharbeiten der traumatischen Erfahrung und die wiederholte Exposition
- Sowohl KVT als auch PD beinhalten psychoedukative Elemente und trainieren Bewältigungstechniken
- Möglicherweise besteht bei nur einmaligen Sitzungen wie beim psychologischen Debriefing die Gefahr, dass die psychische Belastung und die vegetative Erregung gesteigert werden, ohne dass ausreichend Zeit für eine Löschung zur Verfügung steht (Bisson, McFarlane & Rose, 2000)

»Eye Movement Desensitization and Reprocessing«

»Eye Movement Desensitization and Reprocessing« (EMDR) ist eine Methode zur Behandlung von traumatisierten Personen, die 1989 von Shapiro vorgestellt wurde (Shapiro, 1995, 1999). Die Methode wird sowohl für die Behandlung der PTBS als auch für die Frühintervention nach Traumaerfahrungen empfohlen bzw. eingesetzt (Hofmann, 2006; ► Kap. 17).

Konzept und Vorgehen

Das Grundprinzip der Methode besteht darin, die Aufmerksamkeit der Patienten auf einen äußeren Reiz zu lenken, während sie sich gleichzeitig auf den Auslöser der Belastung und die Belastungsfolgen konzentrieren (► Übersicht). Ziel ist es, die fragmentierten Erinnerungen zusammenzuführen und durcharbeiten. Eine Analyse und Beeinflussung der selbstbezogenen Kognitionen soll zu einer Neubewertung und einer Integration der Erfahrungen führen (Shapiro, 1999).

Die 8 Phasen des EMDR (Hofmann, 2006; Eschenröder, 1997)

1. Anamnese, Diagnostik und Behandlungsplanung
2. Stabilisierung und Vorbereitung auf die Exposition
3. Bewertung, Neubewertung und Einschätzung des Traumas bzw. der Erinnerung
4. Desensibilisierung und Prozessieren: Abschwächen der Belastung durch die Erinnerung
5. Assoziation der belastenden Ereignisse mit positiven Kognitionen
6. Suche nach sensorischen Fragmenten
7. Abschluss der Behandlung
8. Nachbefragung, Überprüfung oder Neubewertung

In der Phase der Desensibilisierung konfrontiert sich der Patient mit der traumatischen Erfahrung und den damit verbundenen Gedanken und Gefühlen. Gleichzeitig werden rhythmische Augenbewegungen induziert.

Evaluation

Die Wirksamkeit von EMDR beim Vorliegen einer PTBS ist gut belegt (► Kap. 17). Zur Wirksamkeit als Frühintervention liegen keine Studien mit adäquatem Design vor. In einer deutschen Studie wurde EMDR verglichen mit der mehrdimensionalen psychodynamischen Traumatherapie (MPTT) und einer Kontrollbedingung (Grothe, Bering, Spieß, Lüneburg & Fischer, 2003). Einzelne der angegebenen Ergebnisse sprechen für eine Wirksamkeit von MPTT und EMDR gegenüber der Kontrollgruppe. Einschränkung sind methodische Mängel anzumerken sowie ein für Frühinterventionen sehr weit gefasstes Zeitkriterium: Die traumatischen Erlebnisse der Probanden lagen bis zu vier Monate zurück. Das Zeitkriterium ist auch bei einer EMDR-Studie nach den Terroranschlägen vom 11. September 2001 problematisch: Die Intervention fand 2–48 Wochen nach dem Ereignis statt (Silver, Rogers, Knipe & Colelli, 2005). Es wird allerdings auch ein Symptomrückgang für eine Teilgruppe von 12 Betroffenen berichtet, die innerhalb der ersten 10 Wochen behandelt wurde.

Positive Resultate werden außerdem berichtet von einer auf eine Sitzung gekürzten Form des EMDR, die bei vier Soldaten mit ABS oder akuter PTBS eingesetzt wurde (Russell, 2006) sowie von einer 90-minütigen Gruppenintervention mit einer abgewandelten Form des EMDR bei Kindern, die einen Monat nach einem Flugzeugabsturz in Mailand stattfand (Fernandez, Gallinari & Lorenzetti, 2003). Dieffenbach (2007) schildert ebenfalls positive Erfahrungen im Einsatz von EMDR bei Kindern mit ABS.

Festzuhalten ist, dass EMDR seinen Stellenwert im Kontext einer psychotherapeutischen Gesamtstrategie bei der Behandlung der PTBS hat. Inwieweit EMDR als Frühintervention geeignet und indiziert ist, lässt sich bei der derzeitigen Datenlage noch nicht beurteilen.

Psychodynamische Techniken**Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie**

Die MPTT ist eine manualisierte Version der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie, die zur Behandlung nach Traumata adaptiert wurde. Sie entspricht dem Typus einer Fokalthherapie, da sie auf die individuelle Erfahrung einer traumatischen Situation fokussiert. Sie beinhaltet sowohl psychoedukative Anteile als auch Übungselemente; diese werden in psychodynamische Prinzipien der Beziehungsgestaltung und Therapieführung integriert. Die MPTT wird auch früh nach traumatischen Ereignissen eingesetzt, es existieren aber keine Studien mit adäquatem Design, die ihre Wirksamkeit als Frühintervention untersuchen (► Kap. 17).

Psychodynamisch imaginative Traumatherapie

Die psychodynamisch imaginative Traumatherapie (PITT; ► Kap. 15) integriert Elemente aus der Psychoanalyse und aus der KVT sowie imaginative Verfahren und Prinzipien der Achtsamkeitsmeditation. Sie wurde v. a. zur Behandlung von komplexen PTBS, dissoziativen Störungen und Persönlichkeitsstörungen entwickelt. Sie wird klinisch auch bei Personen mit ABS eingesetzt, hierzu liegen allerdings keine empirischen Studien vor.

Psychopharmakologische Intervention

Im Regelfall ist eine medikamentöse Behandlung bei psychischen Krisen oder ABR und ABS nicht notwendig. Es gibt keine wissenschaftlichen Belege für die Verhinderung von PTBS durch irgendeine Substanz; darin sind sich Reviews (Morgan, Krystal & Southwick, 2003; Pitman & Delahanty, 2005), Leitlinien (APA, 2004; NICE, 2005; AWMF, in Vorbereitung) sowie Expertenbefragungen (Foa, Davidson & Frances, 1999) einig. Ob Psychopharmaka anderen posttraumatischen Folgestörungen vorbeugen können, wurde bislang nicht systematisch untersucht.

Bei einer besonders schweren und komplizierten Symptomatik kann eine zeitlich befristete Pharmakotherapie jedoch angezeigt sein: starke Erregung, Hyperaktivität, anhaltende Schlafstörungen, Aggressivität, starke Angst und psychotische Symptome. Da bei ABR und ABS die psychopharmakologische Therapie nur eine symptomatische Behandlung darstellt, hängen die Indikation und die Dosierung von der Symptomatik ab.

Vor einer psychopharmakologischen Behandlung müssen somatische Erkrankungen exploriert und möglichst bekannt sein. Eine somatische Erkrankung schließt nicht notwendigerweise eine psychopharmakologische Medikation aus, jedoch müssen Wechselwirkungen mit der Erkrankung und mit der aktuellen Medikation beachtet werden (Pajonk, Stoewer, Kinn & Fleiter, 2006). Wenn möglich, sollte nach einem Trauma zunächst mit verbalen Interventionen (s.o.) begonnen werden; mit der Gabe von Psychopharmaka sollte 1–2 Tage gewartet werden.

Die Medikamente der Wahl bei Angst, Schlafstörungen und starker Erregung sind sedierende Antidepressiva. Bei psychotischen Symptomen, die eher selten auftreten, werden atypische Antipsychotika empfohlen. Das in der Notfallmedizin am häufigsten verwendete Antipsychotikum ist Haloperidol. Die Gabe von Benzodiazepinen ist kritisch abzuwägen, v. a., wenn sie länger als eine Woche dauert.

Weitere Verfahren

Weitere Konzepte und insbesondere Varianten des psychologischen Debriefings finden sich unter anderem bei Neria u. Solomon (1999), Armstrong et al. (1991), Curtis (1995), Raphael u. Wilson (2000), Ørner u. Schnyder (2003) sowie Litz (2004). Auch das Konzept von Brom u. Kleber aus den Niederlanden

weist deutliche Parallelen zum Debriefing auf (Brom & Kleber, 1989; Brom, Kleber & Hofman, 1993; Kleber, Brom & Defares, 1992). Im Mittelpunkt ihrer Intervention steht die psychische Stabilisierung, auf die dann die Rekonstruktion der traumatischen Erfahrung aufbauen soll. Brom und Kleber orientieren sich bei der Indikation nicht an den Symptomen einer ABS, sondern an der Schwere des Traumas. Eine umfassende Evaluation des Konzeptes und auch der anderen Ansätze liegt nicht vor.

10.5 Organisierte Nachsorge

Der gegenwärtige Forschungsstand macht deutlich, dass für die Frage nach der geeigneten und praktikablen Frühintervention neben der differenziellen Indikation und der Wirksamkeit von Frühinterventionen auch die Art des Notfalls und die Zahl der Betroffenen berücksichtigt werden müssen. Eine Großschadenslage erfordert ein komplexes und zentral gesteuertes Angebot für verschiedene Zielgruppen, während Opfer »alltäglicher« Traumata, wie z. B. Verkehrsunfälle, bei Bedarf eine psychologische Frühintervention im System der Krisenintervention, der psychosozialen Notfallversorgung und der stationären oder ambulanten medizinischen Versorgung erhalten sollten.

! Eine psychologische Frühintervention sollte stets in ein Gesamtkonzept einer organisierten Nachsorge eingebettet sein. Die Möglichkeit einer mittel- und langfristigen Weiterbetreuung hat dabei zentralen Stellenwert. Dies gilt insbesondere für Großschadenslagen, aber auch für Notfälle und traumatische Erfahrungen im Alltag.

Bei Großschadenslagen ist eine Vor-Ort-Präsenz (»On Scene Support Service«) von Psychologen und psychotraumatologisch geschulten Fachkräften indiziert (► Kap. 25 u. 27; Bengel, 2001, 2004; Helmerichs, 2008; Jacobs, 1995; Lueger-Schuster, Krüsmann & Purtscher, 2006). Die Fachkräfte müssen dabei akute Belastungsstörungen, Überforderungen, Erschöpfungszustände und weitere Belastungsfolgen erkennen können. Große Bedeutung besitzt auch die Feldkenntnis, die Einordnung in die Führungs- und Organisationsstruktur und die Akzeptanz bei den Betroffenen.

Bei Großschadensereignissen und Katastrophen mit einer größeren Anzahl von potenziell traumatisierten Personen sind der Aufbau und die Organisation der psychologischen Hilfeleistungen entscheidend.

Unter der Lupe

Eine zentrale und effektive Organisation umfasst die Abschirmung der Betroffenen, die Koordination der psychologischen Helfer, die Einbeziehung der sekundären Opfer wie Angehörige und Zeugen, die psychologische Betreuung der Einsatzkräfte sowie die Mitwirkung an der Informations- und Pressearbeit.

Im Kontext der psychologischen Hilfeleistung und Versorgung bei Katastrophen und größeren Notfällen sind Dokumentationen entstanden, die – auch wenn in der Regel keine randomisierten Studien zur Effektivität von Frühinterventionen möglich waren – die Erfahrungsbasis erweitern (z. B. Bengel, 2001, zum ICE-Unglück in Eschede 1998; Helmerichs, Marx & Treunert, 2002, zum Amoklauf in Erfurt 2002).

Eine Differenzierung zwischen den Betroffenengruppen – primäre Opfer, Zuschauer, Angehörige, Einsatzkräfte – ist, wie erwähnt, sinnvoll und notwendig. Bei Großschadensereignissen sind gemeindepsychologische Maßnahmen wie Aufklärung über Belastungsfolgen z. B. über lokale oder nationale Medien, aufsuchende Beratung und die Aktivierung sozialer und kommunaler Ressourcen notwendig. Der Schutz vor Sekundärproblemen, wie z. B. der exzessiven Medienberichterstattung, kann ebenso wichtig sein wie die Durchführung der individuellen Maßnahmen.

Ein Beispiel für präventive Maßnahmen über das Medium des Internet stammt vom BBK und von der Flutkatastrophe 2004/2005 und zeigt eine Auswahl der möglichen FAQ (»frequently asked questions«). NOAH ist die zentrale Stelle zur Koordination von Nachbetreuungsmaßnahmen, Opfer- und Angehörigen-Hilfe für von schweren Unglücksfällen oder T2erroranschlägen im Ausland betroffenen Deutschen.

Beispiel

FAQ (regelmäßig gestellte Fragen) und adäquate Antworten am Beispiel der Flutkatastrophe 2004/2005:

Die folgenden Informationen sind Antworten auf häufig gestellte Fragen und sollen Ihnen eine erste Orientierung ermöglichen. Sollten Sie weitere Fragen haben oder diese Informationen nicht ausreichen, zögern Sie nicht, unsere Hotline anzurufen.

Qualifizierte Traumatherapeuten vermittelt NOAH (24-Std.-Hotline):
Vorwahl Deutschland 0228/5554-2444 oder
kostenlos: 0800/1888-433

Fragen:

- »Woran erkenne ich, dass ich traumatisiert bin?«
- »Welches sind typische Probleme nach solchen einschneidenden Erlebnissen?«

Antworten:

- Merkmale und Symptome einer Belastungsstörung können sehr vielfältig und unterschiedlich sein. Nicht immer treten alle der folgenden Symptome auf: Schlafstörungen, Alpträume, Konzentrationsschwäche, körperliche Beschwerden, Schwierigkeit wie bisher zu fühlen oder Dinge in der Umgebung richtig wahrzunehmen, wie betäubt sein.
- Das Ereignis kann spontan in der Vorstellung wiedererlebt werden. Man fühlt sich so, als ob man sich noch immer in der bedrohlichen Situation befindet.
- Die Lebensfreude kann verringert sein, der Kontakt mit anderen Menschen, Freunden oder Partner kann beeinträchtigt sein. Manche Menschen ziehen sich zurück, verschließen sich, wirken teilnahmslos, können nicht über das Erlebte sprechen.

10.6 Ausblick

Der Forschungsstand zur Prävention von PTBS und zu Frühinterventionen ist insgesamt noch sehr gering. Es besteht die berechtigte Hoffnung, dass die neurobiologische und klinisch-psychologische Forschung sowie die Erfahrungen bei Katastrophen und Unglücken helfen werden, die angemessenen psy-

chologischen Interventionen zu definieren und Empfehlungen zu formulieren. Berücksichtigt werden müssen

- Art des Traumas,
- Zeitpunkt der Intervention,
- Zielgruppe,
- Zusammensetzung der Gruppe und Gruppenprozess,
- Inhalt der Intervention,
- Zahl der Sitzungen und
- weitere Versorgung der langfristigen Belastungsfolgen.

Die Komplexität in der Entwicklung einer PTBS und der Einfluss der prä-, peri- und posttraumatischen Bedingungen lässt erwarten, dass eine einmalige Intervention bei schwer traumatisierten Personen mit mehreren Risikofaktoren keine positive Wirkung zeigen dürfte.

Unabhängig von der Art der Frühintervention ist die Frage nach der notwendigen Kompetenz für die Durchführung von entscheidender Bedeutung. Beim Angebot von Frühinterventionen muss die unterschiedliche Kompetenz von psychotraumatologisch geschulten Psychologen und Psychotherapeuten, psychologisch geschulten Nichtpsychologen und Helfern ohne psychologische Fortbildung berücksichtigt werden. Auf dem Weg zu Standards für Frühinterventionen nimmt deshalb der eingangs erwähnte Konsensusprozess eine bedeutende Rolle ein (BBK, 2008).

! Qualitätssicherung und qualifizierte Ausbildung der Fachkräfte sind gerade in der Frühintervention und vor allem auch bei Großschadensereignissen ein dringliches Gebot.

Nicht eine spezifische psychologische Intervention alleine, sondern ein **Konzept der Traumabewältigung** ist nötig. Das Programm muss differenziert auf die Erfordernisse der Zielgruppen abgestimmt sein. Eine große Bedeutung hat in diesen Programmen das Screening und die frühe Identifizierung hoch belasteter Personen (Brewin et al., 2008). Bei den Frühinterventionen sollte geprüft werden, inwieweit bewährte Verfahren bei der Behandlung von PTBS für einen Einsatz unmittelbar nach dem kritischen Ereignis modifiziert und angepasst werden können. Eine Verbesserung der zzt. schwachen Datenlage ist wie in

anderen Bereichen der Wirksamkeitsforschung nur durch randomisierte Studiendesigns mit standardisierter Intervention und sichergestellter Qualität der Behandlung zu erreichen. Der Veränderungsprozess im Rahmen und in der Folge von Frühinterventionen muss ebenso wie der optimale Zeitpunkt einer Intervention zum Gegenstand von Studien gemacht werden. Die hohe Komplexität und die Vielzahl der Einflussfaktoren, aber auch die z. T. wenig spezifischen Maßnahmen erschweren eine systematische Interventionsforschung. Berichte zu den Erfahrungen mit der psychosozialen Versorgung nach Notfällen und Schadenslagen stellen hilfreiche Ergänzungen dar, die insbesondere Informationen zur Organisation der Notfallversorgung geben können.

Literatur

- ACPMH (Australian Centre for Posttraumatic Mental Health). (2007). *Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Melbourne: ACPMH.
- Antony, M. & Barlow, D. (Eds.). (2002). *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*. New York: Guilford.
- APA (American Psychiatric Association). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- APA (American Psychiatric Association). (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Armstrong, K., O'Callahan, W. & Marmar, C. R. (1991). Debriefing red cross disaster personnel: The multiple stressor debriefing model. *Journal of Traumatic Stress, 4*, 581–593.
- AWMF (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften). (in Vorbereitung). *Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung*.
- BBK (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe). (2008). *Konsensus-Konferenz 2008: Qualitätsstandards und Leitlinien zur psychosozialen Notfallversorgung in der Gefahrenabwehr in Deutschland*. Bonn: BBK.
- Beerlage, I., Hering, T. & Nörenberg, L. (2006). *Entwicklung von Standards und Empfehlungen für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung. Reihe Zivilschutzforschung. Neue Folge*. Bd. 57. Bonn: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe.
- Bengel, J. (2001). Psychologische Maßnahmen für Einsatzkräfte bei Katastrophen: Das Zugangsglück von Eschede. In U. Ehlert & A. Maercker (Hrsg.), *Psychotraumatologie. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie* (S. 186–200). Göttingen: Hogrefe.

- Bengel, J. (Hrsg.). (2004). *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bengel, J. & Heinrichs, M. (2004). Psychische Belastungen des Rettungspersonals. In J. Bengel (Hrsg.), *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst* (S. 25–43). Berlin: Springer.
- Bering, R., Fischer, G., Schedlich, C. & Zurek, G. (2005). Kölner Risiko Index. In B. Strauß & J. Schumacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen* (S. 216–221). Göttingen: Hogrefe.
- Bisson, J. I. & Deahl, M. P. (1994). Psychological debriefing and prevention of posttraumatic stress. *British Journal of Psychiatry*, *165*, 717–720.
- Bisson, J. I., Jenkins, P. L., Alexander, J. & Bannister, C. (1997). Randomized controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry*, *171*, 78–81.
- Bisson, J. I., McFarlane, A. C. & Rose, S. (2000). Psychological debriefing. In E. B. Foa, T. M. Keane & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD* (pp. 39–59). New York: Guilford.
- Bisson, J. I., Shepherd, J. P., Joy, D., Probert, R. & Newcombe, R. G. (2004). Early cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry – Supplement*, *184*, 63–69.
- Bolwig, T. G. (1998). Debriefing after psychological trauma. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *98*, 169–170.
- Brauchle, G., Juen, B. & Beck, T. (2005). Effizienz von Debriefings. In C. Schönherr, B. Juen, G. Brauchle, T. Beck & D. Kratzer (Hrsg.), *Belastungen und Stressverarbeitung bei Einsatzkräften. Aktuelle Forschungsergebnisse der Arbeitsgruppe Notfallpsychologie der Universität Innsbruck* (S. 39–47). Innsbruck: Studia Universitätsverlag.
- Brewin, C. R. (2005). Systematic review of screening instruments for the detection of posttraumatic stress disorder in adults. *Journal of Traumatic Stress*, *18*, 53–62.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 748–766.
- Brewin, C. R., Scraff P., Robertson, M., Thompson, M., d'Ardenne, P. & Ehlers, A. (2008). Promoting mental health following the London bombings: A screen and treat approach. *Journal of Traumatic Stress*, *21*, 3–8.
- Brom, D. & Kleber, R. J. (1989). Prevention of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress Studies*, *2*, 335–351.
- Brom, D., Kleber, R. & Hofman, M. (1993). Victims of traffic accidents: Incidence and prevention of post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *49*, 131–140.
- Bryant, R. A. (2003). Early predictors of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, *53*, 789–795.
- Bryant, R. A. & Harvey, A. G. (1997). Acute stress disorder: A critical review of diagnostic issues. *Clinical Psychology Review*, *17*, 757–773.
- Bryant, R. A., Harvey, A. G., Dang, S. T., Sackville, T. & Basten, C. (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison of CBT and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 862–866.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M. & Nixon, R. D. V. (2005). The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 334–340.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L. & Nixon, R. V. D. (2003). Cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A four-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 489–494.
- Bryant, R. A., Sackville, T., Dang, S. T., Moulds, M. & Guthrie, R. (1999). Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive behavior therapy and supporting counseling techniques. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 1780–1786.
- Busuttill, A. (1995). Psychological debriefing. *British Journal of Psychiatry*, *166*, 676–677.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic.
- Cardena, E., Koopman, C., Classen, C., Wäde, L. C. & Spiegel, D. (2000). Psychometric properties of the Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire (SASRQ). *Journal of Traumatic Stress*, *13*, 719–734.
- Curtis, J. M. (1995). Elements of critical incident debriefing. *Psychological Reports*, *77*, 91–96.
- Cujpers, P., Straten, A. van & Smit, F. (2005). Preventing the incidence of new cases of mental disorders. A meta-analytic review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *193*, 119–125.
- Deahl, M. P., Srinivasan, M., Jones, N., Neblett, C. & Jolly, A. (2001). Evaluating psychological debriefing: Are we measuring the right outcomes? *Journal of Traumatic Stress*, *14* (3), 527–529.
- Devilley, G., Gist, R. & Cotton, P. (2006). Ready! Fire! Aim! The status of psychological debriefing and therapeutic interventions: In the work place and after disasters. *Review of General Psychology*, *10*, 318–345.
- Dieffenbach, R. (2007). EMDR in der Akutversorgung psychisch traumatisierter Kinder und Jugendlicher. In T. Hensel (Hrsg.), *EMDR mit Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch* (S. 299–316). Göttingen: Hogrefe.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Drayer, C. S., Cameron, D. C., Woodward, W. D. & Glass, A. J. (1954). Psychological first aid in community disasters prepared by the American Psychiatric Association Committee on Civil Defense. *Journal of the American Medical Association*, *156*, 36–41.
- Dyregrov, A. (1989). Caring for helpers in disaster situations: Psychological debriefing. *Disaster Management*, *2*, 25–30.
- Dyregrov, A. (1997). The process in psychological debriefings. *Journal of Traumatic Stress*, *10*, 589–605.
- Echebura, E., Corral, P. de, Sarasua, B. & Zubizarreta, I. (1996). Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims: An experimental study. *Journal of Anxiety Disorders*, *10*, 185–199.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C. & Mayou, R. (2003) A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated

- assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1024–1032.
- Ehlers, A., Steil, R., Winter, H. & Foa, E. B. (1996). *Deutsche Übersetzung der Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS)*. Unveröffentlichtes Manuskript, University of Oxford.
- Emmerik, A. A. P. v., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M. & Emmelkamp, P. M. G. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. *The Lancet*, 360, 766–771.
- Eschenröder, C. T. (1997). Entwicklung und gegenwärtiger Status der EMDR – Ein Überblick. In C. T. Eschenröder (Hrsg.), *EMDR – Eine neue Methode zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen* (S. 11–65). Tübingen: dgvt.
- Everly, G. S. & Mitchell, J. T. (2000). The debriefing »controversy« and crisis intervention: A review of the lexical and substantive issues. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2, 211–225.
- Everly, G. S., Boyle, S. H. & Lating, J. M. (1999). The effectiveness of psychological debriefing with vicarious trauma: A meta-analysis. *Stress Medicine*, 15, 229–233.
- Everly, G. S., Flannery, R. & Eyler, V. (2002). Critical Incident Stress Management (CISM): A statistical review of the literature. *Psychiatric Quarterly*, 73 (3), 171–182.
- Everly, G. S., Flannery, R. B. Jr. & Mitchell, J. T. (2000). Critical incident stress management (CISM): A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 5, 23–40.
- Fernandez, I., Gallinari, E. & Lorenzetti, A. (2003). A school-based Eye Movement and Desensitization and Reprocessing intervention for children who witnessed the Pirelli building airplane crash in Milan, Italy. *Journal of Brief Therapy*, 2, 129–136.
- Ferring, D. & Filipp, S. H. (1994). Teststatistische Überprüfung der Impact of Event-Skala. Befunde zur Reliabilität und Stabilität. *Diagnostica*, 40, 344–362.
- Foa, E. B., Cahill, S. P., Boscarino, J. A., Hobfoll, S. E., Lahad, M., McNally, R. J. & Solomon, Z. (2005). Social, psychological, and psychiatric interventions following terrorist attacks: Recommendations for practice and research. *Neuropsychopharmacology*, 30 (10), 1806–1817.
- Foa, E. B., Davidson, J. R. T. & Frances, A. J. (1999). Treatment of posttraumatic stress disorder (Expert consensus guideline series). *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (suppl. 10).
- Foa, E. B., Hearst-Ikeda, D. & Perry, K. J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 948–955.
- Franke, G. H. (1995). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test.
- Gist, R. & Woodall, S. (2000). There are no simple solutions to complex problems. In J. M. Violanti, P. Douglas & C. Dunning (Eds.), *Posttraumatic stress intervention: Challenges, issues, and perspectives* (pp. 81–96). Springfield: Thomas.
- Gray, M. J. & Litz, B. T. (2005). Behavioral interventions for recent trauma: Empirically informed practice guidelines. *Behavior Modification*, 29, 189–215.
- Gray, M. J., Litz, B. T. & Olson, A. R. (2004). Methodological and ethical issues in early intervention research. In B. T. Litz (Ed.), *Early intervention for trauma and traumatic loss* (pp. 179–198). New York, NY: Guilford.
- Grothe, C., Bering, R., Spieß, R., Lüneburg, E. & Fischer, G. (2003). Mehrdimensionale psychodynamische Traumatherapie (MPTT): Forschungsergebnisse zur Standardversion. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1 (2), 27–43.
- Helmerichs, J. (2008). Psycho-soziale Notfallversorgung im Großschadensfall und bei Katastrophen. In F. Lasogga & B. Gasch (Hrsg.), *Notfallpsychologie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 371–388). Berlin: Springer.
- Helmerichs, J., Marx, J. & Treunert, R. (2002). Hilfe für die im Einsatz. Nachsorge für Polizeikräfte – Erfahrungen aus Erfurt. *Deutsche Polizei*, 51 (7), 7–11.
- Hermanutz, M. & Fiedler, H. (1997). Nachbereitung von Einsätzen bei Großschadensereignissen. In J. Bengel (Hrsg.), *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst* (S. 269–284). Berlin: Springer.
- Hobfoll, S. E. & Vries, M. de (Eds.) (1995). *Extreme stress and communities: Impact and intervention*. Dordrecht: Kluwer.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B. P. R., Jong, J. T. V. M. de, Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Solomon, A. Y. Z., Steinberg, A. M. & Ursano, R. J. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*, 70, 283–315.
- Hofmann, A. (2006). *EMDR in der Therapie posttraumatischer Belastungssyndrome*. Stuttgart: Thieme.
- Jacobs, G. A. (1995). The development of a national plan for disaster mental health. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 543–549.
- Kilpatrick, D. G. & Veronen, L. J. (1984). Treatment for rape-related problems: Crisis intervention is not enough. In L. H. Cohen, W. Claiborn & C. A. Specter (Eds.), *Crisis intervention* (pp. 165–185). New York: Human Services.
- Kleber, R. J., Brom, D. & Defares, P. B. (1992). *Coping with trauma: Theory, prevention and treatment*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Koordinierungsstelle Einsatznachsorge (Hrsg.) (2002). *Einsatznachsorge nach dem ICE-Unglück in Eschede. Dokumentation, Modelle, Konsequenzen*. Goslar: DRK-Rettungsschule.
- Lasogga, F. & Gasch, B. (2006). *Psychische Erste Hilfe bei Unfällen: Kompensation eines Defizits*. Edewecht: Stumpf & Kossendy.
- Litz, B. T. (Ed.) (2004). *Early intervention for trauma and traumatic loss*. New York, NY: Guilford.
- Litz, B., Gray, M., Bryant, R., Adler, A. & Reed, W. (2002). Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 112–134.
- Loey, N. E. van, Maas, C. J., Faber, A. W. & Taal, L. A. (2003). Predictors of chronic posttraumatic stress symptoms following burn injury: Results of a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 361–369.
- Lueger-Schuster, B., Krüsmann, M. & Purtscher, K. (2006). *Psycho-soziale Hilfe bei Katastrophen und komplexen Schadenslagen – lessons learned*. Wien: Springer

- Maercker, A. (1994). *PDEQ*. Unveröffentlichtes Manuskript, TU Dresden.
- Maercker, A. & Schützwohl, M. (1998). Erfassung von psychischen Belastungsfolgen: Impact of Event Skala. Revidierte Version. *Diagnostica*, 44, 190–199.
- Margraf, J., Schneider, S. & Ehlers, A. (1994). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen: DIPS* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- McCammon, S. L. & Allison, E. J. (1995). Debriefing and treating emergency workers. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue. Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 115–130). New York: Brunner & Mazel.
- McFarlane, A. C. & Potts, N. (1999). Posttraumatic stress disorder: Prevalence and risk factors relative to disasters. In P. A. Saigh & J. D. Brenner (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text* (pp. 92–102). Needham Heights: Allyn & Bacon.
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes. The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medicine*, 8, 36–39.
- Mitchell, J. T. (1998). *Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen (SBE): Ein Handbuch zur Prävention psychischer Traumatisierung in Feuerwehr, Rettungsdienst und Polizei*. Edewecht: Stumpf & Kossendey.
- Mitchell, J. T. & Everly, G. S. (2000). Critical incident stress management and critical incident stress debriefing: Evolutions, effects and outcomes. In B. Raphael & J. P. Wilson (Eds.), *Psychological debriefing. Theory, practice and evidence* (pp. 77–90). Cambridge: University Press.
- Mitchell, J. T. & Everly, G. S. (2001). *Critical incident stress debriefing: An operations manual for CISD, defusing and other group crisis intervention services*. Ellicott City: Chevron.
- Mitte, K., Steil, R. & Nachtigall, C. (2005). Eine Meta-Analyse unter Einsatz des Random Effects-Modells zur Effektivität kurzfristiger psychologischer Interventionen nach akuter Traumatisierung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34, 1–9.
- Morgan, C., Krystal, J. & Southwick, S. (2003). Toward early pharmacological posttraumatic stress intervention. *Biological Psychiatry*, 53, 834–843.
- Müller-Lange, J. (Hrsg.) (2005). *Critical incident stress management. Handbuch Einsatznachsoorge. Psychosoziale Unterstützung nach der Mitchell-Methode* (2. neu bearbeitete und erweiterte Aufl.). Edewecht: Stumpf & Kossendey.
- Neria, Y. & Solomon, Z. (1999). Prevention of posttraumatic reactions: Debriefing and frontline treatment. In P. A. Saigh & J. D. Brenner (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text* (pp. 309–322). Needham Heights: Allyn & Bacon.
- NICE (National Institute of Clinical Excellence). (2005). *Post-traumatic stress disorder – the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. (National Clinical Practice Guideline No 26). London: Gaskell & the British Psychological Society.
- North, C. S., Tivis, L., McMillen, J. C., Pfefferbaum, B., Cox, J., Spitznagel, E. L., Bunch, K., Schorr, J. & Smith, E. M. (2002). Coping, functioning and adjustment of rescue workers after the Oklahoma City Bombing. *Journal of Traumatic Stress*, 15 (3), 171–175.
- O'Brien, S. L. (1998). Prevention of post-traumatic illness. In S. L. O'Brien (Ed.), *Traumatic events and mental health*. Cambridge: University Press.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52–73.
- Ørner, R. J. & Schnyder, U. (2003). *Reconstructing early intervention after trauma*. New York: Oxford University Press.
- Pajonk, F. G., Stoewer, S., Kinn, M. & Fleiter, B. (2006). Psychopharmakotherapie in der Notfallmedizin. *Notfall- und Rettungsmedizin*, 9, 393–402.
- Peterson, K. C., Prout, M. F. & Schwarz, R. A. (1991). *Posttraumatic stress disorder: A clinician's guide*. New York: Plenum.
- Pitman, R. & Delahanty, D. (2005) Conceptually driven pharmacologic approaches to acute trauma. *CNS Spectrums*, 10, 99–106.
- Raphael, B. (1986). *When disaster strikes*. London: Hutchinson.
- Raphael, B. (2000). Conclusion: Debriefing – science, belief and wisdom. In B. Raphael & J. P. Wilson (Eds.), *Psychological debriefing. Theory, practice and evidence* (pp. 351–359). Cambridge: University Press.
- Raphael, B. & Wilson, J.P. (Eds.) (2000). *Psychological debriefing. Theory, practice and evidence*. Cambridge: University Press.
- Raphael, B., Meldrum, L. & McFarlane, A. (1995). Does debriefing after psychological trauma work? *British Medical Journal*, 310, 1479–1480.
- Rehli, T. (1998) *Psychologische Interventionen für Einsatzkräfte im Rettungsdienst*. Unveröffentl. Diplomarbeit, Universität Freiburg.
- Rose, S., Bisson, J., Churchill, R. & Wessely, S. (2006). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Russell, M.C. (2006). Treating combat-related stress disorders: A multiple case study utilizing Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) with battlefield casualties from the Iraqi War. *Military Psychology*, 18 (1), 1–18.
- Schützwohl, M. (2000). Frühinterventionen nach traumatisierenden Erfahrungen: Ein Überblick über Maßnahmen und deren Wirksamkeit. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 68, 423–430.
- Sensky, T. (2003). The utility of systematic reviews: The case of psychological debriefing after trauma. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72 (4), 171–175.
- Sijbrandij, M., Olf, M., Reitsma, J. B., Carlier, I. V. E., Vries, M. H. de & Gersons, B. P. R. (2007). Treatment of acute posttraumatic stress disorder with brief cognitive behavioral therapy: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 164 (1), 82–90.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford.
- Shapiro, F. (1999). *EMDR – Grundlagen & Praxis: Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen*. Paderborn: Junfermann.

- Silver, S. M., Rogers, S., Knipe, J. & Colelli, G. (2005). EMDR therapy following the 9/11 terrorist attacks: A community-based intervention project in New York City. *International Journal of Stress Management*, 12 (1), 29–42.
- Sorenson, S. B. (2002). Preventing traumatic stress: Public Health approaches. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 3–7.
- Stieglitz, R.-D., Nyberg, E., Albert, M., Frommberger, U. & Berger, M. (2002). Entwicklung eines Screeninginstrumentes zur Identifizierung von Risikopatienten für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTB) nach einem Verkehrsunfall. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31, 22–30.
- Ursano, R. J., Fullerton, C. S., Vance, K. & Wilson, J. P. (Eds.). (2000). *Psychological debriefing. Theory, practice and evidence*. Cambridge: University Press.
- Velden, P. van der & Wittmann, L. (2008). The independent predictive value of peritraumatic dissociation for PTSD symptomatology after type I trauma: A systematic review of prospective studies. *Clinical Psychology Review*, 28 (6), 1009–1020.
- Weisaeth, L. (1995). Preventive psychosocial intervention after disaster. In S. E. Hobfoll & M. de Vries (Eds.), *Extreme stress and communities: Impact and intervention* (pp. 401–419). Dordrecht: Kluwer.
- Wilson, J. P., Raphael, B., Meldrum, L., Bedosky, C. & Sigman, M. (2000). Preventing PTSD in trauma survivors. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64, 181–196.
- Winter, H., Wenninger, R. & Ehlers, A. (1992). *Deutsche Übersetzung der PTSD-Symptom-Scale Self-Report*. Unveröffentlichtes Manuskript, Georg-August-Universität Göttingen.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II*. Göttingen: Hogrefe.
- Wollmann, D. (1993). Critical incident stress debriefing and crisis groups: A review of the literature. *Group*, 17, 70–83.
- Young, B. H. (2006). The immediate response to disaster: Guidelines to adult psychological first aid. In E. C. Ritchie, M. J. Friedman & P. J. Watson (Eds.), *Interventions following mass violence and disasters: Strategies for mental health practice* (pp. 134–154). New York: Guilford.

Andreas Maercker (Hrsg.)

Posttraumatische Belastungsstörungen

3., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage

11 Stabilisierung und Affektregulation

S. Barnow, J. Lotz

11.1 Grundlagen – 188

11.2 Techniken zur Stabilisierung und Affektregulation im Rahmen der Psychotherapie – 189

11.2.1 Imaginative Techniken – 189

11.2.2 Techniken zur Förderung der Affektdifferenzierung – 190

11.2.3 Kognitiv-behaviorale Ansätze – 190

11.2.4 EMDR – »Resource, Development, and Installation« (RDI) – 193

11.2.5 Tiefenpsychologisch orientierte Ansätze – 194

11.3 Zusammenfassung und Phasenmodell – 194

11.4 Adjuvante Psychopharmakotherapie – 195

Literatur – 201

11.1 Grundlagen

In dem folgenden Abschnitt werden verschiedene Methoden und Techniken zur Stabilisierung und Affektregulation bei der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) dargestellt.

Definition

Unter **Stabilisierung** versteht man die Förderung bzw. Wiederherstellung von (psychischer) Sicherheit, die Reduktion von Suizidalität, selbstverletzendem Verhalten und Dissoziation, Gewinnung von Kontrolle über heftige, den Patienten oft überwältigende Affekte, Verringerung von Impulsivität und Verbesserung der Selbstregulation. Damit assoziiert sind der Aufbau sozialer Beziehungen sowie die Reduktion anderer assoziierter Probleme.

Die Fähigkeit der Emotionsregulation ist entscheidend für die Stabilisierung des Patienten und somit sind Techniken der Stabilisierung und **Affektregulation** eng miteinander verzahnt. Techniken zur Affektregulation beziehen sich jedoch speziell auf die längerfristige Minderung einer Affektregulationsstörung, wie sie bei Patienten mit PTBS üblicherweise auftritt (► Kap. 2).

Kennzeichen einer gestörten Affektregulation

- Instabilität im Bereich der Stimmung und Affektivität,
- eine verminderte affektive Regulationsfähigkeit,
- eine gestörte Impulskontrolle,
- eine überschießende Emotionalität,
- hohe Intensität von Emotionen,
- hohe Sensitivität für emotionale (meist negative) Reize,
- verzögerte Habituation sowie
- eine Störung der zwischenmenschlichen Beziehungen, oft verbunden mit Misstrauen und paranoiden Ängsten.

Zentrale Symptome der gestörten Affektregulation bei Patienten mit PTBS sind außerdem eine vermin-

derte Fähigkeit zur Aufmerksamkeitsfokussierung, ein undifferenziertes Affekterleben sowie eine gestörte Fähigkeit zur Symbolisierung von Emotionen (Dissoziation). Das emotionale Erleben ist typischerweise gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen, Angst, Wut, Scham- und Schuldgefühle, Gefühle der Leere, des Alleingelassenseins sowie der Hilflosigkeit und Unkontrollierbarkeit (Wöller, 2006). Als Folge der z. T. heftigen Anspannungszustände können selbstschädigende Verhaltensweisen wie u. a. dissoziative Symptome, Substanzmissbrauch und bulimische Symptome auftreten. Diese stellen meist den Versuch dar, die plötzlich heftig einschießenden oder chronischen negativen Affekte zu reduzieren und sind somit erste maladaptive Bewältigungsversuche der Patienten (Wöller, 2006). Dadurch wird ein adäquater Umgang mit u. a. intrusiven Symptomen verhindert, woraus einerseits weitere erhebliche Einschränkungen des allgemeinen Funktionsniveaus resultieren können und andererseits der therapeutische Prozesse empfindlich gestört wird (Herman, 1992; Herman & Schatzow, 1984).

Eine gestörte Affektregulation kann zudem in weitere traumaassoziierte Störungsbilder involviert sein wie u. a. dissoziative Störungen, Somatisierungsstörungen, chronische Persönlichkeitsveränderungen, komplexe PTBS- und Borderline-Persönlichkeitsstörung (Barnow, 2007; Herman, 1992; Spitzer et al., 2008).

! Eine Verbesserung der Emotionsregulation ist daher ein zentraler Bestandteil der Stabilisierung in Traumatherapien (und nicht nur dort!) und eine wichtige Voraussetzung für die spätere Traumakonfrontation und die Integration traumatischer Erfahrungen (► Kap. 8 u. 15).

Wie wichtig die Vermittlung von Techniken zur Emotionsregulation bei Personen mit PTBS ist, belegen Befunde zu den Emotionen wie Scham, Schuld, Angst und Ärger, die massiv nach Traumatisierungen auftreten. Gestört sind dabei nicht einzelne Affekte, sondern im Vordergrund steht das Erleben unterschiedlicher emotionaler Zustände mit hoher Intensität. So gaben in eigener Studie über 80% der Personen mit aktueller PTBS an, in den letzten 4 Wochen vor der Untersuchung oft oder sehr oft bedrückt, ängstlich oder ärgerlich gewesen zu sein und über

90% erlebten massive Scham- und Schuldgefühle (Barnow, in Vorbereitung). Dabei waren die prozentualen Nennungen auch im Vergleich zu anderen Patientengruppen (z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörung oder rezidivierende Depression) signifikant erhöht. Außerdem führen traumatische Erlebnisse häufig zu interpersonellen Problemen und sind mit negativeren Bewertungen, speziell einer Einschätzung von unbekanntem Personen als aggressiver assoziiert (Barnow et al., im Druck) Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass Elemente zur Regulation von Affekten in fast allen Behandlungsverfahren bei traumatisierten Patienten mit PTBS zur Anwendung kommen. Erst die Fähigkeit, heftige Affekte zu regulieren, ermöglicht den Patienten eine konfrontative Auseinandersetzung mit Traumainhalten.

11.2 Techniken zur Stabilisierung und Affektregulation im Rahmen der Psychotherapie

11.2.1 Imaginative Techniken

Imaginative Techniken haben sich als ausgesprochen hilfreich bei der Induzierung und Bearbeitung von Emotionen erwiesen. Es ist somit naheliegend diese bei Patienten mit PTBS anzuwenden. Nachfolgend werden verschiedene Imaginationstechniken beschrieben, die sowohl der Stabilisierung des Patienten, als auch der Verbesserung der Emotionsregulation dienen (► Kap. 15 u. 28).

Imaginative Distanzierungstechniken

Diese sind speziell am Anfang der Therapie als Stabilisierungstechniken zu empfehlen. Sie dienen der Distanzierung von überflutenden emotionalen Inhalten. Das Ziel ist die Kontrolle posttraumatischer Symptome wie intrusiven Affekten sowie auto-destruktiven Impulsen. Besonders bewährt haben sich hier die:

a) Containertechnik/Tresortechnik. In einen imaginären Container oder Tresor sollen aversive, intrusive Inhalte (negative Bilder, Erinnerungen, Gefühlszustände) eingeschlossen werden, bis die für eine Auseinandersetzung notwendige Stabilität erreicht ist. Hierdurch können besonders aversive Affekte

reduziert, die Sicherheit erhöht sowie das Auftreten von Flashbacks vermindert werden. Das Material steht anschließend für eine Traumatherapie wieder zur Verfügung. Hilfsweise können die negativen emotionalen Inhalte in Form einer Tonkassette oder Fotografie in dem Container abgelegt werden.

b) Bildschirmtechnik. Negative Bilder werden in der Vorstellung auf einen imaginären Bildschirm projiziert und können mithilfe einer erdachten Fernbedienung (Regler) durch Veränderung der Bildmerkmale modifiziert werden. Die Gefühle können durch den vorgestellten Regler hoch- und runterreguliert werden. So kommt es zu einer emotionalen Distanzierung von und Kontrolle über die belastenden Inhalte. Der Patient lernt den kontrollierten Umgang mit den eigenen Gefühlen (Phillips & Frederick, 2003). Die Bildschirmtechnik kann in Kombination mit der Containertechnik eingesetzt werden.

Imaginative Techniken zur Ressourcenaktivierung

Imaginative Techniken können nicht nur bewältigungsorientiert, sondern auch zur Aktivierung positiver Ressourcen eingesetzt werden. Unter der Annahme, dass Emotionen in Netzwerken miteinander assoziiert sind, sollen hier die positiven Ressourcen-netzwerke durch Imagination von positiven affektiven Inhalten (positive Erlebnisse, soziale Ressourcen) aktiviert werden. Wichtig für die Auswahl der Erinnerungsinhalte ist hierbei das mit der jeweiligen Ressource assoziierte subjektive Wohlbefinden (Phillips & Frederick, 2003; Reddemann & Sachsse, 1997). Als imaginative Ressourcentechniken haben sich folgende Vorgehensweisen bewährt:

a) Der sichere Ort/innere Helfer. Zentral ist hierbei der Aufbau innerer Kraftquellen. Die Vorstellung eines realen oder phantasierten sicheren Ortes, zu dem kein anderer Mensch Zugang hat und der auch gegenüber anderen störenden Einflüssen abgesichert werden kann. Durch weitere optimale Ausgestaltung und Modifizierung dieses Ortes wird ein zunehmendes Gefühl von Sicherheit und Schutz vermittelt. Hierdurch ist es oft möglich, einen Abstand zu den belastenden Erinnerungen an die traumatischen Erfahrungen zu gewinnen. Die Verbindung des sicheren Ortes mit einem positiven Auslöser (z. B. ein bestimmter Gegenstand, Körperbewegung oder ein

Wort) soll die Verfügbarkeit dieser schutzgebenden Vorstellung erhöhen. Das ist für den Umgang mit negativen Emotionen im Alltag sowie im späteren Therapieprozess hilfreich.

b) Unterstützende, Schutz bietende Wesen. Ähnlich kann durch Imagination eines unterstützenden, Schutz bietenden Wesens die subjektive Sicherheit erhöht werden. Solche Schutzfiguren finden sich auch häufig bei traumatisierten Kindern, die sich diese imaginative Figur zur Hilfe holen, um mit traumatischen Situationen zurechtzukommen. Entscheidend bei der Verwendung als Stabilisierungstechnik ist, dass möglichst nicht reale Wesen ausgewählt werden (z. B. Märchengestalt), da reale menschliche Beziehungen i. Allg. ambivalent besetzt sind und Negativerlebnisse die stützende Funktion des inneren Helfers beeinträchtigen. Der innere Helfer sollte nur positive Seiten haben, die den Patienten stützen können. Er bietet dem Patienten im begrenzten Ausmaß regressive Möglichkeiten. Sowohl die Arbeit mit dem sicheren inneren Ort als auch dem inneren Helfer kann durch kreative Therapieelemente erleichtert und gefördert werden, wie sie z. B. im Psychodrama verwendet werden (Stadler, 2002).

Imaginative Techniken zur Ich-Stärkung und Emotionsregulation

Durch imaginative Techniken können auch mangelhaft ausgebildete Fähigkeiten und Ich-Funktionen gestärkt werden, indem z. B. in der Vorstellung mithilfe eines phantasierten Reglers die eigenen Emotionen reguliert werden.

11.2.2 Techniken zur Förderung der Affektdifferenzierung

Undifferenzierte Affektzustände sind charakteristisch für das posttraumatische Affekterleben. Speziell Dissoziation verhindert eine differenzierte Emotionswahrnehmung und führt zudem zu psychophysiologischen Anspannungszuständen, die sich z. B. in einer erhöhten Hautleitfähigkeit widerspiegeln (Barnow et al., eingereicht). Außerdem ließ sich nachweisen, dass das Ausmaß an Dissoziation den weiteren Therapieverlauf negativ beeinflusst (Spitzer et al., 2007). Techniken zur Förderung der Affektdifferenzie-

rung wirken somit sowohl direkt entlastend, als auch längerfristig i.S.e. optimaleren Therapieverlaufs.

Durch das Benennen von Emotionen kann die Wahrnehmung verschiedener Emotionen gefördert werden. Eine derartige Symbolisierung kann zudem eine affektive Distanzierung bewirken (Reddemann & Sachsse, 1997). Durch die Affektdifferenzierung sollen die Affekte mit adaptiver Signalfunktion von den traumaassoziierten Affekten z. B. durch Imagination (s. oben) getrennt werden. Letztere können dann z. B. mithilfe der Tresortechnik isoliert werden (Wöller, 2006). Sehr hilfreich sind auch die Arbeitsmaterialien zum Training von Fertigkeiten (speziell zum Umgang mit Emotionen) wie sie im Trainingsmanual der dialektisch behavioralen Therapie dargestellt sind (Linehan, 1996).

11.2.3 Kognitiv-behaviorale Ansätze

Im Gegensatz zu den imaginativen Techniken, die meist direkt auf das emotionale Erleben abzielen, werden in kognitiv-behavioralen Ansätzen die Schwerpunkte auf die Änderung dysfunktionaler Kognitionen und Verhalten (speziell Vermeidung) gelegt. Üblicherweise werden Techniken wie kognitive Umstrukturierung, Psychoedukation, Beobachtungsprotokolle (z. B. zur Identifikation von Auslösern und aufrechterhaltenden Bedingungen und den damit assoziierten Gedanken und Gefühlen) und Exposition angewendet und vermittelt. Nachfolgend werden ausschnittsweise einige kognitiv-behaviorale Behandlungsprogramme beschrieben, die speziell Elemente der Affektregulation und Stabilisierung beinhalten und für Patienten mit PTBS entwickelt wurden.

Affektmanagement Gruppentherapie

Das von Zlotnick et al. (Zlotnick, Simpson, Begin & Costello, 1997) entwickelte Gruppentherapieprogramm beinhaltet 15 etwa 90-minütige Therapiesitzungen mit jeweils 2 Therapeuten und etwa 6–8 Patienten. Der Ansatz ist gegenwartsfokussiert, d. h. es findet keine Thematisierung konkreter Traumainhalte statt. Eine Therapiesitzung besteht üblicherweise aus:

- a) Besprechung/Rückblick der Hausaufgaben,
- b) Psychoedukation (meist Vermittlung bestimmter Fertigkeiten zur Emotionsregulation),

- c) Ausbildung und Anwendung adaptiver Copingstrategien sowie
- d) Hausaufgaben zur Übung und Implementierung im Alltag (z. B. Anwendung eines erstellten Schlafplans oder Krisenplans).

Zentrale therapeutische Ziele sind die Vermittlung adaptiver Strategien zur Regulation intensiver negativer Affekte, Kontrolle destruktiver Verhaltensweisen, die Folge einer gestörten Affektregulierung sind (u. a. autodestruktive Impulse, Dissoziation, Substanzmissbrauch), sowie die Stärkung der Kontrolle über und Reduktion von traumaassoziierten Symptomen. Die Themen der einzelnen Sitzungen sind:

- posttraumatische Belastungssymptome und assoziierte Probleme (u. a. Schlafprobleme und Dissoziation),
- Erkennen/Identifikation und Beschreibung von Gefühlen,
- Vermittlung von Ablenkungsstrategien,
- Vermittlung von Selbstberuhigungstechniken: z. B. Entspannungstechniken,
- Verbesserung des aktuellen Zustandes/der aktuellen Situation (Arbeit, soziale Kontakte),
- Erstellung eines Krisenplans,
- Arbeit an dysfunktionalen Kognitionen/Überzeugungen: z. B. positiver Self-Talk als Ersatz negativer Kognitionen,
- Strategien zur Ärgerregulation und
- Rückblick und Abschluss der Therapie.

Die Affektmanagement Gruppentherapie hat sich in einer Studie von Zlotnick et al. (1997) in Ergänzung zu einer psychotherapeutischen Einzeltherapie und pharmakologischen Behandlung als wirksam erwiesen. Sie zeigte sich im Vergleich zu der Kontrollbedingung (Warteliste) erfolgreicher bzgl. der Reduktion von PTBS-Symptomen und dissoziativer Symptomatik (Zlotnick et al., 1997). Speziell die Reduktion dissoziativer Symptome wird von Zlotnick et al. hervorgehoben. Die Autoren deuten aber gleichfalls an, dass das gruppentherapeutische Setting evtl. weniger erfolgreich bei ausgeprägter Psychopathologie ist, da eine schwere PTBS- und dissoziative Symptomatik mit einer erhöhten Abbruchrate assoziiert war (Zlotnick et al., 1997).

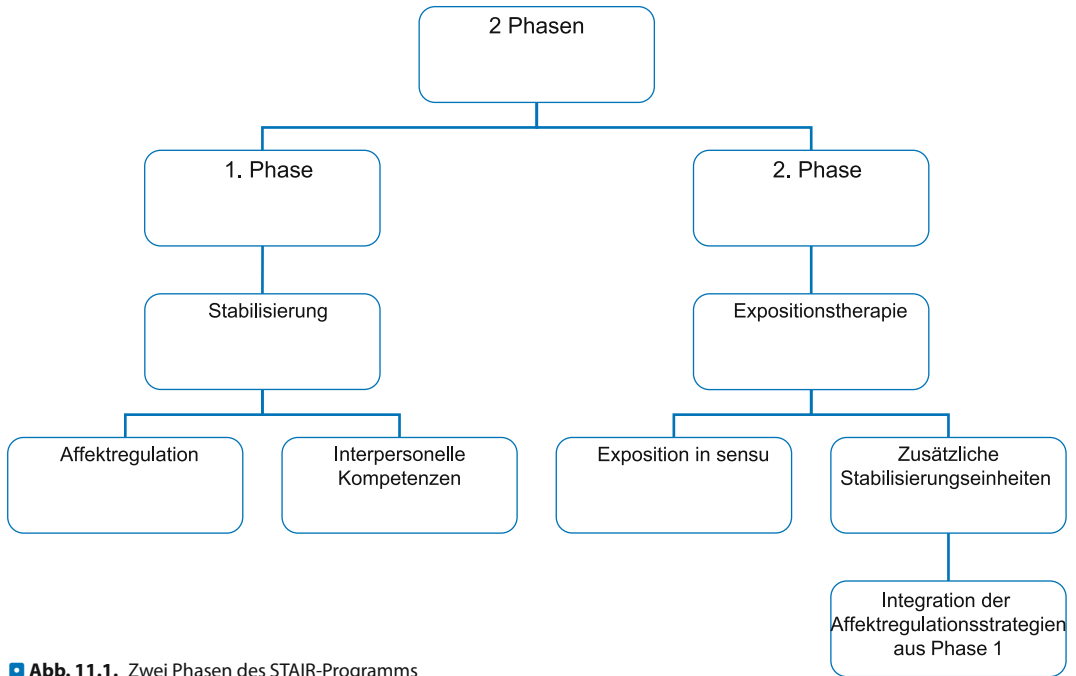
Skills-Training in der affektiven und interpersonellen Regulation (STAIR)

Bei STAIR (Cloitre, Koenen, Cohen & Han, 2002) handelt es sich um ein 2-Phasen-Programm, mit Stabilisierungsphase (Phase 1) und anschließender modifizierter anhaltender Exposition (Phase 2; **■** Abb. 11.1)

Es besteht aus acht wöchentlichen einstündigen Sitzungen. Thematisch ist es an den allgemeinen kognitiv-behavioralen und dialektisch-behavioralen Prinzipien angelehnt. Einzelne Elemente sind Psychoedukation, Fertigkeitenerwerb und deren Anwendung und Übung sowie Hausaufgaben und Implementierung in den Alltag. Der Fokus liegt auf der Entwicklung von Emotionsregulationsstrategien und interpersonellen Fertigkeiten. Im Einzelnen werden folgende Themen bearbeitet:

- Identifizierung und Benennung von Gefühlen, Auslösern und Gedanken,
- Emotionsmanagement (v. a. Ärger und Ängstlichkeit): Identifikation von Copingressourcen und -möglichkeiten, Vermittlung von Regulationsstrategien (Atmungsübungen, Selbstinstruktionen zur Angstreduktion, Verbesserung der sozialen Kompetenzen zur Förderung der sozialen Unterstützung usw.),
- Toleranz gegenüber negativen Affekten: u. a. Abbau von Vermeidungsverhalten, Thematisierung negativer Konsequenzen von Vermeidung, Anregung zur Konfrontation mit negativen Affekten (aber keine angeleitete Exposition),
- Akzeptanz von Gefühlen und Förderung positiven Emotionserlebens,
- Identifikation von Beziehungsschemata, die auf traumatischen Erfahrungen basieren,
- Identifikation von Konflikten zwischen traumagenerierten Gefühlen und aktuellen interpersonellen Zielen,
- Rollenspiele mit Fokus auf Emotionserleben und -ausdruck und Förderung des Selbstbewusstseins. Themen der Rollenspiele sind v. a.: Kontrolle in interpersonellen Situationen erlangen sowie die Förderung von Flexibilität in interpersonellen Situationen.

Das Training zur Verbesserung affektregulierender und interpersoneller Fertigkeiten wird auch innerhalb der Phase 2 (Exposition) durch Anwendung



■ **Abb. 11.1.** Zwei Phasen des STAIR-Programms

und Integration der in Phase 1 erlernten Strategien fortgeführt. Dies erfolgt z. B. durch Stabilisierungseinheiten und der Arbeit an der Emotionsregulation nach der Exposition sowie an negativen interpersonellen Schemata. STAIR hat sich als wirksam in Bezug auf die Verbesserung der Regulation negativer Stimmungen, Ärgerexpression, depressiver Symptomatik sowie Ängstlichkeit erwiesen, wobei die Effekte bereits nach Phase 1 (Stabilisierungsphase) im Vergleich zu vor dem Behandlungsbeginn erreicht werden konnten. Außerdem wurde die Wirksamkeit der Expositionstherapie in Phase 2 durch das Ausmaß der Verbesserung der Regulation negativer Emotionen in Phase 1 signifikant vorhergesagt. Das gesamte 2-phasige Therapieprogramm erzielte eine bedeutsame Verbesserung der interpersonellen Fertigkeiten ($d=0.96$), der sozialen Anpassung/Rollenfunktionen ($d=0.87$) sowie sozialer Unterstützung ($d=0.82$). Eine signifikante Reduktion der PTBS-Symptomatik wurde erst durch Phase 2 erzielt. Die Abbruchquote war gering und lag bei etwa 15%. Erste Erfahrungen eines an STAIR angelehnten Gruppentherapieprogramms (Müller et al., 2007) liegen inzwischen auch für den deutschen Sprachraum vor. Dabei zeigt sich, dass die Teilnehmer be-

sonders darüber erleichtert waren, überflutende Gefühle besser kontrollieren zu können, verbunden mit größerer Distanz und weniger Ohnmachtsgefühlen.

Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT)

Die DBT (Linehan, 1996) wurde speziell für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt, die häufig traumatische Erlebnisse berichten und von denen etwa 60% zusätzlich eine PTBS aufweisen (Barnow, 2007; Barnow et al., 2005, 2008; ► Kap. 2). Stabilisierungstechniken (v. a. die Vermittlung von Skills) spielen eine zentrale Rolle in der ersten Phase der Therapie, wobei der Grundsatz gilt: Stabilisierung und Emotionsregulation vor Traumaverarbeitung. Zu Beginn der Therapie werden deshalb auch spezielle Fertigkeiten zur Stressregulation und Antidissoziationsskills vermittelt. Andere und auch die Autoren konnten zeigen, dass dieses Vorgehen ausgesprochen wirksam ist (Barnow, 2007; Bohus et al., 2000, 2004). Besonders problematisches Verhalten wie Suizidalität und Selbstverletzung stehen dabei im Vordergrund. Dazu werden Einzeltherapie und das Training von speziellen Fertigkeiten in der Gruppe kombiniert. Das

Fertigkeitentraining, das sich auch im Kontext der PTBS sehr gut zur Stabilisierung und Verbesserung der Emotionsregulation eignet, besteht aus drei Modulen:

1. Innere Achtsamkeit: Förderung der Selbstwahrnehmung- und Bewusstheit, das Erlernen von Steuerungsmöglichkeiten über sich selbst sowie die Integration von Gefühlen und Verstand.
2. Zwischenmenschliche Fertigkeiten: soziales Kompetenztraining, Verbesserung der Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse und deren Äußerung gegenüber anderen, Umgang mit Gefühlen: Wahrnehmen, Verstehen und Akzeptanz von Gefühlen.
3. Stresstoleranz und Affektregulation: Lernen, Krisen und Stresssituationen auszuhalten und Spannung zu reduzieren durch Techniken wie: Abstand nehmen (innerlich einen Schritt zurück treten), Ablenkung, Akzeptanz der Realität, Atemübungen und Achtsamkeitsübungen.

Die DBT hat sich in vielen Studien als wirksam bei der Reduktion von allgemeiner Psychopathologie, traumaassoziierten Symptomen wie Dissoziation und Suizidalität bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erwiesen (Review s. Zorn & Roder, 2008). In einer eigenen Untersuchung konnten die Autoren zudem zeigen, dass eine stationäre DBT längerfristige Impulsivität verringern und selbstregulatorische Fähigkeiten verbessern kann (Barnow, 2007). Direkte Wirksamkeitsnachweise für Patienten mit PTBS liegen zwar bisher noch nicht vor, bedenkt man aber die hohen PTBS-Raten bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, scheint eine Anwendung der DBT auch für diese Patientengruppe angemessen.

11.2.4 EMDR – »Resource, Development, and Installation« (RDI)

RDI (Leeds et al., 2000) integriert Aspekte ressourcenaktivierender (v. a. hypnotherapeutischer-imaginativer) Ansätze mit EMDR (ausführliche Beschreibung der EMDR ▶ Kap. 17). Ziel ist die Verankerung hilfreicher Ressourcen durch Aktivierung und Stärkung positiver assoziativer Netzwerke, bei Vermeidung einer Stimulation dysfunktionaler (trau-

matischer) Erinnerungskomplexe. Hierbei werden kürzere Stimulierungssets als beim traumafokussierten EMDR, mit 6–12 bidirektionalen Bewegungen durchgeführt, da nur starke, positive Assoziationen aktiviert werden sollen. Falls es zu einer Aktivierung negativer Affekte kommt, wird die Stimulation abgebrochen. Grundbausteine des Verfahrens sind:

- Identifizierung der benötigten Ressourcen,
- Ressourcenentwicklung, Identifikation innerer Ressourcen: Erfolgserlebnisse und -bilder,
- Identifikation von sozialen Ressourcen (Beziehungen): Modelle für benötigte Ressourcen/erwünschte Eigenschaften und unterstützende Personen,
- Identifikation symbolischer Ressourcen: Vorstellung positiv assoziierter und unterstützender Bilder/Symbole,
- Ressourcenentwicklung und Detailanalyse der Ressourcen,
- Ressourceninstallation: durch Imagination und bilaterale Stimulation,
- Ressourcenstärkung und Verlinkung mit verbalen und sensorischen Cues zur weiteren Stärkung und
- Implementierung der Ressourcen als zukünftige Copingressourcen.

Die Wirksamkeit von RDI ist bisher nicht ausreichend belegt. Hervorzuheben ist jedoch der starke Fokus auf Ressourcenaktivierung. Nach Wissen der Autoren existieren bisher lediglich 2 Fallstudien mit Patientinnen mit PTBS, majorer Depression (MDD) und Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In beiden Fällen zeigte sich eine Abnahme der Häufigkeit und/oder Intensität der maladaptiven Verhaltensweisen mit ähnlichen Veränderungsmustern für beide Patienten. Zunächst kam es zu einer Reduktion der maladaptiven behavioralen Reaktionen (Binge Eating, Wutausbrüche, selbstschädigendes Verhalten), anschließend zur Abnahme der dysfunktionalen kognitiven und emotionalen Muster (v. a. negativer Self-Talk, Leidensintensität). Außerdem waren auch 4 Wochen nach Ende der Therapie eine Reduktion von depressiver Symptomatik, Ängstlichkeit, Ärger, genereller affektiver Dysregulation (Dissoziation, spannungsreduzierende Verhaltensweisen, Binge Eating, kognitive und behaviorale Vermeidung, dysfunktionales Sexualverhalten) sowie des allgemei-

nen psychischen Zustandes und der Symptomintensität zu beobachten (Korn & Leeds, 2002).

11.2.5 Tiefenpsychologisch orientierte Ansätze

Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT)

Bei der PITT (Reddemann, 2004; ausführlich ► Kap. 15) handelt es sich um eine traumazentrierte stationäre Behandlung, die in 3 Phasen abläuft:

1. **Stabilisierungsphase:** Zentral sind die Arbeit mit imaginativen Techniken (s. oben) und die Betonung der Selbstregulations- und Bewältigungsfähigkeiten der Patienten. Die Ziele sind: Aufbau von Vertrauen und einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, Ich-Stabilisierung und Ressourcenaktivierung, Förderung der Alltags- und Krisenbewältigung sowie der Selbstregulation (z. B. Kontrolle von posttraumatischen Symptomen und autodestruktiven Impulsen). Als Stabilisierungstechniken werden gezielte Gefühlsabspaltung, Distanzierungstechniken und der Aufbau innerer Kraftquellen verwendet (► Abschn. 11.2.1)
2. **Traumasyntese und -integration:** Hierbei wird eine sorgfältige und schrittweise Annäherung an die traumatischen Gefühle durch distanzierende Beobachtertechnik durchgeführt. Außerdem werden weitere Stabilisierungstechniken zur Unterstützung bei der Bewältigung der durch die Exposition hervorgerufenen Krisen vermittelt.
3. **Neubewertung und Integration des Gelernten:** Die Wirksamkeit der imaginativen Traumatherapie zeigte sich z. B. in Kombination mit EMDR bei Patientinnen mit einer komplexen PTBS und Borderline-Persönlichkeitsstörung sowie teilweise selbstverletzendem Verhalten und Depression als wirksam. Es kam zu einer Reduktion der Borderline-Symptome (maladaptive Bewältigungsstrategien wie z. B. Spaltung und Projektion, $d=0.63$), der dissoziativen Symptomatik ($d=0.63$), der PTBS-Symptomatik (Vermeidung, $d=0.77$), einer Besserung des psychosozialen Funktionsniveaus ($d=1.38$) sowie des allgemeinen klinischen Erscheinungsbildes und Schweregrads der Störung ($d=1.62$), und zuletzt zu einer

Reduktion der durchschnittlichen Häufigkeit selbstschädigenden Verhaltens ($d=0.92$). Nach einem Jahr zeigten sich weitere Verbesserungen (Sachsse et al., 2006).

Beziehungs- und bindungsorientierte Ansätze

Beziehungs- und bindungsorientierte Ansätze sehen i. S. psychoanalytischer und bindungstheoretischer Tradition Ursachen für eine gestörte Affektregulation traumatisierter Patienten in einer unzureichenden Internalisierung positiver Beziehungs- und Bindungserfahrungen (Schore, 2000; Perry, Pollard, Blakely et al., 1995). Vor allem frühe Traumatisierungen können das Erlernen affektregulierender Fähigkeiten in positiven Interaktionen beeinträchtigen. Die Emotionsregulation soll entsprechend durch die Vermittlung positiver Beziehungserfahrungen verbessert werden, dabei kommt es zu einer Modifikation der verinnerlichten Beziehungsmodelle. Wichtig für Ausbildung einer angemessenen Affektregulation ist eine verlässliche therapeutische Beziehung, in welcher der Patient Wertschätzung, Sicherheit und Kontrolle erfährt und seine eigenen Emotionen wiedergespiegelt sieht (Schore, 2000; Perry, Pollard, Blakely et al., 1995).

11.3 Zusammenfassung und Phasenmodell

Es existieren zahlreiche Techniken zur Stabilisierung und Affektregulation, die sich sowohl aus klinischer Sicht als auch in der Psychotherapieforschung als erfolgreich erwiesen haben. Dazu gehören die imaginativen Techniken ebenso wie die Vermittlung von Fertigkeiten zur Affektregulation, Antidissoziationsskills, die Aktivierung von Ressourcen, Verbesserung oder Intensivierung sozialer Unterstützung und kognitive Techniken (z. B. positive Selbstgespräche, Abbau von Grübeleien) und Abbau von Vermeideverhalten. Für viele Interventionen zur Verbesserung der Affektregulation liegen noch keine systematischen Evaluationsstudien vor. Oft integrieren übergreifende multimodale Therapieprogramme (z. B. DBT, STAIR, PITT u. a.) verschiedene Techniken zur Stabilisierung und Affektregulation, so dass Rückschlüsse auf die differenzielle Wirksamkeit nicht möglich sind.

In **Tab. 11.1** werden Befunde zur Wirksamkeit dieser Programme zusammenfassend dargestellt. Für die nicht aufgeführten Verfahren liegen bislang keine systematischen Evaluationsstudien vor (Datenbanken: PubMed, PsychInfo; Suchbegriffe: PTSD treatment, posttraumatic stress disorder treatment, Stabilization, Affect-/Emotion regulation, crisis intervention, debriefing, critical incident stress debriefing, imagination, imaginative techniques, imaginative distancing/ressource activation). Oft sind sie in Kombination mit weiteren Interventionen in übergreifende multimodale Therapieprogramme (z. B. dialektisch-behaviorale Therapie, psychodynamisch-imaginative Traumatherapie, psychoanalytisch-interaktionelle Therapie u. a.) integriert, deren Evaluation jedoch keine Rückschlüsse auf die differenzielle Wirksamkeit der verschiedenen Interventionen zulässt.

Phasenmodell

Aus der Sicht der Autoren ist ein 2-stufiges Vorgehen bei der Behandlung von Patienten mit PTBS als Standard anzusehen:

Phase 1. Hier sollte es primär um eine rasche Stabilisierung des Patienten gehen, wobei speziell die Kontrolle und Regulation aversiver und intensiver Emotionen im Vordergrund steht. Bewährte Techniken sind hierbei u. a. imaginative Techniken zur Stabilisierung, Distanzierung und Affektdifferenzierung. Außerdem Psychoedukation und die Vermittlung von Skills zum Umgang mit Dissoziation und negativen Affekten. In dieser Phase geht es jedoch nicht nur darum, dem Patienten Fertigkeiten beizubringen und ihn zu entlasten. Ebenso entscheidend ist der Aufbau einer stabilen und vertrauensvollen therapeutischen Beziehung. Sie ist schließlich die Grundlage für weitergehende Behandlungsschritte und einer der stärksten Wirkfaktoren generell. Sie sollte also auch in der Behandlung traumatisierter Personen, die oft Gefühle des Losgelöstseins, Misstrauen und Kontrollverlust erleben, von ganz entscheidender Bedeutung sein. Hierbei ist bisher noch ungeklärt, inwieweit bei der Behandlung der PTBS-Gruppentherapie generell mit Einzeltherapie zu kombinieren ist, oder ob Aspekte der Gruppenkohäsion die therapeutische Beziehung innerhalb der Einzeltherapie kompensieren können (Morgan & Cummings, 1999; Westbury & Tutty, 1999; Yalom, 2005).

Phase 2. Sie sollte die Exposition mit Traumainhalten in den Vordergrund stellen. Aber auch hierbei ist es wichtig, auf Techniken zur Emotionsregulation Bezug zu nehmen und diese fest in den Alltag der Patienten zu integrieren. Wünschenswert wären für die Zukunft längsschnittliche Untersuchungen, die die Bedeutung der Phase 1 (Stabilisierung und Affektregulation) für den Erfolg einer Expositionsbehandlung direkt und im Vergleich zur Expositionsbehandlung allein herausstellen. Außerdem scheint es geboten noch differenzieller die Wirksamkeit einzelner Stabilisierungstechniken bei der Behandlung von Patienten mit PTBS zu untersuchen.

11.4 Adjuvante Psychopharmakotherapie

Neben psychotherapeutischen Stabilisierungstechniken und Methoden zur Affektregulation können auch unterstützend Psychopharmaka bei der Behandlung einer PTBS eingesetzt werden. Da die Psychopharmakotherapie in **► Kap. 16** in diesem Buch ausführlich dargestellt ist, soll an dieser Stelle nur kurz darauf Bezug genommen werden. Generell wird nicht die PTBS, sondern damit assoziierte klinische Syndrome (u. a. Impulsivität, Hyperarousal, Angst, Depression, Schlafstörungen) behandelt (**Tab. 11.2**). Hierbei können Medikamente zu einer ersten Entlastung des Patienten beitragen, indem sie z. B. den Schlaf normalisieren, heftige Intrusionen und Hyperarousal reduzieren oder vegetative Begleiterscheinungen (hohe Herzrate, Zittern etc.) positiv beeinflussen. Die einzelnen Psychopharmaka lassen sich dabei gemäß ihrer Wirkmechanismen folgendermaßen ordnen:

- Hemmung der noradrenergen Aktivität (α -adrenerge Agonisten oder β -Blocker),
- Förderung serotonerger Aktivität (SSRI und NSRI),
- Steigerung der hemmenden Effekte des GABA Systems auf das ZNS (Benzodiazepine) und
- Stabilisierung des ZNS (Stimmungsstabilisatoren).

Die Bedeutung von **Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI)** zur Behandlung der PTBS wurde

Tab. 11.1. Übersicht der dargestellten Befunden zur Wirksamkeit der psychotherapeutischen Methoden der Affektregulation

| Behandlung | Studie | Kriterien | Befunde |
|--|---|---|---|
| Affektmanagement (AM) Gruppentherapie | Zlotnick et al., (1997): vgl. individuelle Psychotherapie und Pharmakotherapie und zusätzliche AM Gruppentherapie mit individueller Psychotherapie und Pharmakotherapie alleine; weibliche Opfer sexuellen Missbrauchs mit PTBS | PTBS-Symptomatik (DTS) | Signifikante Verbesserung im vgl. zu Kontrollgruppe mit ausschließlicher psychotherapeutischer Einzeltherapie und Pharmakotherapie p=0.02 |
| | | PTBS-Symptomatik (CR-PTSD) | Signifikante Verbesserung im vgl. zu Kontrollgruppe p=0.02 |
| | | Dissoziation (DES) | Signifikante Verbesserung im vgl. zu Kontrollgruppe p=0.02 |
| »SkillsTraining in Affective and Interpersonal Regulation« (STAIR) | Cloitre et al. (2002) : randomisierte klinische Studie; STAIR im vgl. zu Warteliste; weibliche Opfer sexuellen oder körperlichen Missbrauchs mit PTBS | Regulation negativer Stimmungen (NMR) | Signifikante Verbesserung im vgl. zu Kontrollgruppe p <0.02 |
| | | Depressive Symptomatik (BDI) | Signifikante Verbesserung im vgl. zu Kontrollgruppe p <0.02 |
| | | Ärgerexpression (Ax/Ex) | Signifikante Verbesserung im vgl. zu Kontrollgruppe p <0.02 |
| | | Ängstlichkeit (STAI) | Signifikante Verbesserung im vgl. zu Kontrollgruppe p <0.02 |
| | | PTBS-Symptomatik (CAPS) | Signifikante Verbesserung im vgl. zu erst Expositionstherapie p <0.01 |
| | | Dissoziation (DISS) | Signifikante Verbesserung im vgl. zu erst durch Expositionstherapie p <0.01 |
| Psychologisches Debriefing (PD) | Metaanalyse van Emmerik et al. (2002): Auswertung von 7 Studien zum Vergleich von CISD, anderen Kurzinterventionsprogrammen und keiner Intervention | PTBS-Symptomatik (IES, CAPS; »post-traumatic stress disorder symptom scales«) | negative Effekte von CISD im Vergleich zu keiner Intervention in der Reduktion von PTBS d=-0.13 vs. 0.47 mittlerer bis großer Effekt anderer Kurzinterventionsprogramme (nicht CISD) auf PTBS-Symptome d=-0.65 für PTBS-Symptome |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | | Angst- und Depressions-Symptome (HADS, BSI, STAI) | keine Wirksamkeit von CISD bzgl. traumaassoziierter Ängstlichkeit und Depression d=0.12 kleiner bis mittlerer Effekt anderer Kurzinterventionsprogramme (nicht CISD) auf traumaassozierte Ängstlichkeit und Depression d = 0.36 |
| | Metaanalyse: Analyse der Effektivität von Single-session-Debriefing | Psychiatrische Morbidität | mittlerer Effekt von Single-session-Debriefing d=0.635 |
| | Carlier et al. (1998): nichtrandomisierte Studie; Vergleich von CISD und keinem Debriefing; Polizeisten-Stichprobe; Follow-up-Messungen 8 Monate und 18 Monate post Trauma | PTBS-Symptomatik (SI-PTSD) | Signifikant mehr Hyperarousal-Symptome 18 Monate nach dem traumatischen Ereignis bei erfolgtem im vgl. zu nicht erfolgtem Debriefing $\chi^2(1,104)=4.038, p < 0.05$; 95% CI -0.20-0.02 |
| | Bisson et al. (1997): randomisierte Studie; Vergleich von Einzel- oder Paar- CISD und keinem Debriefing; Brandopfer; Debriefing innerhalb von 2-19 Tagen, 30-120 Minuten Follow-up Messungen 3 Monate und 13 Monate post-Trauma | PTBS-Symptomatik (IES) | Signifikant mehr PTBS-Symptome 13 Monate nach dem traumatischen Ereignis bei erfolgtem im vgl. zu nicht erfolgtem Debriefing p < 0.009 |
| | | PTBS-Symptomatik (CAPS) | Signifikant mehr PTBS-Symptome 13 Monate nach dem traumatischen Ereignis bei erfolgtem im vgl. zu nicht erfolgtem Debriefing p < 0.03 |
| | | Angstsymptome (HADSA) | Signifikant mehr Angst 13 Monate nach dem traumatischen Ereignis bei erfolgtem im vgl. zu nicht erfolgtem Debriefing p < 0.02 |
| | | Depressive Symptomatik (HADSD) | Signifikant mehr depressive Symptome 13 Monate nach dem traumatischen Ereignis bei erfolgtem im vgl. zu nicht erfolgtem Debriefing p < 0.04 |
| | Mayou et al. (2000): randomisierte Studie; Vergleich von ca. 1-stündigem psychologischem Debriefing und keinem Debriefing; Verkehrsunfallopfer; Follow-up-Messung nach 3 Jahren | PTBS-Symptomatik (IES) | Signifikant mehr Intrusions- und Vermeidungssymptome bei Patienten mit anfänglich starker Symptomatik (IES-Wert >24) 3 Jahre nach dem traumatischen Ereignis bei erfolgtem im vgl. zu nicht erfolgtem Debriefing p < 0.023 |
| | | Allgemeiner Schweregrad der Symptome (BSI-GSI) | Signifikant schwerere psychiatrische Symptome 3 Jahre nach dem traumatischen Ereignis bei erfolgtem im vgl. zu nicht erfolgtem Debriefing p < 0.026 |

| Behandlung | Studie | Kriterien | Befunde |
|---|--|---|---|
| Psychologisches Debriefing (PD) | | Angstsymptome (BSI) | Signifikant mehr Angstsymptome 3 Jahre nach dem traumatischen Ereignis bei erfolgtem im vgl. zu nicht erfolgtem Debriefing p <0.03 |
| | | Zwangs-Symptome (BSI) | Signifikant mehr Zwangs-Symptome 3 Jahre nach dem traumatischen Ereignis bei erfolgtem im vgl. zu nicht erfolgtem Debriefing p <0.03 |
| | | Depressive Symptomatik (BSI) | Signifikant mehr depressive Symptome 3 Jahre nach dem traumatischen Ereignis bei erfolgtem im vgl. zu nicht erfolgtem Debriefing p <0.03 |
| | | Feindseligkeit (BSI) | Signifikant mehr Feindseligkeit 3 Jahre nach dem traumatischen Ereignis bei erfolgtem im vgl. zu nicht erfolgtem Debriefing p <0.03 |
| | | Beeinträchtigung des allgemeinen Funktionsniveaus | Signifikant stärkere Beeinträchtigung des Funktionsniveaus 3 Jahre nach dem traumatischen Ereignis bei erfolgtem im vgl. zu nicht erfolgtem Debriefing p <0.001 |
| | Nice-Guidelines (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005); Metaanalyse | | Tendenziell positiver Effekt von Debriefing auf die Wahrscheinlichkeit einer PTBS-Diagnose 13 Monate nach dem traumatischen Ereignis im Vergleich zu keinem Debriefing RR=1,87 |
| <p><i>DTS »Davidson Trauma Scale« (Davidson, 1995); CR-PTSD »Crime-Related Post-Traumatic Stress Scale« (Saunders, Mandoki & Kilpatrick, 1990); DES »Dissociative Experience Scale« (Bernstein & Putman, 1986); MMR »General Expectancy for Negative Mood Regulation Scale« (Cantanzaro & Mearns, 1990); BDI »Beck Depression Inventory« (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1981); AX/Ex »Anger Expression Subscale des State-Trait Anger Expression Inventory« (Spielberger, 1991); STAI-S State-Subskala des »State-Trait Anxiety Inventory« (Spielberger, 1983); CAPS »Clinician-Administered PTSD Scale«; DISS »Dissociation Scales« (Briere & Runtz, 1990); SI-PTSD »Structured Interview for PTSD« (Davidson et al., 1989); IES »Impact of Event Scale« (Horowitz et al., 1979); HADSA »Hospital Anxiety and Depression Scale« – Anxiety-Subskala; HADSD »Hospital Anxiety and Depression Scale« – Depressions-Subskala (Zigmond & Snaith, 1983); BSI »Brief Symptom Inventory«, GSI »General Symptom Index«</i></p> | | | |

Tab. 11.2. Dimensionale Symptomatologie bei PTBS, neurobiologischen Erklärungs- sowie pharmakologische Behandlungsansätze (übernommen von Dose, M. (2008). In: S. Barnow (Hrsg.), *Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlung* (1. Aufl.). Bern: Hogrefe. Für Persönlichkeitsstörungen)

| Dimension | Kognitiv-perzeptive Desorganisation | Impulsivität/Aggressivität | Affektive Instabilität | Ängstlichkeit/Hemmung |
|--|--|--|--|---|
| Klinische Probleme | Vulnerabilität ggb. Psychotischer Dekompensation | Impulsive Reaktion auf interne und externe Stimuli | Ausgeprägte und rasche Stimmungsschwankungen | Empfindlichkeit ggb. Bestrafung und Zurückweisung |
| Beteiligter Neurotransmitter (postuliert) | Dopamin (?) | Serotonin (?) | Noradrenerge/cholinerge Dysfunktion (?) | GABA (?) |
| Pharmakologie | Antipsychotisch wirksame Substanzen | Stimmungsstabilisatoren (Lithium, Carbamazepin, Valproat, Laotrigin) | Stimmungsstabilisatoren, Antidepressiva, v.a. MAO-Hemmer | Trizyklische Antidepressiva (z. B. Imipramin, Clomipramin), MAO-Hemmer, SSRI's (?), Anxiolytika (Buspiron, Opipramol), mit Einschränkungen Benzodiazepine |

in vielen Studien belegt. PET-Untersuchungen weisen z. B. auf eine vor allem präfrontal verminderte Serotoninresponsivität bei Affektregulationsstörungen hin (Soloff, Meltzer, Greer et al., 2000). SSRI beeinflussen die affektive Dysregulation bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung positiv (Soloff et al., 2000) und reduzieren Vermeidungs- und Hyperarousalsymptome (Yehuda, 1999).

Trizyklische Antidepressiva (TZA) sollten zur Stimmungsaufhellung sowie gegen Intrusionen und Hyperarousal eingesetzt werden. So konnten verschiedene Studien einen positiven Effekt von Amisulpridin bei der akuten Behandlung von Patienten mit PTBS nachweisen, wobei es zu einer Reduktion der Schwere der PTBS-Symptome, Reduktion von depressiven Symptomen sowie von Angstsymptomen kam (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Allerdings sollten TZA bei Vorliegen von Suizidalität sorgsam eingesetzt werden, ebenso sind die möglichen Nebenwirkungen oft problematischer als bei den SSRI (speziell Herz-Kreislauf-Probleme).

Monoaminoxidasehemmer (MAO-Hemmer) haben sich hingegen speziell bei Intrusionen und Schlafproblemen als hilfreich erwiesen. So führte Phenelzin und Brofaromin zu tendenziell positiven Effekten gegenüber Placebo bzgl. der Reduktion der Schwere der PTBS-Symptome.

Stimmungsstabilisatoren (► Abschn. 16.3.3, **Alternativen**) können zur Reduktion von Hyperarousal und Reizbarkeit, zur Verbesserung der Impulskontrolle sowie zur Abnahme der Schlafprobleme eingesetzt werden (Yehuda, 1999). Speziell Lithium wirkt wie die SSRI auf das serotonerge System ein und führt zu einer Reduktion des autonomen Hyperarousals (Van der Kolk et al., 1985) sowie einer Reduktion von Explosivität (Kitchner & Greenstein, 1985). Carbamazepine und Valproate können Intrusionen und Flashbacks reduzieren und sollen zu einer Verbesserung der Impulskontrolle und Verringerung von Wutausbrüchen beitragen (Lipper et al., 1986; Wolf et al., 1988; Yehuda, 1999), wobei die Befunde hierzu jedoch inkonsistent sind. Zusammenfassend wird empfohlen Monoaminoxidasehemmer und Stimmungsstabilisatoren (speziell Lithium, Carbamazepin, Valproat) erst in zweiter Linie einzusetzen, wenn andere Optionen nicht mehr zur Verfügung stehen (z. B. wegen non-Response auf SSRI und/oder Ablehnung einer Psychotherapie). Eine weitere Möglichkeit bieten die atypischen Neuroleptika wie Olanzapin und Risperidon, die jedoch eher als zusätzliche Medikation empfohlen werden, meist um die psychotisch anmutenden Flashbacks und Intrusionen zu reduzieren (► Tab. 11.3). Auch kann durch die leicht sedierenden Effekte eine Entlastung des Patienten erreicht werden (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005).

Tab. 11.3. Übersicht der dargestellten Befunden zur Wirksamkeit der Psychopharmaka (Leitlinien des National Collaborating Centre for Mental Health (2005); Datenbanken: PubMed, PsychInfo; Suchbegriffe: PTSD Psychopharmaca, PTSD Medication, PTSD pharmacological treatment, Stabilization, mood stabilizer, SSRI PTSD/posttraumatic stress disorder, Antidepressants PTSD/posttraumatic stress disorder)

| Medikation | | Studie | Kriterien | Befunde |
|-----------------------------|---------------|---|---|---|
| SSRI | | Soloff et al. (2000); Rinne et al. (2002) | | |
| | Fluoxetine | Vietnam-Kriegsveteranen mit PTBS | | |
| | | National Collaborating Centre for Mental Health (2005): Metaanalyse | | Tendenziell positiver Effekt gegenüber Placebo in Verbesserung der Lebensqualität in der akuten Behandlungsphase: SMD=-0.62 |
| Trizyklische Antidepressiva | Amitriptyline | National Collaborating Centre for Mental Health (2005): Metaanalyse | Schwere der PTBS-Symptome (IES) | In der akuten Behandlungsphase tendenziell positiver Effekt gegenüber Placebo: SMD=-0.90 |
| | | | depressive Symptome (»Hamilton Rating Scale for Depression«) | In der akuten Behandlungsphase tendenziell positiver Effekt gegenüber Placebo: SMD=-1.16 |
| | | | Angstsymptome (»Hamilton Rating Scale for Anxiety«) | In der akuten Behandlungsphase tendenziell positiver Effekt gegenüber Placebo: SMD=-0.99 |
| MAO-Hemmer | Phenelzin | National Collaborating Centre for Mental Health (2005): Metaanalyse | Schwere der PTBS-Symptome (IES) | In der akuten Behandlungsphase tendenziell positiver Effekt gegenüber Placebo: SMD=-1.06 |
| | Brofaromin | National Collaborating Centre for Mental Health (2005): Metaanalyse | Schwere der PTBS-Symptome (CAPS) | In der akuten Behandlungsphase tendenziell positiver Effekt gegenüber Placebo: SMD=-0.58 |
| Weitere Antidepressiva | Mirtazapin | | Schwere der PTBS-Symptome (strukturiertes Interview für PTBS) | In der akuten Behandlungsphase positiver Effekt gegenüber Placebo: SMD=-1.89 |
| | | | Depressive Symptome (Depressions-Subskala der HADS) | Tendenziell positiver Effekt: SMD=-0.92 |
| | | | Angstsymptome (Ängstlichkeit-Subskala der HADS) | Tendenziell positiver Effekt: SMD=-0.88 |



■ **Tab. 11.3** (Fortsetzung)

| Medikation | | Studie | Kriterien | Befunde |
|--------------------------|---------------|--|---|---|
| Stimmungsstabilisatoren | | Soloff, 1997 | | |
| | Carbamazepine | Lipper et al. (1986): »open trial« über 5 Wochen an 10 Vietnamveteranen mit PTBS | | Reduktion von Alpträumen, Intrusionen und Flashbacks bei 7 Patienten |
| | | Wolf et al. (1988): »open trial« an 10 Vietnamveteranen mit PTBS | | Verbesserung der Impulskontrolle und Verringerung von Wutausbrüchen und Gewaltverhalten |
| | Lithium | Van der Kolk et al. (1985): »open trial« an 14 Kriegsveteranen mit PTBS | | Reduktion von Hyperarousal bei 8 Patienten |
| | Valproate | Fesler et al. (1991): »open trial« zur Wirksamkeit von Divalproex an 16 Patienten mit kriegsbedingter PTBS | „Clinical Global Impressions Scale“ | Verbesserung von Hyperarousal/Hyperaktivität bei 10 Patienten |
| Atypische Antipsychotika | Olanzapin | National Collaborating Centre for Mental Health (2005): Metaanalyse | Schwere der PTBS-Symptome (klinisch eingeschätzt) | Tendenziell positiver Effekt von Olanzapin + SSRI gegenüber Placebo: SMD=−0.92 |
| | | | Depressive Symptome | Tendenziell positiver Effekt von Olanzapin + SSRI gegenüber Placebo: SMD=−1.2 |

Literatur

- Barnow, S. et al. (im Review). The impact of dissociation on affect-modulation during imagery of emotional episodes in borderline personality disorder. *Journal Abnormal Psychology*
- Barnow, S. et al. (im Druck). Interpersonal Evaluation Bias in Borderline Personality Disorder. *Behavior Research Therapy*
- Barnow, S., et al. (2007). Temperament and character in patients with borderline personality disorders taking comorbidity and gender into account. *Psychopathology*, 40, 369–378
- Barnow, S. (2007). Effizienz von Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In S. Barnow (Ed.), *Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlung* (pp. 318–323). Bern: Huber.
- Barnow, S. (2007). Dialektisch-behaviorale Therapie: Vorstellung einer stationären 3-Stufen-DBT Intervallbehandlung. In S. Barnow (Ed.), *Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlungen* (pp. 335–345). Bern: Huber.
- Barnow, S., et al. (2005). Trauma, Temperaments- und Charaktermerkmale bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und komplexer posttraumatischer Belastungsstörung. *Verhaltenstherapie*, 15 (3), 148–156.
- Bisson, J. I., et al. (1997). Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *British Journal of Psychiatry*, 171, 78–81.
- Bohus, M., et al. (2000). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42 (5), 487–499.
- Bohus, M., et al. (2004). Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder – a prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 38 (9), 875–887.
- Carlier, I.V.E., et al. (1998). Disaster-related post-traumatic stress in police officers: A field study of the impact of debriefing. *Stress Medicine*, 14 (3), 143–148.
- Cloitre, M., et al. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTBS related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (5), 1067–1074.
- Emmerik, A. A. P. van, et al. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. *Lancet*, 360 (9335), 766–771.

- Fesler, F.A. (1991). Valproate in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52 (9), 361–364.
- Herman, J. & Schatzow, E. (1984). Time-limited group therapy for women with a history of incest. *International Journal of Group Psychotherapy*, 34 (4), 605–616.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York, NY, US: Basic Books.
- Korn, D. L. & Leeds, A. M. (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (12), 1465–1487.
- Lucci, S., Marchand, A. & Brillon, P. (2003). Pouvons-nous diminuer ou prévenir l'apparition des réactions de stress post-traumatiques? Analyse critique de l'efficacité du debriefing. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 44 (4), 351–368. Kitchner, I. & Greenstein, R. (1985). Low dose lithium carbonate in the treatment of post traumatic stress disorder: Brief communication. *Military Medicine*, 150 (7), 378–381.
- Leeds, A. M., et al. (2000). EMDR and resource installation: Principles and procedures for enhancing current functioning and resolving traumatic experiences, in brief therapy with individuals and couples. In J. Carlson & L. Sperry (Eds.), *Brief Therapy Strategies with Individuals and Couples* (pp. 469–534). Phoenix, AZ: Zeig, Tucker, Theisen.
- Linehan, M. M. (1996). Trainingsmanual zur dialektisch-behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung., München: CIP-Medien.
- Lipper, S., et al. (1986). Preliminary study of carbamazepine in post-traumatic stress disorder. *Psychosomatics*, 27 (12), 849–854.
- Mayou, R. A., Ehlers, A. & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims: Three-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 176, 589–593.
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes: The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 8 (1), 36–39.
- Morgan, T. & Cummings, A. L. (1999). Change experienced during group therapy by female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (1), 28–36.
- Müller, C., et al. (2007). Eine ambulante Stabilisierungsgruppe zur Verbesserung der Emotionsregulation bei komplexen posttraumatischen Störungen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 57 (9), 364–372.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2005). Post-traumatic stress disorder: the management of PTBS in adults and children in primary and secondary care. (National Clinical Practice Guideline No 26). Gaskell & the British Psychological Society. p. 68.
- Perry, B. D., Pollard, R. & Blakely, T., et al. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and ‚use-dependent‘ development of the brain: How ‚states‘ become ‚traits.‘ *Infant Mental Health Journal*, 16 (4), 271–291.
- Phillips, M., Frederick, C. & Kierdorf, T. (2003) *Handbuch der Hypnotherapie bei posttraumatischen und dissoziativen Störungen*. 1. Aufl. Heidelberg: Auer.
- Reddemann, L. (2004). *Psychodynamisch imaginative Traumatherapie. PITT – das Manual*. Vol. 167. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reddemann, L. & Sachsse, U. (1997). *Traumazentrierte Psychotherapie*. Teil 1: Stabilisierung. Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie. Stuttgart: Schattauer.
- Rose, S., Bisson, J. & Wessely, S. (2003). A systematic review of single-session psychological interventions („debriefing“) following trauma. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72 (4), 176–184.
- Sachsse, U., Vogel, C. & Leichsenring, F. (2006). Results of psychodynamically oriented trauma-focused inpatient treatment for women with complex posttraumatic stress disorder (PTBS) and borderline personality disorder (BPD). *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70 (2), 125–144.
- Schore, A. N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment and Human Development*, 2 (1), 23–47.
- Soloff, P. (1997). Special feature: psychobiologic perspectives on treatment of personality disorders, *J Pers Disord*, 11 (4), 336–344.
- Soloff, P. H., et al. (2000). A fenfluramine-activated FDG-PET study of borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 47 (6), 540–547.
- Spitzer, C., et al. (2007). Dissociation predicts symptom-related treatment outcome in short-term inpatient psychotherapy. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41 (8), 682–687.
- Spitzer, C., et al. (2008). Childhood maltreatment in patients with somatization disorder. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42 (4), 335–341.
- Stadler, C. (2002). Von sicheren Orten und inneren Helfern. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 1 (2), 177–186.
- Van der Kolk, B. A. (1987). The drug treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 13 (2), 203–213.
- Van der Kolk, B.A. (1985). Adolescent vulnerability to posttraumatic stress disorder. *Psychiatry*, 48 (4), 365–370.
- Westbury, E. & Tutty, L. M. (1999). The efficacy of group treatment for survivors of childhood abuse. *Child Abuse and Neglect*, 23 (1), 31–44.
- Wolf, M. E., Alavi, A. & Mosnaim, A. D. (1988). Posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans clinical and EEG findings; possible therapeutic effects of carbamazepine. *Biological Psychiatry*, 23 (6), 642–644.
- Wöller, W. (2006). Psychotherapeutische Intervention für gestörte emotionale Regulation in komplexer posttraumatischer Stressstörung. *Nervenarzt*, 77 (3), 327–332.
- Yalom, I. D. (2005). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Ein Lehrbuch. 8. Aufl. Leben lernen; Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Yehuda, R. (1999). Managing anger and aggression in patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (15), 33–37.
- Zlotnick, C., et al. (1997). An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 10 (3), 425–436.
- Zorn, P. & Roder, V. (Eds.). (2008). *Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen*. Persönlichkeitsstörungen: Ursachen und Behandlung mit fünf Fallbeispielen. 1. Aufl. In S. Barnow (Ed.) *Klinische Praxis*, 2008, Huber: Bern.

12 Expositionsfokussierte Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung

E. A. Hembree, B. O. Rothbaum, E. B. Foa

- 12.1 **Wirkmechanismen der kognitiven Verhaltenstherapie – 204**
- 12.2 **Definition der Behandlungsmodalitäten – 206**
- 12.3 **Überblick über das therapeutische Vorgehen – 207**
 - 12.3.1 Expositionsverfahren – 207
 - 12.3.2 »Prolonged Exposure« – 207
 - 12.3.3 Angstbewältigungstraining – 208
- 12.4 **Wirksamkeit – 209**
- 12.5 **Therapeutische Überlegungen – 213**
- Literatur – 215**

Seit der letzten Auflage dieses Buches ist die Anzahl der Wirksamkeitsstudien kognitiver Verhaltenstherapien (KVT) der posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) stark gestiegen. Die Befundlage aus diesen Studien ist eindeutig: Für KVT wie die Expositionstherapie, die kognitive Therapie, das Stressimpfungstraining sowie Kombinationen dieser Verfahren und die sog. Augenbewegungstherapie (EMDR) konnte wiederholt eine signifikante Reduktion der PTBS-, Depressivitäts- und Angstsymptomatik sowie weiterer problematischer Traumafolgen gezeigt werden.

Während Vergleichsstudien zu KVT-Interventionen größtenteils einheitliche Befunde liefern, liegen zur Expositionstherapie die meisten Studien vor, die deren Wirksamkeit nachweisen, und damit der größte Anteil empirischer Evidenz.

Da fast jeder im Laufe seines Lebens mindestens ein Trauma, manchmal auch multiple traumatische Erfahrungen durchlebt, stellt die PTBS ein ernsthaftes Problem dar. Während sich die meisten Personen ohne eine Behandlung vom Trauma erholen, ist im Falle des Fortbestehens der traumabezogenen Belastung, die PTBS die am häufigsten beobachtete psychische Störung infolge eines Traumas. Man geht davon aus, dass bis zu etwa 9% der Bevölkerung von dieser Störung betroffen sind (► Kap. 2). Fügt man auch subsyndromale Fälle hinzu, so steigt die gemeinsame Prävalenz auf ca. 14–15%. Warum erholen sich einige Traumaopfer, während bei anderen die PTBS einen chronischen Verlauf nimmt? Die Antwort auf diese Frage ist bedeutsam, denn die psychotherapeutische Behandlung muss darauf abzielen den Genesungsprozess zu unterstützen und erleichtern, wenn dieser aus verschiedenen Gründen ungenügend aktiviert oder behindert wurde.

Unter der Lupe

In der Rahmentheorie kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze wird die Entwicklung einer chronischen PTBS konzeptualisiert als das Misslingen einer angemessenen Verarbeitung und der Entwicklung einer realistischen Sicht auf die traumatische Erfahrung.

Die Ursache hierfür liegt häufig in exzessivem Vermeiden von traumabezogenen Gedanken, Gefühlen und Erinnerungen.

Die enorme Aufmerksamkeit, die der PTBS vonseiten der Wissenschaft geschenkt wird, spiegelt das Ausmaß dieser Störung als ein weltweites Problem wider.

Angesichts der Verbreitung der PTBS, seiner Chronizität und den oftmals schweren Beeinträchtigungen des täglichen Lebens ist es von größter Bedeutung, effektive und effiziente Behandlungsmethoden zur Verfügung zu haben. Mittlerweile liegen hinreichende Belege für die Existenz solcher Therapien vor; nun stellt sich die Aufgabe, dieses Wissen effektiv zu verbreiten, so dass immer mehr Traumaüberlebende auf der ganzen Welt Zugang zu einer wirksamen, evidenzbasierten Behandlung erhalten. Darin besteht die größte Herausforderung für Forschung, politische Entscheidungsträger und Therapeuten.

12.1 Wirkmechanismen der kognitiven Verhaltenstherapie

Der Mechanismus einer natürlichen Genesung ist effektiv; dementsprechend erholen sich viele Personen nach einem Trauma ganz ohne professionelle Behandlung. Warum entwickeln einige Personen dennoch PTBS oder andere traumaassoziierte Problematiken? Die Überlegungen zur Entstehung von PTBS beinhalten, dass es Betroffenen nicht möglich ist, ein Trauma adäquat zu verarbeiten (Foa, Huppert, & Cahill, 2006; Foa, Steketee & Rothbaum, 1989). Wenn die PTBS-Symptome das Ergebnis einer inadäquaten emotionalen Verarbeitung darstellen, so kann eine Behandlung, die auf die Reduzierung dieser Symptome abzielt, als Hilfe für eine bessere Verarbeitung aufgefasst werden.

Furchtstruktur

Bei ihrem Erklärungsversuch, warum mithilfe der Expositionstherapie pathologische Angst reduziert werden kann, übernahmen Foa u. Kozak (1986) die Theorie von Lang (1977; ► Kap. 3). Diese sieht Angst als eine kognitive Struktur an, die Repräsentationen der gefürchteten Reize, der Reaktionen auf Furcht und der mit diesen Reizen und Reaktionen verbundenen Bedeutung enthält. Sie waren der Auffassung, die Furchtstrukturen angstgestörter Personen könnten pathologische Elemente enthalten. Eine Be-

handlung sollte daher eine Modifizierung dieser Elemente anstreben.

Seit der ursprünglichen Beschreibung der emotionalen Verarbeitung durch Foa u. Kozak wurde die Theorie weiter ausgearbeitet. Foa et al. schlugen im Folgenden eine umfassende Theorie der PTBS vor, die den natürlichen Genesungsprozess nach traumatischen Erfahrungen, die Entwicklung einer PTBS und die Effektivität von kognitiver Verhaltenstherapie zur Behandlung und zu Prävention von chronischer PTBS erklärt (Foa & Cahill, 2001; Foa, Huppert, & Cahill, 2006; Foa & Riggs, 1993; Foa, Steketee & Rothbaum, 1989;).

Der Theorie von Foa u. Kozak (1986) zufolge müssen zwei Bedingungen erfüllt sein, um die Angst reduzieren zu können:

1. Die Erinnerung muss an die Angst während der Opfererfahrung aktiviert werden.
2. Es gilt, neue Informationen zur Verfügung zu stellen, die mit den bereits in der Struktur enthaltenen pathologischen Elementen nicht vereinbar sind, damit auf diese Weise eine neue Erinnerung gebildet werden kann.

Abbau der Furchtstruktur

Unter der Lupe

Expositionsverfahren aktivieren die Furchtstruktur, d. h. sie lösen Angst aus, und bieten somit eine Möglichkeit, korrigierende Informationen zu integrieren, wodurch diese Struktur modifiziert wird. Als Ergebnis dieser Modifizierung kommt es zu einer Abnahme der Symptomatik.

Foa u. Kozak (1986) haben vorgeschlagen, die Angstreduzierung (Habituation), die sich innerhalb einer Sitzung und im Laufe mehrerer Expositionssitzungen ergibt, sowie die Veränderungen bei der Beurteilung von Bedrohungen als Indikatoren dafür aufzufassen, dass Modifikationen der Furchtstruktur stattgefunden haben. Mehrere Studien unterstützen diese Hypothesen. Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang drei Untersuchungen, die verdeutlichen, dass eine Angstaktivierung im Rahmen der Behandlung dem Therapieerfolg förderlich ist (Brom, Kleber & Defare, 1989; Foa, Riggs, Massie & Yarczower, 1995; Jaycox, Foa & Morral, 1998).

Unter der Lupe

Es ist davon auszugehen, dass eine wiederholte Exposition mit den traumatischen Erinnerungen zu einer Habituation führt, so dass die Traumaopfer sich an das Erlebte erinnern können, ohne dabei starke Angstreaktionen zu erfahren.

Mithilfe von langdauernden Expositionen kann erreicht werden, dass Situationen, die ursprünglich starke Angst hervorriefen, dies nicht mehr tun. Wenn die Angstelemente in der Struktur schwächer werden, lösen viele andere Reize, die durch Angstgeneralisierung mit den traumatischen Reizen verknüpft waren, keine Angst mehr aus.

Gefahrenrepräsentationen

Basierend auf einer Arbeit von Foa et al. (1989) haben Foa u. Riggs (1993) die Vermutung geäußert, die Traumaerinnerung der an PTBS Erkrankten sei durch Repräsentationen gekennzeichnet, die die Welt als ausnahmslos gefährlich ansehen. Gleichzeitig würde die eigene Person als nicht imstande angesehen, damit fertig zu werden. Die Beobachtung, dass es bei Traumaopfern mit PTBS zur Entwicklung einer dichotomen Denkweise kommt, wurde in einer Arbeit von Alford, Mahone u. Fielstein (1988) behandelt. Sie waren außerdem der Ansicht, die Furchtstrukturen seien stärker desorganisiert als andere Erinnerungen, und es sei schwieriger, desorganisierte Erinnerungen zu modifizieren. Träfe dies zu, so sollte eine Behandlung sowohl auf die Organisation der Erinnerung als auch auf die Berichtigung der nicht angemessenen Überzeugungen abzielen.

Foa u. Riggs (1993) nahmen an, dass die im Rahmen von Expositionsbehandlungen abnehmende Angst, die mit den Erinnerungen an eine Vergewaltigung verbunden ist, eine Neubewertung der Bedeutungsrepräsentationen ermöglichen würde. Das wiederholte Aktivieren des Traumagedächtnisses während der langdauernden Exposition, so lautete ihre Vermutung, würde eine besser organisierte Erinnerungsaufzeichnung zur Folge haben, die leichter in bereits bestehende Schemata integriert werden könne. Diese Behauptung wird durch eine Studie unterstützt, in der die Schilderungen von Traumaopfern während der Exposition analysiert wurden (Foa, Molnar & Cashman, 1995). Die Anzeichen für

eine Desorganisation wie unvollendete Gedanken und Wiederholungen verringerten sich von der ersten bis zur letzten Beschreibung des Traumas, wobei diese Abnahme mit einer Verbesserung des Zustands korrelierte.

Die Behandlung mittels Exposition in sensu richtet sich nicht direkt an die Weltsicht des Opfers und sein Selbstschema. Ist die Erinnerung an das Trauma jedoch erst einmal emotional verarbeitet worden, so ist das Opfer auch imstande, z. B. die Vergewaltigung als ein separates Ereignis und nicht als repräsentativ für die Gesamtheit der Welt anzusehen. Es kann somit zwischen Gefahr und Sicherheit unterscheiden.

Unter der Lupe

Des Weiteren führt die erfolgreiche Verarbeitung der traumatischen Erinnerungen zu einer Abnahme der PTBS-Symptome, insbesondere von Intrusionen und Vermeidungsverhalten.

Diese Symptomreduzierung trägt zu einer Änderung der Selbstwahrnehmung des Opfers bei, das sich nun imstande sieht, die Belastungen zu bewältigen. Indirekt kann eine Expositionsbehandlung außerdem positive soziale Interaktionen fördern: Wenn das Opfer die Welt nicht mehr als ausschließlich gefährlich empfindet und sich selbst als dieser Welt gewachsen ansieht, ist es auch eher bereit, soziale Unterstützung zu suchen.

12.2 Definition der Behandlungsmodalitäten

Definition

Die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen, die zur Behandlung von PTBS einzeln oder kombiniert angewendet werden, umfassen neben den Expositionsverfahren (in sensu oder in vivo) auch die kognitiven Therapieverfahren (► Kap. 13 u. 21) sowie das Angstbewältigungstraining (z. B. Stressimpfungstraining).

Die Expositionstherapie besteht aus einer Reihe von Techniken, denen allen gemein ist, dass sie dem Patienten helfen, sich gefürchteten Situationen stellen zu können:

- Bei der kognitiven Umstrukturierung oder kognitiven Therapie soll der Patient lernen, nicht hilfreiche oder irrationale Gedanken und Überzeugungen, die zu übermäßig starken negativen Gefühlen führen, zu erkennen und in Frage zu stellen (► Kap. 13). Kognitive Therapieprogramme zur PTBS sind speziell auf Gedanken und Überzeugungen zugeschnitten, die infolge eines traumatischen Erlebnisses auftreten können.
- Im Rahmen des Angstbewältigungstrainings (ABT) lernt der Betroffene, wie er starke Angst mithilfe spezifischer Fertigkeiten kontrollieren und reduzieren kann, die auf physiologischer, kognitiver und behavioraler Ebene der Symptome ansetzen.

Unter der Lupe

Die Expositionstherapie ist bei phobischen Ängsten i. Allg. die effektivste Intervention; ABT und kognitive Verfahren werden sehr häufig bei chronischen Ängsten wie der generalisierten Angststörung eingesetzt.

Da definitionsgemäß sowohl spezifische Ängste als auch eine generelle chronische Erregung Symptome der PTBS sind, waren Expositionstherapie und ABT die ersten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen, die bei dieser Störung Anwendung fanden. Da es außerdem einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem langen Bestehen der posttraumatischen Reaktionen und dem Vorhandensein dysfunktionaler oder nicht hilfreicher Überzeugungen in Bezug auf das Selbst und die Welt gibt (Ehlers & Clark, 2000; Foa & Rothbaum, 1998), setzte sich schnell die Ansicht durch, die kognitive Umstrukturierung selbst sei eine nützliche Interventionsmöglichkeit. Seit dem vergangenen Jahrzehnt wird die Wirksamkeit dieses Verfahrens bei der Behandlung der chronischen PTBS in einer rasch zunehmenden Anzahl an Studien untersucht.

12.3 Überblick über das therapeutische Vorgehen

12.3.1 Expositionsverfahren

Die Expositionsbehandlung der PTBS beinhaltet gewöhnlich ein mehrmaliges imaginatives Wiedererleben der traumatischen Ereignisse und eine wiederholte Exposition mit sicheren, jedoch vom Patienten vermiedenen Situationen, durch die Erinnerungen an das Trauma ausgelöst werden.

In der PTBS-Behandlung kommen gewöhnlich zwei Arten der Exposition zum Einsatz:

1. imaginative Exposition mit Erinnerungen an das traumatische Ereignis (dies wird auch als Wiederaufsuchen oder Wiedererleben des Traumas in der Vorstellung bezeichnet);
2. Exposition in vivo, d. h. Exposition mit Situationen, Aktivitäten, Objekten, Orten oder Personen in der Realität, die vom Traumaopfer aufgrund traumabezogener Ängste oder Unsicherheitsempfinden vermieden werden.

Diese beiden Formen der Exposition können separat oder gemeinsam eingesetzt werden, wobei die meisten Studien zur Kombination beider Verfahren vorliegen.

12.3.2 »Prolonged Exposure«

Das am ausgiebigsten untersuchte expositionsbasierte Therapieprogramm ist die langdauernde Exposition (»prolonged exposure«, PE; Foa, Hembree & Rothbaum, 2007). PE wird üblicherweise in 9–12 wöchentlichen oder 14-tägigen Einzelsitzungen durchgeführt. In den ersten beiden Sitzungen wird das Therapierational vorgestellt und ein Therapieplan erstellt, einschließlich der Erstellung einer Hierarchie gefürchteter Situationen für die Exposition in vivo. Während der folgenden 7–10 Sitzungen erhalten die Patienten die Aufgabe, ihr traumatisches Erlebnis in der Vorstellung erneut zu durchleben und es laut zu beschreiben »als geschehe es gerade in diesem Augenblick«. Die Exposition in sensu dauert in jeder Therapiestunde etwa 45 min und wird auf Tonband aufgenommen, damit die Patienten sich als Hausaufgabe zwischen den Sitzungen das Band anhören können. Eine weitere Hausaufgabe besteht für die Opfer

darin, selbst in vivo Exposition zu üben, indem sie sich gefürchteten Situationen oder Objekten nähern, die realistisch betrachtet gefahrlos sind.

Die folgende Instruktion wird den Patienten vor der imaginativen Exposition gegeben:

Beispiel

»Ich werde Sie auffordern, sich an das traumatische Ereignis zu erinnern. Für Sie ist es dabei am besten, die Augen zu schließen, so dass Sie nicht abgelenkt sind und sich diese Ereignisse vor Ihrem inneren Auge vorstellen können. Ich werde Sie bitten, sich an diese schmerzlichen Erinnerungen so deutlich wie möglich zu erinnern. Wir nennen dies imaginatives Wiedererleben. Ich möchte nicht, dass Sie mir eine Geschichte über das Trauma in der Vergangenheitsform erzählen. Was ich von Ihnen möchte, ist, dass Sie das Trauma in der Gegenwartsform schildern, als würde es gerade jetzt und genau hier geschehen. Ich möchte, dass Sie die Augen schließen und mir erzählen, so genau wie Sie sich erinnern können, was während des traumatischen Ereignisses geschah. Wir werden dies gemeinsam bearbeiten. Während Sie sich das Trauma vorstellen, werde ich Sie von Zeit zu Zeit nach der Stärke Ihrer Angst fragen und Sie bitten, diese auf der SUDS-Skala von 0 bis 100 einzuordnen. Dabei bedeutet »0« keine Angst oder Unbehagen zu haben und »100« bedeutet panikartige Angst zu spüren. Bitte antworten Sie schnell und ohne das Bild zu verlassen. Haben Sie noch Fragen, bevor wir beginnen?«

Die Autorinnen empfehlen, beim ersten Mal die gesamten 60 min für die imaginative Exposition zu nutzen und später nur noch 30–45 min. Wenn der Patient 15 min benötigt, um sein traumatisches Ereignis wiederzugeben, sollte er gebeten werden, das Erlebnis erneut von Anfang bis Ende zu schildern und es insgesamt viermal zu erzählen. Werden 20 min benötigt, so soll das Trauma dreimal geschildert werden, und so weiter. Die folgenden Aussagen helfen dabei, den Patienten während der Exposition zu ermutigen:

- *»Sie machen das sehr gut, bleiben Sie bei dem Bild.«*
- *»Das haben Sie sehr gut gemacht. Es hat einigen Mut gebraucht, dies durchzuhalten, obwohl Sie starke Angst hatten.«*

- »Ich weiß, es ist schwierig. Sie machen es sehr gut.«
- »Bleiben Sie bei dem Bild, Sie sind hier sicher.«
- »Fühlen Sie sich sicher und lassen Sie sich gehen.«

Die folgenden Fragen können eine Exposition mit Angst auslösenden Reizen während der imaginativen Exposition in späteren Sitzungen erleichtern:

- »Was empfinden Sie gerade?«
- »Was denken Sie im Moment?«
- »Spüren Sie irgendwelche körperlichen Reaktionen? Beschreiben Sie sie.«
- »Was empfinden Sie mit Ihrem Körper?«
- »Was sehen/riechen/machen Sie jetzt?«
- »Wo spüren Sie das in Ihrem Körper?«

Am Ende der imaginativen Exposition wird die Übung beendet, indem der Patient aufgefordert wird, die Augen zu öffnen. Jetzt sollte er, angepasst an das vom ihm angegebene Stressniveau, ausgiebig positive, unterstützende oder beruhigende Rückmeldungen erhalten, bevor anschließend gemeinsam über die Erfahrung gesprochen wird, das Trauma wiederzuerleben:

- War es leichter oder schwieriger, als es der Patient sich vorgestellt hatte?
- Gab es etwas, was man als Therapeut hätte tun können, um zu helfen?

Der Therapeut muss das Vertrauen vermitteln, dass er in der Lage ist, mit allen möglicherweise auftretenden Schwierigkeiten fertig werden zu können und auch imstande ist, dem Patienten dabei zu helfen. In vielen Fällen haben die Patienten Angst vor den Erinnerungen, die sich während der imaginativen Exposition einstellen, und benötigen das Gefühl der Sicherheit. Es ist hilfreich, ihnen zu sagen, dass unabhängig davon, an was sie sich erinnern, dies nichts an dem ändert, was geschehen ist. Sie haben überlebt, und so offensichtlich das zum Überleben Richtige getan. Die Autorinnen haben bisher noch keinen Patienten behandelt, der die Einzelheiten, an die er sich während der imaginativen Exposition erinnert hat, nicht bewältigen konnte. Einer ihrer Patienten beschrieb die Sitzungen der Expositionstherapie als würde man eine Schicht von einer Zwiebel schälen und nach einigen Sitzungen an den stinkenden Kern kommen, und dann würde es nicht mehr stinken.

12.3.3 Angstbewältigungstraining

Das Angstbewältigungstraining war ursprünglich entwickelt worden, um aufkommende Angst und innere Unruhe bewältigen zu können. Dabei liegt der Schwerpunkt nicht auf der Aktivierung der Angst, sondern darauf, dem Patienten Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen.

Unter der Lupe

Von den verschiedenen Angstbewältigungsprogrammen hat das Stressimpfungstraining (»Stress Inoculation Training«, SIT) im Rahmen von PTBS-Studien die größte Aufmerksamkeit gefunden.

Das oft angewendete SIT-Programm von Veronen u. Kilpatrick (1982) besteht in einer Bearbeitung des Stressimpfungstrainings von Meichenbaum (1974), das speziell für die Anwendung bei Vergewaltigungsopfern angepasst und von einer anderen Forschungsgruppe in Therapieerfolgsstudien untersucht wurde (Foa et al. 1991, 1999). In der ersten Sitzung werden zunächst Informationen zur Vergewaltigung und zur Anamnese des Opfers gesammelt. Anschließend wird eine kurze Atemübung durchgeführt, um die Angst zu mindern, die durch die Besprechung der Vergewaltigung ausgelöst worden ist. In der zweiten Sitzung wird das Therapieprinzip erklärt. In den Sitzungen drei bis neun werden Bewältigungstechniken vermittelt. Diese Techniken beinhalten

- eine Tiefenentspannung der Muskulatur und eine differenzierte Entspannung,
- Gedankenstopp,
- kognitive Umstrukturierung,
- Vorbereitung auf einen Belastungsfaktor,
- verdecktes Modelllernen und
- Rollenspiel.

Die Sitzungen beginnen mit einer Wiederholung des in der vorangegangenen Sitzung erlernten Verhaltens. Anschließend folgen eine Schilderung des Patienten, wie er die Bewältigungstechniken in seiner natürlichen Umgebung nutzt, und eine Wiederholung der Hausaufgaben. Der Patient wird aufgefordert, die Bewältigungstechniken regelmäßig zu Hause zu üben.

12.4 Wirksamkeit

Der nächste Abschnitt widmet sich dem Forschungsstand zu Therapiestudien. Da in den letzten 30 Jahren mehr als 100 Effektivitätsstudien zur KVT der PTBS durchgeführt wurden, würde eine erschöpfende Darstellung den Rahmen dieses Kapitels sprengen. Stattdessen sollen im Folgenden neuere, ausgewählte Studien beschrieben und Hauptergebnisse zusammengefasst werden, so dass der aktuelle Wissensstand zur KVT bei PTBS wiedergegeben wird.

Einen aktuellen und detaillierten Literaturüberblick findet der interessierte Leser in den »Practice Guidelines« der ISTSS bei Foa, Keane, Friedman u. Cohen (2008), dabei sei insbesondere auf die Kapitel zur KVT hingewiesen.

Die Expositionstherapie und das Angstbewältigungstraining sind, wie bereits erwähnt, die ersten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren, die seit Beginn der 1980er Jahre zur Behandlung von PTBS eingesetzt werden. Die Wirksamkeit der Expositionsbehandlung wurde erstmals für Kriegsveteranen nachgewiesen und die Effektivität des Angstbewältigungstrainings bei der Behandlung von Vergewaltigungsopfern.

Seit diesen ersten Arbeiten sind im Rahmen von Therapiestudien zur KVT Opfer verschiedenster Traumaarten behandelt worden:

- männliche und weibliche Kriegsveteranen,
- weibliche Opfer sexueller und nichtsexueller Gewalt,
- Überlebende von Verkehrsunfällen,
- Opfer von Kindesmissbrauch,
- Flüchtlinge,
- Überlebende von Umweltkatastrophen wie beispielsweise Erdbeben sowie
- Personen, die den Terroranschlag auf das World Trade Center am 11. September 2001 oder den Bombenangriff in Omagh, Nordirland, im Jahr 1998 miterlebt hatten.

Außerdem wurden einige Studien mit männlichen und weiblichen Personen nach unterschiedlichen Traumata durchgeführt. Folglich basiert das heutige Wissen zur Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen auf einer großen Bandbreite an Personen, darunter sowohl Erwachsene wie

auch Kinder mit vielfältigen traumatischen Erfahrungen.

Wirksamkeit von Expositionsverfahren

Für die Wirksamkeit der Expositionstherapie unter den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen liegen die meisten empirischen Belege vor. In ihrem Literaturüberblick berichten Cahill et al. (2008), dass die Expositionstherapie im Einzelsetting (d. h. im Gegensatz zu Gruppentherapie) als hauptsächliche Behandlung für PTBS in 24 randomisiert-kontrollierten und 9 nichtrandomisierten Studien untersucht wurde und seither ist mindestens eine weitere große Therapiestudie veröffentlicht worden (Bryant et al., 2008).

Als Gesamtergebnis lässt sich zusammenfassen, dass in fast allen diesen Studien eine sowohl statistisch signifikante als auch klinisch relevante Verminderung der PTBS-Symptomatik (und meist auch von Depressivität und Angst) von der Prä- zur Postmessung mit standardisierten Maßen beobachtet wurde. Darüber hinaus erwiesen sich die Therapieerfolge auch in Nachbefragungen bis zu einem Jahr nach Abschluss der Therapie als weiterhin stabil.

In diesen 25 randomisiert-kontrollierten Therapiestudien wurde das Therapieergebnis von Patienten, die mit Expositionstherapie behandelt wurden, mit der Situation einer unbehandelten Kontrollgruppe oder dem Ergebnis einer anderen KVT-Behandlung verglichen.

Unter der Lupe

Bei allen Vergleichen mit einer Kontrollbedingung, die meist als Wartelisten- oder verzögerte Therapie realisiert wurde, aber auch in Form von supportiver oder Hier-und-Jetzt-fokussierter Beratung, Psychoedukation, Entspannungstraining oder der Standardbehandlung umgesetzt wurde, war die Expositionstherapie wirksamer als die Alternativbehandlung.

Die meisten Studien zum Vergleich des Therapieergebnisses von Patienten, die per Zufallsauswahl entweder der Expositionstherapie oder einer anderen aktiven KVT-Behandlung (meist SIT, kognitive Therapie, EMDR oder Kombinationen aus Expositi-

tion und SIT oder kognitiver Therapie) zugewiesen wurden, ergaben keine signifikanten Unterschiede bzgl. der Reduktion der PTBS-Symptomatik.

Zwei neuere Untersuchungen, denen besondere Aufmerksamkeit gebührt, demonstrieren die Wirksamkeit der langdauernden Exposition und liefern einen Beleg für deren therapeutischen Nutzen.

- Zum einen verglichen Foa et al. (Foa, Hembree, Cahill, Rauch, Feeny, Riggs u. Yadin, 2005) langdauernde Exposition als alleinige Intervention mit einer Kombination aus PE und traumafo-kussierter kognitiver Umstrukturierung. Bei den Studienteilnehmern handelte es sich um 179 Frauen, die Opfer einer Vergewaltigung, nichtsexueller Gewalt und/oder von sexuellem Kindesmissbrauch wurden und eine chronische PTBS entwickelten. Etwa die Hälfte wurde von Beratern oder Sozialarbeitern einer kommunalen Beratungsstelle für Vergewaltigungso-pfer behandelt; diese Patienten hatten sich auf eigene Initiative an diese Stelle gewandt. Die Thera-peuten hatten bereits vor Beginn der Studie mit sexuell missbrauchten Klienten gearbeitet, sie verfügten jedoch über keine spezifische Ausbil-dung in oder Erfahrung mit kognitiver Verhal-tenstherapie. Die übrigen Studienteilnehmer wurden von professionellen Klinikern (mit hö-herem akademischem Grad) in einer univer-sitätsnahen, auf Forschung und Therapie von Angststörungen spezialisierten Ambulanz be-handelt.

Die Studienteilnehmer erhielten neun bis zwölf 90minütige Therapiesitzungen. Die Wirksamkeit, i. S. einer Verbesserung von PTBS und Depression konnte sowohl für die langdauernde Exposition alleine als auch für die Kombination mit kognitiver Umstrukturierung belegt werden. In der Bedingung mit langdauernder Exposition alleine resultierte jedoch eine größere Effektstärke im Vergleich zur kombinierten Behand-lung.

Unter der Lupe

Besonders hervorzuheben ist dabei, dass sich kein Unterschied für das Therapieergebnis einer Expositionstherapie in Abhängigkeit von der Behandlungseinrichtung ergab.

Dies deutet darauf hin, dass die langdauernde Exposition erfolgreich im natürlichen Setting implementiert und von KVT-unerfahrenen Thera-peuten umgesetzt werden konnte.

- Eine weitere aktuelle Therapiestudie, die eben-falls sowohl den klinischen Nutzen als auch die Wirksamkeit von langdauernder Exposition demonstriert, ist besonders erwähnenswert, denn sie ist eine der größten klinischen Studien mit kontrolliert-randomisiertem Design und wurde mit einer Stichprobe von Kriegsveteranen durchgeführt. Schnurr et al. (Schnurr, Friedman, Engel et al., 2007) teilten weibliche Veteranen und aktives militärisches Personal (N=284) mit chronischer PTBS zufällig einer Bedingung mit langdauernder Exposition oder einer Bedingung mit der auf aktuelle Probleme bezogenen Bera-tung zu. Beide Gruppen erhielten jeweils 10 Sit-zungen. Die Studienteilnehmer wurden in 12 verschiedenen Behandlungszentren für »Vete-rans Affairs« (VA) rekrutiert und von vielen Therapeuten des VA-Systems mit deren ganz verschiedenen therapeutischen Hintergründen und Erfahrung therapiert. Schnurr et al. (2007) berichten, dass bei denjenigen Frauen, die mit langdauernder Exposition behandelt wurden, direkt nach der Therapie und bei der 3-Monats-Katamnese eine stärkere Symptomreduktion festgestellt werden konnte. Ebenso verringerte sich die Anzahl der Patienten, die die diagnos-tischen Kriterien einer PTBS erfüllten, und die Störung remittierte entsprechend häufiger bei Patienten dieser Behandlungsgruppe. Dagegen zeigten sich 6 Monate nach Ende der Therapie keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen mehr.

Wie bereits erwähnt, liegt bisher keine Studie vor, die belegen konnte, dass eine zusätzliche aktive Inter-vention wie etwa kognitives Umstrukturieren oder Stressbewältigungstraining eine Steigerung der Thera-pieeffekte gegenüber alleiniger Expositionstherapie bewirken kann. Da aber, wie Cahill et al. (2008) dis-kutieren, die meisten dieser Studien nur mit einer geringen Stichprobengröße durchgeführt wurden, verfügten sie nur über begrenzte statistische Power zur Entdeckung von Effektstärkeunterschieden. Alle KVT-Interventionen sind i. Allg. sehr wirksam, um

Effektivitätsunterschiede aufdecken zu können, würde man daher sehr große Stichproben benötigen.

Eine kürzlich durchgeführte Studie widerspricht diesem Trend. Bryant et al. (2008) führten eine gut kontrollierte Studie durch, mit dem Ziel, die Expositionstherapie in Komponenten zu zerlegen und diese untereinander zu vergleichen. Sie wiesen 118 Opfer ziviler Traumata mit PTBS zufällig einem von vier Behandlungsarmen zu:

- ausschließlich imaginative oder
- ausschließlich in vivo Exposition,
- die Kombination beider Formen oder
- imaginative und in vivo Exposition zusammen mit kognitiver Umstrukturierung.

Alle Studienteilnehmer wurden in 8 Sitzungen behandelt. Folgende Ergebnisse konnten gezeigt werden. Nach 6 Monaten erfüllten die Kriterien einer PTBS:

- nur 31% der Patienten, die mit kompletter Kombination der Verfahren (beide Formen der Exposition und kognitive Umstrukturierung),
- 75% der Patienten, die mit ausschließlich imaginativer Expositionsbehandlung,
- 69% der Patienten, die mit ausschließlich in vivo Exposition und
- 63% der Patienten, die mit der Kombination der beiden Formen behandelt worden waren.

Unter der Lupe

Die vollständige Kombination der Verfahren erbrachte größere Effektstärken als die teilweisen Kombinationen.

Im Gegenteil zu früheren Studien, die nicht zeigen konnten, dass kognitive Therapie das Therapieergebnis von Expositionstherapie verbessern kann, weisen die Ergebnisse von Bryant et al. darauf hin, dass in dieser Stichprobe von PTBS-Patienten das optimale Ergebnis durch genau diese Kombination der Verfahren erzielt werden konnte.

Wirksamkeitsstudien anderer Verfahren

Kognitive Therapien. Es ist zu beachten, dass die meisten evaluierten kognitiven Therapieprogramme in irgendeiner Weise auch Exposition mit traumaassoziierten Erinnerungen oder Reizen beinhalten.

Momentan liegen 14 Studien (11 davon mit randomisierter Zuweisung zu den Behandlungsgruppen) zur Effektivität von kognitiver Therapie sowie der kognitiven Verarbeitungstherapie (»Cognitive Processing Therapy«, CPT) bei Traumaopfern mit PTBS vor. Die Hauptergebnisse sind, dass mithilfe verschiedener kognitiver Therapieprogramme der Schweregrad von PTBS-Symptomatik und Depressivität erfolgreich vermindert werden konnte im Vergleich zu Wartelistengruppen oder Kontrollbedingungen, in denen die Patienten ein Selbsthilfe-Handbuch oder Entspannungstraining erhielten (Duffy, Gillespie & Clark, 2007; Ehlers, Clark, Hackmann et al., 2003; Marks, Lovell, Noshivrani, Livanou & Trasher, 1998; ► Kap. 13).

Stressimpfungstraining. Studien zur Wirksamkeit von Angstbewältigungstrainings wie dem SIT wurden bereits in den frühen Jahren der Therapieforschung zur KVT bei PTBS unternommen. Das SIT wurde dagegen in den letzten Jahren als einzelne Behandlungsmaßnahme kaum noch untersucht. Dementsprechend hat sich die Befundlage zur Wirksamkeit von SIT bei PTBS seit der letzten Auflage nicht verändert. Es existieren im Ganzen 8 Effektivitätsstudien (die Hälfte davon mit randomisiertem Design). Vier davon wurden mit weiblichen Opfern sexueller Gewalt durchgeführt und die anderen vier mit männlichen Kriegsveteranen. Im Großen und Ganzen zeigen diese Studien unterschiedliche Ergebnisse.

Unter der Lupe

Belege für die Wirksamkeit von SIT liegen überwiegend aus Studien mit Vergewaltigungsopfern vor. Die Studien mit Kriegsveteranen liefern vergleichsweise schwächere Effekte.

Augenbewegungstherapie (»Eye Movement Desensitization and Reprocessing«, EMDR; ► Kap. 17):

Die Wirksamkeitsforschung von EMDR hat in den letzten 15 Jahren große Fortschritte gemacht, von anfänglichen Fallstudien über nichtkontrollierten Untersuchungen bis hin zu größeren und methodisch strengeren Therapiestudien. Spates et al. (2008) beschrieben 7 randomisierte Studien. Basierend auf ihrem vergleichenden Überblick zu diesen Studien – wobei eine Studie ausgeschlossen wurde, die EMDR nicht mit der Expositionstherapie verglich –

fassten Spates et al. (2008) zusammen, dass EMDR ähnlich effektiv sei wie eine langdauernde Exposition und wiesen darauf hin, dass Autorinnen anderer bedeutender Überblicksartikel zu demselben Schluss kämen. Im Bezug auf die Frage, ob die Augenbewegungen (oder eine andere Form der bilateralen Stimulation) einen bedeutsamen Beitrag zur Wirksamkeit von EMDR lieferten, fassen Spates et al. zusammen, dass die bilaterale Stimulation keinen zusätzlichen Einfluss auf das Therapieergebnis übe.

Unter der Lupe

Demnach weist die Befundlage immer noch darauf hin, dass die Wirksamkeit von EMDR höchstwahrscheinlich auf die Exposition mit traumabezogenen Erinnerungen und Reizen zurückzuführen ist.

Zusammenfassende Bewertung

Interessanterweise ist zwar die Anzahl an Studien und damit die Evidenzbasis für die Wirksamkeit der dargestellten Verfahren in den letzten 10 Jahren enorm gestiegen, an den Schlussfolgerungen hat sich jedoch seit der letzten Auflage dieses Buches kaum etwas verändert.

Unter der Lupe

Wirksamkeitsstudien belegten, dass PTBS-Symptome und Depression durch Exposition deutlich verbessert wurden.

Dies konnte bei verschiedenen Gruppen von Traumaopfern gezeigt werden: Opfer sexueller und nicht-sexueller Gewalt, Verbrechenopfer, Überlebende von Terrorangriffen, Opfer von Verkehrsunfällen und Kriegsveteranen.

Der Follow-up-Zeitraum der Studien reicht dabei von 3–12 Monaten. Es zeigte sich, dass der Behandlungserfolg aufrechterhalten wird und in einigen Fällen im Zeitverlauf sogar noch zunimmt. Dies trifft insbesondere auf Behandlungsverfahren zu, bei denen die Exposition angewendet wird, sei es ausschließlich oder in Kombination mit anderen Techniken. Vor 10 Jahren hatten die Autorinnen noch erwartet, dass Kombinationstherapien aus Exposition, Angstbewältigungsverfahren oder kogni-

tiver Therapie am wirksamsten sein würden. Mit Ausnahme der Studienergebnisse von Bryant et al. (2008) konnte diese Erwartung jedoch durch zahlreichen Studien nicht erhärtet werden.

Die Ergebnisse aktueller Studien mit US-amerikanischen Kriegsveteranen (männlich und weiblich) sind besonders ermutigend, denn diese Population zeigte in früheren Studien eine relativ geringe therapiebedingte Verbesserung der PTBS-Symptom-schwere. Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass zwei der kürzlich mit Soldaten durchgeführten Studien von Monson et al. (2006) und Schnurr et al. (2007) methodisch sehr streng vorgingen und sämtlichen »Goldstandards« der klinischen Forschung genügen.

Unter der Lupe

Sie liefern derzeit die vielversprechendsten Resultate für Veteranen, die nach traumatischen Erfahrungen im Rahmen ihrer militärischen Tätigkeit eine PTBS entwickelten.

Eine bedeutende Verbesserung der Forschungsliteratur stellen Veröffentlichungen zu Studien dar, die die Anwendung dieser Interventionen unter Alltagsbedingungen demonstrieren, und bei denen die Behandlung von Therapeuten durchgeführt wurde, die keine besondere akademische Ausbildung aufweisen (Foa et al. 2005; Schnurr et al., 2007). Die Anzahl solcher Studien steigt und die Verbreitung evidenz-basierter Behandlungsangebote hat inzwischen hohe Priorität. Auf Initiative des US-Ministeriums für Veteranenangelegenheiten werden derzeit sowohl die langdauernde Expositionstherapie als auch die kognitive Verarbeitungstherapie systematisch in amerikanischen Behandlungszentren für Kriegsheimkehrer eingeführt. Langdauernde Expositionstherapie wird außerdem systematisch in Israel und Japan eingesetzt. In diesen Ländern werden derzeit viele randomisiert-kontrollierte Therapiestudien durchgeführt.

Diskussion

Der Wissensstand zur Wirksamkeit von PTBS-Interventionen hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten enorm erweitert. Dieses Kapitel stellt den Versuch dar, einen Überblick über den Kenntnisstand zum

Erfolg der KVT bei der Behandlung von PTBS zu geben. Dieses Wissen beziehen die Autorinnen aus Studien mit Opfern verschiedener Traumaarten, einschließlich der erst kürzlich durchgeführten Untersuchungen zur Behandlung von Personen, die PTBS infolge eines Terroranschlags entwickelten. Zu Beginn der 1980er Jahre war eine langdauernde Exposition, bei der die Patienten mäßige bis starke Angst erleben, das am meisten verbreitete Therapieverfahren für Angststörungen und wurde zur Behandlung von Kriegsheimkehrern mit PTBS übernommen. Zunächst wurde gezögert, die langdauernde Exposition auch zur Behandlung von Vergewaltigungsoptionen einzusetzen. Aufgrund dieser Zurückhaltung wurde in frühen Therapiestudien mit weiblichen Gewaltopfern häufiger ein Angstbewältigungstraining angewendet.

Unter der Lupe

Theoretische Überlegungen führten zu der Annahme, dass Vergewaltigungsoptionen mit PTBS, wie auch die Kriegsveteranen, von einer Behandlung profitieren könnten, die ihre mit der Vergewaltigung in Verbindung stehenden Ängste aktiviert und modifiziert. Tatsächlich konnten viele Studien, die weiblichen Missbrauchsoptionen mit langdauernder Exposition behandelten, diese Hypothese bestätigen.

derstrebend darauf ein, schmerzhafter Erinnerungen an das Trauma wiederzuerleben oder Dinge zu tun, die traumabezogene Gedanken und Gefühle wieder erwecken könnten. Schließlich besteht ein wesentliches Merkmal dieser Störung in der mühsamen Vermeidung und Betäubung, also der Tendenz, einer Beschäftigung mit der traumatischen Erinnerung auszuweichen. Nach der Erfahrung der Autorinnen brechen Patienten, die der langdauernden Exposition randomisiert zugeteilt sind, die Behandlung nicht häufiger ab als Patienten, die anderen Behandlungsformen zugewiesen wurden. Tatsächlich wurde diese klinische Beobachtung durch eine Metaanalyse von Drop-out-Raten aus 25 randomisiert-kontrollierten PTBS-Studien empirisch untermauert.

Unter der Lupe

Hembree et al. (Hembree, Foa, Dorfan, Kowalski & Tu, 2003) fanden heraus, dass Patienten zwar häufiger ausscheiden, wenn sie der Kontrollbedingung zugewiesen wurden, es ergaben sich aber keine Unterschiede in den Drop-out-Raten zwischen Expositionstherapie und anderen aktiven Formen der KVT für PTBS.

In dieser großen Stichprobe von über 1.500 Studienteilnehmern lag die mittlere Ausfallrate bei 20% für die Expositionstherapie, bei 22% für kognitive Therapie oder SIT, bei 27% für Kombinationen aus Exposition und KVT-Techniken und bei 19% für EMDR.

12.5 Therapeutische Überlegungen

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken sind sehr wirksam in der Verringerung der Schwere von PTBS, auch wenn einige Patienten keinen Nutzen aus der Behandlung ziehen und bei anderen einige Symptome bestehen bleiben. Dabei darf man nicht übersehen, dass alle aufgeführten Studien von erfahrenen Therapeuten durchgeführt wurden, die die Gefahren einer Therapie erkennen und imstande sind, diese zu überwinden. Einige dieser Fallstricke und Gegenmaßnahmen werden im Folgenden diskutiert (auch ► Kap. 9).

Probleme auf Patientenseite

Für eine Expositionsbehandlung lassen sich Patienten mit PTBS verständlicherweise oftmals nur wi-

Therapierationale anbieten

Eine Art wie Therapeuten Patienten mit PTBS helfen, die langdauernde Exposition durchzustehen und davon zu profitieren, besteht darin, ihnen eine sorgfältig ausgearbeitete Begründung (Therapierationale) anzubieten, warum sie sich auf diesen zeitlich begrenzten Leidensanstieg einlassen sollten. Im Folgenden wird die Therapierationale zusammengefasst und als Therapiebeispiel wiedergegeben:

Beispiel

»Es ist nicht leicht, schmerzhaft Erfahrungen zu verdauen. Wenn Sie an das Trauma denken oder daran erinnert werden, verspüren Sie vielleicht starke Angst oder andere negative Gefühle, die damit verbunden sind. Es ist unangenehm, so zu empfinden. Daher neigen die meisten Menschen dazu, Angst erregende, schmerzliche Erinnerungen von sich zu schieben oder zu ignorieren. Andere Personen beeinflussen Sie vielleicht dahingehend, nicht darüber zu reden oder daran zu denken. Leider bewirkt das Ignorieren eines traumatischen Ereignisses nicht dessen Verschwinden. Häufig kehrt das Ereignis zurück und quält Sie in Alpträumen, Rückblenden, Phobien oder auf andere Weise, weil es eine »unvollendete Angelegenheit« ist. In dieser Behandlung werden wir das Gegenteil von unserer Tendenz zur Vermeidung tun. Wir werden Ihnen helfen, die Erfahrung zu verarbeiten, indem wir Sie dazu veranlassen, sich an das Geschehene zu erinnern und so lange dabei zu verweilen, bis Sie sich stärker daran gewöhnt haben. Das Ziel ist es, Sie in die Lage zu versetzen, diese Gedanken zuzulassen, über das Trauma zu sprechen oder damit verbundene Hinweise betrachten zu können, ohne jene intensive Angst zu erleben, die Ihr Leben stört.«

Probleme auf Therapeutenseite

Oftmals fühlen sich Therapeuten selbst unwohl dabei, eine Behandlungsmethode anzuwenden, die beim Patienten emotionalen Schmerz auslöst.

Unter der Lupe

Es ist daher wichtig, dass der Therapeut davon überzeugt ist, dass kurzzeitiges Leiden langanhaltenden Nutzen nach sich zieht. Diese Überzeugung muss er dem Patient vermitteln.

Es ist außerdem unumgänglich, dass der Therapeut gewillt ist, sich die schrecklichen Begebenheiten anzuhören, die der Patient ihm bei der Schilderung seines traumatischen Erlebnisses vermitteln wird. Manchmal ist es für den Therapeuten hilfreich, sich mit Kollegen aus anderen psychosozialen Berufen auszutauschen, um diese Informationen verarbeiten zu können. In dem kürzlich erschienenen Therapiehandbuch zur langdauernden Exposition (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007) diskutieren die Auto-

rinnen einige Herausforderungen, denen sich Therapeuten bei der Anwendung dieses Therapieverfahrens stellen müssen und beschreiben, wie man sich hierfür eine nützliche Grundlage erarbeiten kann.

Dissoziative Symptomatik

Einige Patienten lassen sich nur widerstrebend auf das imaginative Wiedererleben ihrer Traumaerinnerungen ein, auch wenn sie von der Notwendigkeit überzeugt sind. Dies dürfte insbesondere dann zutreffen, wenn Dissoziation ein Problem darstellt. Mehrere Sitzungen des Angstbewältigungstrainings können dabei helfen, diesen Widerwillen zu überwinden.

Unter der Lupe

In dieser Hinsicht bietet die Kombinationstherapie aus Exposition und dem Erlernen von Bewältigungstechniken den Leidenden die besten Möglichkeiten, die Belastung und Angst zu bewältigen, während sie gleichzeitig lernen, die gefürchteten Erinnerungen und Angstreize zu konfrontieren.

Es könnte sich für den Therapeuten außerdem als erforderlich erweisen, Expositionstechniken kreativ anzuwenden. Mögliche Beispiele wären, den Patienten aufzufordern, das Erlebnis wiederzugeben, als wäre es in Zeitlupe abgelaufen, oder nur auf innere Empfindungen und Gedanken zu achten.

Individuell adaptiertes Vorgehen

Bei der Durchführung der Exposition sollte es der Therapeut dem Patienten gestatten, sich der traumatischen Erinnerung allmählich zu nähern, wenn dieser zum ersten Mal versucht, diese erneut zu durchleben.

Unter der Lupe

Es ist wichtig, dass der Patient das Gefühl besitzt, den Vorgang des Erinnerns der mit dem Trauma verbundenen Empfindungen kontrollieren zu können.

Während der ersten imaginativen Exposition sollte es dem Patienten erlaubt sein, die Genauigkeit, mit

der er das Erlebte schildert, selbst zu bestimmen. In den nachfolgenden Sitzungen ist der Patient zu ermutigen, das Ereignis detaillierter zu erzählen, um die emotionalen und körperlichen Reaktionen zu prüfen, die mit dem Trauma verbunden sind.

! Der Therapeut sollte die Begegnung nach der Sitzung mit imaginativer Exposition nicht beenden, wenn der Patient unter starker Angst leidet.

Die Therapiesitzungen sind so zu planen, dass am Ende ausreichend Zeit bleibt, das Ausmaß des Unbehagens beim Patienten beurteilen zu können.

Es ist überaus wichtig nach jedem Durchgang, den Patienten zu ermutigen, seine Reaktionen auf das Wiedererleben des Traumas zu verarbeiten, und neue Einzelheiten und Assoziationen, die dabei auftreten, zu besprechen. Der Therapeut sollte darüber hinaus verfügbar sein, um mit dem Patienten zwischen den Sitzungen am Telefon sprechen zu können, für den Fall, dass der Patient zusätzliche Unterstützung bei der Durchführung von imaginativen oder In-vivo-Expositionsübungen benötigt. Die Patienten sind dahingehend zu informieren, dass es normal ist, am Anfang das Gefühl zu haben, es würde ihnen schlechter gehen: Womöglich denken sie häufiger an das Trauma und erleben mehr Symptome.

Frühinterventionen

An den meisten Studien, in denen die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie untersucht wurde, nahmen Personen teil, deren Trauma mindestens drei Monate zurücklag. Dadurch sollte sichergestellt werden, dass nach der Behandlung auftretende Veränderungen durch die Intervention und nicht durch die spontane Heilung im Laufe der Zeit verursacht wurden. Im klinischen Bereich muss eine Behandlung nicht aufgeschoben werden. Es ist normal, dass Traumaopfer gleich in den ersten Wochen nach dem traumatischen Ereignis Störungen aufweisen. In manchen Fällen haben Gespräche über die Normalität dieser Reaktionen therapeutischen Nutzen. Einige Therapiesitzungen können dafür schon ausreichend sein.

! Ausgehend von Studien zur Frühintervention bei frischen Traumaopfern empfehlen die Autorinnen jedoch ausdrücklich, die Traumaopfer zu ermutigen, unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis auf das ihnen vertraute unterstützende Umfeld und ihre natürlichen Ressourcen zurückzugreifen.

Wenn aufgrund der Schwere der Reaktion innerhalb der ersten beiden Monate nach dem traumatischen Ereignis eine therapeutische Intervention angezeigt ist, sollte mehr als eine Sitzung erfolgen. Empfohlen werden 3–5 Sitzungen. In einer Studie zur Frühintervention nach dem traumatischen Erlebnis einer Vergewaltigung zeigte es sich im Vergleich mit einer Kontrollgruppe, dass 4 Sitzungen, bestehend aus Informationen über posttraumatische Reaktionen, Entspannung, dem Wiedergeben des Traumas und kognitiver Umstrukturierung, von großem Nutzen waren, das Entstehen einer chronischen PTBS und einer Depression zu verhindern (Foa, Hearst-Ikeda & Perry, 1995).

Traumatische Erlebnisse sind in unserer Zeit sehr häufig. Als im psychotherapeutischen Bereich Tätige haben Therapeuten die Verantwortung, den Opfern ihre professionelle Hilfe zur Verfügung zu stellen. Aufgrund der großen Anzahl von Opfern ist es besonders wichtig, effiziente und wirksame Interventionen anzubieten, die jederzeit verfügbar und leicht anwendbar sind. Die Therapeuten, als Fachleute der kognitiven Verhaltenstherapie, haben noch einen langen Weg bis zum Erreichen dieses Ziels vor sich. Ihre derzeitige Aufgabe besteht darin, zum einen das vorhandene Wissen zu verbreiten und zum anderen die verfügbaren Verfahren weiter zu verbessern.

Literatur

- Alford, J. D., Mahone, C. & Fielstein, E. M. (1988). Cognitive and behavioral sequelae of combat: Conceptualization and implication for treatment. *Journal of Traumatic Stress, 1*, 489–501.
- Brom, D., Kleber, R. J. & Defare, P. B. (1989). Brief psychotherapy for post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 607–612.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S. T., Mastrodomenico, J., Nixon, R. D., et al. (2008). A randomized controlled trial of exposure therapy and cognitive restructuring for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76* (4), 695–703.

- Cahill, S. P., Rothbaum, B. O., Resick, P. A. & Foa, E. B. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adults. In E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman & Cohen, J. A. (Eds.), *Effective treatments for PTSD. 2nd ed: Practice Guidelines from the International Society of Traumatic Stress Studies* (pp. 139–221). New York, NY: Guilford.
- Duffy, M., Gillespie, K. & Clark, D. M. (2007). Post-traumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in Northern Ireland: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, *334*, 1147–1150.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of persistent posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 319–345.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., et al. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessment as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 1024–1032.
- Foa, E. B. & Cahill, S. P. (2001). Psychological therapies: Emotional processing. In N. J. Smelser & P. B. Bates (Eds.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences* (pp. 12363–12369). Oxford: Elsevier.
- Foa, E. B., Dancu, C.V., Hembree, E.A., Jaycox, L.H., Meadows, E.A. & Street, G. (1999). The efficacy of exposure therapy, stress inoculation training and their combination in ameliorating PTSD for female victims of assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 194–200
- Foa, E. B., Hearst-Ikeda, D. E. & Perry, K. J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 948–955.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A., Riggs, D. S., Feeny, N. C., et al. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for PTSD with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 953–964.
- Foa, E. B., Hembree, E. A. & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences*. New York: Oxford University Press.
- Foa, E. B., Huppert, J. D. & Cahill, S. P. (2006). Emotional processing theory: An update. In B. O. Rothbaum (Ed.), *The Nature and Treatment of Pathological Anxiety*. (pp. 3–24). New York: Guilford.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. & Cohen, J. A. (2008). *Effective treatments for PTSD*. (2nd ed.), Practice Guidelines from the International Society of Traumatic Stress Studies. New York, NY: Guilford.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, *99*, 20–35.
- Foa, E. B., Molnar, C. & Cashman, L. (1995). Change in rape narratives during exposure therapy for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, *8* (4), 675–690.
- Foa, E.B. & Riggs, D. S. (1993). Post-traumatic stress disorder in rape victims. In J. Oldham, M. B. Riba & A. Tasman (Eds.), *American psychiatric press review of psychiatry* (vol. 12, pp. 273–303). Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D., Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for PTSD. *Behavior Therapy*, *26*, 487–499.
- Foa, E. B. & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the Trauma of Rape*. New York: Guilford.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S. & Murdock, T. (1991). Treatment of post-traumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 715–723.
- Foa, E. B., Steketee, G. & Rothbaum, B. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, *20*, 155–176.
- Hembree, E. A., Foa, E. B., Dorfan, N. M., Street, G. P., Kowalski, J. & Tu, X. (2003). Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress*, *16*, 555–562.
- Jaycox, L. H., Foa, E. B. & Morral, A. R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66* (1), 185–192.
- Lang, P. J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, *8*, 862–886.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 317–325.
- Meichenbaum, D. (1974). *Cognitive behavior modification*. Morristown, NJ: General Learning Press.
- Monson, C. M., Schnurr, P. P., Resick, P. A., Friedman, M. J., Young-Xu, Y. & Stevens, S. P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 898–907.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, M. T., Resick, P. A., et al. (2007). Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, *297*, 820–830.
- Spates, R.C., Koch, E., Cusack, K., Pagato, S. & Waller, S. (2008). Eye movement desensitization and reprocessing. In E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman & Cohen, J. A. (Eds.), *Effective Treatments for PTSD, 2nd ed.: Practice Guidelines from the International Society of Traumatic Stress Studies* (pp. 278–305). New York, NY: Guilford.
- Veronen, L. J. & Kilpatrick, D. G. (November 1982). *Stress inoculation training for victims of rape: Efficacy and differential findings*. Paper presented at the Sixteenth Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Los Angeles.

13 Kognitionsfokussierte Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung

R. Steil, A. Ehlers, D. M. Clark

13.1 Ein kognitives Modell der Aufrechterhaltung posttraumatischer Symptomatik – 218

13.1.1 Kognitive aufrechterhaltende Strategien bei der PTBS – 219

13.1.2 Die Rolle der persönlichen Bedeutung und Interpretation posttraumatischer Intrusionen – 221

13.2 Beginn der kognitiven Behandlung der PTBS – 222

13.2.1 Behandlungsziele – 222

13.2.2 Wichtige Aspekte zu Beginn der Behandlung – 222

13.2.3 Normalisierung der Symptome und Festlegen der Therapieziele – 223

13.2.4 Diagnostik der Faktoren, die die posttraumatische Symptomatik aufrechterhalten – 224

13.2.5 Abschluss der ersten Therapiesitzung – 229

13.3 Weiterer Behandlungsverlauf – 229

13.3.1 Weiterführung der Arbeit am Traumagedächtnis – 229

13.3.2 Kognitive Interventionen – 229

13.3.3 Spezielle kognitive Verfahren zur Veränderung des Traumagedächtnisses – 231

13.3.4 Arbeit an aufrechterhaltenden kognitiven Strategien und Verhaltensweisen – 232

13.3.5 Weitere Interventionen – 233

13.4 Wirksamkeit kognitiver Therapieansätze bei der PTBS – 233

Literatur – 234

Nach einem traumatischen Erlebnis entwickeln die meisten Personen für einige Zeit Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), jedoch gesunde viele im Laufe der nächsten Monate auch ohne professionelle Hilfe. Bei einer Untergruppe kommt es zu einem chronischen Verlauf. In diesem Kapitel soll ein kognitives Modell der Aufrechterhaltung posttraumatischer Symptome beschrieben werden, das als Grundlage kognitiver Interventionen dienen soll.

Ergebnisse zur Rolle von negativen persönlichen Bedeutungen (Interpretationen) des Traumas und seiner Konsequenzen sowie kognitiver Formen der Vermeidung von Erinnerungen und Gedanken an das Trauma bei der Aufrechterhaltung posttraumatischer Symptomatik lassen eine spezifisch zugeschnittene kognitive Behandlung der PTBS erfolgversprechend erscheinen.

Unter der Lupe

Im Zentrum eines kognitiven Modells der Aufrechterhaltung posttraumatischer Symptome steht die persönliche Bedeutung des Traumas und seiner Folgen für die Betroffenen, die zusammen mit Erinnerungen an das Trauma (posttraumatische Intrusionen) aktiviert werden, sowie die Störung aufrechterhaltende kognitive Strategien und Verhaltensweisen.

Metaanalysen haben gezeigt, dass kognitiv-verhaltenstherapeutische (KVT) Verfahren in der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung sehr wirksam sind. Darüber hinaus zeigte sich, dass diejenigen KVT-Ansätze, die das Trauma in den Mittelpunkt stellen, wirksamer sind als KVT-Programme mit anderem Schwerpunkt (wie z. B. Stressbewältigungsprogramme) und andere Therapieformen wie patientenzentrierte Therapie (Bisson et al., 2007; Bradley et al., 2005; Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, 2008; National Institute of Clinical Excellence, 2005). Unter den traumafokussierten KVT-Ansätzen haben sich als wirksam erwiesen:

- Expositionsverfahren (z. B. »Prolonged Exposure«; Foa et al., 1991; ► Kap. 12),
- kognitive Umstrukturierung (z. B. *Cognitive Processing Therapy*, Resick & Schnicke, 1992; ► Kap. 21) und

- kognitive Therapie (z. B. »*Cognitive Therapy for PTSD*«; Ehlers et al., 2005)

Diesen Ansätzen ist gemein, dass die Erinnerung an das traumatische Erlebnis in der Therapie systematisch bearbeitet wird. Die Methoden der Bearbeitung sind jedoch unterschiedlich. Der in ► Kap. 12 beschriebene Expositionsansatz stellt die wiederholte Exposition an das Traumagedächtnis und **In-vivo**-Exposition in den Vordergrund. Bei dem im vorliegenden Kapitel dargestellten Ansatz liegt der Schwerpunkt hingegen auf der Modifikation dysfunktionaler persönlicher Bedeutungen (Interpretationen) der Erinnerungen an das Trauma sowie aufrechterhaltender kognitiver Strategien und Verhaltensweisen (Steil & Ehlers, 2000). Weiterhin werden spezielle Methoden, die die Besonderheiten des Traumagedächtnisses in der kognitiven Therapie berücksichtigen, dargestellt (Ehlers & Clark, 2000).

13.1 Ein kognitives Modell der Aufrechterhaltung posttraumatischer Symptomatik

Intrusive Erinnerungen an das traumatische Ereignis sind ein prominentes Symptom der PTBS – sie unterscheiden diese Störung von allen anderen Angststörungen. In Studien zum Verlauf der PTBS-Symptome fand man, dass in den ersten Tagen und Wochen nach einem Trauma generell sehr viele Gedanken und Erinnerungen daran auftraten (Rothbaum et al., 1992; Winter, 1996).

Unter der Lupe

Das Auftreten von Intrusionen kurz nach der Traumatisierung ist also Teil des normalen Verarbeitungsprozesses und kann nicht als pathologisches Phänomen gewertet werden. Wichtig ist die Beobachtung, dass manche Personen nach einem Trauma unter stark belastenden Erinnerungen oder Gedanken an das Trauma leiden, während andere zwar Erinnerungen an das Trauma haben, diese aber als nicht belastend erleben (Shalev, Schreiber & Galai, 1993; Steil, 1996).

Erlebt ein Betroffener nach einem Trauma seine Erinnerungen oder Gedanken daran als sehr belastend, so ist zu erwarten, dass er versucht, diesem Zustand zu entkommen, d. h. aktiv zur Beendigung der Gedanken und Erinnerungen beizutragen. Nur wenn ein Betroffener Intrusionen als belastend erlebt, ist das Entstehen einer PTBS zu erwarten. Dies ist konsistent mit der Beobachtung, dass z. B. bei Verkehrsunfallbeteiligten das initiale Ausmaß sehr belastender Intrusionen die Schwere der PTBS-Symptomatik nach 12 Monaten vorhersagen konnte (Mayou, Bryant & Duthie, 1993).

Obwohl es die unterschiedlichsten theoretischen Modelle zur Entstehung der PTBS gibt, sind sich die Autoren jeweils darin einig, dass der **Vermeidung von traumabezogenen Reizen** eine zentrale Rolle bei der Aufrechterhaltung der Störung zukommt (Chemtob et al., 1988; Foa, Steketee & Rothbaum, 1989; Horowitz, 1976; Jones & Barlow, 1990; Keane, Zimering & Caddell, 1985; Van der Kolk & Van der Hart, 1991). Die Vermeidung verhindert eine angemessene emotionale Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse sowie eine Habituation an die traumatischen Erinnerungen. Die Überprüfung und/oder Veränderung kritischer Kognitionen in Bezug auf das Trauma wird erschwert oder unmöglich gemacht. Vermeidung kann auf den Ebenen

- der Kognitionen (z. B. sich sofort ablenken, wenn Gedanken an das Trauma auftreten) und
- des Verhaltens

beobachtet werden (z. B. Menschen, Orte oder Reize vermeiden, die an das Trauma erinnern). Bei der PTBS sind darüber hinaus jedoch weitere kognitive Strategien zu beobachten, die zur Aufrechterhaltung der Störung beitragen und in der Behandlung berücksichtigt werden sollten.

13.1.1 Kognitive aufrechterhaltende Strategien bei der PTBS

Exzessives Grübeln

Viele Patienten mit PTBS berichten, exzessiv über bestimmte Aspekte des traumatischen Ereignisses nachzugrübeln. Besonders häufig scheint dabei die Beschäftigung mit der Frage zu sein,

- warum das Trauma ausgerechnet einen selbst traf (»Why-me-Frage«) oder
- wie das Trauma zu verhindern gewesen wäre.

Grübeln wird aus kognitiver Sicht von posttraumatischen Intrusionen unterschieden (Ehlers & Clark, 2000) und als aufrechterhaltender Faktor verstanden. Grübeln nach einem Trauma sagt eine chronische PTBS vorher (Kleim et al., 2007; Murray et al., 2002; Steil & Ehlers, 2000). Die zugrunde liegenden Mechanismen sind noch nicht vollständig geklärt. Exzessives Grübeln über mit dem Trauma verknüpfte Inhalte wird als eine Strategie kognitiver Vermeidung diskutiert: Der Fokus des Grübelns liegt eher auf Ereignissen, die um das Trauma herum gruppiert sind (z. B. »Wenn ich *x* (nicht) gemacht hätte, wäre das Trauma nicht passiert«) und so die mit dem Trauma verbundenen Emotionen nicht aktivieren. Borkovec u. Inz (1990) diskutieren im Kontext der generalisierten Angststörung, dass Grübeln als vorwiegend verbale Tätigkeit zur Vermeidung unangenehmer körperlicher und emotionaler Reaktionen auf angstbezogene Bilder dienen kann. Wells (1994) vermutet, dass Grübeln zum einen die emotionale Verarbeitung belastender Ereignisse blockiert, und zum anderen zu einer Markierung der Inhalte führt, auf die es sich bezieht. Damit verknüpft das Grübeln die damit verbundenen Gedanken mit einer Vielzahl von Reizen und erleichtert so deren Abrufbarkeit. Ehlers u. Clark (2000) vermuten drei Mechanismen:

- Grübeln hält problematische Interpretationen aufrecht wie »Es ist meine Schuld, dass das Trauma passiert ist«;
- es verhindert die Veränderung des Traumagedächtnisses, da das Trauma beim Grübeln nicht verarbeitet wird, und
- die durch das Grübeln hervorgerufenen Emotionen und Gedanken können intrusive Erinnerungen auslösen.

Gedankenunterdrückung

Patienten mit PTBS berichten, dass sie viel Energie darauf verwenden, Erinnerungen an das Trauma nicht aufkommen zu lassen. Wenn Erinnerungen auftreten, versuchen sie, diese so schnell wie möglich zu unterdrücken. Solche Gedankenunterdrückung zeigt eine paradoxe Wirkung, denn sie **erhöht** die

Wahrscheinlichkeit, dass die Zielkognition auftritt, anstatt sie zu erniedrigen. In experimentellen Studien konnte gezeigt werden, dass z. B. bei dem Versuch, bestimmte Gedanken/Vorstellungsbilder zu unterdrücken, diese umso häufiger unwillentlich auftreten (Salkovskis & Campbell, 1994; Purdon, 1999; Wegner, Schneider, Carter & White, 1987). Oft erlebt das Individuum die paradoxen Effekte der Gedankenunterdrückung als beängstigend (i. S. von »Obwohl ich alles tue, um diese belastenden Erinnerungen loszuwerden, kommen sie immer und immer wieder!«).

Unter der Lupe

Die Unterdrückung von Gedanken/Erinnerungen an das Trauma sagt die Entwicklung einer chronischen PTBS vorher (Ehlers et al., 1998).

Selektive Aufmerksamkeit

Viele Patienten mit PTBS berichten, dass sie sich seit dem Trauma ständig in Gefahr fühlen. So berichten Opfer von Gewalttaten, seit dem Trauma ständig Personen zu sehen, die wie der Täter aussähen, und fühlten sich daher weiter bedroht. Eine selektive Aufmerksamkeit auf an das Trauma erinnernde Reize (z. B. Menschen mit ähnlichem Körperbau oder Haar) sowie die anschließende schnelle Vermeidung dieser Reize (z. B. Wegsehen oder -laufen) tragen zu ihrem chronisch hohen Angstniveau bei (z. B. können sie nicht feststellen, dass die Person, die Angst auslöste, dem Täter tatsächlich nicht sehr ähnlich sieht; Ehlers & Clark, 2000).

Sicherheitsverhalten

Patienten mit PTBS berichten häufig, dass sie seit dem Trauma zahlreiche Vorsichtsmaßnahmen treffen, um weitere Gefahren für sich und nahestehende Personen zu reduzieren. Das Sicherheitsverhalten besteht oft in subtilen Vermeidungsstrategien (z. B. nach einer Gewalttat Fremde nicht ansehen, um keine Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen; nach einem Verkehrsunfall besonders langsam fahren; nach einem Feuer kein Essen mehr kochen). Darüber hinaus besteht Sicherheitsverhalten jedoch oft aus aktivem Verhalten, das mit dem Ziel eingesetzt wird, die erwartete Gefahr zu reduzieren (z. B. nach einer Gewalttat immer ein Messer bei sich tragen, um sich

besser verteidigen zu können; nach einem Verkehrsunfall ständig in den Rückspiegel schauen.) Aus kognitiver Sicht trägt das Sicherheitsverhalten dazu bei, Interpretationen aufrechtzuerhalten wie »Wenn ich x nicht tue, werde ich ein neues Trauma erleben«.

Unter der Lupe

Studien konnten zeigen, dass Sicherheitsverhalten eine chronische PTBS vorhersagt (z. B. Dunmore et al., 2001; Ehling et al., 2008).

Umlenkung oder Betäubung von Emotionen

Eine weitere weitverbreitete Strategie zur Vermeidung und Kontrolle der intrusiven Erinnerungen an das Trauma ist die Betäubung der Emotionen. Der Gebrauch von Alkohol oder anderen Substanzen ist häufig und kann zu Missbrauch oder Abhängigkeit führen. Patienten mit komorbider Borderlinesymptomatik setzen häufig Strategien wie Selbstverletzung oder Dissoziation zur Beendigung belastender traumabezogener Emotionen ein. Anhaltende Dissoziation sagt die chronische PTBS vorher (Halligan et al., 2003; Murray et al., 2002). Eine andere, subtilere Form von Vermeidung stellt die Umlenkung der durch die Erinnerung an das Trauma ausgelösten negativen Emotionen der Hilflosigkeit und überwältigenden Furcht in exzessiven Ärger und Wut dar – Emotionen, die vielleicht als sozial akzeptabler und weniger schmerzhaft erlebt werden. Damit konsistent sind Befunde der Forschergruppe um Foa, die fanden, dass Frauen, die nach einer Vergewaltigung an PTBS litten, besonders wenig von einer Expositionsbehandlung der Störung profitierten, wenn sie intensive Wut und Ärger in Bezug auf den Täter empfanden (Foa et al., 1995). Exzessiver Ärger geht oft auch mit Grübeln über Möglichkeiten zur Vergeltung einher (Ehlers, 1999). Einige Patienten beschreiben auch die Veränderung von durch traumabezogene Reize ausgelöster körperlicher Erregung in sexuelle Erregung und sexuelle Aktivität (Beispiel: Der Patient masturbiert als Reaktion auf das Auftreten traumarelevanter Erinnerungen).

13.1.2 Die Rolle der persönlichen Bedeutung und Interpretation posttraumatischer Intrusionen

Welche Faktoren bestimmen den Grad der Belastung durch Erinnerungen und Gedanken an das Trauma? Studien zeigten, dass die Schwere der Exposition i. S. der Verletzungsschwere, Zeugsenschaft von grausamem Tod oder Verletzung und die Lebensbedrohlichkeit des Ereignisses die Entwicklung von posttraumatischer Symptomatik beeinflussen (Creamer, Burgess & Pattison, 1992; Ozer et al., 2003; Yehuda, Southwick & Giller, 1992). Verschiedene Studien haben jedoch gezeigt, dass die Schwere eines Traumas nur ein schwacher Prädiktor für die Entwicklung einer chronischen PTBS ist (z. B. Dunmore et al., 2001; Ehling et al., 2008; Halligan et al., 2003).


Dies wirft die Frage auf, ob kognitive Faktoren eine bessere Vorhersage erlauben. Autoren kognitiver Modelle der Aufrechterhaltung anderer Angststörungen, wie z. B. der Panikstörung oder der Zwangsstörung, postulieren, dass für das Ausmaß der Belastung der Betroffenen durch spezifische Symptome deren Interpretation von zentraler Bedeutung ist. Katastrophisierende Interpretationen oder negative persönliche Bedeutungen der Symptome vermitteln den Grad der Vermeidung, mit dem das Individuum auf die Symptome reagiert. Auf diese Weise, so wird angenommen, tragen sie zur Aufrechterhaltung der Störung bei (Clark, 1986; Ehlers, Margraf & Roth, 1988; Salkovskis & Kirk, 1989). Analog hierzu haben verschiedene Autoren vorgeschlagen, dysfunktionale Interpretationen **der starken Angst und Erregung** zu beachten, wie sie nach einem Trauma erlebt wird (Foa & Riggs, 1993; Jones & Barlow, 1990; Peterson et al., 1991; z. B. »Wenn ich nach all der Zeit immer noch so schreckhaft bin, dann kann doch etwas mit mir ernsthaft nicht stimmen!«).

Unter der Lupe

Die Autorinnen stellen bei der Betrachtung PTBS-spezifischer Kognitionen die **persönlichen negativen Bedeutungen (Interpretationen) des Traumas und der intrusiven Traumaerinnerungen** in den Mittelpunkt. Zu beachten ist



hierbei, dass diese Interpretationen sehr individuell sind und darüber hinausgehen, was bei dem Ereignis jeder schrecklich finden würde.

Steil u. Ehlers (2000) nehmen an, dass bei der PTBS die persönlichen negativen Bedeutungen posttraumatischer Intrusionen die subjektive Belastung vermittelt und damit den Grad der Vermeidung bestimmt, mit der das Individuum auf Erinnerungen oder Gedanken an das Trauma reagiert. Mit dem Trauma verknüpfte und beim Auftreten von Intrusionen aktivierte negative Bedeutungen wie »Ich werde verrückt«, »Mein Leben ist ruiniert« oder »Es ist alles meine Schuld« erhöhen die Belastung, die Betroffenen beim Auftreten traumatischer Erinnerungen empfinden, und motivieren die oben beschriebenen aufrechterhaltenden kognitiven Strategien. Weiterhin ist die Belastung durch posttraumatische Intrusionen mit einer Reihe von körperlichen Symptomen, wie einer Erhöhung der Erregung, verknüpft. Diese wiederum kann als innerer Auslöser für das Auftreten weiterer Intrusionen wirken und so zu deren kurzfristigen Aufrechterhaltung beitragen. Die Rolle der persönlichen negativen Bedeutung der Intrusionen für die langfristige Aufrechterhaltung der PTBS verdeutlicht  Abb. 13.1.

Gestützt wird die Rolle der persönlichen negativen Bedeutungen (Interpretationen) durch eine Reihe empirischer Studien (Dunmore et al., 2001; Ehlers & Steil, 1995; Ehlers et al., 1998; Steil & Ehlers, 2000), die zeigen, dass deren Ausmaß positiv mit der PTBS-Symptomatik assoziiert war. Bedeutsam waren z. B. katastrophisierende Interpretationen der Intrusionen i. S. von »Ich werde verrückt« sowie allgemein katastrophisierende Interpretationen des Ereignisses wie »Mein Leben ist ruiniert« oder »Ich werde nie darüber hinwegkommen«. Das Ausmaß von Gedankenunterdrückung und Grübeln war ebenfalls positiv mit der PTBS-Symptomatik verknüpft (Ehlers & Steil, 1995; Ehlers et al., 1998; Steil & Ehlers, 2000). Eine Reihe von prospektiven Längsschnittstudien zeigen, dass interindividuelle Unterschiede in der Interpretation des traumatischen Ereignisses und der posttraumatischen Symptome mehr Varianz aufklären als die Schwere des Traumas (z. B. Dunmore et al., 2001; Halligan et al., 2003; Ehling et al., 2008).

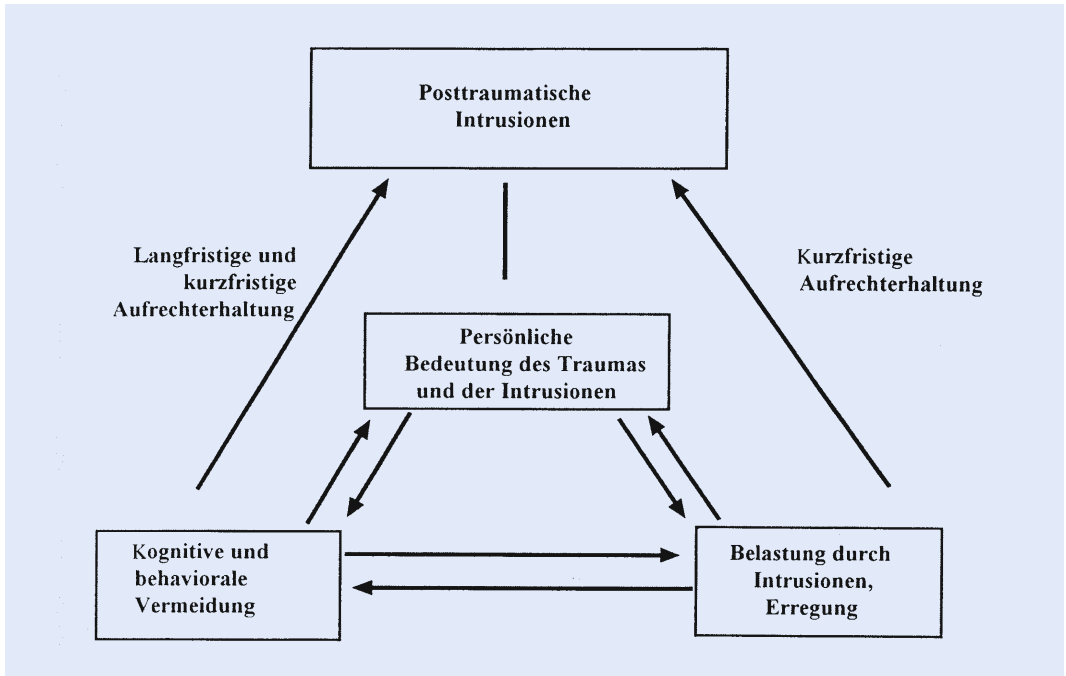


Abb. 13.1. Modell zur Bedeutung von Kognitionen bei der Aufrechterhaltung posttraumatischer Symptomatik

13.2 Beginn der kognitiven Behandlung der PTBS

13.2.1 Behandlungsziele

! Ziel einer kognitiven Behandlung der PTBS ist die Veränderung der persönlichen negativen Bedeutungen (Interpretationen) des Traumas und seiner Folgen hin zu einer hilfreicherer Perspektive zu dem Erlebten sowie der Abbau aufrechterhaltender kognitiver Strategien und Verhaltensweisen.

In den ersten Behandlungssitzungen erfolgt zunächst eine detaillierte und ausführliche Erhebung der Zusammenhänge zwischen dem Auftreten von intrusiven Traumaerinnerungen, damit verbundenen Kognitionen und Gefühlen und der Reaktion der Betroffenen auf diese Kognitionen und Gefühle. Zusammen mit dem Patienten werden Verknüpfungen zwischen verschiedenen Aspekten intrusiver Erfahrung und den Reaktionen des Patienten erarbeitet, um zu demonstrieren, wie Gedanken zur

Bedeutung des Traumas und seiner Folgen und vermeidende Handlungen und kognitiven Strategien zur Aufrechterhaltung der posttraumatischen Symptome beitragen.

13.2.2 Wichtige Aspekte zu Beginn der Behandlung

Unter der Lupe

Auch wenn der Schwerpunkt der Behandlung auf kognitive Veränderungen abzielt, ist es dennoch wichtig, das traumatische Geschehen mit dem Patienten systematisch durchzugehen, um die problematischen Interpretationen des Traumas zu erfassen. Die alleinige Befragung der Patienten reicht hierzu **nicht** aus, da die willentliche Erinnerung an das Trauma bei der PTBS oft unzusammenhängend und bruchstückhaft ist und Patienten im Gespräch besonders belastende Momente des Traumas oft überspringen oder



wichtige Details auslassen oder nicht genau erinnern. Voraussetzung für die Arbeit an den Traumaerinnerungen ist, dass sich der Patient in der therapeutischen Situation und mit dem Therapeuten sicher fühlt. Der Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung ist also wichtig.

Zur Aktivierung des Traumaerinnerung und der damit verbundenen Bedeutungen eignet sich das von Foa beschriebene imaginäre Nacherleben bei den meisten Patienten gut. Unter bestimmten Umständen (z. B. sehr langes Trauma, starke emotionale Dysregulation als Folge der Konfrontation mit traumabezogenen Erinnerungen, sehr starke Dissoziation, Unklarheit über den zeitlichen Ablauf des Ereignisses) kann es sinnvoll sein, zunächst eine schriftliche Beschreibung des Traumas zu entwickeln (Narrativ; ► Kap. 18). Der Patient muss bereit sein, sich umfassend und detailliert an die Vorgänge, Empfindungen und Gedanken während des Traumas zu erinnern. Dies muss in der Regel mehrmals geschehen, bis alle relevanten Interpretationen und Bedeutungen erkannt und erfasst werden können. Wie bei der Expositionstherapie erlebt der Patient dies u. U. als zunächst sehr belastend und benötigt die aktive Unterstützung durch den Therapeuten.

! Daher ist es unabdingbar, vor Beginn der Behandlung den Patienten auf die Möglichkeit einer kurzfristig erhöhten Belastung durch Intrusionen hinzuweisen und seine Bereitschaft zu überprüfen, dies mit dem Ziel einer langfristigen Besserung der Symptome in Kauf zu nehmen.

Angestrebt wird im Laufe der Behandlung, dass der Patient Traumaerinnerungen als **Erinnerung** an ein **vergangenes** schreckliches Ereignis erlebt, die **gegenwärtig** nicht mehr belastend sind, und somit nicht mehr vermieden werden. Um die Veränderung der Belastung durch die Intrusionen zu erfassen, empfiehlt es sich, zu Beginn jeder Sitzung neben den anderen Therapieverlaufsmaßen den Grad der Belastung durch Traumaerinnerungen während der letzten Woche mithilfe einer Einschätzung auf einer Skala, z. B. von 0 = gar keine Belastung bis 100 = extreme Belastung, zu erheben. Zusätzlich kann die


vom Patienten geschätzte durchschnittliche tägliche Anzahl der Intrusionen erfasst werden.

13.2.3 Normalisierung der Symptome und Festlegen der Therapieziele

Der Patient sollte Informationen erhalten über Reaktionen von Menschen auf extrem belastende Ereignisse. Die vom Patienten erlebten Symptome werden als normale Reaktionen auf extreme Ereignisse beschrieben. Dies kann dem Patienten helfen, die Wahrnehmung seiner Symptome zu dekatastrophisieren. So bedeuten z. B. die immer und immer wieder auftretenden Erinnerungen an das Trauma keinesfalls, dass er verrückt wird, sondern sie sind Teil eines ganz normalen Verarbeitungsprozesses traumatischer Erlebnisse. Auch die Reaktion des Patienten auf ungewollten Traumaerinnerungen ist sehr verständlich: Es ist nur normal, dass Menschen versuchen, sich vor sehr unangenehmen Erfahrungen zu schützen. Die Intrusionen sind sehr belastend und so ist es sehr gut nachvollziehbar, dass der Patient alles daran setzt, diese unangenehmen Gedanken und Erinnerungen loszuwerden. Der Patient soll durch die Normalisierung erkennen, dass er mit seinen Beschwerden und Problemen keinesfalls alleine steht. Tenor dieses Teils der ersten Sitzung könnte sein, dass es den Therapeuten eher wundern würde, wenn der Patient angesichts der belastenden Dinge, die er erlebt hat, keine Probleme haben würde.

Patient und Therapeut sollten in der ersten Therapiesitzung zusammen konkrete Therapieziele festlegen. Wichtig dabei ist, dass diese möglichst realistisch sind. Unangemessen, aber sehr häufig bei Patienten mit PTBS, ist z. B. der Wunsch, wieder genauso wie vor dem Trauma zu werden. Konkrete Therapieziele könnten sein, besser zu schlafen, mit Partner und Freunden über das traumatische Erlebnis reden zu lernen, Dinge wieder tun zu können, die seit dem Trauma vermieden wurden, oder die Gedanken an das Trauma nicht mehr als so belastend wahrzunehmen.

13.2.4 Diagnostik der Faktoren, die die posttraumatische Symptomatik aufrechterhalten

Diese spezifische kognitive Diagnostik schließt sich an die zu Beginn der Behandlung notwendige Diagnose allgemeiner posttraumatischer Symptomatik bzw. mit der PTBS einhergehender Störungen oder Probleme an. Patient und Therapeut können dabei z. B. ein Schema wie das in  Abb. 13.2 gezeigte benutzen, um die Verbindungen der einzelnen Aspekte der Traumaerinnerungen und der Reaktionen darauf grafisch zu veranschaulichen. Wir empfehlen, die Informationen, die beide gemeinsam sammeln, nach und nach in dieses Schema einzutragen und Verbindungen durch Pfeile darzustellen. Eine solche grafische Darstellung ist für Therapeut und Patient sehr hilfreich.

Die folgenden Faktoren sollten ausführlich erfasst werden, wozu die beispielhaften Fragen und Instruktionen hilfreich sein können.

Gefühle und Gedanken während und kurz nach dem Trauma

Der Patient wird gebeten, zu schildern, wie er das Trauma erlebt hat, beginnend bei der Zeit kurz vor dem Trauma bis zum Ende der evtl. sich anschließenden Zeit im Krankenhaus. Ein besonderer Schwerpunkt sollte dabei auf Gefühlen und Gedanken während des Traumas oder kurz danach liegen. Sehr wichtig sind die Teile des Geschehens, die für den Patienten am schlimmsten waren.

Beispiel

Therapeut: »Damit wir zusammen daran arbeiten können, dass Sie in Zukunft weniger unter diesen traumatischen Erinnerungen leiden, ist es zunächst notwendig, dass wir uns ein genaues Bild von Ihren belastenden Erinnerungen und Gedanken machen. Dazu ist es wichtig, genau zu wissen, was während und nach dem Trauma passierte, welche Gefühle und Gedanken mit Ihren Erinnerungen verknüpft sind und wie Sie dann üblicherweise auf diese Gefühle und Gedanken reagieren. Wir haben festgestellt, dass Menschen, die ein sehr belastendes Erlebnis hatten, bestimmte Gefühle und Gedanken, die durch die Erinnerungen daran ausgelöst werden, als

besonders belastend empfinden. Deshalb versuchen sie, nicht mehr an das Erlebte zu denken und können sich den Erinnerungen nicht stellen. Wenn wir genau wissen, welche Gedanken und Gefühle bei Ihnen durch die Erinnerung ausgelöst werden, können wir daran gehen, sie genau zu betrachten und zu besprechen. Oft werden sie dadurch weniger belastend. Ich bitte Sie zunächst, mir das Geschehen von der Zeit kurz vor dem Ereignis bis zu seinem Ende/zum Ende der Zeit im Krankenhaus zu schildern. Das kann für Sie vielleicht sehr belastend sein. Ich werde Sie dabei unterstützen. Sind Sie bereit dazu? Haben Sie Bedenken oder Befürchtungen?«

Wachrufen der am stärksten belastenden Erinnerung

Der Patient wird gebeten, die am stärksten belastenden Erinnerungen an das Trauma wachzurufen und zu verbalisieren. Er soll sie in der Ich-Form detailliert schildern, so, wie er die Erinnerung im Alltag auch erlebt. Es kann dabei hilfreich sein, den Patienten zu bitten, die Augen zu schließen und in seiner Vorstellung zurückzugehen bis zu einem Zeitpunkt kurz vor dem Geschehen, das in der Intrusion wiedererlebt wird.

Beispiel

Therapeut: »Es ist völlig normal, wenn man belastende Erinnerungen oder Gedanken an ein solch schlimmes Ereignis hat. Das beschreiben alle Menschen, die einmal in einer ähnlichen Situation waren. Nun ist es hilfreich, wenn wir uns die Erinnerungen, die Sie als am meisten belastend empfinden, etwas genauer anschauen. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass ein guter Weg dazu ist, die Augen zu schließen und sich so lebhaft wie möglich zu erinnern. Ich bitte Sie, dass Sie die Augen schließen und in Gedanken zu dem Zeitpunkt zurückzugehen, an dem das passierte, was Sie heute noch am meisten quält. Bitte schildern Sie mir dies so, wie Sie sie im Alltag üblicherweise auch erleben.«

Auslöser von Intrusionen

Typische Auslöser von Erinnerungen und Gedanken an das Trauma werden gesammelt. (Hierbei ist zu beachten, dass es sich zunächst um eine sehr vorläufige Liste der Auslöser handelt. Im Laufe der Thera-

pie werden später subtilere sensorische Auslöser gemeinsam entdeckt, die dem Patienten oft zu Beginn der Behandlung nicht bewusst sind wie z. B. bestimmte Farben, Geräusche, Gerüche oder Körperempfindungen).

Beispiel

Therapeut: *»Was kann bei Ihnen Erinnerungen und Gedanken an das belastende Ereignis auslösen? Haben Sie schon einmal bemerkt, dass sie in bestimmten Situationen häufiger auftreten als in anderen? Welche Situationen sind das genau?«*

Mit den Intrusionen verbundene Kognitionen und Emotionen

Hiernach werden Kognitionen und Emotionen, die durch die traumatischen Erinnerungen hervorgerufen werden, exploriert. Die Frage lautet dabei jeweils, was der Patient denkt, wenn er Erinnerungen an das Trauma hat und wie er sich infolge dieser Gedanken fühlt. Dabei hat der Therapeut die Chance, Verbindungen zwischen bestimmten mit den Erinnerungen auftretenden Gedanken und Gefühlen genau herauszuarbeiten und grafisch zu verdeutlichen.

Beispiel

Therapeut: *»Wenn Sie diese Erinnerung haben, was geht Ihnen dann durch den Kopf? In welcher Weise beeinflussen diese Gedanken, wie Sie sich dann fühlen? Bewirken diese Gedanken, dass es Ihnen dann besser oder schlechter geht? Denken Sie manchmal auch etwas anderes? Fühlen Sie sich dann auch anders? Was sind die schlimmsten Gedanken; was sind die, die bewirken, dass Sie sich sehr schlecht fühlen? Gibt es auch Gedanken, die bewirken, dass Sie sich ein wenig besser fühlen?«*

Erfasst werden sollte, ob der Patient bestimmte Befürchtungen damit verbindet, sich den Erinnerungen an das Trauma auszusetzen. Häufig fürchten Patienten z. B., sie könnten verrückt werden, völlig die Kontrolle über ihre Gefühle verlieren und nicht mehr aufhören zu weinen, einen Herzinfarkt bekommen oder so wütend werden, dass sie den Therapeuten oder andere Menschen gefährden würden. Diese Befürchtungen sind insofern von großer Wichtigkeit, als sie die notwendige Exposition an die traumatischen Erinnerungen behindern können. Sie

sollten daher vorrangig Gegenstand der Diskussion sein; Patient und Therapeut besprechen Argumente dafür und dagegen, dass sich die Befürchtung bewahrheiten wird.

Unter der Lupe

Verhaltensexperimente zur Überprüfung dieser Befürchtungen müssen in diesen Fällen meist durchgeführt werden, bevor der Patient zum imaginativen Nacherleben bereit ist.

Ebenfalls von Bedeutung sind Befürchtungen zu negativen und ablehnenden Reaktionen anderer Personen, wenn der Patient über seine Erlebnisse offen spräche (i.S. von *»Wenn ich offen berichte, was ich erlebt habe, werden die anderen mich als abstoßend empfinden, sich von mir zurückziehen«*). Solche negativen Erwartungen können auch im Zusammenhang mit einer katastrophisierenden oder selbstbeschuldigenden Interpretation der PTBS-Symptome auftreten (*»Etwas stimmt ernsthaft nicht mit mir, was denken die anderen, wenn sie erfahren, dass ich immer noch so sehr leide?«*). Sie beeinträchtigen die Bereitschaft des Betroffenen, mit anderen über seine traumatischen Erinnerungen zu sprechen. Genau dies jedoch stellt eine sehr hilfreiche Form der Konfrontation dar und birgt die Chance, außerhalb der Therapie die eigenen Einstellungen (z. B. zu Schuld und Verantwortung für das Geschehene) mit der Meinung anderer zu vergleichen und u. U. zum Positiven zu verändern.

Unter der Lupe

Daher sollten Kognitionen, die sich auf die Reaktionen anderer beziehen, sehr sorgfältig erhoben und bearbeitet werden.

Der Partner oder Familienmitglieder können an solchen Punkten in die Behandlung mit einbezogen werden.

Zur detaillierten Erhebung der persönlichen negativen Bedeutungen der Erinnerungen kann der Patient nach der ersten Sitzung Fragebogen ausfüllen (ein beispielhafter Fragebogen kann bei der Erstautorin angefordert werden; s. auch Ehlers, 1999). Solch eine Erhebung eignet sich auch, um Verände-

rungen in den wichtigsten Kognitionen über den Verlauf der Therapie hinweg zu überprüfen.

Erfassung aufrechterhaltender Verhaltensweisen

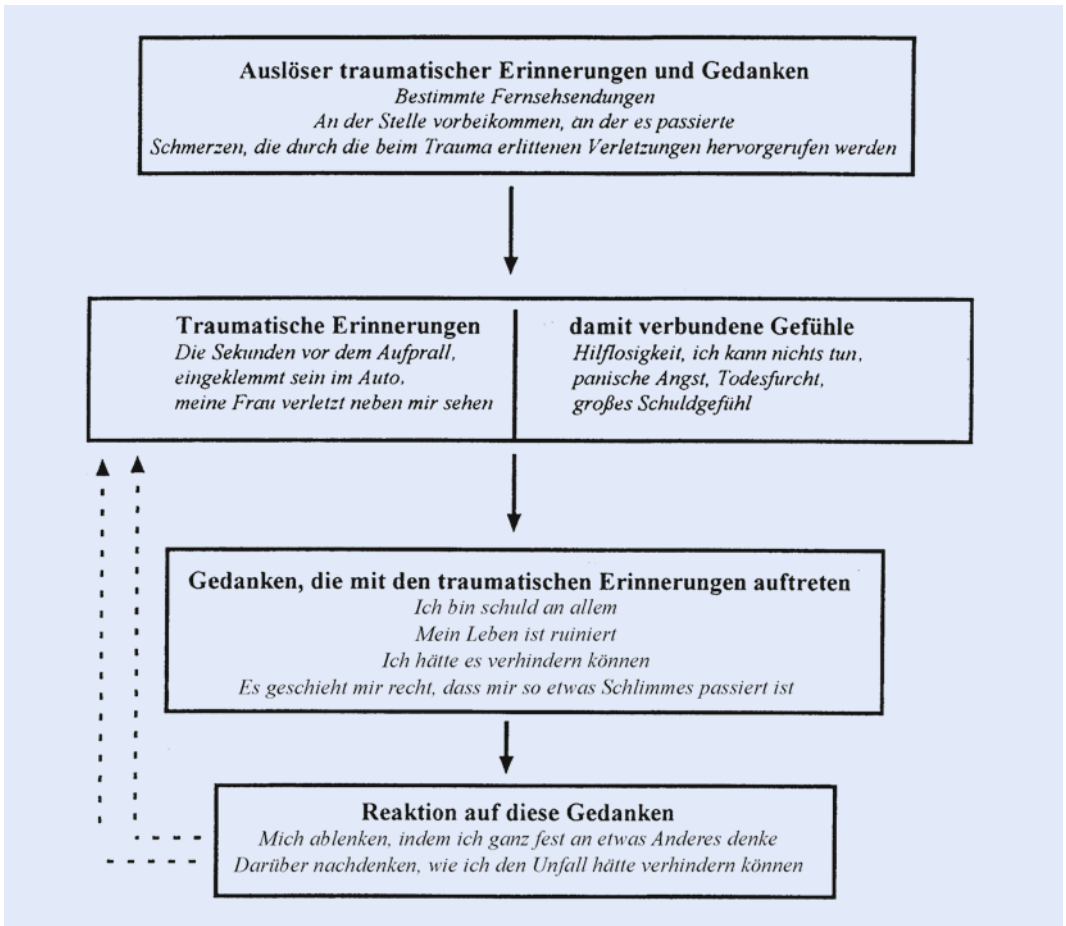
Im nächsten Schritt werden alle Verhaltensweisen erhoben, die der Patient bisher zur Bewältigung belastender Situationen beim Auftreten von Intrusionen angewendet hat, wie z. B.

- Gedankenunterdrückung,
- Grübeln,
- Alkohol trinken etc.

Möglicherweise empfindet der Patient es als beschämend, über bestimmte Bewältigungsversuche (z. B. der Patient befriedigt sich selbst, s. oben) zu spre-

chen. Wenn dieser Eindruck im therapeutischen Gespräch entsteht, kann der Therapeut bestimmte, möglicherweise mit Scham verbundene Reaktionen vorgeben und versichern, dass diese sehr verständlich sind (i. S. von »Wir hatten viele Patienten, die ...«). Der Patient wird zu jeder Reaktion auf das Auftreten von Intrusionen dazu befragt, ob der betreffende Bewältigungsversuch in seinen Augen sich bisher als hilfreich oder weniger hilfreich erwiesen hat. Bei der Gedankenunterdrückung und dem Grübeln z. B. kann der Patient herausfinden, dass diese Reaktionen die Häufigkeit der Intrusionen weniger gesenkt als vielmehr erhöht haben. Eine solche Erkenntnis des Patienten lässt sich als rückkoppelnder Pfeil im dargestellten Schema von ■ Abb. 13.2 grafisch verdeutlichen und festhalten.

13



■ **Abb. 13.2.** Schema der therapiebezogenen Diagnostik bei posttraumatische Belastungsstörung

Die paradoxe Wirkung der Gedankenunterdrückung lässt sich gut mit einer Demonstration veranschaulichen. Man bittet den Patienten, in der nächsten Minute an alles Mögliche zu denken, bloß nicht an weiße Bären (oder einen anderen festgelegten Reiz). Der Patient wird erleben, dass er nicht vermeiden kann, an den festgelegten Reiz zu denken. Die Rolle der Gedankenunterdrückung bei der Aufrechterhaltung seiner belastenden Erinnerungen an das Trauma kann dann besprochen werden. Als Hausaufgabe kann sich hier anschließen, für einige Tage die belastenden Erinnerungen nicht zu bekämpfen und zu beobachten, ob sie dann häufiger oder weniger häufig auftreten bzw. ob sich am Grad der Belastung etwas verändert.

Auch die bisherigen Bewältigungsversuche des Patienten können mithilfe von Fragebogen erfasst werden. Wie der Fragebogen zur persönlichen Bedeutung der Intrusionen kann auch dieser zur Erfolgskontrolle im Verlauf der Therapie dienen, um zu überprüfen, ob das Ausmaß kognitiver Vermeidung sinkt (ein Beispiel für einen solchen Fragebogen kann bei der Erstautorin angefordert werden; siehe auch Ehlers, 1999).

Beispiel

Therapeut: »Normalerweise versuchen Menschen, etwas gegen Gedanken und Erinnerungen, die sie belasten, zu tun. Das ist völlig normal so. Mich interessiert, wie Sie persönlich bisher versucht haben, mit diesen Erinnerungen und Gedanken umzugehen.

Wenn Sie diese Erinnerungen, Gedanken und Gefühle haben, über die wir eben gesprochen haben, was tun Sie dann üblicherweise? Tun Sie bestimmte Dinge, damit die Erinnerungen aufhören?« (Falls der Patient es schwierig findet, diese Fragen zu beantworten, kann man genauer nachfragen: »Tun Sie etwas, um sich abzulenken? Versuchen Sie, an etwas anderes zu denken? Tun Sie bestimmte Dinge, um die Gedanken aus Ihrem Kopf zu vertreiben? Grübeln Sie über bestimmte Dinge dann nach? Über was genau?«) »Was ist Ihr Ziel, wenn Sie dies tun? Haben Sie den Eindruck, dass dies Ihnen hilft, die Erinnerung oder den Gedanken loszuwerden? Bewirkt dies, dass Sie die Erinnerung als weniger belastend erleben? Hilft es, dass die Erinnerung seltener auftritt? Haben Sie den Eindruck, dass dies Ihnen auf Dauer hilft, besser mit den Erinnerungen zurechtzukommen? Was passiert, wenn Sie versuchen, sich abzulenken, wenn Sie dann über ... nachgrübeln?«

Erfassung der Vermeidung intrusionsauslösender Situationen und Verhaltensweisen

Erhoben wird auch die Vermeidung von Auslösern von Intrusionen. Wenn der Patient es schwer findet, entsprechende Informationen zu geben, kann man fragen, welche Bereiche des Lebens sich seit dem Trauma verändert haben. Der Patient wird dazu befragt, ob er die Vermeidung dieser Situationen oder Dinge bisher als langfristig hilfreich oder weniger hilfreich erlebt hat.

Bezogen auf das spezifische Trauma kann man dem Patienten auch Listen mit Situationen oder Verhaltensweisen vorgeben, die Patienten mit PTBS nach einem solchen Trauma üblicherweise vermeiden (ein beispielhafter Fragebogen für Personen, die einen Verkehrsunfall erlebten, kann bei der Erstautorin angefordert werden).


Beispiel

Therapeut: »Gibt es Dinge, die Sie vermeiden, weil Sie an das Trauma erinnern? Vermeiden Sie sie immer oder nur unter bestimmten Umständen? Warum, glauben Sie, umgehen Sie diese Situationen? Ist Ihr Eindruck, dass das Vermeiden auf Dauer hilfreich ist oder weniger hilfreich? Hat die Anzahl der Dinge, die Sie umgehen oder vermeiden, mit der Zeit zu- oder abgenommen?«

Hausaufgabe

Als Hausaufgabe erhält der Patient über eine Woche hinweg ein Tagebuch, das er ausführlich führen soll mit Angaben zu:

- dem Auftreten von Intrusionen,
- den mit ihnen verbundenen Gefühlen und Gedanken,
- der Belastung durch die Intrusion und
- seinen Reaktionen darauf.

Mit dessen Hilfe kann überprüft werden, ob vielleicht wichtige Aspekte des Erlebens der Intrusionen und des Umganges mit ihnen in der therapiespezifischen Diagnostik vergessen oder falsch eingeschätzt worden sind. Ein Beispiel für ein solches Tagebuch zeigt  Abb. 13.3. Auch das Tagebuch kann zum Ende oder im Verlauf der Behandlung zur Erfolgskontrolle eingesetzt werden. Als hilfreich hat es sich ferner erwiesen, dass der Patient eine Aufzeich-

| Zeit | Inhalt der Erinnerung oder des Gedankens | Was haben Sie gedacht? | Wie belastend war die Erinnerung für Sie? (0 = überhaupt nicht, 100 = sehr belastend) | Was haben Sie getan, als die Erinnerung auftrat? Gab es Auslöser? | Was haben Sie getan, um die Erinnerung zu beenden? War das hilfreich? |
|------|--|------------------------|---|---|---|
| | | | 0 .. 10 .. 20 .. 30 .. 40 .. 50 .. 60 .. 70 .. 80 .. 90 .. 100 | | |
| | | | 0 .. 10 .. 20 .. 30 .. 40 .. 50 .. 60 .. 70 .. 80 .. 90 .. 100 | | |
| | | | 0 .. 10 .. 20 .. 30 .. 40 .. 50 .. 60 .. 70 .. 80 .. 90 .. 100 | | |
| | | | 0 .. 10 .. 20 .. 30 .. 40 .. 50 .. 60 .. 70 .. 80 .. 90 .. 100 | | |
| | | | 0 .. 10 .. 20 .. 30 .. 40 .. 50 .. 60 .. 70 .. 80 .. 90 .. 100 | | |
| | | | 0 .. 10 .. 20 .. 30 .. 40 .. 50 .. 60 .. 70 .. 80 .. 90 .. 100 | | |
| | | | 0 .. 10 .. 20 .. 30 .. 40 .. 50 .. 60 .. 70 .. 80 .. 90 .. 100 | | |
| | | | 0 .. 10 .. 20 .. 30 .. 40 .. 50 .. 60 .. 70 .. 80 .. 90 .. 100 | | |
| | | | 0 .. 10 .. 20 .. 30 .. 40 .. 50 .. 60 .. 70 .. 80 .. 90 .. 100 | | |

■ **Abb. 13.3.** Tagebuch zu Erinnerungen und Gedanken an das belastende Ereignis

nung der Sitzung zu Hause erneut anhört, sich Fragen und Bemerkungen hierzu notiert und zur nächsten Sitzung mitbringt.

13.2.5 Abschluss der ersten Therapiesitzung

Gegen Ende der ersten Sitzung sollte das Rational der Behandlung ausführlich und verständlich erläutert werden. Im Mittelpunkt der Beratung steht, die persönliche Bedeutung des Traumas für den Patienten gemeinsam zu diskutieren und positiv zu verändern sowie neue, hilfreiche Wege zu finden, mit den belastenden Erinnerungen und Gedanken an das Trauma umzugehen.

Unter der Lupe

Als hilfreich hat sich erwiesen, am Ende jeder Sitzung den Patienten zu fragen, ob es etwas gibt, was ihn daran hindern könnte, wiederzukommen.

Diese abschließende Frage soll dem Patienten die Gelegenheit geben, negative Erfahrungen in der Therapiesitzung zu äußern. Nur wenn der Patient diese offenlegt, hat der Therapeut die Chance, sie zu bearbeiten, dem Patienten spezifische Hilfen oder Lösungen anzubieten. Beispielsweise hat der Patient vielleicht die imaginative Konfrontation mit dem Trauma und das Gespräch über seine Folgen doch als belastender erlebt, als er erwartet hat. Hilfreich erscheint es auch, wenn man dem Patienten nach Ende der Sitzung die Gelegenheit geben kann, in einem geschützten Raum so lange zu verweilen, bis die durch die Konfrontation ausgelöste Erregung abgeklungen ist.

13.3 Weiterer Behandlungsverlauf

Zu Beginn einer jeden weiteren Sitzung wird zunächst die Hausaufgabe diskutiert. Am Anfang der zweiten Sitzung sollte das persönlich auf den Patienten bezogene und in der ersten Sitzung erarbeitete und grafisch veranschaulichte Modell der Aufrecht-

erhaltung posttraumatischer Symptomatik im Rahmen eines Rollentausches wiederholt werden: Der Patient erklärt dem Therapeuten das Modell. Danach wird das Tagebuch angesehen. Ziel ist, einen möglichst umfassenden Überblick über die verschiedenen Intrusionen und die dazugehörigen Gedanken, Gefühle und Reaktionen zu erhalten. In den folgenden Sitzungen wird die Arbeit an den Traumareinnerungen und aufrechterhaltenden Verhaltensweisen fortgesetzt. Das eingangs erarbeitete Modell wird dabei weiter ergänzt und ggf. revidiert.

13.3.1 Weiterführung der Arbeit am Traumagedächtnis

In den ersten Sitzungen sollte der Patient mehrfach erneut, wie oben beschrieben, die Erinnerung an das Trauma in der Vorstellung durchleben und dabei äußern, was er empfindet und denkt (alternativ: Die schriftliche Beschreibung des Traumas durchlesen und ergänzen). Wichtig ist zu erfassen, ob sich am Erleben des Patienten, an seinen Gefühlen oder Gedanken, die mit dieser Schilderung auftreten, etwas verändert hat. Die Gefühle, die sensorischen Empfindungen und die Interpretationen, die durch die Imagination aktiviert werden, können sich im Laufe der Zeit stark verändern. Möglicherweise treten auch noch nach einigen Sitzungen völlig neue negative Bedeutungen des traumatischen Erlebens zutage, die dann Gegenstand der Therapie werden sollten. Möglich ist auch, dass der Patient sich an neue Aspekte des Traumas erinnert, die ihm vorher noch nicht zugänglich waren.

13.3.2 Kognitive Interventionen

Kognitiver Methoden werden eingesetzt, um die persönlichen negativen Bedeutungen (Interpretationen) zu verändern und die aufrechterhaltenden Verhaltensweisen zu reduzieren. Das Vorgehen wird individuell auf die Kognitionen und das Verhalten des Patienten zugeschnitten, Hausaufgaben werden individuell gegeben. Dabei kommt ein breites Spektrum an Methoden der kognitiven Therapie nach Beck u- Emery (1985) zur Anwendung (s. Ehlers, 1999, für eine Beschreibung des Vorgehens bei ver-

schiedenen Interpretationen). Als Basis dient der Gebrauch des **sokratischen Dialogs** im Gespräch mit dem Patienten.

! Von zentraler Bedeutung ist es bei der kognitiven Therapie, den Patienten nicht zu überreden, sondern gemeinsam mit ihm Argumente



Techniken der kognitiven Therapie

- Demonstrationen zum Zusammenhang zwischen Gedanken und Gefühlen:
 - Patient: *»Immer, wenn ich denke, dass ich es hätte verhindern können, fühle ich mich noch trauriger und schlechter.«*
 - Patient: *»Wenn ich in Situationen, die mich an den Unfall erinnern, solche starken körperlichen Symptome bekomme, dann denke ich, dass ich doch nicht normal bin, dass ich vielleicht verrückt werde. Diese Gedanken ängstigen mich dann sehr.«*
- Die Betrachtung von Befürchtungen und Erwartungen als Hypothesen, die man testen kann, sowie der Gebrauch von Wahrscheinlichkeitsschätzungen, Beweissammlung und Verhaltensexperimenten, um Überzeugungen und Erwartungen zu überprüfen:
 - Therapeut: *»Sie nehmen an, dass Ihre Frau sich von Ihnen abwenden und Sie weniger lieben wird, wenn Sie Ihr erzählen, wie hilflos und ängstlich Sie sich während des Überfalles gefühlt haben. Woher kommt diese Erwartung? Haben Sie schon einmal erlebt, dass sie in einer ähnlichen Situation so auf Sie reagiert hat? Welche Dinge sprechen dafür, dass sie sich so verhalten wird, welche Dinge sprechen dagegen?«*
 - Therapeut: *»Sie befürchten, dass Sie nicht mehr aufhören können zu weinen, wenn Sie mir genau erzählen, was vorgefallen ist. Haben Sie schon einmal einen Menschen erlebt, der bei einer traurigen Erinnerung nie mehr aufhören konnte, zu weinen? Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie 3 Stunden lang weinen werden?«* »Sie glauben, dass die Erin-



für und wider seine Auffassung abzuwägen und den Patienten selbst zu Schlussfolgerungen kommen zu lassen (sokratischer Dialog).

Welche Belege hat der Patient dafür, dass seine Interpretation, Erwartung oder Auffassung zutreffend ist? Sind auch andere Auffassungen denkbar?

nerung nie mehr weggehen und Sie überwältigen wird, wenn Sie sich nicht sehr bemühen, sie zu bekämpfen. Ausprobiert haben Sie das aber noch nie. Wie können wir herausfinden, was wirklich passieren wird?«

- Sammeln von Belegen für und gegen die Gedanken und Überzeugungen:
 - Therapeut: *»Wenn Sie sich an das Ereignis erinnern, dann denken Sie, Ihr Leben sei ruiniert. Was meinen Sie genau damit? Bedeutet das, dass in Ihrem Leben nie mehr etwas Positives wird passieren können? Welche Bereiche in Ihrem Leben sind Ihnen wichtig? Welche Dinge genießen Sie in Ihrem Leben? Auf welche Dinge in der Zukunft könnten Sie sich sogar freuen?«*
 - Therapeut: *»Sie sind davon überzeugt, dass nur Sie alleine an dem Ereignis schuld waren. Welche Anhaltspunkte haben Sie dafür, dass Sie die Schuld tragen? Gibt es andere Dinge, die zum Ereignis beigetragen haben? Könnte X ebenfalls Verantwortung tragen? Welche Rolle könnte der Zufall gespielt haben? Welche äußeren Dinge könnten auf das Geschehen Einfluss gehabt haben?«*
- Die Entwicklung alternativer und hilfreicher Gedanken und Erwartungen:
 - Patient: *»Wenn ich anderen von den belastenden Erinnerungen erzähle, werde ich vielleicht recht traurig werden und weinen müssen, aber das wird vorübergehen. Ich werde nicht die Kontrolle über mich verlieren, und die anderen werden wahrscheinlich gut verstehen können, warum ich so traurig bin. Ich werde mich vielleicht nicht mehr so isoliert fühlen, wenn ich über meine Erinnerungen sprechen kann.«*

- Patient: *»Dass ich so starkes Herzklopfen bekomme und dass mir übel wird, wenn ich an der Stelle vorübergehe, an der es passiert ist, ist ganz normal. Es ist kein Zeichen dafür, dass etwas mit mir nicht stimmt. Anderen geht es genauso.«*
- **Verhaltensexperimente:**
Zur Überprüfung bestimmter Annahmen oder Befürchtungen werden Verhaltensexperimente eingesetzt. Im Gegensatz zur In-vivo-Konfrontation werden Verhaltensexperimente gezielt zur Überprüfung der problematischen Interpretationen aufgebaut und meist nur einmal durchgeführt. So kann ein Patient, der Sicherheitsverhalten einsetzt, seine Überzeugung *»wenn ich X nicht mache, werde ich wieder überfallen«* dadurch überprüfen, dass er das Verhalten unterlässt. Erfasst wird der Grad der Überzeugung in die Zielinterpretation, nicht wie belastend der Patient das Experiment fand.
- **Umfragen:**
Patienten, die sich über ihr Verhalten während des Traumas schämen, profitieren oft von systematischen Umfragen, in denen andere Menschen zu ihren Befürchtungen befragt werden (z. B. darüber, was sie über jemanden denken, der sich während eines Überfalls nicht gewehrt hat oder die Kontrolle über seine Blase verloren hat).
- **Imaginationsverfahren:**
Imaginationsverfahren können nützlich sein bei der Entwicklung einer neuen Perspektive. So können z. B. Frauen, die sich Vorwürfe machen, sich bei einer Vergewaltigung nicht mehr gewehrt zu haben, gebeten werden, sich vorzustellen, wie die Situation verlaufen wäre, wenn sie dies getan hätten. Sie können dadurch zu der Schlussfolgerung kommen, dass der Täter noch gewalttätiger geworden wäre und sie wahrscheinlich noch mehr verletzt hätte. Es kann für den Patienten teilweise auch hilfreich sein, sich das Geschehen in der Vorstellung aus der Perspektive einer anderen Person vorzustellen.

13.3.3 Spezielle kognitive Verfahren zur Veränderung des Traumagedächtnisses

In der speziell für die PTBS entwickelten kognitiven Therapie für PTBS (Ehlers & Clark, 2008; Ehlers et al., 2003; Ehlers et al., 2005) kommen neben den oben geschilderten allgemeinen Techniken der kognitiven Therapie eine Reihe von speziellen Interventionen zum Einsatz, die auf die Besonderheiten des Traumagedächtnisses bei der PTBS abgestimmt wurden.

Aktualisieren des Traumagedächtnisses

Klinische Beobachtungen haben gezeigt, dass der willentliche Abruf des Traumas oft unzusammenhängend und unvollständig ist. Dies trägt dazu bei, dass Patienten bei der Erinnerung der schlimmsten Momente des Traumas oft Informationen nicht abrufen können, die deren Bedeutung eine neue Perspektive geben würden (Ehlers & Clark, 2000). Im einfachsten Fall ist dies die Information, dass die schlimmsten Befürchtungen während des Traumas nicht eingetre-

ten sind (z. B. *»Ich bin nicht gestorben«*; *»Ich bin nicht gelähmt«*; *»Ich habe meine Kinder wiedergesehen«*). Aber auch die Erkenntnisse aus der kognitiven Therapie (z. B. *»Es ist nicht meine Schuld«*, *»Meine Reaktionen waren normal und ich brauche mich nicht zu schämen«*) führen bei Patienten mit PTBS oft nicht automatisch auch zu emotionalen Veränderungen.

Unter der Lupe

In der kognitiven Therapie werden deshalb die Erinnerung an die schlimmsten Momente gezielt mit den Informationen verknüpft, die die persönlichen negativen Bedeutungen relativieren.

Dies kann auf verschiedene Weise geschehen:

- Der Patient stellt sich den schlimmsten Moment lebhaft vor und erinnert sich dann verbal an die aktualisierende Informationen (*»Ich weiß jetzt, dass ich nicht sterbe«*; *»Ich weiß jetzt, dass es nicht meine Schuld ist«*).
- Die neue Information wird in die schriftliche Traumabeschreibung eingebaut (mit anderer

Farbe oder Schrifttyp) und der Patient liest dann die aktualisierte Traumabeschreibung.

- Der Patient stellt sich den schlimmsten Moment lebhaft vor und tut dann Dinge, die er während des Traumas nicht machen konnte (z. B. aufstehen und sich bewegen bei Befürchtung, gelähmt zu sein) oder die ihm Empfindungen vermitteln, die den persönlichen negativen Bedeutungen widersprechen (z. B. Körper abtasten und fühlen, dass er intakt ist; etwas essen und merken, dass der Geschmack nicht Blut ist; Fotos von den Kindern ansehen, die nach dem Trauma aufgenommen wurden).
- Der Patient stellt sich den schlimmsten Moment lebhaft vor und geht dann zu Vorstellungsbildern über, die die aktualisierende Information repräsentieren (z. B. sich den Täter im Gefängnis vorstellen; den Täter in der Vorstellung wegschicken).

Diskrimination von Auslösern der Traumaerinnerungen

Wie oben erwähnt, sind sich Patienten oft nicht der oft subtilen sensorischen Auslöser bewusst, die die intrusiven Traumaerinnerungen auslösen. So leisten Patient und Therapeut zunächst Detektivarbeit in der Identifikation dieser Auslöser. Dies erfordert systematische Beobachtung der Intrusionen und ihrer Auslöser in der Sitzung und in der natürlichen Umgebung (hier ist es oft nützlich, das Therapiezimmer zu verlassen und den Patienten auf der Straße, in Geschäften usw. zu beobachten). Wenn Auslöser identifiziert wurden, lernt der Patient, sich darauf zu konzentrieren, wie der Auslöser und der jetzige Kontext (»Jetzt«) sich von der traumatischen Situation unterscheiden (»Damals«). Im nächsten Schritt werden in der Therapiesitzung systematisch Intrusionen provoziert und der Patient wendet die »Damals«-versus-»Jetzt«-Diskrimination an. Dies kann dadurch erleichtert werden, dass der Patient Bewegungen durchführt, die während des Traumas nicht möglich waren, oder Objekte ansieht oder fühlt, die repräsentieren, dass das Trauma vorbei ist. Schließlich wendet der Patient die Diskrimination in seiner natürlichen Umgebung an. Wenn Intrusionen auftreten, erinnert er sich daran, dass er auf eine Erinnerung und nicht auf die gegenwärtige Realität reagiert hat und konzentriert seine

Aufmerksamkeit auf die Unterschiede zwischen der gegenwärtigen Situation und dem Trauma. Zum Abschluss der »Damals«-versus-»Jetzt«-Diskrimination besuchen Therapeut und Patient gemeinsam den Ort, an dem das Trauma geschehen ist (insofern dies sicher und möglich ist). Zu sehen, wie anders der Ort jetzt aussieht, hilft dem Patienten dabei, das Trauma als eine Erinnerung aus der Vergangenheit zu erleben.

Das Leben zurückerobern

Patienten mit PTBS beschreiben häufig den Eindruck, sie seien durch das Trauma völlig andere Menschen geworden. Sie beschreiben teilweise sogar, dass sie sich gar nicht mehr daran erinnern können, wie sie vor dem Trauma waren. Hierzu tragen u. a. eine Tendenz zu wenig spezifischen autobiografischen Erinnerungen bei der PTBS (Schönfeld & Ehlers, 2006) und Interpretationen einer irreversiblen Veränderung bei (Dunmore et al., 2001). Um den Abruf an Erinnerungen an das Leben vor dem Trauma zu erleichtern und die Hoffnung zu wecken, dass zumindestens Teile davon wieder zurückerobert werden können, vereinbaren Therapeut und Patient Hausaufgaben, in denen der Patient schrittweise Aktivitäten wieder aufnimmt, die er seit dem Trauma aufgegeben hat z. B.:

- sportliche Aktivitäten wieder aufnehmen,
- Kontakte mit Bekannten und Verwandten wieder herstellen oder
- Musik hören.

13.3.4 Arbeit an aufrechterhaltenden kognitiven Strategien und Verhaltensweisen

Die therapeutische Arbeit an den aufrechterhaltenden Verhaltensweisen verläuft parallel zur Modifikation der problematischen Interpretationen des Traumas und der Symptome. So ist zur Reduktion von Interpretationen, dass ein weiteres Trauma bevorsteht, sowohl die Diskussion dieser Überzeugung als auch Verhaltensexperimente zur Reduktion von Sicherheitsverhalten und der selektiven Aufmerksamkeit notwendig. Bei Interpretationen zu Schuldgefühlen oder zur Ungerechtigkeit des traumatischen Ereignisses muss oft auch Grübeln abgebaut werden.

Eine Betrachtung der Vor- und Nachteile des aufrechterhaltenden Verhaltens ist oftmals nützlich. Teilweise reicht es aus, den Patienten auf die Nachteile der Strategie aufmerksam zu machen und ihn aufzufordern, damit zu experimentieren, die Strategie aufzugeben und zu beobachten, wie sich dies auf sein Befinden und die Intrusionen auswirkt.

13.3.5 Weitere Interventionen

Die Erfahrung der Autorinnen zeigt, dass bei der Behandlung der PTBS aufgrund der hohen Komorbidität der Einsatz von Verfahren aus anderen Bereichen der kognitiven Therapie und der Verhaltenstherapie oft hilfreich ist. So können Methoden zur Schmerzbewältigung, Verbesserung des Schlafes, zur Verhaltensaktivierung, zum Ärgermanagement und zur Veränderung der Partner- und Familienkommunikation angewendet werden. Diese Methoden lassen sich sehr gut mit den hier beschriebenen kognitiven Interventionen kombinieren.

13.4 Wirksamkeit kognitiver Therapieansätze bei der PTBS

Die Wirksamkeit der kognitiven Therapie für PTBS wurde inzwischen in mehreren randomisierten Therapie- und Effektivitätsstudien geprüft.

Unter der Lupe

Drei randomisierte kontrollierten Therapiestudien (Ehlers et al., 2003; Ehlers et al., 2005; Ehlers et al., in Vorbereitung) fanden eine ausgezeichnete Akzeptanz des Ansatzes (insgesamt weniger als 3% Therapieabbrucher).

Dies ist bemerkenswert im Vergleich zu anderen Interventionsverfahren, für die Therapieabbruchquoten bei der PTBS von bis zu 35% berichtet werden (Bradley et al., 2005). Zur guten Akzeptanz mag beigetragen haben, dass das Trauma nur für im Durchschnitt insgesamt 100 min während der Therapie nacherlebt wurde.

Unter der Lupe

Die »**Intent-to-treat**«-Effektstärken für die Veränderung der PTBS-Symptome mit der Therapie waren ebenfalls ausgezeichnet: Sie lagen bei einem Cohens d von etwa 2.5.

Entsprechend gute Ergebnisse wurden auch erzielt, wenn die Behandlung unselegierten Patientengruppen im Rahmen von Effektivitätsstudien angeboten wurden (Gillespie et al., 2002; Brewin et al., 2008). Smith et al. (2007) passten das Behandlungsprogramm für Kinder an und fanden ebenfalls eine ausgezeichnete Akzeptanz und Effektstärke. Auch bei sehr chronischen mehrfach traumatisierten Patienten in Nordirland verzeichnete die kognitive Therapie sehr gute Behandlungserfolge (Duffy et al., 2007).

Steil et al. (2009) kombinierten eine Modifikation des Programmes mit Elementen aus der dialektisch behavioralen Therapie zur Behandlung von Patientinnen mit posttraumatischer Belastungsstörung nach sexualisierter Gewalt in der Kindheit und komorbiden Störungen der Emotionsregulation (wie z. B. Substanzabusus, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Essstörung). Sie fanden bei dieser Patientengruppe eine sehr gute Verträglichkeit und Effektivität.

Auch das von Resick et al. entwickelte Programm »**Cognitive Processing Therapy**« (CPT; ► Kap. 21), das ebenfalls einen starken Schwerpunkt in der Restrukturierung dysfunktionaler Kognitionen aufweist und eine zeitlich eng begrenzte Exposition an schriftliche Beschreibungen vorsieht, zeigte gute Erfolge in randomisierten kontrollierten Therapiestudien (Resick et al., 1992; Resick et al., 2002). So fanden Resick et al. (2002) eine »**Intent-to-treat**«-Effektstärke von 1.6 bei einer Abbrecherquote von 27%. Resick et al. (2008) verglichen im Rahmen eines kontrollierten randomisierten Designs die Wirksamkeit des ursprünglichen Programms (CPT) mit der einer Behandlung nur mithilfe von wiederholter Exposition (ET) und einer Behandlung nur mithilfe von kognitiven Methoden (CPT-C) anhand von 150 Patientinnen. Sie fanden, dass besonders die rein kognitive Intervention, die keine Expositionselemente beinhaltete, zu einer schnellen und nachhaltigen Reduktion der Symptomatik führte.

Literatur

- Beck, A. T & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Bisson, J., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D. & Turner, S. (2007). Systematic review and metaanalysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97–104.
- Borkovec, T. D & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought-activity. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 153–158.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214–217.
- Brewin, C. R., Scragg, P., Robertson, M., Thompson, M., d'Ardenne, P. & Ehlers, A. (2008). Promoting mental health following the London bombings: A screen and treat approach. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 3–8.
- Chemtob, C., Roitblat, H. L., Hamada, R. S., Carlson, J. G & Twentyman, C. T. (1988). A cognitive action theory of post-traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 253–275.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461–470.
- Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. (2008). *Treatment of posttraumatic stress disorder: Assessment of the evidence*. Washington, D.C. National Academies Press.
- Creamer, M., Burgess, P. & Pattison, P. (1992). Reaction to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 452–459.
- Duffy, M., Gillespie, K. & Clark, D. M. (2007). Post-traumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in Northern Ireland: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 334, 1147–1150.
- Dunmore, E., Clark, D. M. & Ehlers, A. (2001). A prospective study of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1063–1084.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2008). Posttraumatic stress disorder: The development of effective psychological treatments. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62 (S47), 11–18.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for PTSD: development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 413–431.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C. & Mayou, R. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, self-help booklet, and repeated assessment as early interventions for PTSD. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1024–1032.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., Grey, N., Wild, J., Deale, A., Albert, I & Stott, R. (in Vorbereitung). A randomized controlled trial of intensive and weekly cognitive therapy and emotion-focused therapy in the treatment of PTSD.
- Ehlers, A., Margraf, J & Roth, W. T. (1988). Selective information processing, interoception, and panic attacks. In I. Hand & H.U. Wittchen (Hrsg.), *Panic and Phobias* (S. 129–148). Berlin: Springer.
- Ehlers, A., Mayou, R. A. & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic PTSD after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508–519.
- Ehlers, A & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 217–249.
- Ehring, T., Ehlers, A & Glucksman, E. (2008). Do cognitive models help in predicting the severity of posttraumatic stress disorder, phobia and depression after motor vehicle accidents? A prospective longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 219–230.
- Foa, E. B & Riggs, D. S. (1993). *Post-traumatic stress disorder in rape victims*. American Psychiatric Press Review of Psychiatry 12. Washington DC: Author.
- Foa, E. B., Steketee, G & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155–176.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S & Murdock, T. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape-victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715–723.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 25, 487–499.
- Gillespie, K., Duffy, M., Hackmann, A & Clark, D.M. (2002). Community based cognitive therapy in the treatment of post-traumatic stress disorder following the Omagh bomb. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 345–357.
- Halligan, S. L., Michael, T., Clark, D. M. & Ehlers, A. (2003). Posttraumatic stress disorder following assault: the role of cognitive processing, trauma memory, and appraisals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 419–431.
- Horowitz, M.J. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Aronson.
- Jones, J. C & Barlow, D. H. (1990). The etiology of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 10, 299–328.
- Keane, T. M., Zimering, R. T & Caddell, R. T. (1985). A behavioral formulation of PTSD in Vietnam veterans. *Behavior Therapist*, 8, 9–12.
- Kleim, B., Ehlers, A. & Glucksman, E. (2007). Prediction of chronic posttraumatic stress disorder after assault. *Psychological Medicine*, 37, 1457–1468.
- Mayou, R., Bryant, B. & Duthie, R. (1993). Psychiatric consequences of road traffic accidents. *British Medical Journal*, 307, 647–651.

- Murray, J., Ehlers, A. & Mayou, R. A. (2002). Dissociation and posttraumatic stress disorder: Two prospective studies of road traffic accident victims. *British Journal of Psychiatry*, *180*, 363–368.
- National Institute of Clinical Excellence (2005). Posttraumatic stress disorder: The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. In *Clinical guideline* 26. Available: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG26>.
- Ozer, E. J., Best, S., Lipzey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *129*, 52–73.
- Peterson, K. C., Prout, M. F. & Schwarz, R. A. (1991). *Post-traumatic stress disorder. A clinician's guide*. New York: Plenum.
- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, *37*, 1029–1054.
- Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, 748–756.
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 867–879.
- Resick, P. A., Galovski, T. E., O'Brien Uhlmansiek, M., Scher, C. D., Clum, G. A. & Young-Yu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*, 243–258.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T. & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape-victims. *Journal of Traumatic Stress*, *5*, 455–475.
- Salkovskis, P. M. & Campbell, P. (1994). Thought suppression induces intrusion in naturally occurring negative intrusive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, *32*, 1–8.
- Salkovskis, P. M. & Kirk, J. (1989). Obsessional Disorders. In K. Hawton, P.M. Salkovskis. & D.M. Clark (Hrsg.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford University Press.
- Schönfeld, S. & Ehlers, A. (2006). Overgeneral memory extends to pictorial retrieval cues and correlates with cognitive features in posttraumatic stress disorder. *Emotion*, *6*, 611–622.
- Shalev, A. Y., Schreiber, S. & Galai, T. (1993). Early psychological responses to traumatic injury. *Journal of Traumatic Stress*, *6*, 441–450.
- Smith, P., Yule, W., Perrin, S., Tranah, T., Dalgleish, T., Clark, D. M. (2007). Cognitive-behavioral therapy for PTSD in children and adolescents: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *46*, 1051–1061.
- Steil, R. (1996). *Posttraumatische Intrusionen nach Verkehrsunfällen – Faktoren der Aufrechterhaltung*. Unveröffentlichte Dissertation, Göttingen, Georg-August-Universität.
- Steil, R. & Ehlers, A. (2000). Dysfunctional meaning of posttraumatic intrusions in chronic PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 537–558.
- Steil, R., Dyer, A., Priebe, K., Kleindienst, N., Linehan, M., Harned, M. & Bohus, M. (2009) *Dialectical behavior therapy for posttraumatic stress disorder and pervasive emotional dyscontrol related to childhood sexual abuse: A pilot study of an intensive inpatient program*. Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim: Manuskript.
- Van der Kolk, B. A. & Van der Hart, O. (1991). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, *48*, 425–454.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R. & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53* (1), 5–13.
- Wells, A. (1994). Attention and the control of worry. In G. C. L. Davey & F. Tallis (Hrsg.), *Worrying: Perspectives on Theory, Assessment, and Treatment* (pp.101–135). Chichester: Wiley.
- Winter, H. (1996). *Posttraumatische Belastungsstörung nach Verkehrsunfällen*. Frankfurt: Lang.
- Yehuda, R., Southwick, S. M. & Giller, E. L. (1992). Exposure to atrocities and severity of chronic posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 333–336.

Andreas Maercker (Hrsg.)

Posttraumatische Belastungsstörungen

3., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage

14 Persönlichkeitsstile und Belastungsfolgen

Integrative psychodynamisch-kognitive Psychotherapie

M. J. Horowitz

- 14.1 Natürlicher Verlauf von Belastungsfolgesyndromen – 238**
 - 14.1.1 Ein prototypisches Fallbeispiel – 240
- 14.2 Psychodynamisch-kognitive Konzeptualisierung – 241**
- 14.3 Allgemeine Behandlungsstrategien – 242**
- 14.4 Histrionischer Persönlichkeitsstil unter Belastung – 244**
 - 14.4.1 Besonderheiten der Gedanken- und Gefühlskontrolle – 245
 - 14.4.2 Therapietechnik: Klärung – 246
 - 14.4.3 Beziehungsaspekte bei histrionischen Patienten – 247
- 14.5 Zwanghafter Persönlichkeitsstil unter Belastung – 247**
 - 14.5.1 Besonderheiten der Gedanken- und Gefühlskontrolle – 249
 - 14.5.2 Therapietechnik: An ein Thema binden – 250
 - 14.5.3 Beziehungsaspekte bei zwanghaften Patienten – 251
- 14.6 Narzisstischer Persönlichkeitsstil unter Belastung – 252**
 - 14.6.1 Besonderheiten der Gedanken- und Gefühlskontrolle – 253
 - 14.6.2 Therapietechnik: Umstrukturieren und Stabilisieren – 255
 - 14.6.3 Beziehungsaspekte bei narzisstischen Patienten – 256
- 14.7 Aktuelle Schlussbemerkung – 257**
- Literatur – 257**

Ein Zugangsweg zur psychotherapeutischen Arbeit besteht darin, das eigene Wissen zu strukturieren und einzugrenzen. Der seit mehreren Jahrzehnten verfolgte Ansatz des Autors beschränkt sich innerhalb der Störungen auf die Belastungsfolgesyndrome – und innerhalb der verschiedenen Persönlichkeitsstile auf den zwanghaften, den histrionischen sowie den narzisstischen Typ. Der integrativ psychodynamisch-kognitive Ansatz beruht auf einer Informationsverarbeitungstheorie, in deren Mittelpunkt die Verarbeitung konflikthafter Gedanken und Gefühle und die Veränderung von persönlichen Schemata stehen. Aufgrund dieses theoretischen Bezugssystems ist es möglich, eine Reihe von Vermutungen über beobachtbares Verhalten aufzustellen und daraus spezifische therapeutische Techniken abzuleiten.

Als prototypisches Fallbeispiel einer Extrembelastung soll in den folgenden Abschnitten ein Patient mit einem Autounfall dienen. Variationen dieses prototypischen Beispiels sollen die jeweiligen theoretischen Überlegungen veranschaulichen. Bevor das Beispiel dargestellt wird, folgen zunächst einige einführende Überlegungen.


14.1 Natürlicher Verlauf von Belastungsfolgesyndromen

Freud und Breuer (¹1895, 1970) entdeckten, dass traumatische Ereignisse abgewehrt werden, sich aber gleichzeitig ungewollt in Form hysterischer Symptome wieder aufdrängen. Obwohl bei einigen der Freud-Patienten manche traumatische Erinnerungen mehr der Fantasie als der Realität entsprangen, wurden schon damals zentrale Beobachtungen gemacht.

Eine Beobachtung betraf die zwanghafte Wiederholung des Traumas, die in zahlreichen späteren klinischen, experimentellen und Feldstudien bestätigt wurde (Horowitz, 1976, 1986 für eine Übersicht).

Eine zweite Beobachtung war die der gedankliche Verleugnung und der emotionalen Erstarrung. Diese Symptome scheinen im Gegensatz zu zwanghaften Wiederholungen zu wirken und können als Schutzreaktion betrachtet werden.

Phasen posttraumatischer Belastungen


Sowohl die intrusive Wiederholung als auch die Verleugnung und emotionale Erstarrung können entweder gleichzeitig oder in Phasen nacheinander bei einer Person auftreten. Eine allgemeine Zusammenfassung dieser Prozesse gibt  Abb. 14.1.

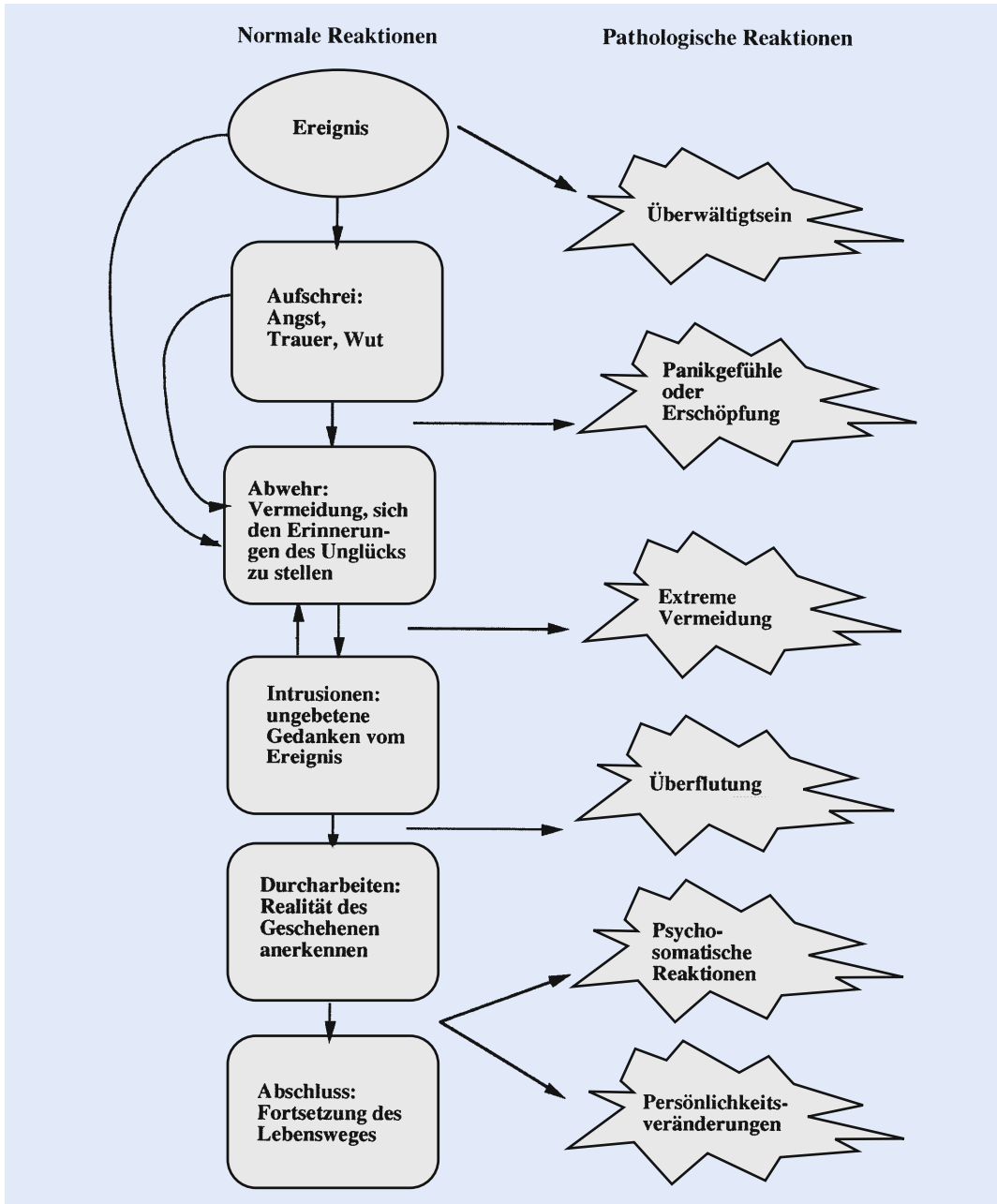
Eine Extrembelastung, besonders wenn sie plötzlich und unvorhersehbar auftritt, erzeugt heftige Gefühlsreaktionen, z. B. einen »Aufschrei« oder eine gefühlsmäßige Erstarrung. Nach Abklingen dieser ersten emotionalen und körperlichen Reaktionen durchleben die Personen unterschiedliche Verläufe. Diese können mit einer Phase intensiver Verleugnung oder dem Gefühl der Gefühllosigkeit beginnen. Dies kann gefolgt sein von Episoden sich aufdrängender Vorstellungen (Intrusionen), Anstürmen intensiver Gefühle oder zwanghafter Verhaltensweisen. Darauf können wiederum Phasen anhaltender Vermeidung, Gefühllosigkeit und anderer Abwehrversuche der heftigen Gefühle folgen.

Bei einigen Personen treten frühzeitig einsetzende, übermäßige Turbulenzen auf (akute Belastungsreaktionen) bei denen die Intrusionen im Vordergrund stehen (Creamer et al., 1992). Es kann auch zu Kommunikationsformen kommen, bei der die erlebte Geschichte ständig wiederholt wird. Das Erzählen kann später nachlassen, aber die Intrusionen halten während dieser Phase der Kommunikationshemmung an (Pennebaker & Harber, 1993).

Schließlich kann ein Abschnitt des »Durcharbeitens« auftreten, in dem es weniger intrusive Gedanken und weniger unkontrollierte emotionale Reaktionen gibt. Diese Phase ist durch stärkere kognitive Verarbeitung, Gefühlsstabilität und das Akzeptieren der Konsequenzen des Ereignisses gekennzeichnet (Bowlby & Parkes, 1970; Horowitz, 1986).

Psychodynamisch-kognitive Theorie

Die ursprüngliche Freud-Konzeption einer energetischen Überlastung durch ein Trauma ( Exkurs) kann durch ein Konzept der Informationsüberlastung ersetzt werden (Horowitz, 1986; Horowitz & Becker, 1972; Lazarus, 1966).



■ **Abb. 14.1.** Normale und pathologische Phasen posttraumatischer Reaktionen

Exkurs

Die energetische Erklärung definierte Ereignisse als traumatische Ereignisse, wenn sie zum übermäßigen Eindringen von Reizen führen und dabei eine »Reizbarriere« oder einen »Schutzschild« durchbrechen (Freud, 1917, 1972). Das Ich versucht dann das innere Gleichgewicht durch Entladen, Binden oder Abreagieren der Energie wieder herzustellen.

Informationen sind dabei Kognitionen innerer und äußerer Verursachung sowie Emotionen. Bei der Informationsüberlastung verweilen die Personen in einem Zustand ständiger Belastung oder sind für wiederkehrende Belastungszustände anfällig, solange die Informationen noch nicht verarbeitet sind. Die Informationen werden sowohl abgewehrt als auch zwanghaft wiederholt, bis zu dem Zeitpunkt, an dem die Verarbeitung weitestgehend abgeschlossen ist. Die Emotionen, denen im Zusammenhang mit Belastungsfolgesyndromen eine große Bedeutung zukommt, werden als Antworten auf kognitive Konflikte und als Motive für Abwehr-, Kontroll- und Bewältigungsverhalten angesehen.

14.1.1 Ein prototypisches Fallbeispiel

Die bisherigen allgemeinen Überlegungen sollen durch einen Fallbericht einen konkreten Bezug erhalten. Der Bericht wird in den nachfolgenden Abschnitten zu Veranschaulichungszwecken auf verschiedene Weise variiert werden.

Harry ist ein 40-jähriger Dispatcher. Er hatte sich in einer kleinen Lieferfirma hochgearbeitet. Eines Nachts fuhr er aus Personalangel selbst einen alten Lkw, in dem sich eine Ladung Stahlrohre befand. Dieses ungeeignete Fahrzeug besaß zwar eine Panzerung zwischen dem Laderaum und der Fahrerkabine, diese schützte jedoch den Beifahrerbereich nicht vollständig. Spät in der Nacht fuhr Harry an einer attraktiven Frau vorbei, die auf einem verlassenen Autobahnabschnitt per Anhalter fahren wollte. In einer spontanen Entscheidung, das Verbot des Unternehmens zur Mitnahme jeglicher Beifahrer zu missachten, ließ er sie einsteigen, da sie ein

ahnungsloser Hippy zu sein schien und womöglich vergewaltigt werden könnte.

Kurze Zeit später überfuhr ein Auto die Mittellinie und kam auf seine Fahrbahn, so dass ein Frontalzusammenstoß drohte. Er lenkte den Lkw über den Seitenstreifen hinaus und kam auf einem Kieshaufen ins Schlingern. Die Rohre verrutschten, drangen auf der Beifahrerseite in die Fahrerkabine ein und spießten die Frau auf. Harry flog auf das Lenkrad und in die Windschutzscheibe und war kurzzeitig bewusstlos. Als er wieder zu Bewusstsein kam, nahm er den grausigen Anblick seiner toten Begleiterin wahr. Harry wurde im Krankenwagen zur Notaufnahme eines Krankenhauses gebracht. Man entdeckte keine Brüche, seine Schnittverletzungen wurden genäht, und er wurde zur Beobachtung über Nacht dabehalten. Am ersten Tag war er verängstigt und benommen, wobei er nur bruchstückhaft von den Ereignissen berichtete.

Am nächsten Tag wurde er entlassen. Entgegen den Empfehlungen des Arztes, sich auszuruhen und den Wünschen seiner Frau, kehrte er zur Arbeit zurück. Von da an ging er mehrere Tage lang seiner üblichen Arbeit nach, als sei nichts geschehen. Es fand sofort ein Treffen mit seinen Vorgesetzten statt. Im Ergebnis erhielt er einen Verweis, weil er gegen die Vorschrift zur Mitnahme von Beifahrern verstoßen hatte. Gleichzeitig wurde ihm aber versichert, dass der Unfall nicht sein Verschulden war und er deshalb nicht zur Verantwortung gezogen werde.

Während dieser Phase der Benommenheit und Abwehr dachte Harry zwar ab und zu an den Unfall, war dabei aber überrascht, dass der Vorfall so wenig emotionale Wirkung bei ihm hinterlassen zu haben schien. Er war verantwortungsbewusst und korrekt in seiner Arbeit, seine Frau berichtete jedoch, dass er sich beim Schlafen im Bett herumwarf und mit den Zähnen knirschte, außerdem schiene er angespannter und gereizter als gewöhnlich.

Vier Wochen nach dem Unfall hatte er einen Alptraum, in dem verstümmelte Körper auftauchten. Er erwachte mit einem Angstanfall. Während der folgenden Tage sah er wiederkehrende, intensive und sich aufdrängende Bilder des Frauenkörpers in seiner Vorstellung. Diese Bilder und das gleichzeitige Nachsinnen über die Frau wurden von Angstattacken zunehmender Stärke begleitet. Er entwickelte eine Phobie gegenüber dem Fahren zur und

von der Arbeit. Er erlebte Wutausbrüche bereits bei kleinen Ärgernissen, hatte Konzentrationsprobleme auf der Arbeit und sogar beim Fernsehen.

Harry bemühte sich erfolglos, seine Grübeleien über Schuldgefühle im Zusammenhang mit dem Unfall zu unterdrücken. Besorgt über Harrys Klagen über Schlaflosigkeit, Gereiztheit und zunehmenden Alkoholgenuß, überwies ihn sein Arzt in psychiatrische Behandlung.

Harry weigerte sich zu Beginn der psychiatrischen Diagnostik, von den Details des Unfalls zu berichten. Dieser Widerstand ließ relativ schnell nach, und er berichtete von wiederkehrenden, sich aufdrängenden Bildern des Frauenkörpers in seinen Vorstellungen.

Während der folgenden psychotherapeutischen Behandlung bearbeitete Harry verschiedene Vorstellungs- und Gefühlsbereiche, die assoziativ mit dem Unfall und den sich aufdrängenden Bildern verknüpft waren. Die auftauchenden Konfliktthemen umfassten Schuldgefühle, den Tod der Frau verursacht zu haben, Schuldgefühle über die sexuellen Fantasien, die er über sie vor dem Unfall hatte, Schuldgefühle, dass er froh war, noch am Leben zu sein, während sie gestorben war, und Angst und Ärger, dass er in einen Unfall und ihren Tod verwickelt worden war. In geringem Ausmaß existierte auch eine abergläubische Überzeugung, dass die Frau per Anhalter gefahren war und dadurch den Unfall »verursacht« hatte. Mit dieser Auffassung war Wut auf die Frau verbunden, die wiederum die verschiedenen Schuldgefühle verstärkte.

14.2 Psychodynamisch-kognitive Konzeptualisierung

Der Unfall hat für Harry viele Bedeutungselemente, die seinen früheren Weltansichten (Schemata) widersprechen. Die eigene Lebensbedrohung, die Möglichkeit, Schaden angerichtet zu haben, das Grauen von Tod und Verletzung sowie die Angst vor Beschuldigungen durch Dritte stehen früheren Vorstellungen eines Wunsches nach Unversehrtheit, dem bisherigen Selbstbild und bisherigen Rollenauffassungen gegenüber.

Dieser Konflikt zwischen neuen und alten Selbstkonzepten erzeugt stark belastende Gefühle, die

Harrys Bewusstsein zu überfluten drohen. Um solche schwer erträglichen Gefühle zu vermeiden, schränkt Harry vielleicht sowohl die fortgesetzten Gedanken über die realen als auch die fantasierten Konsequenzen des Traumas ein. Dadurch werden die traumatischen Wahrnehmungen nicht vollständig verarbeitet und integriert. Sie werden aber gespeichert, weil sie für ein Vergessen zu wichtig und bedeutungsvoll sind. Die gespeicherten Informationen bleiben aktiv und diese aktive Speicherung hat eine Tendenz zu wiederholter Repräsentation zur Folge. Diese Tendenz verursacht so lange ungewollte Erinnerungen, bis die Verarbeitung abgeschlossen ist. Mit Abschluss der Verarbeitung werden die gespeicherten Bilder aus dem aktiven Gedächtnis gelöscht (Horowitz, 1974, 1976, 1986; Horowitz & Becker, 1972).

Die Intrusionen können adaptiv sein, wenn sie eine Fortsetzung der Verarbeitung bewirken. Sie können aber auch maladaptiv sein, wenn sie von anderen Gedanken ablenken, sehr schmerzliche Erinnerungen hervorrufen sowie Angst vor einem Verlust der geistigen Kontrolle und pathologische Abwehrmechanismen verursachen.

Manchmal kann die Vermeidung allerdings auch die Anpassung fördern, da sie eine dosierte Integration der Traumainhalte erlaubt. Sie behindert dagegen eine Anpassung, wenn sie ein Durcharbeiten verhindert, zu unrealistischen Kognitionen führt oder weitere Probleme verursacht, wie etwa Harrys Alkoholismus.

Problemthemen

Sechs Problemthemen aus Harrys späterer Psychotherapie sollen als kognitiv-emotionale Strukturen in schematischer Form betrachtet werden. In **Tab. 14.1** ist jedes Thema einem Konfliktbereich und einem resultierenden Gefühl gegenübergestellt.

Die drei ersten Themen (»Täterthemen«: T1–T3) lassen sich dadurch zusammenfassen, dass sich Harry selbst als Täter und die Frau als Opfer sieht. In den folgenden drei Themen (»Opferthemen«: O1–O3) betrachtet sich Harry selbst als das Opfer. Alle sechs Themen können durch den Unfall aktiviert werden. Bei verschiedenen »Harrys« mit verschiedenen Persönlichkeitsstilen werden einige Themen besonders wichtig bzw. konflikthaft.

Tab. 14.1. Themen, die durch einen Unfall aktiviert wurden. In den ersten 3 Themen (T1–T3) sieht sich der Patient als Täter, in den letzten 3 Themen (O1–O3) als Opfer

| Thema (momentane Vorstellung) | Im Konflikt mit ... | Resultiert in... |
|---|---|------------------------------------|
| Selbst als Täter | | |
| T1 Erleichterung, dass sie und nicht er das Opfer war | Moralischen Vorstellungen | Schuldgefühl (Überlebensschuld) |
| T2 Aggressionen ihr gegenüber (da sie seine Probleme verursachte) | Moralischen Vorstellungen | Schuldgefühl |
| T3 Sexuelle Vorstellungen über sie | Moralischen Vorstellungen | Schuldgefühl |
| Selbst als Opfer | | |
| O1 Ihre Körperverletzung hätte ihm widerfahren können | Vorstellung vom unverwundbaren Selbst | Angst (vor dem Tod und Verletzung) |
| O2 Er hat gegen Regeln verstoßen | Verantwortung gegenüber dem Unternehmen | Angst (vor Anschuldigungen) |
| O3 Das Trampen hat die Situation herbeigeführt | Allgemeine Unschuldigkeitsverstellungen. Die Schuld liegt außerhalb | Wut |

Wichtige Problemthemen in Abhängigkeit vom Persönlichkeitsstil

- Bei einem histrionischen Harry kann das Thema der sexuellen Schuld vorherrschen (T3).
- Bei einem zwanghaften Harry dominiert möglicherweise das Thema der Schuld wegen aggressiver Impulse (T2), der Sorgen um die Pflichtverletzung (O1) und das Bild von sich selbst als unschuldigem Opfer (O3).
- Bei einem narzisstischen Harry überwiegt vielleicht das Thema der Erleichterung, dass er selbst am Leben blieb und die Frau das Opfer war (T1).

Zunächst ist es das Ziel, die extremen psychischen Zustände nach Traumata beherrschbar zu machen, denn diese gefährden den Patienten selbst oder andere Personen. Sind die anfänglichen extremen Symptome reduziert, besteht die Aufgabe, die belastenden Erinnerungen zu integrieren («zu komplettieren»). Auf der theoretischen Ebene kann dieser Komplettierung als eine Entschärfung des Konfliktes zwischen den neuen Konzepten und den früher ausgebildeten Schemata definiert werden.

! Der entscheidende Punkt für die Therapie liegt dabei in Veränderung der früher ausgebildeten Schemata (z. B. wie das Selbst im Bezug zur Umwelt steht).

Es ist dabei nicht maßgeblich, wie ältere psychoanalytische Konzeptionen nahelegen, dass der Patient durch Abreagieren und Katharsis zur Entladung angestauter Erregung gebracht wird.

Um den Veränderungsprozess zu vollziehen, müssen entweder neue Informationen aufgenommen werden oder frühere Konzepte so umgestaltet werden, dass sie dem veränderten Leben nach dem traumatischen Erlebnis genügen. Emotionale Reaktionen treten in diesem Prozess immer dann auf, wenn zwei Überzeugungen miteinander im Konflikt stehen.

14.3 Allgemeine Behandlungsstrategien

Mindestens zwei Prozesse bestimmen die Intensität der Belastungssyndrome:

- Tendenzen zu Intrusionen und
- Tendenzen zur Vermeidung und Verleugnung.

Das allgemeine Behandlungsrationale besteht darin, die übermäßige Intensität dieser beiden Prozesse zu reduzieren.

Praktischer Therapieansatz

Der praktische Ansatz einer Kurztherapie ist in

■ Tab. 14.2 zusammengefasst.

Anamnese. Die Anamnese des Patienten im Rahmen einer psychodynamisch-kognitiven Therapie schließt immer die eingehende Betrachtung von Konflikten ein, die bereits vor dem traumatischen Ereignis bestanden haben und die durch das Ereignis weiter verschärft wurden. Gleichzeitig werden die vorangegangenen Entwicklungserfahrungen untersucht, um Hinweise zu erhalten, welche Fantasien das Ereignis ausgelöst haben kann.

Therapieziel. Allgemeines Ziel der Therapie ist es, die Bewusstmachung solcher Konflikte und Fantasien zu fördern, da dies bei der Lösung weiterer noch unbewusster Probleme hilft. Die therapeutische

Kommunikation dient dabei der Bewusstmachung und wiederholten Betrachtung der Konflikte und Fantasien. Das strategische Problem der Therapie liegt darin, subjektiv erträgliche Mengen von bewussten Erinnerungen des Traumas herzustellen. Auf sich allein gestellt hat der Patient die Erinnerungen abgewehrt, um schmerzliche Gefühle zu vermeiden. In der Therapie werden die emotionalen Reaktionen, die genauso schmerzhaft sein können, innerhalb erträglicher Grenzen gehalten, weil die therapeutische Beziehung das Sicherheitsgefühl des Patienten erhöht. Zusätzlich setzt der Therapeut verschiedene Interventionstechniken den Vermeidungsstrategien des Patienten entgegen. Diese Interventionen bestehen in einer Realitätsüberprüfung und der aktiven Interpretation spezieller Erinnerungen, Fantasien und Vermeidungsimpulse (Horowitz, 1986).

■ **Tab. 14.2.** Allgemeine Behandlungsziele nach Phasen der Patientenreaktionen (verschiedene Persönlichkeitsstile sind dabei noch nicht berücksichtigt)

| Aktueller Zustand des Patienten | Behandlungsziel |
|--|---|
| Anhaltende Belastung durch das traumatische Ereignis | <ul style="list-style-type: none"> ■ Beendigung des Ereignisses oder Entfernung des Patienten aus seiner Umgebung ■ Aufbau einer temporären Beziehung ■ Hilfe bei Entscheidungen, Plänen oder beim Abstand finden |
| Umschwünge zu unerträglichen Zuständen: <ul style="list-style-type: none"> ■ Attacken von Gefühlen und Bildern ■ Lähmende Vermeidung und Betäubtheit | <ul style="list-style-type: none"> ■ Verringerung der Schwingungsamplituden hin zu erträglichen Dosen der Erinnerungen und Gefühle |
| Erstarrung in überkontrollierten Zustand der Vermeidung und Betäubtheit | <ul style="list-style-type: none"> ■ Dem Patienten Hilfe geben und begleiten für begrenztes Wiedererleben des Traumas und seiner Folgen; ihm helfen, sich für eine Zeit lang zu erinnern, eine Zeit lang die Erinnerungen wegzuschieben, eine Zeit lang sich zu erinnern usw. ■ Während der Erinnerungsphasen dem Patienten helfen, seine Erfahrungen zu organisieren und auszudrücken; wachsende Sicherheit in der therapeutischen Beziehung ermöglicht die weitere Verarbeitung des Traumas |
| Fähigkeit, Phasen der Erinnerung und Gefühlserregung wahrzunehmen und auszuhalten | <ul style="list-style-type: none"> ■ Dem Patienten Hilfe geben, die Assoziationen und Implikationen (kognitive, emotionale, relationale und selbstbildbezogene) zu verarbeiten ■ Dem Patienten Hilfe geben, das Trauma mit früheren Bedrohungen, Beziehungsmustern, Selbstkonzepten und Zukunftsplänen in Beziehung zu setzen |
| Fähigkeit zu unabhängiger Verarbeitung (»Durcharbeiten«) von Gedanken und Gefühlen | <ul style="list-style-type: none"> ■ Bearbeiten der therapeutischen Beziehung ■ Beendigung der Behandlung |

Unter der Lupe

Es ist zu beachten, dass der hohe Belastungsgrad nach einem Trauma eine allgemeine Regression verursachen kann, in der entwicklungs­mäßig primitive Verhaltensmuster beobachtet werden können (einschließlich primitiver Konflikte). Ein Bedürfnis nach elterlichen Objekten kann dabei die therapeutische Beziehung beeinflussen. Diese Regressivitätszeichen können aber ohne besondere therapeutische Maßnahmen wieder abklingen, wenn der traumatische Belastungszustand nachhaltig reduziert wird.

Ziel der eingesetzten Techniken ist es, zu einer kognitiven und emotionalen Integration von Schemata zu gelangen und damit den Belastungszustand zu reduzieren. Es ist nicht das Ziel, umfassende Änderungen der Persönlichkeit herbeizuführen. Allerdings zeigen Personen mit unterschiedlicher Persönlichkeitsstruktur verschiedene Arten von Widerstand und Beziehungsgestaltung während dieser Prozesse.

Die allgemeinen Techniken werden deshalb, abhängig von den Persönlichkeitsdispositionen des Patienten, in verschiedenen technischen Nuancen abgewandelt und eingesetzt. Im Folgenden sollen nun die Unterschiede bei histrionischen, zwanghaften und narzisstischen Patienten näher betrachtet werden.

14.4 Histrionischer Persönlichkeitsstil unter Belastung

Das Konzept des hysterischen oder histrionischen Charakters wurde im Kontext psychoanalytischer Studien zu hysterischen Neurosen entwickelt. Die Hauptsymptome hysterischer Neurosen galten entweder Konversions- oder dissoziativen Episoden (Freud, 1893, 1975, Janet, 1965). Heute wird die histrionische Persönlichkeit als eine Konstellation gesehen, die prädisponiert für Konversions-, Angst- und dissoziative Störungen oder die eigenständig mit einem bestimmten Muster an Impuls-Vermeidungs-Strategien und verschiedenen Verhaltensbesonderheiten auftritt. Die histrionische Persönlichkeit lässt sich als besonders lebhaft, dramatisch,

extravertiert, stimmungslabil und mit erregbaren emotionalen Zügen beschreiben.

Klinische Untersuchungen legen nahe, dass histrionische Personen aufgrund ihres Hangs zum Dramatisieren besonders anfällig für Belastungs­folgesyndrome sind (Horowitz, 1991). Dies tritt in besonderem Maße auf nach

- sexuellen Traumata,
- Verlust von Personen oder Positionen, die direkt oder symbolisch Aufmerksamkeit oder Liebe zur Verfügung stellen,
- Verlust von Körperteilen oder
- Ereignissen, die mit Schuld über persönliches Handeln zusammenhängen.

Außerdem kann jedes Ereignis, das starke Emotionen wie Erregung, Ärger, Angst, Schuld oder Scham hervorruft, verstärkt belasten.

Klinische Studien geben auch einen Hinweis darauf, welche Art von Reaktionen bei histrionischen Patienten während und nach Extrembelastungen häufiger auftreten können (Horowitz, 1991). Unter Belastung wird der histrionische Patient emotional, impulsiv, labil, lebhaft, dramatisch und möglicherweise in Motorik, Wahrnehmung und Denkvorgängen verändert.

Die kognitiven und emotionalen Muster wurden schon von Shapiro (1965) beschrieben. Er hob die Bedeutung von Impressionismus (d. h. dem Nebeneinander von unverbundenen Ideen) und Ausblenden (Informationsunterdrückung) als Teil des histrionischen Stils hervor. Das bedeutet, dass dem prototypischen histrionischen Patienten eine deutliche Aufmerksamkeitsfokussierung fehlt und er sehr schnell zu einer globalen aber oberflächlichen Einschätzung der Bedeutung von Wahrnehmungen, Erinnerungen, Fantasien und eigenen Gefühlen gelangt. Damit korrespondiert ein Mangel an sachlichen Details und Definitionen in der Wahrnehmung sowie leichte Ablenkbarkeit und Unfähigkeit zu anhaltender oder intensiver Konzentration. Die überdauernde Kontinuität solcher Wahrnehmungs- und Vorstellungsstile führt zu einer relativ unsachlichen Weltsicht, in der die wesentlichen Selbst-, Beziehungs- und Weltschemata eine oberflächliche Qualität aufweisen.

Diese unsachliche Weltsicht fördert auf der Verhaltens­ebene dramatische Liebesverhältnis, ein Le-

ben in Fantasmen und »la belle indifférence« (angenehmer Gleichgültigkeit). Zum Beispiel kann ein histrionischer Mensch sehr schnell mit einem emotionalen Ausbruch reagieren und dabei gleichzeitig unfähig sein, diesen Vorgang und seine Gründe dafür zu benennen und zu erklären. Nach Abschluss eines Gefühlsausbruchs erinnert er sich u. U. nur undeutlich an seine eigenen emotionalen Empfindungen und betrachtet sie so, als seien sie fremd erzeugt gewesen und nicht von ihm selbst hervorgerufen worden.

Die beschriebenen Stil der Wahrnehmungen, Gedanken und Emotionen führt zu Verhaltensmustern, die sich auf zwischenmenschliche Beziehungen, Persönlichkeitseigenschaften und Kommunikationsformen auswirken. Die folgende Übersicht fasst systematisch zusammen, was die einzelnen Komponenten des histrionischen Stils bedeuten und wie sie zu beobachten sind.

Informationsverarbeitungsstil bei histrionischen Personen

Gefühle und Gedanken (beobachtbar in kurzen Zeitausschnitten)

- Global gestreute Aufmerksamkeit
- Verschwommene oder unvollständige Repräsentationen von Gedanken und Gefühlen, oft mit mangelnden Details oder vagen Begriffsbezeichnungen; nonverbale Kommunikation korrespondiert nicht mit Worten oder bewussten Ausdrücken
- Gedankenfolgen (Assoziationen) sind unvollständig oder einseitig
- Kurzschlüsse beim Lösen von Problemen oder mehrdeutige Lösungen

Persönlichkeitseigenschaften (beobachtbar in mittelfristigen Zeitausschnitten, z. B. Gesprächen)

- Aufsehen suchendes Verhalten, z. B. Forderungen nach Aufmerksamkeit und/Oder Einsatz von Charm, Vitalität, sexueller Anziehung, Kindlichkeit
- Häufige Stimmung- und Gefühlswechsel, einschließlich Gefühlsausbrüchen
- Unbeständigkeit von Einstellungen



Zwischenmenschliche Beziehungen (beobachtbar in Langzeitmustern der Patientenbiografie)

- Sich wiederholende, impulsive, stereotype zwischenmenschliche Beziehungen, oft in Form einer Opfer-Täter-, Kind-Eltern-, Rettungs- und Verführungsthematik
- Klischeehafte Fantasien und Selbst-Objekt-Beziehungen
- Getriebener und dramatischer Lebensstil, oft mit einem existenziellen Gefühl, dass die Realität nicht mehr real sein könnte

14.4.1 Besonderheiten der Gedanken- und Gefühlskontrolle

Harry wird im Folgenden als eine Person betrachtet, die auf eine Extrembelastung in typisch histrionischer Weise reagiert. Insbesondere eines der sechs konflikthafte Themen, die an früherer Stelle beschrieben wurden (■ Tab. 14.1), soll dazu verwendet werden, die histrionische Art der Gedanken- und Gefühlskontrolle zu erläutern. Dieses Thema betrifft Harrys Erleichterung, dass nicht er selbst, sondern eine andere Person gestorben ist (T1).

Von einem mikrogenetischen Standpunkt aus betrachtet, dominieren bei Harry drei Vermeidungs- bzw. Kontrollbemühungen (»Manöver«):

- Vermeidung der Repräsentation: Die Hemmung der bewussten Repräsentationen kann in dem Versuch bestehen, die auftretenden bildhaften Vorstellungen des Frauenkörpers abzuwehren.
- Vermeidung der Übersetzung bedrohlicher Informationen von einer Repräsentationsart in eine andere: Die Übersetzung aus der ursprünglichen in andere Repräsentationsformen bedeutet, dass Harry es vermeidet, seine visuellen Bilder in verbale Konzepte, die Tod, Erleichterung und Verursachung betreffen, zu überführen.
- Vermeidung von automatischen Assoziationsverbindungen: Das dritte Manöver besteht darin, weiterführende gedankliche Verbindungen zu vermeiden, um das volle Bewusstsein der bedrohlichen Bedeutungen zu vermeiden.

Gäbe es diese Kontrollbemühungen nicht, würde Harry sich vielleicht wieder an den Tod der Frau, seine Erleichterung, selbst überlebt zu haben und seine Einstellung, auf ihre Kosten überlebt zu haben, erinnern. Sollten diese Anstrengungen nicht ausreichen, bedrohliche Gedanken und Gefühle abzuwehren, stehen zusätzliche Methoden zur Verfügung:

- Ein viertes Manöver besteht in der Rollenumkehrung von aktiv zu passiv. Harry kann vermeiden, sich selbst als aktiv zu sehen, indem er andere Faktoren dominieren lässt, z. B. das allgemeine Schicksal oder die Persönlichkeit der Frau. Er kann dann seine Gedanken darüber ändern, dass er am Leben blieb, weil es möglicherweise der aktive Wunsch der Frau war, sich durch das Trampen in Lebensgefahr zu begeben.
- Das fünfte histrionische Manöver ist eine Veränderung des Bewusstseinszustandes. Metaphorisch ausgedrückt: Kann der histrionische Patient eine Idee nicht daran hindern, ins Bewusstsein zu dringen, so entzieht er der Idee das Bewusstsein. Dies gelingt, indem er die Bewusstseinsqualität sowie die Selbstreflektion verändert. Harry setzte zu diesem Zweck Alkohol ein, um in einen hypnoiden Zustand zu gelangen. Zur Herstellung von solchen (leichten) Bewusstseinsveränderungen und den Verlust des reflektierenden Selbstbewusstseins sind allerdings äußere Kräfte (wie der Alkohol) nicht unbedingt erforderlich.

Ein histrionischer Mensch hat weitere Manöver aufzuweisen, die sich jedoch über einen längeren Zeitraum erstrecken:

- Harry könnte die Erinnerung an die Situationen so verändern, dass ein Außenstehender für sein Überleben verantwortlich gemacht wird. Damit wird die Gefahr eines Schuldbewusstseins aufgrund einer persönlichen Aktivität reduziert.
- Harry könnte durch eine überdauernde Persönlichkeitsänderung vermeiden, sich selbst als verantwortlich für sein Tun, als bewusst, ja sogar als vollständig wirklich zu erleben. Er könnte sich durch solch ein histrionisches Manöver vollständig mit anderen Personen, realen oder fiktiven, identifizieren, was ihm für sein späteres Leben jede eigene Verantwortung abnehmen würde.

14.4.2 Therapietechnik: Klärung

Unter der Lupe

Das Ziel des Therapeuten bei einer Person mit histrionischer Persönlichkeit besteht darin, den Belastungszustand dadurch zu beenden, dass er ihm zu einer Verarbeitung der traumabezogenen Gedanken und Gefühle verhilft. Es besteht nicht darin, den Persönlichkeitsstil des Patienten zu ändern.

Diese Behandlung beruht auf dem Verstehen des Persönlichkeitsstils und folgt den oben beschriebenen allgemeinen Therapietechniken (▣ Tab. 14.2) wozu allerdings einige spezifische Techniken hinzukommen.

Als hauptsächliche Therapiestrategie wird die Klärung eingesetzt, die sich verschiedener Formen oder Akzentuierungen bedient.

Wiederholung. Eine Form der Klärung ist die einfache Wiederholung dessen, was der Patient gesagt hat. Durch die Wiederholung kann der Therapeut beim histrionischen Patienten einen gewissen Klärungseffekt erreichen, weil dieser möglicherweise auf die Spiegelung seiner eigenen Aussage mit Schreck, Verwunderung, Lächeln oder anderen Gefühlsausdrücken antwortet. Die gleichen Worte, vom Therapeut ausgesprochen, bedeuten etwas ganz anderes, als wenn sie vom Patienten selbst gedacht oder ausgesprochen werden. Sie werden in diesem Fall ernster genommen.

In die Wiederholung von Äußerungen fließen jedes Mal zusätzliche Bedeutungen mit ein. Zum Beispiel kann eine schuldbewusste Aussage von Harry, die der Therapeut in neutralem oder freundlichem Ton wiederholt, weniger selbstbestrafend erscheinen. Der Patient hört Bedeutungen vielleicht klarer, hört zusätzliche neue Bedeutungen seiner eigenen Aussagen, und die vorher vermiedenen Ideen können bei Wiederholung durch den Therapeuten weniger bedrohlich erscheinen.

Die einfache Wiederholung ist natürlich alles andere als einfach. Der Therapeut wählt bestimmte Formulierungen aus und kann diese so kombinieren, dass dem Patienten ursächliche Zusammenhänge klarer werden. Zu Beginn hatte Harry noch

vage gesagt: »Vielleicht habe ich Glück gehabt, dass ich noch lebe«. Die Bestätigung mit einem »Ja« durch den Therapeuten betont lediglich den Gedanken. Eine vollständige Wiederholung mit anderen Worten, wie etwa »Sie fühlen sich glücklich, überlebt zu haben«, kann klärende Auswirkungen haben. Sie leitet Harry zum potenziell nächsten Gedanken: »Die junge Frau hatte nicht solch ein Glück; ich fühle mich schlecht, weil es mir gut geht.«

Mit seinen eigenen Gedanken allein gelassen, sind Harry möglicherweise die verschiedenen Aspekte des Themas schon vereinzelt zu Bewusstsein gekommen, er hat z. B. Gewissensbisse und Angst. Dabei hat er aber seinen eigenen Gedanken und Gefühlen noch nicht richtig »zugehört«.

Interpretationen oder Klarstellungen. Interpretationen oder Klarstellungen sollten sehr kurz und einfach gehalten sein und auf nüchtern-sachliche Art vorgetragen werden. Diese Form dient dazu, der Verschwommenheit, Emotionalität sowie der Tendenz zu begegnen, jegliche Therapeutenaktivität in eine Fantasiebeziehung umzudeuten.

Als Reaktion auf vage Aussagen des Patienten kann der Therapeut vereinzelte Formulierungen zusammenziehen, z. B. »Sie hatten den Gedanken: ‚Ich bin so froh, dass ich noch lebe‘, denken aber gleichzeitig ‚Ist es nicht furchtbar, froh zu sein, während sie tot ist?‘«.

Harry kann seinen eigenen Ideen und Gedanken über das Vehikel des Therapeuten zuhören und dabei zu selbstständigen Bekräftigungen oder Zustimmungen gelangen. Wiederholungen der Patientenworte sind abstrakterem Zusammenfassen vorzuziehen, bei dem man z. B. sagen würde: »Sie haben ein schlechtes Gewissen aufgrund eines Gedankens, den jeder in einer solchen Situation haben würde.«

14.4.3 Beziehungsaspekte bei histrionischen Patienten

Nach einem Extremereignis reagiert der histrionische Patient häufig mit extremen Gefühlsschwankungen. Durch diese Schwankungen kann der Therapeut selbst zwischen Nähe und Distanz gegenüber dem Patienten hin und her gerissen sein. Der histrionische Patient kann versuchen zu erzwingen, Für-

sorge und Aufmerksamkeit zu erhalten. Besonders nach einer Extrembelastung braucht er die Wärme und menschliche Unterstützung des Therapeuten. Ohne diese wird die therapeutische Beziehung zerbrechen und der Patient weitere psychische Störungen entwickeln.

Unter der Lupe

Während dieser Anfangsphase sollte der Therapeut dem Patienten auf pragmatische Weise näher kommen: gerade nahe genug, um die notwendige Unterstützung zu geben, aber nicht so nah, wie es der Patient scheinbar wünscht.

Wenn sich der Patient später besser fühlt, kann ihn das Ausmaß der Vertrautheit, die in der therapeutischen Beziehung erreicht wurde, auf einmal ängstigen, weil er fürchtet, vom Therapeuten vereinnahmt zu werden. An diesem Punkt begibt sich der Therapeut zurück in eine stärker distanzierte oder »kühlere« Haltung. Damit schwingt der Therapeut hin und her, um den Patienten innerhalb eines Sicherheitsbereiches zu halten, indem er sensibel die Art und Weise seiner Beziehung zum Patienten modifiziert. Diese Sicherheit erlaubt es dem Patienten, sich in Richtung einer größeren Klarheit seiner Gedanken zu bewegen (Sandler, 1960; Weiss, 1971).

Die Schwingungsbewegung des Therapeuten vermeidet beide Extreme: Wenn der Therapeut in einer distanzierten Position verharrt, während der Patient gerade einer Stabilisierung seines Selbst durch eine Beziehungsaufnahme bedarf, so wird der Patient diesen Konflikt so schmerzhaft erleben, dass er seine inneren Probleme nicht weiter offenlegt. Allerdings: Verharrt der Therapeut in der Näheposition, so wird ein Durcharbeiten der Gedanken zwar beginnen, aber bald durch die Anspruchshaltungen im Patient-Therapeut-Verhältnis (Übertragung) behindert werden.

14.5 Zwanghafter Persönlichkeitsstil unter Belastung

Therapeutische Annahmen

Die heutige Theorie vom zwanghaften Stil entwickelte sich aus der Analyse von neurotischen Zwangsgedanken, Zwangshandlungen, Grübeln und irratio-

nalen Ängsten. Abraham (1942) und Freud (¹1909, 1971) glaubten, dass die zwanghafte Neurose sekundär aus der Regression oder Fixation auf die anal-sadistische Phase der psychosexuellen Entwicklung hervorgeht. Der hauptsächliche Konflikt ergibt sich aus dem Nebeneinanderbestehen bzw. dem Kampf zwischen Dominanz- und Unterordnungsbestrebungen.

Eine Fixierung auf eine der beiden Position (Dominanz oder Unterordnung) wird dadurch verhindert, dass der Zwanghafte sehr schnell zwischen beiden wechselt. Dieser Wechsel verhindert zwar Entscheidung und Entschlossenheit, resultiert beim Zwanghaften aber in einem Gefühl von Kontrolle und der Vermeidung unangenehmer Gefühlszustände. Der schnelle Wechsel verhindert, dass Gefühle voll ins Bewusstsein eindringen können. Trotzdem gelingt es nicht, die Gefühle vollständig auszuschalten. Einige Zwanghafte erleben Intrusionen von Gefühlen in Form von Wutanfällen.

Kognitive Stile bei zwanghaften Personen

Salzman (1968) beschrieb »verbales Jonglieren« der zwanghaften Patienten zur Aufrechterhaltung des eigenen Kontrollgefühls. Die Bemühungen, Kontrolle aufrechtzuerhalten, schließen Bedeutungsveränderungen, den Einsatz von Patentrezepten, Wechsel von einer Über- zu einer Unterschätzung und – in einigen Fällen – die Zuschreibung magischer Eigenschaften für bestimmte Worte ein.

Shapiro (1965) hat den eingeeengten Fokus der Aufmerksamkeit von zwanghaften Personen beschrieben. Bestimmte Aspekte der Welt blendet er aus, während er sich mit anderen detailliert beschäftigt. Normalerweise besteht die Aufmerksamkeit in einer idealen Flexibilität zwischen eng gerichteter Aufmerksamkeit und mehr impressionistischen Formen der Kognition. Dem Zwanghaften fehlt eine derartige Flüssigkeit. Shapiro beschreibt ebenfalls, wie der Zwanghafte in seinen Gedankengängen, Emotionen und in seinem Verhalten durch »sollte« und »müsste« getrieben wird, die von seinem Pflichtbewusstsein, seinen Ängsten vor Kontrollverlust und von seinem Bedürfnis diktiert werden, die Wahrnehmung seiner Wünsche abzuwehren.

Trotz allgemeine Fähigkeit zu harter Arbeit, Produktivität und Willenskraft kann die zwanghafte Person Schwierigkeiten und Unwohlsein empfinden,

wenn eine Entscheidung zu treffen ist. Statt auf der Grundlage von Wünschen und Befürchtungen zu entscheiden, muss der Zwanghafte ein Gefühl der Allmacht aufrechterhalten und deshalb die gefährlichen Fehler vermeiden, die einer Welt des Versuch-und-Irrtum innewohnen. Die Entscheidung zwischen verschiedenen Wahlmöglichkeiten stützt sich häufig auf eine Regel, die zur Sicherung einer »richtigen« Entscheidung herangezogen wurde, oder wird ansonsten impulsiv getroffen, um die Angst zu beenden. Das Ergebnis dieser kognitiven Stile ist die subjektiv erlebte Distanz gegenüber den eigenen Gefühlen. Die Ausnahme bildet ein Gefühl ängstlicher Selbstzweifel, eine Stimmung verursacht durch das Fehlen eines kognitiven Zu-Ende-kommen-Könnens.

Diese Diskussion hat Aspekte des kognitiven Stils in den Mittelpunkt gestellt. Diese Aspekte sind in der folgenden Übersicht zusammen mit allgemeinen Persönlichkeitsmerkmalen und Verhaltensmustern überblicksmäßig dargestellt.

Informationsverarbeitungsstil bei zwanghaften Patienten

Gefühle und Gedanken (beobachtbar in kurzen Zeitausschnitten)

- Detailreicher, enger Fokus der Aufmerksamkeit
- Klare Repräsentation von Gedanken, schwache Repräsentation von Gefühlen
- Wechsel in gedanklicher Organisation und Ausrichtung, Gedankenfolgen (Assoziationen) werden nicht bis zu Schlussfolgerungen geführt, die der ursprünglichen Absicht oder ihren intrinsischen Bedeutungen entsprechen
- Vermeidet Abschluss oder Entscheidung eines vorliegenden Problems, statt dessen wird zwischen verschiedenen Einstellungen hin- und hergewechselt

Persönlichkeitseigenschaften (beobachtbar in mittelfristigen Zeitausschnitten, z. B. Gesprächen)

- Zweifeln, Grübeln, Zögern
- Einseitig, schwer zu beeinflussen, Intellektualisierer
- ▼

- Angespannt, bedächtig, wenig begeisterungsfähig
- Rigide, zu Ritualen neigend

Zwischenmenschliche Beziehungen (beobachtbar in Langzeitmustern der Patientenbiografie)

- Entwickelt reglementierte, routinemäßige und beständige zwischenmenschliche Beziehungen, mit wenig Lebendigkeit oder Freude; ein Zusammensein kann sich oft frustrierend gestalten
- Anfällig für Dominanz-Unterordnungs-Themen
- Pflichterfüller, hart Arbeitender; sucht für sich selbst oder versucht bei anderen Belastungen und Druck; tut eher was man tun »sollte« als das, wofür er sich selbst entscheiden würde
- Selbstwahrnehmung als distanziert von emotionalen Bindungen, obwohl ein inneres Verpflichtungsgefühl besteht, mit anderen in Kontakt zu bleiben

kann eine »histrionische Ruhe« erfahren, die auf einer Hemmung verschiedener Aspekte potenziellen Wissens beruht. Es treten dann deshalb keine Emotionen auf, weil die Implikationen unbekannt sind. Falls und wenn sich der Zwanghafte emotional verhält, kann es von ihm als ein Kontrollverlust erlebt werden. Dieser muss dann durch retrospektive Bedeutungsveränderungen, Rituale, Entschuldigungen oder Selbstbeschuldigungen »ungeschehen« gemacht werden.

Nach einem belastenden Ereignis weist der Zwanghafte wie der histrionische Patient die allgemeinen Belastungsfolgen auf, d. h. sowohl Phasen der Abwehr, emotionalen Betäubung als auch der Intrusion. Jedoch kann der Zwanghafte in der Lage sein, die Phase der emotionalen Betäubung mit größerer Stabilität aufrecht zu erhalten. Während der Oszillationsphase zwischen Vermeidung und Intrusionen kann der Zwanghafte bei der Beschreibung der aufdringlichen Bilder genau und klar sein, sich dabei aber auf Details konzentrieren, die z. B. mit »Pflicht« zusammenhängen, und sich von einfachen, Gefühle auslösenden Teilen des Erinnerungsgesamtbildes abwenden. Auf die bedrohlichen Intrusionen während der Oszillationsphase reagiert der Zwanghafte mit kognitiven Manövern wie Positionswechseln (»shifts«). Der Zwanghafte kann durch einen Shift auf etwas anderes die kognitiven Prozesse blockieren und damit verhindern, dass vermiedene Inhalte ständig wieder auftreten. Das heißt, dass durch ein Umschalten von einem Thema zum anderen oder von einem Aspekt eines Themas zu einem anderen die gefühlsauslösenden Wirkungen verhindert werden, die durch die Themen impliziert werden.

14.5.1 Besonderheiten der Gedanken- und Gefühlskontrolle

Anfänglich kann im Erleben von Personen mit histrionischem und zwanghaftem Stil kaum ein Unterschied bestehen. Allerdings bleibt die zwanghafte Person, abgesehen von äußerst extremen Belastungen, im Unterschied zu den emotionalen Ausbrüchen des histrionischen Patienten möglicherweise in ihrem Verhalten ruhig und emotionslos.

Exkurs

Diese Abhandlung erfordert derartige Generalisierungen, es sollte jedoch beachtet werden, dass bei manchen Ereignissen Zwanghafte recht emotional reagieren und histrionischen Patienten ruhig bleiben können. Der Unterschied besteht in der Qualität des bewussten Erlebens der einzelnen Personen. Die histrionische Person



Beispiel: Ein zwanghafter Harry

In der Diskussion eines histrionischen Harrys wurde das Thema der Überlebensschuld (T1) als Beispiel genutzt. Ein zwanghafter Harry kann die Dominanz für das Auftreten des gleichen Themas teilen, der Bedrohung durch dieses Thema jedoch mit einem Stil begegnen, der eher durch Positionswechsel (Shifts) als durch Vagheit und Abschwächung gekennzeichnet ist (z. B. Shift zwischen T1 und O1).



In der Psychotherapie beginnt Harry, von den intrusiven Vorstellungsbildern des tot daliegenden Frauenkörpers zu berichten. Er kommt dann auf sein Gefühl zu sprechen, dass er erleichtert war, noch zu leben. Idealerweise würde er jetzt das Überlebensschuldgefühl benennen. Ein zwanghafter Harry wechselt allerdings auf einen anderen Inhalt, um den belastenden Gefühlen auszuweichen.

Das Thema, auf das er wechselt, ist assoziativ ebenfalls mit den Vorstellungsbildern des Frauenkörpers verbunden. Der Ansatzpunkt zum Wechsel ist die Vorstellung der Körperverletzung, die ihm hätte zustoßen können (O1). Da dies aber seinem Wunsch nach Unverletzbarkeit entgegensteht, resultiert aus dieser Vorstellung Angst. Obwohl die Angst als unangenehm und bedrohlich wirkt, ermöglicht der Wechsel von T1 zu O1 ein Vermeiden von Schuldgefühlen. Erst wenn das zweite Thema (O1) zu deutlich wird, kann die Angst möglicherweise zu stark werden. Der Prozess kann mit einer Rückkehr zu T1 umgekehrt werden. Harry kann zwischen T1 und O1 hin- und herpendeln, ohne dass eine der beiden Mengen gefährlicher Gedanken und Gefühle voll erlebt wird.

Harry muss seine kognitiven Wechsel nicht auf die zwei Themen beschränken, die mit Körperverletzung einhergehen. Er kann zwischen allen Themen wechseln. Er kann Schuld in Angst oder Wut verwandeln, umkehren oder Schuld durch Angst oder Wut ungeschehen machen. Er kann sich selbst als Opfer, dann als Täter, dann wieder als Opfer betrachten usw. Diese Shifts dämpfen die gefühlsmäßige Belastung, aber vermindern gleichzeitig auch die kognitive Verarbeitung der Themen.

Das Umschalten kann inmitten eines Gedankenganges geschehen, zwischen seiner eigenen Aussage und einer Antwort des Therapeuten oder sogar als quasi simultaner Gedankengang.

Diese abrupten Umschaltvorgänge können Therapeuten, die bei Zwanghaften um Klärung bemüht sind, einen Strich durch die Rechnung machen. Angenommen, der Therapeut unternimmt einen Klärungsversuch über T1, das Thema der Überlebensschuld. Der zwanghafte Harry hat aber bereits zu O1 umgeschaltet, seiner Angst vor Körperverletzung, und hört die Bemerkungen des Therapeuten somit

in einem inkongruenten Zustand. Der Klärungsprozess funktioniert dann vielleicht deshalb nicht, weil Harry nicht aus seiner ursprünglichen Position heraus zuhört und die Interventionsversuche des Therapeuten durch weitere Wechsel erschwert werden.

14.5.2 Therapietechnik: An ein Thema binden

! Ziel des Bindens an ein Thema ist es, die Häufigkeit von Themenwechseln zu vermindern, so dass der Patient mit der Bearbeitung eines gegebenen Gedankens vorankommen kann. Der Patient benötigt dabei Hilfe, die Gefühle zu ertragen, die er erfährt, wenn seine Erinnerungen und die damit verbundenen Vorstellungen ins Bewusstsein dringen.

Ein Thema wählen. In Harrys Fall kann der Therapeut den Patienten einfach an eines der beiden Themen (T1 oder O1) binden. Der Therapeut darf »binden« nicht mit »zwingen« verwechseln. Man kann z. B. darauf hinwirken, dass der Patient visuelle Fantasien, die für ein bestimmtes Thema relevant waren, entwickelt und aufrecht erhält. Während dieses Vorgehens empfinden zwanghafte Patienten intensive Gefühle.

Langsamere Wechsel. Manchmal gelingt es nicht, den Patienten an ein Thema zu binden und der Therapeut muss das Thema wechseln. Er sollte dies seltener und langsamer tun als der Patient – so wie ein Schleppanker die Fahrt abbremst. Bei jedem Wechsel wird der Patient dann etwas mehr Zeit haben, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen, bevor ihn die Gedanken daran erschrecken und er das Thema wieder verlassen will.

Wiederholungen. Der Therapeut kann Wiederholungen einsetzen, um den zwanghaften Patienten zu binden oder das Themenwechseln zu verlangsamen. Beim Zwanghaften sind längere Frageformulierungen vonseiten des Therapeuten notwendig, um den spezifischen Inhalt darzustellen, der vermieden wird. Wenn Harry z. B. über Körperverletzung spricht und vom Kontext der Überlebensschuld (T1) zu seinen Ängsten vor Verletzung (O1) wechselt, so

muss der Therapeut beim Wiederholen das Körperverletzungsthema ganz spezifisch mit dem Überlebensschuldthema verbinden.

Rückkehr zum Anfang. Manchmal schließt die umfangreichere Wiederholung beim Zwanghaften die Technik des Rückkehrens zum Anfang eines Gedankenaustauschs ein, wobei der Gedankenfluss sorgfältig nachvollzogen und dabei aufgezeigt wird, an welchen Stellen belanglose oder nur wenig relevante Details vom Patienten eingebracht wurden. Rekonstruktionen können vermiedene Details hinzufügen.

Zeit lassen. Mehr Zeit, die auf ein Thema verwandt wird, gestattet mehr Verarbeitungsmöglichkeit und bringt den Patienten damit einer abschließenden Integration des Themas näher. Gefühle, die durch den Gedankenfluss hervorgerufen werden, sind innerhalb der therapeutischen Beziehung leichter zu ertragen, als wenn der Patient allein ist. Außerdem erlaubt Zeit, die auf ein Thema und mit dem Therapeuten verwandt wird, eine anhaltende Verarbeitung in einem dialogischen Rahmen. Damit kann die Realität und das Problemlösen betont werden anstelle Fantasie und magischen Glaubenssystemen Raum zu geben.

Konzentration auf Details. Die Konzentration auf Details schreckt beim Zwanghaften teilweise das Themenwechseln ab. Das Ziel besteht darin, sich von abstrakten Ebenen, auf denen Umschaltvorgänge einfach sind, zu einem konkreten Inhalt zu bewegen. Details fungieren als »Bedeutungspflöcke« in konkreten Themen und machen Wechsel schwieriger. Dieses Manöver nutzt die Prädisposition des Zwanghaften für Details. Hier ist die Technik hilfreich, konkrete Details zu erbitten.

Komplexes Vergegenwärtigen. Wenn Wechselvorgänge so schnell geschehen, dass sie einfache Wiederholung oder Befragung ausschließen, kann der Therapeut eine komplexere Form der Wiederholung einsetzen. Der Therapeut wiederholt das Ereignis, z. B. Harrys aufdringliche Vorstellung des Frauenkörpers, und wiederholt im selben Atemzug die verschiedenen Kognitionen, zwischen denen der Patient hin- und herschwingt. Der Therapeut kann Harry z. B. sagen, dass das Bild des Frauenkörpers

vermutlich zu zwei Themen geführt hat: Ein Thema war der Gedanke von Erleichterung, vom Tod verschont geblieben zu sein, der aber gleichzeitig Gefühle von Angst und Schuld hervorgerufen hat. Das andere Thema war die Vorstellung von körperlichem Schaden, der ihm selbst zugefügt werden könnte.

Nachfragen statt Interpretieren. Zum Schutz des Selbstwertgefühls des Patienten setzt der Therapeut eine weitere Technik ein. Er verzichtet auf Interpretationen und verwendet die Fragetechnik, um Klärung zu erzielen und das Thema zu vertiefen. Die Fragen lenken den Patienten auf Antworten, in denen wichtige, bisher vermiedene Gedanken enthalten sind. Der zwanghafte Patient kann dann erstmals diese Gedanken ausdrücken und die Gefühle erleben.

Beim Durcharbeiten der Themen spielt bei Zwanghaften der Zeitablauf eine wichtige Rolle. Nachdem der Therapeut einige Erfahrung im Umgang mit einem bestimmten Patienten gesammelt hat, weiß er vielleicht intuitiv, wann der nächste Themenwechsel ansteht. Zu eben diesem Zeitpunkt oder kurz vorher stellt der Therapeut seine Fragen. Dadurch wird das Umschalten unterbrochen und »Zeit und Raum« für ein Thema können sich vergrößern, das gerade vermieden werden sollte.

14.5.3 Beziehungsaspekte bei zwanghaften Patienten

Der Therapeut schafft dem Patienten eine sichere Situation, indem er stetig innerhalb seiner eigenen Beziehungsgrundsätze (freundlich-unterstützend, neutral-hart oder anderweitig) bleibt.

Der Patient gewinnt Vertrauen, dass der Therapeut weder aggressiv noch verführerisch reagieren wird. Dieses Vertrauen erhöht die Bereitschaft des Patienten, z. B. aggressive Vorstellungen auszudrücken. Der Therapeut wird auf die Probe gestellt, die Wechsel des Patienten mitzuvollziehen. Die Neigung des Patienten zu Positionswechseln führt allerdings nicht dazu, dass er Veränderungen in der Art der therapeutischen Beziehung ertragen kann. Eine gleichbleibende Einstellung, ob sie nun freundlich-unterstützend, neutral-hart, oder anderweitig ausge-

prägt vorliegt, ist am wenigsten gefährlich. Trotz der Anstrengung des Therapeuten, eine therapeutische Beziehung aufrecht zu erhalten, werden Widerstände auftreten. Das kann dazu führen, dass Interventionen, falls erforderlich, in einer entgegengesetzten Form ausgedrückt werden können. Angenommen, Harry sprach davon, die Frau mitgenommen zu haben, und der Therapeut wusste, dass er für Schuldgefühle anfällig war, diese jedoch vermied. Bei einem kooperativen Harry mag er sagen: »*Brauchen Sie sich wirklich Vorwürfe zu machen, dass Sie die Frau mitgenommen haben?*« Bei einem Zwanghaften, der eine Widerstandshaltung eingenommen hat, mag er dagegen sagen: »*Es macht Ihnen also gar nichts aus, dass Sie die Frau mitgenommen haben.*« Der widerständige Harry widerspricht vielleicht und redet über seine Schuldgefühle.

Wenn der Kontext im Grunde genommen eine stabile therapeutische Beziehung ist, in der der Patient ein Bild des Therapeuten als objektiv, freundlich und dauerhaft kompetent hat, muss der Umgangston nicht unbedingt so aufrichtig, neutral und ernst sein (wie dies bei einem histrionischen Patienten hilfreich ist). Leichter Sarkasmus oder gelinder Humor können dem zwanghaften Harry helfen, eine harte Position zu bewahren, während er seine eigenen weichen Vorstellungen ausprobiert (Salzman, 1968).

Durch Strenge kann, wie die obigen Ausführungen nahelegten, der Therapeut den Effekt erzielen, dem Zwanghaften das Nachdenken über vermiedenen Vorstellungen zu »verordnen«. Diese scheinbare Unfreundlichkeit ist insofern freundschaftlich, als dass sie dem Patienten Verantwortung abnimmt und ihm erlaubt, bisher Undenkbares zu denken. Aber diese Strenge, der leichte Sarkasmus oder gelinde Humor müssen ein relativ beständiges Merkmal des Therapeuten bleiben.

Das ist nicht so schwierig, wie es klingen mag, da diese spezifische Techniken das mit sich bringen, was sich der Therapeut als natürliche Reaktion auf die Situation erlaubt. Die Interventionen werden nicht vorgetäuscht oder künstlich angewendet. Für einige Therapeuten sind allerdings Freundlichkeit, Offenheit, Milde und eine urteilsfreie Atmosphäre bevorzugte Beziehungsstile gegenüber jeglicher Härte, Strenge, Sarkasmus oder Humor, und können demselben Zweck dienen.

14.6 Narzisstischer Persönlichkeitsstil unter Belastung

Bei den narzisstischen Persönlichkeitsstörungen wird eine große Selbstliebe, Grandiosität oder Idealisierung anderer Personen beobachtet, der eine extreme Verletzlichkeit des eigenen Selbstkonzepts zugrunde liegt. In psychoanalytischen Theorien wurde die Verletzlichkeit des Selbst auf Schwierigkeiten während der Phase der Differenzierung des Selbstkonzeptes in Rollenbeziehungen mit der Mutter oder anderen frühen Bezugspersonen zurückgeführt (Kernberg, 1975; Kohut, 1971). Das Vorherrschen narzisstischer Charaktereigenschaften bei einem oder beiden Elternteilen kann ein Kind für Schwierigkeiten bei der Entwicklung eines stabilen und unabhängigen Selbstkonzeptes anfällig machen, da die Eltern das Kind möglicherweise so behandeln, als wäre es eine ihrer eigenen Funktionen und nicht eine selbstständige Existenz.

Wenn die habituellen narzisstischen Befriedigungen, die daraus gezogen werden, geliebt zu werden, besondere Behandlung zu erfahren und das Selbst zu bewundern, zerstört sind, können daraus Depression, Hypochondrie, Angst, Scham, Selbstzerstörung oder Wut gegenüber jeder anderen Person resultieren, die für die schlechte Situation verantwortlich gemacht werden kann.

Kohut (1971) hat drei nebeneinander existierende aber gesplante Selbstkonzepte beschrieben, die häufig bei narzisstischen Persönlichkeiten vorliegen. Diese sind:

1. das grandiose Selbst, das aus einem aufgeblähten, übertriebenen, exhibitionistischen Selbstbild besteht;
2. das geringgeschätzte, beschämte und schutzlose Selbstbild oder
3. das gefährlich chaotische, zerstörte, unstimmmige Selbstbild.

Es werden Ersatzbilder für (imaginierte) Eltern aufrechterhalten, die das eigene Selbstbild unterstützen, den Selbstwert anheben, Zurückweisungen verhindern und als ein Spiegel dienen, indem sich das grandiose Selbst bewundern kann. Die Selbst- und Objektrepräsentationen sind stark egozentrisch, und zwischenmenschliche Beziehungen finden sich

mehr in Form von »Ich-Es«- als von »Ich-Du«-Beziehungen, die Buber (1959) beschrieb.

Themen von Macht und Kontrolle treten in zwischenmenschlichen Beziehungen in den Vordergrund (auf andere Weise als bei zwanghaften Persönlichkeiten). Der narzisstischen Persönlichkeit geht es um den Besitz von Macht zur Steigerung ihres eigenen Gefühls von Kompetenz und Kontrolle bzw. die Selbsterhöhung durch Anschluss an eine mächtige Person. Kern dieses Wunsches ist die Verwendung der Bewunderung oder Nähe für die Erhaltung des Selbstwertes.

14.6.1 Besonderheiten der Gedanken- und Gefühlskontrolle

Tritt ein belastendes Ereignis von größerer Bedeutung ein, soll ein Abweichen von der Kenntnis der Realität den potenziell katastrophalen Zustand verhindern. Dieser potenzielle Verlust des Selbstgefühls würde aus intensiv erlebten Emotionen und einem qualvoll erlebten Gefühl der Hilflosigkeit und Desorientierung stammen. Um diesen Zustand zu verhindern, verschiebt die narzisstische Persönlichkeit die Bedeutungen von Ereignissen, um das Selbst in einem besseren Licht erscheinen zu lassen. Jene Qualitäten, die gut sind, werden dem Selbst zugeordnet (Internalisierung). Jene, die unerwünscht sind, werden vom Selbst durch Verleugnen ihrer Existenz, Abwerten damit verbundener Eigenschaften, Externalisierung und Negieren früherer Selbstdarstellungen ausgeschlossen (Externalisierung).

Solche Formen fließender Bedeutungsverschiebungen erlauben es der narzisstischen Persönlichkeit, eine scheinbare Konsistenz aufrechtzuerhalten. Die verzerrten Bedeutungen erzwingen jedoch weitere Verzerrungen, um bestehen zu können. Die daraus resultierenden Schwierigkeiten verleihen den kognitiv-emotionalen Strukturen eine subjektiv erlebte Unsicherheit. Während Belastungszuständen können Lücken in der Vermeidung bedrohlicher Vorstellungen auftreten. Dadurch können Wut oder paranoide Zustände genauso wie Episoden von Panik, Scham oder Depersonalisierung vorkommen. Selbsterstörerische Handlungen können motiviert sein durch Wünsche, solche Belastungen zu beenden. Ebenso kann ein Verlangen nach sekundären

Gewinnen wie Sympathie auftreten oder das Spielen einer Rolle als »verletzter Held«.

Diese verschiedenen Aspekte einer prototypischen narzisstischen Persönlichkeit können wie in folgender Übersicht aufgelistet werden, je nachdem ob sie Eigenschaften des Informationsverarbeitungsstils, Persönlichkeitseigenschaften oder überdauernde Muster zwischenmenschlicher Beziehungen sind).

Informationsverarbeitungsstil von narzisstischen Patienten

Gefühle und Gedanken (beobachtbar in kurzen Zeitausschnitten)

- Verschiebt Bedeutungen von Informationen, die das Selbstkonzept beschädigen könnten
- Setzt Verleugnung, Entwertung und Negierung zum Schutz des Selbstkonzeptes ein
- Aufmerksamkeit wird auf Quellen von Lob und Kritik gerichtet
- Externalisierung schlechter Eigenschaften, Internalisierung guter Eigenschaften
- Zeitweilige Aufrechterhaltung miteinander unvereinbarer psychischer Einstellungen in separaten Clustern (multiple Selbstbilder)

Persönlichkeitseigenschaften (beobachtbar in mittelfristigen Zeitausschnitten, z. B. Gesprächen)

- Selbstzentriert
- Überhöhung oder Unterschätzung des Selbst und anderer
- Selbsterhöhung (oder Pseudo-Demut) bei realen und fantasierten Leistungen, in der Art sich zu kleiden oder im Aufzutreten
- Vermeidung selbsterniedrigender Situationen
- Variabler Einsatz von Verhaltensweisen in Abhängigkeit vom Zustand des Selbstwertes und dem Kontext in Form von
 - Charme, Verführungsqualitäten, Bemühungen um Kontrolle oder Charisma
 - Überlegenheit, Überheblichkeit, Kälte oder Rückzug
 - Schamgefühl, Panik Hilflosigkeit, hypochondrisches Verhalten, Depersonalisierung oder Selbstdestruktivität
 - Neid, Wut, Paranoia oder Forderungen



Zwischenmenschliche Beziehungen (beobachtbar in Langzeitmustern der Patientenbiografie)

- Verarmte Zwischenmenschlichkeit, Machtorientierung oder Kontrollintentionen über andere, die nur Zubehör darstellen
- Abwesenheit von »Ich-Du«-Gefühlen
- Sozialer Aufstieg oder Benützung anderer Menschen zur positiven Spiegelung
- Vermeidung von Selbstkritik durch Anstachelung anderer zu unfairer Kritik
- Fallenlassen und Abwertung von Personen, die nicht mehr nützlich sind

Beispiel: Ein narzisstischer Harry

Für den Fall eines narzisstischen Harrys soll im Folgenden das Thema O1 betrachtet werden, in dem Harry von seinen aufdringlichen Bildern des Frauenkörpers in Verbindung mit Vorstellungen von seiner eigenen Anfälligkeit für den Tod berichtet. Die Vorstellung von seinem möglichen Tod ist unvereinbar mit Harrys Wunschorstellung von Unverletzbarkeit. Die Gefahr, die diese unvereinbaren Vorstellungen mit sich bringen, ist für eine narzisstische Persönlichkeit besonders groß, da sie ein empfindlich-zerbrechliches, aber unversehrtes ideales Selbstbild aufrechterhalten will.

Um zu verhindern, dass diese unerträglichen Emotionen andauern, werden Kontrollen eingeführt. Für diese Kontrollen bestehen zwei Gründe:

1. Verhinderung der bedrohlichen Angstgefühlszuständen und
2. Vermeidung der Angstkognitionen, denn zuzugeben, dass er Angst hat, wäre für Harry ebenfalls eine »narzisstische Kränkung«.

Diese »doppelte Gefährdung« der narzisstischen Persönlichkeit gestaltet die Therapie besonders schwierig, wie in Kürze diskutiert werden soll.

Beide Ängste motivieren Abwehrmanöver. Die Vorstellung, dass jemand stirbt, ist dabei ein weniger beängstigendes Konzept, als dass man Selbst umkommt. Das Thema »Sterben müssen« wird nun von seiner Bedeutung, selbst sterben zu müssen, zur persönlichen Unsterblichkeit verschoben.

Statt Angst ermöglicht die Bedeutungsverschiebung nun ein Gefühl des Triumphes. Dasselbe Bild, das zuvor Angst hervorrief, führt nun, aufgrund einer leichten Irrationalisierung, zu einem eher positiven emotionalen Erlebnis. Durch seine Abwehrlatur ist dieser Zustand allerdings instabil, und Harry wird dazu tendieren, seinen Angstzustand wiederholt zu erleben.

Dieses Leugnen der eigenen Sterblichkeit verdient nähere Beachtung. Der narzisstische Harry befreit sich selbst von den Gegebenheiten des Menschseins, indem er denkt: »*Sie ist Vertreterin der Art, die stirbt. Ich bin von anderer Art.*« Unter Verwendung dieser Form der narzisstischen Abwehr klassifiziert sich Harry als Ausnahme. Das bedeutet weiterhin, dass er als Ausnahme etwas Besonderes ist. Diese Art der Bedeutungsverschiebung ist mit einem positiven Affekt verbunden: die Dinge sind besser als angenommen. Indem Bedeutungen verschoben und ungeschehen gemacht und tödliche Gefahren wie Sterben müssen und Verletzlichkeit externalisiert wurden, konnte eine komplette Umkehrung der Emotionen erreicht werden. Dieses Manöver der Bedeutungsverschiebung ähnelt der Methode des Wechsels (Shifts) bei Zwanghaften, bei der ein Gedankengang dazu eingesetzt wird, einen anderen zu blockieren. Jedoch empfindet ein narzisstischer Harry, im Unterschied zu einem zwanghaften, verschiedene Gefühle, zu denen möglicherweise sowohl Angst als auch Triumph gehören. Die narzisstische Persönlichkeit wird den Triumph nicht durch ein Angstgefühl rückgängig machen. Wenn sie trotzdem weiterhin für Angst anfällig bleibt, wird sie die Bedeutungsverschiebungen immer dann wiederholen, bis die jeweilige Angst reduziert ist.

- ! Bei der narzisstischen Persönlichkeit liegt ein doppeltes Problem vor, wie weiter oben dargestellt wurde. Es liegt sowohl die Bedrohung durch vermiedene Vorstellungen und Erlebnisse vor als auch die Vermeidung des Zugabens, dass etwas vermieden wird.



14.6.2 Therapietechnik: Umstrukturieren und Stabilisieren

Wie kann ein Psychotherapeut mit solchen fließenden Bedeutungsverschiebungen umgehen? Hinsichtlich der kognitiv-emotionalen Verarbeitung ist eine neu bewertende Umstrukturierung ein nützliches Mittel in der Therapie.

Langsames Vorgehen. Der Prozess sollte langsam durchgeführt werden; so langsam wie notwendig, um Harry zu helfen, sich einer Bedrohung zu öffnen, die stark genug wäre, ihn in einen Zustand der Selbstzersplitterung zu werfen. Während dieses langsamen Prozesses werden dann die Anstrengungen unternommen, die Ereignisse und ihre verschiedenen Deutungsmöglichkeiten neu zu bewerten.

Taktgefühl. Hinsichtlich der therapeutischen Beziehung spielt das Taktgefühl eine wichtige Rolle. Taktgefühl ist unerlässlich, da die narzisstische Persönlichkeit stärker auf den Therapeuten als auf die thematischen Bedeutungen konzentriert ist. Der Therapeut stellt eine wichtige aktuelle Quelle für Lob oder Kritik dar. Die realistischen oder verzerrten Beobachtungen des Patienten, wie stark das Interesse oder Desinteresse des Therapeuten ausgeprägt ist, beeinflussen das allgemeine Gleichgewicht des Patienten.

Realistische Situationserfassung. Während der Umstrukturierung sollte der Therapeut besonderen Wert darauf legen, Harry in seinen Opfer- und seinen Tätererfahrungen zu bestätigen. Sowohl Therapeut als auch Patient sollten versuchen zu klären, wie stark der Patient bei jedem Aspekt der Handlung beteiligt war, d. h., was wirklich seine Tat war und was durch äußere Umstände hervorgerufen wurde. Diese Klärung beinhaltet, zwischen Realem, Wahrscheinlichen und Fantasien zu unterscheiden.

Beim Klären und Umstrukturieren werden einige der Externalisierungen wieder rückgängig gemacht. Angenommen, ein narzisstischer Harry drückt z. B. Wut auf den anderen Fahrer aus, der ihn dazu zwang, die Straße zu verlassen. Diese Externalisierung der Verantwortung stellt einen Versuch dar, das Verschulden nicht bei sich selbst, sondern

beim Fahrer der Gegenrichtung zu suchen. Dem liegen nicht nur ängstliche Vorstellungen von eigenen Fehlern zugrunde, sondern auch unrealistische Anschuldigungen.

Verantwortungen herausarbeiten. Die Umstrukturierung bezieht jedes mögliche Element der Verantwortung ein:

- seine Verantwortung, die Frau mitgenommen zu haben;
- seine Verantwortung für die anderen Autos, die fast zusammengestoßen wären;
- dafür, das Auto auf seine Weise von der Straße heruntergelenkt zu haben;
- seine Verantwortung für seine Handlungen nach dem Unfall.

Das alles muss jetzt neu bewertet werden. Für jedes Thema wird bei der Umstrukturierung ein Endpunkt erreicht, an dem eine realistische Entscheidung über die Bewertung des Themas erfolgt, die Harry von unrealistischen Schuldkomponenten befreit.

Die Überprüfung und Neubewertung durch den Therapeuten ermöglicht es Harry, eine bewusste Entscheidung über sein Ausmaß an Strafbarkeit zu erzielen. Außerdem kann er die Erfahrung machen, vom Therapeuten nicht mit Kritik angegriffen zu werden. Der Therapeut vermeidet solche Angriffe, obgleich er durch die krassen Externalisierungen des Patienten dazu angestachelt werden kann.

Eingehen auf Persönlichkeitsentwicklung. Umstrukturierungen und Überprüfungen schließen das angstauslösende Thema, z. B. der Sterblichkeit (O1), mit ein. Für den narzisstischen Harry ist es besonders schwierig, dieses Thema durchzuarbeiten. Realistische Bedrohungen seines Selbstbildes stellen seine Achillesferse dar, die aus der narzisstischen Persönlichkeitsentwicklung herrührt. Wird ersichtlich, dass frühere Erinnerungen und Fantasien wachgerufen wurden, benötigen diese ebenfalls eine Umstrukturierung im Licht der Gegenwart. Diese Umstrukturierungen bei narzisstischen Patienten erfordern besonders ausgedehnte Anstrengungen, in der die Unterscheidung von Selbst und Anderen hinsichtlich ihrer Motive, Handlungen und Empfindungen geklärt werden.

14.6.3 Beziehungsaspekte bei narzisstischen Patienten

Die Behandlung narzisstischer Persönlichkeiten ist für den Therapeuten häufig schwierig, da der narzisstische Patient den Therapeuten eher benutzt, als dass er eine Beziehung mit ihm eingeht. Obwohl sich der Therapeut als wirkliche Person unwichtig vorkommt und als Reaktion darauf z. B. selbst Desinteresse empfinden kann, muss er verstehen, was gerade abläuft, und dem Patienten sachlich näherkommen. Der Therapeut muss eine Zeit lang unterstützend wirken. Beim narzisstischen Patienten können Unterstützung und Nähe weniger eine Frage der Wärme als der Akzeptanz seiner Externalisierungen sein. Dies geschieht jedoch nicht ohne Konsequenzen, da es zu einem späteren Therapiezeitpunkt notwendig sein kann, solche Externalisierungen zu entmutigen.

Die narzisstische Persönlichkeit verschafft sich durch zwei Formen einer »Quasi-Beziehung« das Sicherheitsgefühl, das notwendig ist, um ihre normalerweise vermiedenen Vorstellungen und Gefühle zu erleben und auszudrücken:

- Eine Form ist durch persönliche Großartigkeit, verbunden mit der Erwartung, bewundert zu werden, charakterisiert.
- Die andere besteht in der Idealisierung des Therapeuten, dessen »Licht« wiederum auf den Patienten zurückfällt.

Die großartige Quasi-Beziehung tritt meist entweder zu Beginn einer Behandlung auf oder in der Genesungsphase direkt nach einem erfolgreich überwundenen anfänglichen Belastungszustand nach einer Extrembelastung. Prahlerei und Selbstlob treten in subtilen oder stärkeren Formen auf und bewirken, dass die Therapiezeit von belastungsrelevanten Themen abgezogen wird.

Das Taktgefühl, wie an früherer Stelle betont wurde, lässt diese Bemühungen auch zu, um das Selbstwertgefühl wieder herzustellen, anstatt darauf zu bestehen, bei zentralen Konflikten zu bleiben, oder die großartigen Bemühungen als Kompensation zu interpretieren.

Dieses Taktgefühl oder diese Zurückhaltung können für solche Therapeuten besonders schwer sein, die es gewöhnt sind, sich auf die positive therapeutische Beziehung zu verlassen, um dem Patienten

über Perioden harter Arbeit an bedrohlichen Vorstellungen hinwegzuhelfen. Es ist schwierig, daran zu denken, dass die Beziehung mit narzisstischen Patienten nicht stabil ist und dass ihr Bedürfnis oft gebieterisch und nicht mit der üblichen Anteilnahme verbunden ist.

Bei der zweiten Form von Quasi-Beziehung, der Idealisierung des Therapeuten, wird die Wiedergutmachung des Schadens dadurch erreicht, dass der Patient sich einbildet, er werde erneut durch eine mächtige oder attraktive Bezugsperson geschützt und als wertvoll erachtet. Das Belastungsreaktions-syndrom wird zur Eintrittskarte für diese Art der Selbstwertverbesserung. Abermals ist zu Beginn der Behandlung, wenn der Patient noch teilweise vom Belastungsfolgen-syndrom überwältigt ist, taktvolle Toleranz erforderlich. Die glorifizierenden Aussagen über den Therapeuten weisen auf Idealisierung hin, die den Schaden, der dem Selbst zugefügt wurde, vorübergehend wiedergutmacht. In diesem Fall muss auf einen sicheren Zeitabschnitt gewartet werden, in dem an der Umstrukturierung und Integration der belastenden Ereignisse gearbeitet werden kann.

Auch die Externalisierungen können einem Patienten helfen, zu belastenden Themen ausreichenden emotionalen Abstand zu gewinnen, so dass er es ertragen kann, über sie nachzudenken. Wird z. B. ein Gefühl des Ekels gegenüber dem Tod auf den Therapeuten projiziert, besteht die entscheidende Methode darin, den Patienten zu bitten, mehr über das augenblickliche Empfinden des Therapeuten zu sprechen. Dadurch wird dem Patienten ermöglicht, die eigenen Gefühlspfade so zu begehen, als wären es die Wege des Therapeuten. Eine direkte Intervention, etwa in der Form: »*Sie fühlen sich vom Tod angeekelt*«, sollte erst später geschehen.

Natürlich sind narzisstische Überzeugungen wie histrionische und zwanghafte Einstellungen in einem gewissen Maße Bestandteil eines jeden Persönlichkeitstyps und einige der dargestellten Behandlungstechniken können jederzeit auch in anderen Therapien relevant sein.

14.7 Aktuelle Schlussbemerkung

Die Beobachtungen und psychologischen Erklärungsansätze, die in diesem Kapitel dargestellt wurden, fanden inzwischen durch viele nachfolgende Untersuchungen eine Unterstützung. Die dargestellte Informationsverarbeitungstheorie zu den Phasen der emotionalen Modulation und Schemaintegration wurde dabei bestätigt und ausgebaut. Es kam zu zusätzlichen Kenntnissen in Bezug auf die biopsychosozialen Komponenten.

Neuroscience-Befunde

Die **Neuroscience-Befunde** haben zu einem wachsenden Verständnis für die traumainduzierte Aufschrei- oder Alarmphase geführt, die sich, um die Amygdala, im zentrierten Furchtschaltkreis des Gehirns abspielt. Die Kontrolle der Amygdalaaktivierung führt zur Konnektivität und »down regulation«, die durch Entscheidungsprozesse verursacht werden, die möglicherweise in den Netzwerksynapsen des Präfrontalkortex lokalisierbar sind. Diese Region ist wiederum anfällig für organische Hirnschädigungen und Substanzmissbrauch. Der Verlust der Funktionalität kann einen schädlichen Einfluss auf die Aufmerksamkeitsprozesse haben. Der Verlust der Fähigkeit sich zu konzentrieren kann wiederum zu einem Anstieg dysfunktionaler Effekte auf die intrusiven Erfahrungen führen. Schließlich führt die Unfähigkeit, das traumatische oder überaktivierte Gedächtnis bei Triggereintritten zu hemmen, zu den belastenden und unterregulierten Bewusstseinszuständen (Horowitz, 1998).

Soziale Beobachtungen und Theorien

Die soziale Stigmatisierung der Traumaopfer fördert die traumainduzierte negative Veränderung der Selbstkonzepte. Eine Stigmabeendigung durch neue Sozialisationsprozesse – wie in der Gruppentherapie – ist in diesem Falle nützlich. Die Wiederherstellung eines starken und kompetenten Selbstkonzeptes ist für eine Traumatherapie ganz zentral und wird gefördert durch Empathie, nützliche Zeitstrukturierung sowie das Reflektieren des Wertes, den man gegenüber anderen hat. Es ist zu überlegen, ob Kinder nicht mehr davon profitieren, wenn sie zusammen mit ihren Eltern therapiert werden, als allein.

Die Sicherheit und die Wiedererlangung von Bindung (»re-attachement«) kann Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung reduzieren.

Psychologische Beobachtungen und Theorien

Die Etablierung der Diagnose der PTBS ab 1980 folgte den Störungskriterien, die davor berichtet worden waren (Horowitz, 1976). Dies führte zu Tausenden wissenschaftlichen Publikationen und vielen neuen Therapieformen, von denen die meisten gleichermaßen wirksam zu sein scheinen. Alle wirksamen Therapieinhalte scheinen die folgenden Konzepte in den Mittelpunkt zu stellen:

- **Reduktion der Alarmzustände** im Bezug auf assoziierte Triggerreize. Dies wird durch Gewöhnungsprozesse an gut modulierte ruhige Bewusstseinszustände bewirkt im Gegensatz zu angstvollen unterregulierten Zuständen.
- **Lernen neuer Fähigkeiten des reflektierenden Bewusstseins** einschließlich bewusst geplanter Bemühungen, die emotionale Intensität von intrusiven Erinnerungen abzumildern.
- **Informationsverarbeitung (»Durcharbeiten«) and Selbstwirksamkeitsverbesserung**, um die Schemata der persönlichen Identität wieder herzustellen, in denen das Selbst als stark, kompetent und gut verbunden mit den wichtigen anderen Menschen verankert ist (Horowitz, 2002, 2005).
- **Posttraumatische Reifung**, die eine zukunftsorientierte und realitätsbasierte aktive Weiterentwicklung für neue Quellen der Zufriedenheit und Sinnerfüllung beinhaltet (Horowitz, 2008).

Literatur

- Abraham, K. (1942). A short study of the development of the libido, viewed in the light of mental disorders. In K. Abraham, (Ed.), *Selected Papers*. London: Hogarth.
- Bowlby, J. & Parkes, C. M. (1970). Separation and loss within the family. In E. J. Anthony, & C. Kopernik (Eds.), *The international yearbook for child psychiatry and allied disciplines*. New York: Wiley.
- Buber, M. (1959). Ich und Du. Heidelberg: Lambert Schneider.
- Creamer, M., Burgess, P. & Pattison, P. (1993). Reaction to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 452–459.
- Freud, S. (1893, 1975). Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. In *Gesammelte Werke, Nachtrags-Bd.* Frankfurt/M.: Fischer.

- Freud, S. (1909, 1971). Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose. In *GW, Bd. 7*, .
- Freud, S. (1917, 1972). Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In *GW, Bd. 11*, .
- Freud, S. & Breuer, J. (1895, 1970). Studien über Hysterie. In *GW, Bd. 1*, .
- Horowitz, M. J. (1974). Stress response syndroms: Character style and dynamic psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 31, 768–781.
- Horowitz, M. J. (1976/1986). *Stress response syndroms* (1st & 2nd ed.). New York: Aronson.
- Horowitz, M. J. (Ed.) (1991). *Histrionic personality* (2nd ed.). Northvale, NJ: Aronson.
- Horowitz, M. J. (1998). *Cognitive psychodynamics: From conflict to character*. New York: Wiley.
- Horowitz, M. J. (2002). *Treatment of stress response syndromes*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Horowitz, M. J. (2005). *Understanding psychotherapy change: A practical guide to configurational analysis*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Horowitz, M. J. (2008). *A course in happiness*. New York: Tarcher, London: Penguin.
- Horowitz, M. J. & Becker, S. S. (1972). Cognitive response to stress: Experimental studies of a compulsion to repeat trauma. In R. Holt, & E. Peterfreund (Eds.), *Psychoanalysis and contemporary science* (vol. 1). New York: Macmillan.
- Janet, P. (1965). *The major symptoms of hysteria*. New York: Hafner.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: Mc Graw-Hill.
- Pennebaker, J. W. & Harber, K. D. (1993). A social stage model of collective coping: The Loma Prieta earthquake and the Persian Gulf war. *Journal of Social Issues*, 49, 125–145.
- Salzman, L. (1968). *The obsessive personality*. New York: Science House.
- Sandler, J. (1960). The background of safety. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 352–356.
- Shapiro, C. (1965). *Neurotic styles*. New York: Basic Books.
- Weiss, J. (1971). The emergence of new themes: A contribution to the psychoanalytic theory of therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 52, 459–467.

15 Psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (PITT)

L. Reddemann

- 15.1 Grundlagen – 260
- 15.2 Traumabehandlung in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie – 260
- 15.3 Grundprinzipien der PITT – 261
- 15.4 Behandlungsverlauf von PITT – 262
 - 15.4.1 Aufbau des Arbeitsbündnisses, Ich-Stärkung und Stabilisierung – 262
 - 15.4.2 Emotionales Durcharbeiten und Rekonstruktion der traumatischen Erfahrung – 266
 - 15.4.3 Integration – 270
- 15.5 Zusammenfassung der Ziele und Interventionslinien von PITT – 271
 - 15.5.1 Konkrete Ziele – 271
 - 15.5.2 Die Wirkung fördernder Imagination – 272
- 15.6 Beziehungsgestaltung – 272
- 15.7 Evidenzbasierung – 273
- Literatur – 273

15.1 Grundlagen

Seit 1985 hat sich innerhalb der tiefenpsychologischen und analytischen Psychotherapie in Praxis und Theorie sowie beginnend in der Forschung die psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (PITT) als ein Verfahren herausgebildet, das heute im deutschsprachigen Raum vielfach bei Patienten mit komplexen posttraumatischen Störungsbildern (► Abschn. 2.2.3) eingesetzt wird. PITT entwickelte sich aus den Bedürfnissen der Praxis und erfüllt die Forderung nach einer traumaadaptierten Handhabung psychotherapeutischer Verfahren (Flatten et al., 1998).

Bei der großen Gruppe der persönlichkeitsgestörten Patienten geht es häufig vorrangig um ein Beziehungstrauma (Fischer & Riedesser, 1998), ein Begriff, der zum Ausdruck bringt, dass es sich ätiologisch um mehr als ein traumatisches Ereignis handelt, vielmehr um eine toxische Beziehungserfahrung, meist mit zentral wichtigen anderen Personen, über lange Zeit. Besonders aus traumatisierenden Bindungserfahrungen entwickeln sich dysfunktionale Selbstregulationsmechanismen (Ford et al., 2005), denen es angemessen zu begegnen gilt.

Vieles spricht dafür, dass auch Bindungsstile über die Zeit verändert werden können von einem unsicheren und desorganisierten Bindungsstil hin zu einem sicheren (Schore, 2003). Dazu bedarf es einerseits einer halt gebenden therapeutischen Beziehung und andererseits einer Förderung der selbstregulativen Kräfte.

! Das therapeutische Anliegen von PITT war es daher von Anfang an, vor allem Fähigkeiten zur Selbstberuhigung, Selbsttröstung und Selbstakzeptanz zu entwickeln und zu fördern.

Das bedeutet, dass Ansätze zur Selbstregulation gefördert werden, die zuvor innerhalb der problematischen Bindungsstile nicht ausreichend erworben werden konnten. Hier ist eine traditionelle Domäne psychodynamischer, aber auch humanistischer Therapien in besonderer Weise angesprochen. In der PITT wird neben der Nutzung der therapeutischen Beziehung Wert darauf gelegt, eine liebevolle, mitfühlende und akzeptierende Selbstbeziehung nicht nur als Identifikation mit der Therapeutin zu fördern, sondern die bereits vorhandenen Rudimente

dazu zu erkunden und deren Wachstum zu fördern. Die Autorin nennt dies das Prinzip der »Sonnenhaftigkeit«, einem Gedicht von Goethe folgend: »Wär nicht das Auge sonnenhaft, die Sonne könnt es nicht erblicken« (Goethe, 1993, 1827).

15.2 Traumabehandlung in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

Trauma war immer schon ein wichtiges Thema der psychodynamischen und psychoanalytischen Psychotherapien, wie es die Übersichtsarbeit von Bohleber (2000) verdeutlicht (Fichter et al. 2003).

! PITT legt einen besonderen Akzent auf Ich-stärkende und -stützende Ansätze, die dem Durcharbeiten der traumatischen Erfahrung vorangehen sollten.

Als einer der ersten Psychoanalytiker, die sich systematisch mit Erforschung und Therapie psychotraumatischer Störungen befasst, kann Horowitz gelten. Sein Ansatz (¹1976, 1997; ► Kap. 14) bot eine differenzierte, psychodynamisch fundierte Systematik, die nicht ohne Auswirkung auf PITT blieb. Gemeinsamkeiten zwischen seinem Ansatz und PITT bestehen und seien daher hier genannt:

1. Den Patienten von äußeren Belastungen befreien und für Ausruhen und Erholung sorgen – etwas, was vor allem stationäre und teilstationäre Therapie leisten können sollte.
2. Unterstützung anbieten, was eine weitgehende Modifikation der analytischen Abstinenzregel auslegung erfordern kann.
3. Positive Gefühle hervorrufen, die sich von negativen Affekten im Zusammenhang mit dem Trauma unterscheiden, dazu gehört z. B. in der PITT die gezielte Arbeit mit »ego states« (► Exkurs).
4. Stressreduzierende Techniken vermitteln, z. B. in der PITT gezielte Imagination von angenehmen Erinnerungen.
5. Strukturierung von Ereignissen sowie Strukturierung und Organisation von Informationen, wozu der Patient umfassend über Trauma, Traumafolgen und Traumacoping informiert werden muss.

6. Psychoedukative Deutungen, auch als kognitive Restrukturierung, z. B. bei Selbstanklagen und eigenen Schuldzuschreibungen.
7. Dem Patienten immer wieder behilflich sein, Gegenwart und Vergangenheit voneinander zu unterscheiden.
8. Erkennen von Situationselementen, die assoziativ mit dem Trauma in Verbindung stehen und Anleitung, diese Situationen ggf. zu vermeiden.
9. Lehren von Dosierungstechniken, um dosiert mit traumatischen Erinnerungen umzugehen, z. B. in der PITT die Arbeit mit dem sog. inneren Beobachter.

15.3 Grundprinzipien der PITT

Im Folgenden geht es also um die Behandlung von komplexen posttraumatischen Störungsbildern mit dysfunktionaler Selbstregulation.

Ergänzend zu den eben genannten Grundprinzipien in Bezug auf intrusives Verhalten, sind folgende Vorgehensweisen in Bezug auf konstruktive Symptome wichtig: Verleugnungs- und Vermeidungsphänomene können u. a. mit folgenden beschriebenen Techniken (Reddemann, 2001, 2004) angegangen werden::

1. Reduzieren von exzessiven Kontrollen durch die Interpretation von Abwehrmanövern und Verhaltensweisen, die sich eher als kontraproduktiv erwiesen haben, diesen aber mithilfe von Ego-state-Konzepten einen Sinn verleihen.
2. Ermöglichen und Unterstützen der Aufnahme sozialer Beziehungen, um der Neigung zu emotionaler Erstarrung und Isolation entgegenzuwirken, zumal man heute aus der Forschung zur Resilienz und Salutogenese weiß, dass soziale Beziehungen der am meisten schützende Faktor sind.
3. Rekonstruieren des traumatischen Geschehens, falls Traumabearbeitung möglich ist,
4. Explorieren insbesondere des emotionalen Erlebens, und zwar unter möglichst geschützten Bedingungen, nämlich
5. mithilfe detailliertem Beschreiben der traumatischen Situation und der Situationsfaktoren aus einer Beobachterperspektive (sog. Beobachter-technik).

Intrusive und konstruktive Verhaltensweisen sowie Übererregungssymptome bedürfen bei komplexen posttraumatischen Störungsbildern einer Ergänzung durch die Berücksichtigung weiterer Parameter, die traditionell die Domäne psychodynamischer Therapien darstellen, u. a.:

- anhaltende Verletzung durch nicht angemessene Beziehungs- und Bindungsangebote sowie
- chronifizierte traumatisierende Bindungserfahrung (Pearlman u. Courtois, 2005).

Traumafokussierende Techniken wie die Traumaexposition (► Kap. 12) allein haben sich bei komplexen posttraumatischen Folgestörungen nicht als effektiv erwiesen (Ford & Kidd, 1998; Spinazolla et al., 2005). Einiges spricht sogar dafür, dass die ausschließliche Anwendung von spezifischen traumabearbeitenden Techniken für diese Patientinnen schädlich zu sein scheint (Cloitre et al., 2004; Schottenbauer, 2008). Diese Patientengruppe benötigt ein Behandlungsangebot, das sich auch an ihre spezifischen Schwierigkeiten richtet, die aus ihrer Bindungs- und Entwicklungspathologie resultieren.

Da sich Beziehungsstörung einerseits und punktuelle traumatische Erfahrung andererseits i. Allg. verquicken, ergibt sich für die psychodynamische Traumatherapie eine **Behandlungsregel**, die als »**Vorrang der Beziehungsgestaltung vor der Technik**« i. S. eines heuristischen und hermeneutischen Prozesses aufgefasst werden kann (s. das Fallbeispiel weiter unten).

Findet die psychodynamische Traumatherapie unter ungünstigen äußeren Bedingungen und ungünstigen inneren Voraussetzungen der Patientin statt, so muss häufig ganz darauf verzichtet werden, eine traumatische Erfahrung durchzuarbeiten. Es kommt aber nicht selten vor, dass Patienten nach genügender Stabilisierung eine Traumabearbeitung gar nicht mehr wünschen. Dies könnte in der PITT an dem von der Autorin sog. »kausalen« Teil der Stabilisierung begründet sein. Womit gemeint ist, dass die Arbeit mit verletzten und verletzenden »ego states« einen psychodynamisch aufdeckenden neben dem supportiven Teil beinhaltet.

Das Ziel der psychodynamischen Traumatherapie besteht allgemein darin, die Abwehr und die Kontrollmechanismen soweit zu stärken, dass eine »dosierte Erinnerung« möglich wird und die trau-

matische Erfahrung durchgearbeitet werden kann, ohne dass eine erneute traumatische Reizüberflutung zu befürchten ist.

Die Bedeutung von Intrusion auf der einen und Vermeidung/Verleugnung auf der anderen Seite können sich unter einem psychodynamischen Blickwinkel erschließen, wenn man sie als Wechselspiel von Impuls und Abwehr auffasst. Die Pendelbewegung zwischen Intrusion und Vermeidung kann psychodynamisch als ein Selbstheilungsversuch des verletzten psychischen Systems verstanden werden. Man kann in diesem Sinne von einer Art »natürlichen Wundheilungsprozess« auch bei psychischer Traumatisierung sprechen, der als Analogie zur spontanen Heilungstendenz körperlicher Wunden zu verstehen ist. Auch alle weiteren Symptome und Persönlichkeitsveränderungen können als Traumakompensation, d. h. als Selbstregulationsversuch verstanden und gewürdigt werden.

! Die PITT hat zum Ziel, sich dem natürlichen Selbstheilungsversuch der Patienten anzupassen und diesen gezielt zu fördern. PITT orientiert sich daher am Prozess der »natürlichen Traumaverarbeitung«, wobei es nicht vorrangig um Erkenntnisgewinnung über die traumatische Erfahrung geht, sondern vor allem um solche über Resilienzfaktoren und deren Förderung.

15.4 Behandlungsverlauf von PITT

15.4.1 Aufbau des Arbeitsbündnisses, Ich-Stärkung und Stabilisierung

Es sind Interventionen erforderlich, die in dem Sinne »Ich-stärkend« wirken, dass sie die Traumakompensation unterstützen und Wiederholungstendenzen einschränken. Damit geht der Aufbau eines therapeutischen Arbeitsbündnisses einher, worin das Ich der Patientin als Partnerin in der gemeinsamen therapeutischen Arbeit begriffen wird. Hierfür hat sich in der PITT ein breites Repertoire an Interventionen angesammelt, das im Rahmen dieser Übersicht hier nur kurz skizziert werden kann (ausführliche Infor-

mationen finden sich in Reddemann, 2001, 2004, 2006 und 2008).

Es wird davon ausgegangen, dass als erster Schritt stets eine Würdigung des Leidens der Patienten unbedingt erforderlich ist, daran anschließend macht sich die PITT Erkenntnisse der Resilienz- und Ressourcenforschung (► Kap. 5) sowie neuerdings der positiven Psychologie (Joseph & Linley, 2006; Joseph & Linley, 2008) zunutze.

Das bedeutet, dass die Therapeuten systematisch

1. Fragen nach Ausnahmen (de Shazer, 2000; Isebaert, 2005) stellen,
2. genauestens eine »Freudebiografie« (Kast, 1993) bzw. Ressourcenbiografie erheben sowie
3. auf der Basis allgemeiner Achtsamkeitsorientierung ein Freudetagebuch (Reddemann, 2004b) oder ein Dankbarkeitstagebuch (Seligman, 2004) anregen.

Ausnahmen, biografische Details, die auf gehobene Emotionen hinweisen sowie alltägliche Erfahrungen, die von gehobenen Emotionen getragen sind, sind wichtige Informationen, die dem Auf- und Ausbau von Resilienz dienen. Einige Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass Belastungen – z. B. in der Therapie – besser verkraftet werden, wenn positive Emotionen verfügbar sind (Fredrickson & Joiner, 2001; Grawe, 2004).

Das Prinzip des »informed consent«, d. h. die genaue Information der Patientin zu den Hypothesen und Behandlungsangeboten und die Bitte an die Patientin, diesen zuzustimmen, ehe man weiterarbeitet, ist besonders wichtig, um die Kontrollverluste der Patientinnen zu mildern (► Fallbeispiel).

Eine konsequente Anwendung des Prinzips Achtsamkeit mit dem Ziel, einerseits eine verbesserte Wahrnehmung des Hier-und-Jetzt zu ermöglichen und andererseits eine liebevolle Selbstbegegnung zu unterstützen, gilt für den Verlauf der gesamten Behandlung.

PITT geht davon aus, dass jedes Erinnern auch ein Imaginieren ist und greift daher zunächst auf gute und heilsame Erinnerungen zurück, ehe zu quasi vorgefertigten Imaginationen, wie der eines sicheren Ortes, hilfreicher Wesen, etc. übergegangen wird. Aus heutiger Sicht erscheint die Nutzung des-

sen, was die Patienten bereits mitbringen unverzichtbar (► Fallbeispiel).

Fallbeispiel

Es handelt sich um einen in seinem Alltag und Familienleben relativ gut zurechtkommenden Geschäftsmann, der unter chronischen Schmerzzuständen, insbesondere Rückenbeschwerden, leidet. Für diese Schmerzen fand sich keine organmedizinische Erklärung. Die vorläufige Diagnose lautete daher somatoforme Schmerzstörung. Der Patient wünscht eine modifizierte analytische Psychotherapie. Er berichtet bereits im Erstgespräch von massiven Misshandlungen durch den Vater. Er kann darüber sehr distanziert sprechen, fast als sei es die Geschichte von jemand anderem. Der Therapeut formuliert eine Hypothese: »Können Sie sich vorstellen, dass Ihre Schmerzen etwas mit den Misshandlungen, die Sie als Kind erlitten haben, zu tun haben könnten?« Der Patient bestätigt dies sofort, ja, er könne sich das schon vorstellen, aber wie ihm das helfen könne, das wisse er halt nicht.

Es erfolgt dann eine Information über traumatische Erfahrungen und deren Verarbeitung. Die Aussage »Der Körper ist der Ort der Traumatisierung« ist im Fall dieses Patienten mehr als offensichtlich und auch, dass sich der Körper erinnert.

Die Beziehungen zu seiner Frau und seinen Kindern beschreibt der Patient als eher distanziert. Es falle ihm schwer, sich nahe auf Menschen einzulassen. Leider müsse er auch sagen, dass ihm Sexualität nie viel bedeutet habe, was für seine Frau ein Problem sei. Sicher liebe seine Frau ihn mehr als er sie, denn sie stehe trotz allem zu ihm. Mit seiner Tochter, 10 Jahre, verstehe er sich besser als mit seinem 15-jährigen Sohn. Er ertappe sich leider immer wieder dabei, dass er voller Wut auf seinen Sohn sei, und er müsse sich dann immer sehr beherrschen, um den Sohn nicht zu schlagen. Aber er habe sich geschworen, wegen seiner schlimmen Kindheit nie die Hand gegen einen anderen zu erheben, und das sei ihm bis heute auch gelungen. Darauf sei er ein bisschen stolz. Er müsse aber zugeben, dass er oft so angespannt sei, dass er Menschen anbrülle, sowohl seine Familie wie auch seine Mitarbeiter. Hinterher tue ihm das leid, und er entschuldige sich auch immer,

aber er habe sich da nicht unter Kontrolle, und das mache ihm Angst.

Überhaupt habe er das Gefühl, dass er wie ein wandelnder Vulkan sei, der jederzeit ausbrechen könne. Dies gibt dem Therapeuten Gelegenheit, mit dem Patienten über innere Bilder zu sprechen, das Heilsame und das Unheilsame von Bildern zu erläutern und den Patienten einzuladen, ein Gegenbild für das Vulkanbild zu finden. Der Patient antwortet sofort: »Eine klare, kühle Quelle im Gebirge«, und kann, indem er sich intensiver auf die Vorstellung dieser Quelle einlässt, spüren, wie er dadurch ruhiger wird.

Nachdem der Therapeut dem Patienten das mögliche Vorgehen erläutert hat, fragt er ihn am Ende des Erstgesprächs, ob er sich vorstellen könne, immer wieder an dieses Bild der kühlenden Quelle zu denken und es auf sich wirken zu lassen. Er könne auch, wenn er das »Vulkangefühl« habe, ganz aktiv zum Bild der klaren, kühlen Quelle pendeln, wenn er das wolle. Er antwortete: »Klar, das mache ich gerne. Ich hätte nicht gedacht, dass so ein Bild einem so gut tut.«

Diagnostisch erschien die noch nicht in Diagnosemanualen vorgesehene Konzeptualisierung als somatoforme Dissoziation zum Verständnis der Problematik angemessen (► Abschn. 2.2.2). Der Patient kommt in die nächste Stunde und berichtet davon, dass er jeden Tag ein paar Mal an die Quelle gedacht habe. Was ihm besonders gut getan habe: Als er sich über seinen Sohn aufgeregt hätte, weil der mal wieder viel zu spät in der Nacht nach Hause gekommen sei – er solle spätestens um 22 Uhr zu Hause sein, schließlich sei der Junge erst 15 –, habe er ganz intensiv an die Quelle gedacht, und da sei er doch tatsächlich ruhiger geworden. Es sei ihm dann eingefallen, dass er in diesem Alter auch am liebsten viel später nach Hause gekommen wäre und das nur aus Angst vor dem Vater nicht gewagt habe. Da habe er sich gedacht, was er doch für ein Glück habe, dass sein Sohn keine Angst vor ihm habe.

T *Das finde ich auch schön, dass das so ist. Und dafür haben Sie eine Menge getan! Es ist Ihnen ja nicht immer leicht gefallen, sich zu beherrschen.*

P *Wissen Sie, manchmal denke ich, dass, obwohl es so schrecklich war, es doch auch sein Gutes*



hatte, weil ich wirklich weiß, was Gewalt ist, und was es mir wert ist, keine Gewalt anzuwenden.

Der Therapeut bemerkt, dass es ihn fast rührt, wie es diesem philosophisch nicht gebildeten Mann gelungen ist, seine Schreckenskindheit in einen für ihn sinnerfüllenden Zusammenhang zu bringen, und fragt den Patienten, wie er es geschafft habe, so eine Sicht der Dinge zu entwickeln. Seine Hypothese ist, dass er damit »traumatic growth« fördern könne.

- P *Meine Mutter hat mir das, glaube ich, beigebracht. Sie war sehr fromm und hat immer gesagt, dass alles einen Sinn habe, auch wenn wir den nicht verstehen. Ich bin nicht mehr fromm, aber das habe ich nicht vergessen, weil es mich halt getröstet hat, wissen Sie.*
- T *Dann war Ihre Mutter für Sie so etwas wie eine Kraftquelle.*
- P *(dessen Augen zu leuchten beginnen). Ja, sie war herzensgut. Sie hat auch immer versucht, uns Kinder vor dem Vater zu beschützen, aber der hat sie dann auch geschlagen oder eingesperrt – es kommen ihm die Tränen. Damals konnten die Frauen nicht von ihren Männern weggehen, das war in den 50er und 60er Jahren. Sie hatte jung geheiratet, hatte keinen Beruf ... Das waren andere Zeiten. Meine Frau hat übrigens immer gearbeitet, das habe ich auch unterstützt, sie hat es zur Filialeiterin gebracht, meine Mutter hat sich um unsere Kinder gekümmert, als sie klein waren. Leider ist sie vor 5 Jahren gestorben ... aber das war auch richtig, sie war sehr krank, zum Glück nur kurz.*

An dieser Stelle ist wieder eine Entscheidung nötig: Nutzt man das Bild, das der Patient von seiner Mutterbeziehung und seiner Mutter ent-



wirft, als Ressource, oder könnte es sein, dass er hier idealisiert? Möglicherweise ist in der Schilderung ein idealisierendes Moment, dennoch entschließt sich der Therapeut, die Sicht des Patienten erst einmal zu unterstützen, weil er zum einen davon ausgeht, dass das momentane Mutterbild für den Patienten eine Hilfe darstellt, zum anderen diese Äußerung i. S. des Wachtstums des Patienten auch zu fördern ist.

Der Patient verfügt über eine ganze Reihe wichtiger Ressourcen: Er hat ein positives Mutterbild zur Verfügung und gute Erinnerungen an sie. Er kann dankbar sein, und er verfügt über die Fähigkeit zur Kohärenz, d. h., er kann Belastungen, die ihm widerfahren sind, in einen sinnerfüllenden Zusammenhang stellen (Antonovsky, 1997).

Weitere Ressourcen, wie relativ gute Beziehungen, sind erkennbar und machen die Prognose günstig. Sie weisen auch auf relative Stabilität hin.

Der Therapeut erklärt dem Patienten nun noch einmal ausführlich das Phasenmodell, nachdem das Zusammentragen und Erkennen seiner Ressourcen eine wichtige Voraussetzung sein könne, um – falls er es wünscht – an den Belastungen, die zu seinen Beschwerden beigetragen hätten, zu arbeiten. Es leuchtet dem Patienten ein, dass man Belastungen besser verkraften kann, wenn man sich innerlich kraftvoll fühlt, und er stimmt daher dem Vorgehen zu.

Die Stabilisierungsphase unterscheidet sich in zwei Bereiche:

1. den eher kognitiv-psychoedukativen Teil, wie oben kurz beschrieben (► auch Kap. 13),
2. den kausalen Teil, in dem der Therapeut sich bereits behutsam und dosiert traumatischem Material zuwendet. Hier geht es um die Beschäftigung mit verletzten und verletzenden Anteilen (»ego states«; ► Exkurse auf S. 265).

Exkurs**Verletzte »ego states«**

Verletzte Anteile sind früher eher unter dem Label »inneres Kind« beschrieben worden. Da man in den letzten Jahren allerdings konsequent nach dem Ego-state-Modell (Reddemann, 2006; Watkins & Watkins, 1997) arbeitet, hat sich dieser Begriff überlebt. Denn nach dem Ego-state-Modell gibt es nicht »ein inneres Kind«, sondern viele kindliche Anteile. Im Ego-state-Modell, das auf Federn (1952) zurückgeht, arbeitet man mit der Hypothese, dass »ego states« sich zum einen durch normale Entwicklung herausbilden können, so spricht man z. B. vom »Kind im Mann«, zum anderen gerade traumatische Erfahrungen zur Herausbildung von »ego states« als Schutzmechanismus führen können (► folgendes Fallbeispiel). Die dazu ge-

hörige »strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit« (van der Hart et al., 2007) hilft der Patientin nämlich, Traumaerinnerungen quasi im »mentalen off« zu halten und anscheinend normal weiterzuleben. (Daher verwenden van der Hart et al., 2007, die Unterscheidung »anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil« und »emotionaler Persönlichkeitsanteil«).

Während der Zeit der Stabilisierung geht es darum, alle »ego states« zu stabilisieren.

Es ist eine Täuschung, wenn man sich damit zufriedengibt, nur das erwachsene, heutige Ich zu stabilisieren. Der Mangel an Kenntnis über verschiedene Teile oder »states« führte früher zu erheblichen Fehlschlägen in der Behandlung und auch zu einem Missverstehen der Bedürfnisse der Patienten.

Exkurs**Verletzende »ego states«**

Verletzte Teile lassen sich manchmal nicht versorgen, weil verletzende Teile, sog. Täterintrojekte, dies zu verhindern suchen. Nach dem Ego-state-Modell haben alle Teile zum Ziel, das Leben zu schützen, bzw. das Überleben zu sichern. Daher wird in der PITT in der jetzt aktuellen Form der Versuch unternommen, diese Teile zunächst zu würdigen und zu verstehen, wie sie entstanden sind, neuerdings gehen die Therapeutinnen davon aus, dass sie vor allem dem Schutz von Bindungen an wichtige Andere dienen. Anschließend geht es darum, diesen Teilen zu vermitteln, dass es ein erwachsenes Ich gibt, das eine andere Art von Hilfe benötigt als das Ich der traumatischen Situation, und es wird zwischen dem erwachsenen Ich und diesem Teil ein Verhandlungsprozess angeregt und gefördert, welcher am Ende dazu führen soll, dass erwachsenes Ich und dieser Teil konstruktiv zusammen arbeiten (ausführlich in Reddemann, 2008; ► folgendes Fallbeispiel).

Durch die Arbeit mit verletzten und verletzenden Anteilen wird die räumliche und zeitliche Einordnung der traumatischen Erfahrung unterstützt. Man kann Freuds Begriff phasengerecht differenzieren und von »eher kognitivem Durcharbeiten« der traumatischen Erfahrung sprechen. Kognitiv

steht hier im Gegensatz zu »emotionalem Durcharbeiten«, das einem späteren Abschnitt vorbehalten ist. Es ist in dieser Phase der Therapie nicht erforderlich, dass sich die Patienten an den Ablauf des traumatischen Geschehens genau erinnern. Immer wenn Symptome oder massive Übertragungsverzerrungen auftreten, geht der Therapeut mit dem Patienten mögliche auslösende Ereignisse durch und bringt sie in einen biografischen Zusammenhang i. S. strukturierender und klarifizierender Deutungen. Dabei werden erlebnisaktivierende und emotional stimulierende Interventionen unbedingt vermieden. Verliert sich die Patientin in belastenden Erinnerungen oder Flashbacks, wird sie einerseits durch Techniken des sog. Erdens und achtensamen Wahrnehmens in die Gegenwart der Behandlungssituation zurückgeholt, andererseits hilft die Imagination des Tröstens und liebevollen Versorgens eines verletzten jüngeren Anteils und ggfs. die Würdigung seines Schmerzes, dass die Patientin ein resilienzförderndes Verhalten nachholen kann. Symptome werden im Übrigen möglichst als eine normale Reaktion auf eine verrückte Situation dargestellt. Interventionen dieser Art geben dem Patienten die Hoffnung auf Verständlichkeit und Sinngebung zurück, die ein wichtiger salutogenetischer Aspekt des Kohärenzgefühls (Antonowski, 1997) sind.

Fallbeispiel

In den weiteren Sitzungen erfolgt dann eine Konzentration auf die Arbeit mit den verletzten Anteilen, die ebenfalls zunächst beschrieben wird, um anschließend mit dem Patienten zu klären, ob er mit diesem Modell arbeiten will. Ausgehend von Alltagskonflikten und später auch Beziehungskonflikten mit dem Therapeuten werden Zusammenhänge zu verletzten Anteilen und deren Wünschen hergestellt, endlich geliebt und anerkannt zu werden. Es stellt sich heraus, dass der Patient zwar gewaltlos nach außen war, mit sich selbst aber recht gewaltsam umging. Er schlief eindeutig weniger, als er gebraucht hätte, trieb sich dauernd zu zahllosen Aktivitäten an und hatte neben seinem Beruf eine ganze Reihe von Ehrenämtern. Nach und nach wird ihm bewusst, dass er so viel tut, um sich bzw. genauer sein »inneres Kind« und dessen Schmerz nicht zu spüren. Daraus resultiert aber, dass er sich selbst und seine kindlichen Anteile vernachlässigt. In manchen Fällen stellt sich heraus, dass der Patient den Therapeuten »verwechselt«, in ihm den Vater sieht. Hier hilft dem Patienten die Vorstellung, dass diese Reinszenierungen letztlich den verletzten Anteilen helfen, auf sich aufmerksam zu machen. Nach und nach entwickelt er ein verständnisvolleres Verhältnis zu diesen kindlichen Anteilen. Er entwickelt Interesse daran, was ein kleiner Junge in verschiedenen Altersstufen an Zuwendung braucht, und gelegentlich kann jetzt auch etwas Kritik an der Mutter aufschwimmen, von der er sich doch gewünscht hätte, dass sie mit den Kindern weggegangen wäre. Die vielen Gewaltszenen werden jeweils nur angedeutet, besonders wird Wert darauf gelegt, dass »der kleine Junge« in ihm in Sicherheit gebracht wird. Diese Arbeit erstreckt sich über etwa 100 h.

15.4.2 Emotionales Durcharbeiten und Rekonstruktion der traumatischen Erfahrung

Sowie die Fähigkeit der Patienten zur Kontextualisierung wieder erlangt ist, kann sie sich – gleichsam von einem neuen Punkt außerhalb der traumatischen Erfahrung – den emotionalen Schmerzen zuwenden, die das Trauma bereitet hat und bereitet.

Verläuft die Therapie in der geschilderten Sequenz ihrer Phasen, so ist die Gefahr gering, in der traumatischen Erfahrung erneut zu versinken, die bei einem offenen therapeutischen Prozess und nichtfokussierter Therapieführung verstärkt gegeben sein kann. Die traumatische Erfahrung kann mit starker Verwirrung und emotionalen Schmerzen verbunden sein, denen sich der Patient jetzt annähern kann. Er hat durch die bisherigen Behandlungsschritte die Sicherheit gewonnen, nicht mehr im Trauma zu versinken und von den traumatischen Affekten überflutet zu werden.

Ziel des emotionalen Durcharbeitens ist ein »dosiertes Erinnern«, mit dosierter emotionaler Verarbeitung der traumatischen Erfahrung. Die Dosierung der Emotionen wird u. a. durch Rückgriff auf Übungen unterstützt, die sich in der Einleitungsphase bereits bewährt haben, nämlich die Versorgung von erlebenden, belasteten Anteilen an einem sicheren Ort mittels Helferwesen und die Betrachtung des »Traumafilms« aus einer beobachtenden Perspektive ergänzt durch ausführliche Imagination des »Tröstens für das traumatisierte Ich« (Reddemann, 2004a; ► Fortsetzung des Fallbeispiels).

Fallbeispiel

Bei einigen emotional aufwühlenden Situationen hat der Therapeut den Patienten auch eingeladen, sich mittels der Fähigkeit zur Beobachtung vom Geschehen zu distanzieren. Er empfiehlt in einer eher wahrnehmenden Haltung zu bleiben, so dass sich der Patient bereits mit einer Voraussetzung der Beobachertechnik – einer Fähigkeit der aktiven und möglichst neutralen Selbstbeobachtung – vertraut machen konnte. Die Selbstbeherrschung des Patienten verbesserte sich deutlich. Dennoch ereignet sich eine heftige Auseinandersetzung mit einem Mitarbeiter, bei der der Patient erneut am Rand der Dekompensation steht. Seine Äußerung »Ich habe nur noch rotgesehen« führt zu dem Entschluss, eine Gewaltszene zu bearbeiten, die dem Patienten spontan ins Gedächtnis kommt.

Nachdem der Therapeut dem Patienten das gesamte Vorgehen der Beobachertechnik nochmals erklärt hatte, fragt er den Patienten, ob er sich vorstellen könne, so zu arbeiten. Das erscheint dem Patienten möglich.



Zunächst wird die Szene eingegrenzt:

- P *Das war, als ich 7 Jahre alt war und nicht sofort die Milch geholt habe, wie ich sollte. Es war im Sommer, nachmittags so gegen 6 Uhr.*
- T *Wann war die Szene ganz zu Ende?*
- P *Als ich ungefähr gegen 8 Uhr im Bett lag.*

Als Nächstes fragt der Therapeut, welche anderen Ichs von dieser Szene berührt sein könnten.

- P *Da gibt es sehr, sehr viele. Gewalt war ja an der Tagesordnung. Aber wir haben ja schon viele Kinder an den sicheren Ort gebracht. Ich glaube, die sind wirklich schon alle am sicheren Ort. Der 7-Jährige ist der Letzte, der noch fehlt.*

Der Therapeut bittet den Patienten, diesen 7-Jährigen zu den anderen an den sicheren Ort zu bringen und ihm zu sagen, dass er jetzt, heute, in Sicherheit sei. Dazu planen der Therapeut und der Patient eine Konfrontation, für die sie sich 2 Stunden Zeit nehmen wollen. Der Therapeut fragt den Patienten, ob er sich im Anschluss an die Sitzung Ruhe gönnen könne und ob jemand für ihn da sei.

- P *Meine Frau ist für mich da. Ich nehme mir den Tag dann ganz frei.*

In der folgenden Sitzung erfolgen zunächst weitere vorbereitende Schritte, die darauf abzielen, dass das Geschehene strukturierter erlebt werden kann:

- Ist der sichere Ort verfügbar?
- Gibt es hilfreiche Wesen am sicheren Ort?
- Ist die beobachtende Fähigkeit verfügbar?

- T *Sind alle Ichs, die irgendwie von dem Ereignis berührt sein könnten, vor allem auch der 7-Jährige, in Sicherheit?*
- P *Ja, denen geht es gut.*
- T *Möchte der 7-Jährige sich diese alte Geschichte auch noch einmal anschauen oder machen Sie, der Erwachsene, das für ihn und für sich?*
- P *Das will er nicht. Ich soll das machen.*
- T *Können Sie sich nun noch vorstellen, dass Ihr erlebender Teil auch in Sicherheit ist?*
- P *Klar, das kann ich doch sowieso ... (lacht).*
- T *Jetzt haben wir, glaube ich, alles gut vorbereitet, so dass Ihr beobachtender Teil Ihnen diese alte*

Geschichte zur Verfügung stellen kann. Ich habe Ihnen ja schon erklärt, dass es wichtig ist, dass Sie die fragmentierten Teile dieser schlimmen Erfahrung zusammentragen. Dabei werde ich Ihnen helfen. Auch werde ich darauf achten, falls Sie es vergessen, was vorkommen kann, dass Ihre erlebenden Teile gut in Sicherheit bleiben.

- P *Ich habe ein bisschen Angst.*
- T *Wer hat Angst? Der Erwachsene oder der Junge? Beide können Gründe haben.*
- P *Ah, jetzt merke ich, es ist doch der Junge. Der war grade mal weggeflitzt vom sicheren Ort, war neugierig. Ich erkläre es ihm noch mal ...*
- T *... es ist gut, dass Sie so fürsorglich sind.*
- P *Okay, jetzt geht es.*
- T *Vielleicht beschreiben Sie erst einmal, was der Szene vorausgegangen ist?*
- P *Es ist ein schöner Sommernachmittag. Der Junge spielt draußen auf der Wiese ... Fußball ... Er ist ganz in das Spiel versunken ...*
- T *Möchten Sie das eine Weile spüren, dieses Versunkenseinkönnen ins Spiel?*
- P *Oh ja, das ist ein gutes Gefühl ... die Mutter ruft ... er will sie nicht hören, er möchte spielen ... sie ruft noch einmal ... ihre Stimme ist ein wenig ärgerlich ... jetzt geht er ins Haus ... es fällt ihm ein, dass er Milch holen soll ... – Ich merke, dass ich Angst kriege, muss den 7-Jährigen noch besser versorgen ... jetzt ist ein Helfer bei ihm. – Der Vater ist in der Küche ... er stinkt nach Alkohol ...*
- T *Was denkt der Junge da?*
- P *Er denkt nichts, er fühlt sich leer ... er hat ein blödes Gefühl im Magen ... er will sich am Vater vorbeischieben und die Milchkanne nehmen ... der Vater packt ihn an den Haaren ... er sagt, »na Bürschchen, spielst du wieder den Unschuldengel, dir werd ich's zeigen ...«*
- T *Wie geht es dem Jungen?*
- P *Er hat furchtbare Angst ... er wird ganz starr ... er versucht, nichts zu spüren, macht sich ganz steif ... mein Gott, warum tut dieser Vater das?*
- Der Patient beginnt zu weinen. Das Weinen wird sehr heftig.
- T *Es ist furchtbar, dass der Vater das tut. Es ist gut, dass Sie jetzt darüber weinen können ...*

P *So ein Scheißkerl, ich könnte ihn umbringen! Stellen Sie sich das vor, bloß weil ich die Milch nicht ganz pünktlich geholt habe. Der war doch krank. Ich hasse ihn, ich hasse ihn, ich hasse ihn ... Er weint wieder.*

Nachdem der Patient sich etwas beruhigt hat, möchte er weitermachen.

P *Ich habe etwas Schreckliches gesehen, bevor ich weinen musste, das kann ich Ihnen gar nicht erzählen.*

T *Das entscheiden Sie, ob Sie mir etwas erzählen möchten oder nicht. Wenn Sie das Gefühl haben, dass es für Sie besser ist, etwas für sich zu behalten, ist es gut. Allerdings können Sie mir, wenn Sie wollen, alles erzählen.*

P *Ich wollte es Ihnen nicht sagen, weil ich mich schäme, ja ich schäme mich für mich und für ihn, und weil ich denke, es ist für Sie auch sehr schlimm.*

T *Ja, ich finde es schlimm, dass Erwachsene Kinder quälen, aber ich kann es aushalten, wenn Sie mir davon erzählen.*

P *Der Vater nimmt eine 7-riemige Peitsche vom Schrank ... oh mein Gott ... ich muss noch mehr Abstand einnehmen ... jetzt geht es, ich sehe es von ganz weit weg ... er zieht ihm die Hose runter und schlägt wild drauflos ...*

T *Was fühlt der Junge?*

P *Der ist gar nicht mehr da.*

T *Wo ist er?*

P *Er schwebt an der Decke.*

T *Was würde er fühlen, wenn er im Körper wäre?*

P *Er hat, glaube ich, warten Sie, das ist schwer ... ja, er hat Angst, dass er sterben muss und ... es tut furchtbar weh ... er kann es nicht aushalten.*

T *Da ist es gut, dass er aus dem Körper herausgegangen ist ... sind Ihre erlebenden Ichs noch in Sicherheit?*

P *Ja ... ich kann das jetzt merken, dass es furchtbar wehtut, ich spüre es in meinem Rücken und der Hintern tut weh, aber ich kann es aushalten ... mein Gott, mein Gott, warum hilft denn keiner?*

T *Herr X, es ist schlimm, aber das ist ein alter Film, wissen Sie das noch? Sie sind hier bei mir in der Praxis.*

P *Ja, ich weiß ... Ich wusste nicht, wie brutal der Vater war ... Der Junge ist immer noch nicht in*

seinem Körper drin ... Warum macht die Mutter nichts? ...

T *Kann Ihr beobachtender Teil sie wahrnehmen?*

P *Ja, sie steht in der Ecke, schlägt die Hände vor das Gesicht. Sagt zum Vater, »Franz hör auf, ver-sündige dich nicht« ... jetzt lässt er den Jungen los und geht auf sie los ... Nein, nein, das halte ich nicht aus!*

T *Herr X, bitte kommen Sie mit der Aufmerksamkeit erst wieder hierher zurück, falls es Ihnen zu viel wird. Hier, in der Gegenwart, im Jahr ... sind Sie in Sicherheit.*

P *(der sich wieder fasst) Er ist mit dem Messer auf sie losgegangen. Das wusste ich gar nicht, er hat versucht, sie umzubringen. Verstehen Sie das? Bloß wegen der Milch? Das gibt's doch gar nicht. Der war doch wahnsinnig.*

Der Therapeut nimmt wahr, dass der Patient erneut aus der Szene »ausgestiegen« ist in eine eher reflektierende Haltung. Er wertet das als guten Schutz des Patienten. Deshalb beschließt er, zunächst auf das »Verstehen Sie das?« zu antworten. Er geht davon aus, dass jetzt die Beziehung zu ihm wichtig ist und genutzt werden sollte, damit sich der Patient sicher fühlen kann.

T *Ja, das kann ich mir auch vorstellen, dass Ihr Vater krank war.*

P *Jetzt weiß ich, warum ich dachte: ich fühle mich total hilflos. Ich konnte überhaupt nichts machen.*

T *Ja, so war das damals. Es ist sehr wichtig, dass Sie das jetzt verstehen ... Denken Sie, Sie können noch einmal mithilfe Ihres beobachtenden Teils genau wahrnehmen, was weiter geschehen ist? Sind Ihre erlebenden Teile alle noch in Sicherheit?*

P *Ja, ich will es genau wissen ... Der Junge hat jetzt panische Angst um die Mutter ... Er ... er nimmt die Milchkanne ... und haut sie dem Vater über den Kopf ... das ist der Mut der Verzweiflung ... es ist ihm alles egal ... er sieht rot ... er will nicht, dass der Vater der Mutter etwas tut ... der Vater kommt irgendwie zur Besinnung ... er geht weg ...*

T *Der Junge hat der Mutter das Leben gerettet?*

P *Das wusste ich nicht ... (Er beginnt wieder zu weinen ... schluchzt) »Mama, Mama«.*

Der Therapeut ist mit voller Aufmerksamkeit und Mitgefühl bei dem Patienten, aber er schweigt erst eine Weile, dann sagt er dem Patienten, dass es gut ist, dass er jetzt diese Gefühle der Trauer und des Schmerzes zulassen kann. Er erkundigt sich, ob der Patient glaube, dass er diese Gefühle jetzt aushalten könne.

P *Ja, das kann ich, es tut mir gut. Ich habe noch nie so weinen können. Gut, dass Sie da sind. Kann ich noch ein bisschen weinen?*

T *Natürlich, Sie haben so viel Zeit dafür, wie Sie brauchen ... Ich bin da ...*

Nach etwa zwei Minuten fasst sich der Patient. Schaut den Therapeuten an und sagt:

P *Das habe ich alles nicht gewusst. Dass er mich geschlagen hat, wusste ich, aber wie brutal, das wusste ich nicht, und dass er die Mutter umbringen wollte, das habe ich auch nicht gewusst, sie hat darüber nie gesprochen. Mein Gott, was für ein Leben ... Warum ist sie nicht von ihm weggegangen? Das war doch der Horror ... womöglich hat er das öfters gemacht ... ich werde meine Tante fragen ... Und dass ich so ein mutiges Kerlchen war, das wusste ich auch nicht. Dass ich das herausgefunden habe, das ist gut.*

T *Das finde ich auch sehr wichtig, dass Sie das herausgefunden haben. Haben Sie den Eindruck, dass Sie hier mit der Konfrontation aufhören können? Ist das Trauma hier zu Ende?*

P *Ja, wie der Vater weg ist, ist es vorbei. Obwohl es eigentlich aus meiner heutigen Sicht nie richtig vorbei war. Aber alle haben sich so benommen, als sei nichts geschehen. Wie schrecklich!*

T *Ja, dass all die schmerzlichen Gefühle nie ausgesprochen wurden, war wohl noch eine zusätzliche Belastung ... Etwas erscheint mir noch wichtig: Können Sie sich schon mit der Frage beschäftigen, was der Junge gebraucht hätte, was er immer noch braucht?*

P *Ich sage ihm, dass ich ihn toll finde ...*

T *Tut ihm das gut?*

P *Irgendwie schon, aber nicht richtig.*

T *Was braucht er denn? Können Sie ihn fragen?*

P *... Dass ich ihn in den Arm nehme. Ich glaube, er braucht, dass ich ihm sage, dass das falsch war*

vom Vater, dass es böse war und dass er nicht schuld war. Es ist doch normal, dass Kinder nicht immer gleich gehorchen, wenn Eltern was von ihnen wollen. Außerdem haben sie ihn dauernd unterbrochen, wenn er gespielt hat.

T *Ja, sagen Sie ihm das alles ... Wie geht es ihm damit?*

P *Ich glaube, es tut ihm gut zu hören, dass er nicht schuld ist.*

T *Braucht er noch mehr? Mehr Trost vielleicht?*

P *Ich halte ihn einfach in meinem Arm ... Das tut ihm gut. Wir weinen beide ... Aber warum war der Vater so? Warum hat der gesoffen?*

T *Sie haben mir mal erzählt, dass Ihr Vater im Krieg war, und vielleicht hängt es damit zusammen. Aber im Moment ist es vielleicht erst einmal wichtig, dass Sie sich weiter um Ihren Jungen kümmern, und wir klären das mit dem Vater später?*

P *Ja, stimmt, das kann ich mir ja später noch überlegen. Ich rede dann erst einmal mit meiner Tante. Der Junge möchte furchtbar gern ein Eis.*

T *Werden Sie das anschließend mit ihm essen? Mögen Sie auch Eis?*

P *Nicht besonders. Ich achte ja auch sehr auf mein Gewicht ... Na ja, diesmal kriegt er es, so ein tapferes Kerlchen.*

T *Ich kann mir vorstellen, dass es für den Jungen am wichtigsten ist, dass Sie seinen Kummer verstehen, später wird er dann auch stolz sein können.*

P *Sie meinen, ich soll ihm das nicht sagen, dass er ein tapferes Kerlchen ist?*

T *Doch, schon, aber das andere nicht vergessen. Er war ein Kind in großer Not, und dafür braucht er Trost und Mitgefühl.*

P *Ach so, ja, ... leuchtet mir ein, das ist bei meinen Kindern auch so ... leider konnte ich auf sie ja auch nicht sehr eingehen, wenn die Kummer haben.*

T *Das wird sich jetzt ändern, weil Sie mehr Mitgefühl mit sich selbst haben.*

P *Das hoffe ich.*

T *Wie geht es Ihnen, dem Großen, jetzt? Und wie dem Jungen?*

P *... viel besser. Aber ich bin ganz schön erschöpft. Dem Jungen geht es schon sehr gut. Es ist, als hätte er es schon fast vergessen.«*



In der Beobachtertechnik werden zwei Aspekte für die Therapie genutzt:

1. Der Fähigkeit zur Distanzierung wird ein sehr hoher Wert beigemessen.
2. Durch die Trennung von erlebenden und beobachtenden Teilen wird die Fähigkeit zur »Spaltung« genutzt.

Fallbeispiel

Bei diesem Patienten waren noch zwei traumakonfrontative Sitzungen erforderlich:

- eine sehr frühe Erfahrung als Kleinkind und
- die letzte Gewalterfahrung mit dem Vater. Damals war der Patient 18 Jahre alt, und er hatte seinem Vater gedroht zurückzuschlagen, wenn er nicht auf der Stelle aufhöre. Das hatte tatsächlich dazu geführt, dass der Vater, der inzwischen auch physisch schwächer war als sein Sohn, von den Misshandlungen abließ.

Nach dieser Sitzung griff der Patient noch einmal die Frage auf, warum sein Vater sich so verhalten habe. Es wurde deutlich, dass eine mögliche Ursache für das Verhalten des Vaters eine kriegsbedingte posttraumatische Belastungsstörung sein konnte.

Die neu ins Bewusstsein gelangte Fähigkeit des Sich-wehren-Könnens, erprobte der Patient im Alltag. Dies hatte vielfältige Implikationen für den Patienten, dem jetzt erst bewusst wurde, wie häufig er sich so verhielt, als könne er nicht weg, als sei er unfrei. Daran wurde nun in vielen Stunden gearbeitet. Auch in der Übertragung zum Therapeuten war das ein wichtiges Thema. »Durfte« der Patient eine Stunde absagen? »Durfte« er seine eigenen Ferienpläne machen? »Durfte« er seine Meinung sagen?

Komplex traumatisierte Patienten haben meist ein ganzes Geflecht an Traumakompensation aufgebaut. Dieses Geflecht löst sich nicht einfach durch Traumakonfrontation auf, sondern bedarf ein sorgfältiges Durcharbeiten in vielerlei Facetten.

15.4.3 Integration

Die emotionale Rekonstruktion dient in besonderer Weise der Integration der traumatischen Erfahrung

in die Lebensgeschichte und den weiteren Lebensentwurf. Mit der Integration der traumatischen Erfahrung in die Lebensplanung kehrt die psychodynamische Traumatherapie zum Ausgangspunkt der Therapie, zu Ich-Stärkung und weiterer funktionaler Differenzierung des traumakompensatorischen Schemas zurück (► Fallbeispiel).

Fallbeispiel

Für den Patienten wurde nach den traumakonfrontativen Sitzungen die Frage, warum sein Vater so gewalttätig war, zentral. Er befragte seine Tante, die ihm berichtete, der Vater des Patienten sei als knapp 20-Jähriger gleich zu Beginn des Krieges eingezogen worden. Er sei in Stalingrad gewesen und sei völlig verändert zurückgekehrt. Er habe viele Alpträume gehabt, darüber habe er mit ihr manchmal gesprochen. Sie wisse, dass es ihm manchmal leidgetan habe, dass er so gewalttätig war, aber durch den Alkohol habe er sich stark verändert. Er habe sich bestimmt als Versager gefühlt, denn er habe ja nach dem Krieg nicht mehr viel erreicht. Vor dem Krieg habe er studieren wollen. Er habe dann die Mutter des Patienten geheiratet. Die sei eine herzengute Frau gewesen, aber ihrem Mann intellektuell weit unterlegen. Die Eltern des Patienten hätten wenig gemeinsam gehabt. Sicher habe der Vater des Patienten sich an ihm für sein aus seiner Sicht verpfushtes Leben abregiert. Nachdem der Patient dies alles erfahren hatte, schwankte er zwischen starker Trauer und heftiger Wut.

Zunächst geht es darum, diese Gefühle anzunehmen, anschließend lädt der Therapeut ihn ein, zu prüfen, wo er dem Vater ähnlich ist und wo er sich unterscheidet. Des Weiteren wirft der Therapeut die Frage auf, ob der Patient sich vorstellen könne, dass er unbewusst einige Themen für den Vater abarbeite. Der Patient kann nach und nach die Identifikationen mit dem Vater erkennen: die Gewalttätigkeit, die ähnlich wie beim Vater eigentlich ein Schutz war.

Immer noch ist das Bild der kühlen, klaren Quelle besonders wichtig für ihn. Aber er hat auch eine ganze Reihe anderer Bilder gefunden, insbesondere Analogien zwischen dem Leben von Tieren und Pflanzen und dem menschlichen Leben.



Die Beziehung zu seiner Frau wird herzlicher, und er entwickelt mehr sexuelle Lust, nachdem er zu der Erkenntnis gelangt ist, er habe sich verhalten wie sein Vater. Diesbezüglich müsse er dem Vater nun nicht mehr die Treue halten, denn er habe ja herausgefunden, dass er seinen Vater auch geliebt habe, und das sei ein gutes Gefühl. Die Entwicklung seines Sohnes, der mittlerweile fast volljährig ist, begleitet er mit Freude, und die Beziehung der beiden wird ebenfalls entspannter. Der Patient entwickelt nach und nach Humor.

Nach knapp 3 Jahren (240 Sitzungen) wird die Therapie beendet.

In dieser relativ langen Therapie, die aufgrund der schweren Belastungen des Patienten so sinnvoll und notwendig war, hat es drei traumakonfrontative Sitzungen im engeren Sinn gegeben, aber sicher an die 180 Sitzungen, in denen traumatische Erfahrungen anklagen und mittels Arbeit mit verletzten Anteilen verstanden und beruhigt wurden. Die traumatischen Erfahrungen wurden nicht in allen Details erkundet. Die vorbereitende Arbeit ermöglichte es, dass der Patient ohne stärkere Einbrüche in seiner Alltagskompetenz die konfrontierende Arbeit verkraften konnte.

Die hoch ambivalente Beziehung zu seinen Eltern, die sich z. T. in der Beziehung zum Therapeuten reinszenierte, wurde erst nach der Traumakonfrontation durchgearbeitet. Es gelang dem Patienten, die sehr schmerzhaften Themen ohne Dissoziation, ohne Spaltung und ohne andauernde Projektionen durcharbeiten zu können. Das heißt, er war durchgängig zu therapeutischer Ich-Spaltung fähig. Dies wäre während der ersten 100 h der Behandlung undenkbar gewesen.

! **Therapien von schwer traumatisierten Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen gestalten sich nicht unbedingt kurz.**

15.5 Zusammenfassung der Ziele und Interventionslinien von PITT

15.5.1 Konkrete Ziele

Fokus: Patient

1. Förderung von Progression. Im Arbeitsbündnis wird der Patient als erwachsene Person anerkannt (Fürstenau, 2001) und durch Aufklärung über Hintergrund und Genese psychotraumatischer Störungsbilder auch psychoedukativ in die Behandlungsplanung einbezogen (Reddemann, 2001).
2. Arbeit mit den Ressourcen der Persönlichkeit. Um Konfliktlösung zu fördern, werden biografische und aktuell wirksame Stärken angesprochen. Dieses salutogenetische Vorgehen unterstützt gezielt den natürlichen Selbstheilungsprozess der traumatisierten Patientin.

Fokus: therapeutische Arbeit

1. Integration von Imagination, Meditation, Rollenspiel und Trainingselementen in ein psychodynamisches Konzept von Therapieführung und Beziehungsgestaltung.
2. Lösungsorientiertes Vorgehen.
3. Arbeit an Konstellationen der internalisierten Objektbeziehungen (»innere Bühne«). Die PITT verbindet Imaginationenübungen mit der Arbeit an »inneren verletzten Anteilen« und verletzten Anteilen = Täterintprojekten und fördert durch Einsicht, Deutung und Übungen eine verbesserte innere Kommunikation und Kooperation verschiedener Anteile und eine Nachreifung dysfunktionaler Anteile.
4. In der PITT werden die Fähigkeiten vieler Traumapatienten systematisch genutzt, sich inneren Gegenwelten zu den erschreckenden traumatischen Erfahrungen zu gestalten.
5. Abwehrmanöver werden zunächst stets unter Ressourcengesichtspunkten gewürdigt.
6. Des Weiteren geht es darum, Distanzierung von überflutenden inneren Bildern anzuregen durch Imaginationen und das klassische Vorgehen mit dem Ich als Ganzem zu modifizieren. Dies ermöglicht zunächst eine Stärkung des Erwachsenen-Ichs i. S. der Schulung der Binnenwahrneh-

mung und der Affektsteuerung. Es gilt zugunsten des Konzeptes verschiedener Ich-Zustände, »ego states«, zu modifizieren, vor allem für diese einen realistischen Bezug zur Gegenwart herzustellen und sie damit zu beruhigen (Federn, 1952; Watkins & Watkins, 1997). Weiterhin wird mit Täterintrojekten mittels imaginativer Techniken gearbeitet, die am Konzept der »ego states« orientiert sind.

15.5.2 Die Wirkung fördernder Imagination

Unter der Lupe

Es sei betont, dass nach neuerer Forschung imaginative Prozesse (»das, was wir uns vorstellen«) in ähnlichen Hirnarealen zur Aktivierung gelangt, wie konkretes Handeln (»das, was wir tun«), d. h.: Vorstellung löst Ähnliches aus wie Handeln. Dies beschrieb schon Freud (1925) als er vom Vorstellen als Probehandeln sprach.

So kann ein als Kind vernachlässigter Patient dadurch, dass er sich regelmäßig vorstellt, dass das Kind in ihm jetzt liebevoll von dem Erwachsenen oder von imaginierten Helferwesen wahrgenommen wird, sehr viel an nachholender Heilung bewirken. Leider wird bis auf den heutigen Tag von vielen Therapeuten lediglich das Schmerzliche einer traumatischen Erfahrung hervorgeholt, statt auch alternative progressive Vorstellungen dazu zu entwerfen. Solche Vorstellungen entwickeln sich aber am ehesten mithilfe einer an den Bedürfnissen der Patientin interessierten und diese fördernden Therapeutin.

Weiterhin wichtig ist die **progressionsorientierte Fokussierung** des therapeutischen Arbeitsbündnisses in der Vorstellungsarbeit. Fürstenau (2001) prägte als Motto: »Zwei Erwachsene arbeiten zusammen an den Problemen sog. verbliebener Kindlichkeit.« Das am meisten dafür geeignete Instrument zur Selbstberuhigung erscheint die Arbeit mit verletzten »ego states« (► Exkurs oben) zu sein, wenn man das Augenmerk darauf richtet, dass nicht nur das Leiden dieser Anteile erkannt wird, sondern sie in der Vorstellung auch quasi neu »be-eltert« und versorgt werden, d. h. dass eine bedürfnisbefriedi-

gende Erfahrung mithilfe der Vorstellungskraft ermöglicht wird.

15.6 Beziehungsgestaltung

Die therapeutische Arbeit geschieht durch Dialog und therapeutische Beziehungsgestaltung. Das eingangs erwähnte Primat von Beziehungsgestaltung bedeutet: Psychotherapie ist grundsätzlich mehr als die Anwendung von Techniken.

! Ohne Einbettung und präzise Integration in Dynamik und Verlauf der Behandlung ist der Einsatz traumbearbeitender Techniken klinisch nicht zu vertreten.

Für die Ziele der PITT müssen Prinzipien der psychodynamischen und analytischen Therapie teilweise umakzentuiert werden. Das gilt für

- den Umgang mit Widerstand und Abwehr,
- die Abstinenzregel oder
- die Technik der freien Assoziation.

Bei Abwehrphänomenen muss z. B. berücksichtigt werden, welches Ziel die Abwehr verfolgt: Richtet sie sich gegen das traumatische Erleben, sollte sie zunächst gestärkt werden, während Abwehrbewegungen gegen die subjektive Bedeutung des traumatischen Geschehens gedeutet werden. Der Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung i. S. einer systematischen Wahrnehmung und Auswertung für den therapeutischen Prozess bleibt in der psychodynamischen Traumatherapie von zentraler Bedeutung.

Kontraindiziert ist die Technik der Übertragungsneurose, die Freud in späteren Arbeiten ausführte (etwa 1940). Hingegen ist Freuds Konzeptualisierung der Übertragung als Widerstand (Freud, 1912) ein nützliches Instrument auch in der Behandlung von traumatisierten Patienten. Wie durch Forschung und klinische Erfahrung heute bekannt ist, wirkt sich eine übertragungszentrierte Behandlung bei traumatisierten Patienten äußerst ungünstig aus. Sie ist bei Traumapatienten insofern problematisch, als aus Gründen der Traumaphysiologie eine Überflutung der Patienten durch intrusive Erinnerungsbilder bei diesem Vorgehen kaum zu vermeiden ist und die Gefahr besteht, dass die therapeutische Ar-

beitsbeziehung zusammenbricht und die therapeutische Beziehung selbst retraumatisierende Züge für die Patienten annimmt.

Die Traumakonfrontation geschieht mittels gezielter Nutzung der beobachtenden Fähigkeiten, auf die Freud (1912) bereits hingewiesen hat. Es handelt sich hier um ein aktiver gestaltendes Eingreifen des Therapeuten, um retraumatisierenden Affektüberflutungen zuvor zu kommen und den Patienten zu schützen. Es werden nicht Abreaktion und Katharsis angestrebt, vielmehr wird die detaillierte Wahrnehmung traumaassoziierter Inhalte empfohlen, um damit eine Integration dieser Inhalte zu erzielen (► Fallbeispiel).

15.7 Evidenzbasierung

Wie viele der in der Praxis eingesetzten Psychotherapieverfahren bewegt sich PITT im Übergangsfeld zwischen klinischer Bewährung und Evidenzbasierung. Für den speziellen Wirkungsbereich von Imaginationen liegt empirische Evidenz aus einer klinischen Studie vor, die am Evangelischen Johannes Krankenhaus in Bielefeld gemeinsam mit der Universität Innsbruck durchgeführt wurde. Es konnte gezeigt werden, dass im Verlauf der Therapie die Selbstberuhigungsfähigkeit der Patienten und Patientinnen mit schweren, überwiegend dissoziativen Traumafolgeerkrankungen im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant zunahm, und dass der Rückgang der Symptomatik proportional zur Selbstberuhigungsfähigkeit zunahm (Lampe et al., 2008).

Literatur

- Antonovsky, H. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGZ.
- Bohleber, W. (2000). Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. *Psyche*, 9 (10): 797–839.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (5), 1067–1074.
- Courtois, C. A., Ford, J. D., van der Kolk, B. A. (2009). *Treating complex traumatic stress disorder*. New York: Guilford.
- De Shazer, S. (2000). *Wege der erfolgreichen Kurztherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Federn, P. (1952). *Ego psychology and the psychosis*. New York: Basic Books.
- Fischer, G., Reddemann, L., Barwinski Fäh, R. & Behring, R. (2003) Traumaadaptierte tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie. Definition und Leitlinien. *Psychotherapeut*, 48, 199–209.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1998,1999) Lehrbuch der Psychotraumatologie. 2. Aufl. München: Reinhardt.
- Flatten, G., Gast, U. Hofmann, A., Liebermann, P., Reddemann, L., Siol, T., Wöller, W., Petzold, E. R. (2004). *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext*. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer
- Ford, J. D. & Kidd, P. (1998) Early childhood trauma and disorders of extreme stress as predictors of treatment outcome with chronic PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 743–747.
- Ford, J. D., Courtois, C.A. Steele, K., van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. (2005). Treatment of complex posttraumatic self-dysregulation. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 5, 437–447.
- Freud, S. (1912). Zur Psychodynamik der Übertragung. *Gesammelte Werke* Band 8, S. 364–374.
- Freud, S. (1940). Abriß der Psychoanalyse. *GW* Band 17, S. 63
- Fürstenau, P. (2001) *Psychoanalytisch verstehen, systemisch denken, suggestiv intervenieren*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Goethe, J. W. von (1993, 1827) Xenien. Goethes Werke. In J.W. von Goethe, *Gedichte und Epen I, Xenien* (Bd. 1, S. 208–234). München: Beck
- Horowitz, M. J. (1996, 1976). *Stress response syndromes*. New York: Jason Aronson. 3rd ed. Stuttgart: Klett-Cotta
- Isebaert, L. (2004). *Kurzzeittherapie – ein praktisches Handbuch: Die gesundheitsorientierte kognitive Therapie*. Stuttgart: Thieme.
- Joseph, S. & Linley, P. A. (2006). *Positive therapy. A meta-theory for positive psychological practice*. Hove: Routledge.
- Joseph, A., Linley, P. A. (2008) Positive psychological perspectives on posttraumatic stress: An integrative psychological framework. In Joseph, S., Linley, P. A. (Eds.), *Trauma, recovery and growth. Positive psychological perspectives on post-traumatic stress* (pp 3-20). Hoboken: Wiley.
- Kast, V. (1997) *Freude, Inspiration, Hoffnung*. München: dtv
- Lampe, A., Mittmannsgruber, H., Gast, U. Schüssler, G., Reddemann, L. (2008). Therapieevaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) im stationären Setting. *Neuropsychiatrie*, 22, 189–197.
- Pearlman, L. A. & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 449–459.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2004a). *Eine Reise von tausend Meilen beginnt mit dem ersten Schritt*. Freiburg, Herder.
- Reddemann, L. (2004b). *Psychodynamisch imaginative Traumatherapie. PITT. Das Manual*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2006). *Überlebenskunst*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Reddemann, L. (2008). *Psychodynamisch imaginative Traumatherapie. PITT, Das Manual*, 3. erw. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Reddemann, L. (2009). Ego state Therapie, ein Bindeglied zwischen Psychoanalyse und Hypnotherapie. *Hypnose-ZHH* (1+2), Oktober 2009.
- Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation and the repair of self*. New York: Norton.
- Schottenbauer, M. A., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Tendick, V. & Gray, S. H. (2008). Nonresponse and dropout rates in outcome studies on PTSD: Review an methodological considerations. *Psychiatry*, 71 (2), 134–168.
- Seligman, M. (2005). *Der Glücks-Faktor: Warum Optimisten länger leben*. Berg. Gladbach: Lübbe.
- Spinazolla, J. Blaustein, M. & Van der Kolk, B. A. (2005). Posttraumatic stress disorder treatment outcome research: The study of unrepresentative samples? *Journal of Traumatic Stress*, 18, 425–436.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2006). *The haunted self. Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton
- Watkins, J. G. & Watkins, H. H. (1997). *Ego states, theory and therapy*. New York: Norton

16 Psychopharmakotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen

K. Leopold, S. Priebe, M. Bauer

16.1 Rolle der Psychopharmakotherapie bei posttraumatischen Störungen – 276

16.2 Indikationen und praktische Leitlinien zur Psychopharmakotherapie – 276

16.2.1 Zielsymptomatik – 277

16.2.2 Praktische Durchführung – 277

16.3 Empirische Evidenz – 278

16.3.1 Antidepressiva – 279

16.3.2 Tranquilizer/Anxiolytika – 280

16.3.3 Alternativen – 281

16.3.4 Neuroleptika – 282

16.4 Abschließende Betrachtung – 282

Literatur – 283

16.1 Rolle der Psychopharmakotherapie bei posttraumatischen Störungen

Die Psychopharmakotherapie besitzt in der Behandlung posttraumatischer Störungen bislang in der Literatur eine eher untergeordnete Rolle. Verglichen mit der relativ großen Zahl an Publikationen über posttraumatische Störungen und ihrer psychotherapeutischen Behandlung (Ebbinghaus et al., 1996) gibt es vergleichsweise wenige Studien über den therapeutischen Einsatz von psychotropen Substanzen.

Unter der Lupe

In Deutschland ist derzeit das Antidepressivum Paroxetin aus der Gruppe der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) als einziger Wirkstoff zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung zugelassen. Die derzeitige Studienlage zeigt jedoch auch Hinweise für gute Wirksamkeit anderer Pharmaka vor allem aus der Gruppe der SSRI.

Obwohl die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bereits 1980 als eigene diagnostische Kategorie in das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-III; American Psychiatric Association, 1980) aufgenommen wurde (Gersons & Denis, 1996), erschienen die ersten kontrollierten Studien über den Einsatz von Psychopharmaka bei PTBS erst gegen Ende der 1980er Jahre. Ein Grund für den bisherigen zögerlichen Einsatz von Psychopharmaka mag darin liegen, dass erst in den letzten Jahren vermehrt biologische Modelle zur Ätiologie posttraumatischer Störungen entwickelt wurden (Bonne et al., 2004; Charney et al., 1993; Yehuda, 2002). Allerdings wurden in den vergangenen 10 Jahren mithilfe placebo-kontrollierter Studien erhebliche Fortschritte erzielt, effizientere pharmakotherapeutische Behandlungen für PTBS zu etablieren (Davis et al., 2001; Hageman et al., 2001; Pearlstein, 2000; Yehuda, 2002). So wurde mittlerweile Paroxetin in Deutschland und Paroxetin und Sertralin in den USA für die Behandlung der PTBS zugelassen und auch für andere Wirkstoffe aus der Gruppe der SSRI sind inzwischen zahlreiche randomisierte placebokontrollierte Studien publiziert

worden, die eine gute Wirksamkeit zeigen (Stein et al., 2006). Somit kann eine pharmakologische Therapie bei der PTBS effektiv sein und sollte als Teil der Behandlung in Betracht gezogen werden.

16.2 Indikationen und praktische Leitlinien zur Psychopharmakotherapie

Neuere Erkenntnisse legen nahe, dass eine Pharmakotherapie die Entstehung von Dysfunktionen im Rahmen einer PTBS verhindern oder rückgängig machen könnte (Bonne et al. 2004; Charney 1993). Zunächst stellt sich die Frage, bei welcher Symptomatik und zu welchem Zeitpunkt der Behandlung eines Patienten mit PTBS an eine Pharmakotherapie gedacht werden sollte:

- Der Einsatz von Psychopharmaka sollte vor allem bei PTBS-Syndromen mit **ausgeprägter** klinischer Symptomatik in Betracht gezogen werden.
- Eine bereits initial zu Behandlungsbeginn durchgeführte Pharmakotherapie könnte von Vorteil sein, um einen psychotherapeutischen Zugang für den Patienten zu ermöglichen bzw. zu erleichtern.
- Eine Indikation für eine medikamentöse Therapie kann auch dann bestehen, wenn psychotherapeutische Bemühungen erfolglos geblieben sind oder wenn Patienten einer Behandlung mit Psychopharmaka besonders positiv gegenüberstehen, während sie andere Ansätze eher ablehnen.

Bevor mit einer medikamentösen Therapie begonnen wird, ist eine sorgfältige diagnostische Beurteilung des Patienten erforderlich. Möglicherweise begleitende psychische Erkrankungen (Komorbidität) müssen identifiziert werden (► Kap. 2). Wenn gleichzeitig andere wesentliche psychische Störungen vorliegen, müssen diese bei einer Psychopharmakotherapie berücksichtigt werden – in der Regel sollte eine direkte und ggf. auch primäre Behandlung dieser Begleiterkrankungen in Betracht gezogen werden.

Darüber hinaus ist stets zu prüfen, ob und mit welchem Effekt der Patient bereits Medikamente wegen der PTBS-Symptomatik eingenommen hat bzw.

derzeit einnimmt. Dabei werden sowohl frei verkäufliche als auch verschreibungspflichtige Beruhigungs- und Schlafmittel häufig als Eigenmedikation eingenommen (► Abschn. 16.3.2), oft in Verbindung mit oder als Alternative zu Alkohol (Brady et al., 2000).

Grundsätzlich sollte vor Beginn jeder Psychopharmakotherapie von Patienten mit PTBS, die psychotrope Substanzen einnehmen, ein medikamentenfreies Intervall liegen, um Ausgangssymptome sowie spätere Wirkungen und Nebenwirkungen besser beurteilen zu können. Von primären Kombinationsbehandlungen, die erfahrungsgemäß bei Patienten mit PTBS häufig gegeben werden, ist im Einzelfall abzuraten.

! Obwohl Patienten mit PTBS häufig eine vielgestaltige Symptomatik aufweisen, ist jede medikamentöse Behandlung vorzugsweise als **Monotherapie** zu beginnen. Auch im späteren Behandlungsverlauf ist eine gleichzeitige Behandlung mit mehreren Psychopharmaka selten sinnvoll.

16.2.1 Zielsymptomatik

Die heute vorliegende Literatur legt nahe, dass die Pharmakotherapie gegen die drei Symptomgruppen der PTBS wirksam ist. Hierzu gehören:

- Erinnerungsdruk (Intrusionen, Alpträume, Nachhallerlebnisse, Belastung durch Auslöser, physiologische Reaktionen bei Erinnerung),
- Vermeidung/emotionale Taubheit (Gedanken- und Gefühlsvermeidung, Aktivitäts- oder Situationsvermeidung, Amnesien, Interessenverminderung, Entfremdungsgefühl, eingeschränkter Affektspielraum, eingeschränkte Zukunft) und
- chronische Übererregung (Ein- und Durchschlafstörungen, erhöhte Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, übermäßige Schreckreaktion).

Darüber hinaus zeigt die Pharmakotherapie eine gute Wirksamkeit bei den folgenden häufig auftretenden komorbiden Störungen:

- Depressionen,
- Panikattacken, Angstzustände,
- psychotisches Erleben (Wahn, Wahrnehmungsstörungen, Halluzinationen).

16.2.2 Praktische Durchführung

Bei Patienten, die keine spezielle psychiatrische Komorbidität (z. B. psychotische Erkrankung) aufweisen, ist zunächst ein Therapieversuch mit dem für die Behandlung der PTBS in Deutschland zugelassenem Wirkstoff Paroxetin indiziert. Sollte eine Kontraindikation gegen die Gabe von Paroxetin bestehen, sollte ein anderes Antidepressivum aus der SSRI-Gruppe gewählt werden. Welches Medikament aus der großen Gruppe der Antidepressiva gewählt wird, kann im Einzelfall von zahlreichen Faktoren abhängen, zu denen auch die Erfahrung des verantwortlichen Arztes in der Behandlung mit den jeweiligen Substanzen und evtl. spezifische Vorerfahrungen des Patienten gehören.

! In erster Linie bieten sich Antidepressiva vom Typ der SSRI an, da für diese Gruppe der Antidepressiva die Wirksamkeit bei PTBS am besten belegt ist (Stein et al., 2006). Zudem weisen SSRI ein günstigeres Nebenwirkungsprofil auf als die trizyklischen und tetrazyklischen Antidepressiva.

Für die Behandlung mit Antidepressiva gilt generell, dass ein Therapieversuch mindestens 8–12 Wochen dauern sollte, bevor ein Behandlungserfolg beurteilt werden kann. Es sollte stets eine niedrige Startdosis gewählt werden und langsam bis zur benötigten Maximaldosis hochtitriert werden, um das Risiko für Nebenwirkungen zu minimieren. Bei einer erfolgreichen Therapie sollte die Medikation für mindestens 1 Jahr fortgeführt werden, um ein Wiederauftreten der Symptomatik zu verhindern (Davidson, 2006). In ► Tab. 16.1 sind einige wichtige Leitlinien zur Pharmakotherapie bei posttraumatischen Störungen zusammengefasst.

Benzodiazepine sollten wegen der Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung äußerst zurückhaltend eingesetzt und – wenn überhaupt – nur zur kurzfristigen Anwendung (4–8 Wochen) kommen. Neuroleptika haben dann einen Stellenwert in der Pharmakotherapie, wenn Patienten über starke, nicht anders beherrschbare Schlafstörungen klagen, fremd- oder autoaggressiv sind sowie psychotisches Erleben zeigen.

Tab. 16.1. Leitlinien für den Einsatz von Psychopharmaka bei posttraumatischen Störungen

| Substanzgruppe | Beispiele (Generika) | Tagesdosis, Therapiedauer | Spezielle Indikationen |
|--------------------------|---|---|---|
| Antidepressiva | | | |
| SSRI | Paroxetin, Sertralin | 10–60 mg, mindestens 8–12 Wochen | PTBS, Depression, Panikattacken, Angst |
| | Citalopram, Fluoxetin | | Depression, Panikattacken, Angst |
| Trizyklika | Amitriptylin, Clomipramin, Doxepin | 100–250 mg, mindestens 8–12 Wochen | Depression |
| MAO-Hemmer | Moclobemid, Tranylcypromin | 10–40 mg, mindestens 8–12 Wochen | Depression, Panikattacken, Angst |
| »Mood Stabilizer« | Carbamezapin, Lamotrigin, Lithiumcarbonat, Valproat | Dosierung nach Serumspiegel, Ausnahme: Lamotrigin: 200–400 mg, mindestens 8–12 Wochen | Depression, Panikattacken, Angst |
| Tranquilizer/Anxiolytika | | | |
| Benzodiazepine | Alprazolam, Lorazepam | 1–4 mg, nur kurzzeitige Anwendung, 4–8 Wochen | Panikattacken, Schlafstörungen |
| Azapirone | Buspiron | 15–60 mg, mindestens 6–8 Wochen | Panikattacken, Angst |
| Neuroleptika | | | |
| | Perazin, Quetiapin | 100–500 mg, mindestens 6–8 Wochen | Schlafstörungen, Aggressivität |
| | Haloperidol, Olanzapin, Risperidon, Ziprasidon | 2–15 mg, mindestens 6–8 Wochen | Psychotisches Erleben (Halluzinationen) |

16.3 Empirische Evidenz

Es gibt eine Reihe von offenen unkontrollierten Studien über den Einsatz verschiedener psychotroper Substanzen bei Patienten mit PTBS, die über zumeist gute Therapieerfolge berichten (Davidson, 2006; Van der Kolk, 1987; Yehuda, 2002). Die Zahl systematischer, kontrollierter pharmakologischer Studien ist angesichts der relativ hohen Prävalenz dieses Krankheitsbildes jedoch vergleichsweise gering (Stein et al., 2006). Bei den kontrollierten Studien wurden fast ausschließlich Antidepressiva verschiedener Substanzgruppen (SSRI, Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer, trizyklische Antidepressiva, MAO-Hemmer) geprüft. Die beste Datenlage existiert für die Gruppe der SSRI. Hier konnte eine Wirksamkeit für die Substanzen Sertralin, Par-

oxetin und Fluoxetin sowohl in Kurzzeitstudien (6–12 Wochen) als auch in Langzeitstudien (6–12 Monate) belegt werden (Asnis et al., 2004). Für Antidepressiva anderer Substanzklassen wie Venlafaxin und Mirtazapin existieren nur wenige kontrollierte Studien, diese zeigen jedoch ebenfalls gute Ergebnisse bzgl. ihrer Wirksamkeit. Widersprüchliche Ergebnisse finden sich bei Nefazodon, trizyklischen Antidepressiva und MAO-Hemmern. Die teilweise negativen Studienergebnisse haben möglicherweise ihre Ursache in zu niedrigen Dosierungen und in zu kurzen Untersuchungsdauern, da die Studien mit längerer Prüfzeit günstigere Ergebnisse zeigten.

Allen placebokontrollierten Studien war gemein, dass sich die Symptome bei den Patienten der Placebogruppe praktisch nicht besserten; dies wird als ein

Hinweis auf die Beteiligung biologischer Prozesse bei PTBS gewertet (Davidson, 1992).

16.3.1 Antidepressiva

Die Medikamentengruppe der Antidepressiva ist zur Behandlung vieler unterschiedlicher psychiatrischer Störungen von Nutzen. Die Behandlung depressiver Störungen ist jedoch die Hauptindikation für Antidepressiva, wo sie sich seit nunmehr über 40 Jahren bewährt haben. Andere Indikationen für den Einsatz von Antidepressiva sind z. B. Angst- und Paniksyndrome, Zwangsstörungen und Schmerzsyndrome.

SSRI und andere serotonerge Antidepressiva

Die SSRI sind eine Gruppe von Antidepressiva, die in den vergangenen Jahren große Bedeutung in der Behandlung depressiver Erkrankungen erlangt haben und mittlerweile weltweit die am häufigsten verordneten Antidepressiva darstellen (Bauer et al., 2002a). Darüber hinaus werden SSRI auch bei Zwangs- und Angststörungen mit Erfolg eingesetzt, insbesondere wenn eine Komorbidität von Depression und Angst bzw. Zwang vorliegt. Ihre weite Verbreitung verdanken die SSRI auch der Tatsache, dass sie weniger Nebenwirkungen als trizyklische Antidepressiva und MAO-Hemmer besitzen (Bauer et al., 2002a). Was das Indikationsspektrum und die Verträglichkeit angeht, sind weitere – relativ neue – Antidepressiva (Mirtazapin, Nefazodon, Venlafaxin) zu nennen, die wie die SSRI ebenfalls primär serotonerg wirksam sind.

Heute werden daher in erster Linie SSRI und andere, serotonerg wirksame Antidepressiva zur Behandlung der PTBS eingesetzt (Gorman et al., 2002; Yehuda, 2002). Eine Umfrage unter 57 amerikanischen Pharmakotherapieexperten, die auch Erfahrung in der Behandlung der PTBS besitzen, bestätigte, dass SSRI und andere serotonerg wirksame Antidepressiva zu den am häufigsten verordneten Medikamenten in der Behandlung der PTBS gehören (Foa et al., 1999). Tatsächlich wurde die Wirksamkeit von SSRI (Fluoxetin, Paroxetin, Sertralin) bei PTBS in den vergangenen Jahren wiederholt in großen, placebokontrollierten Doppelblindstudien mit Erfolg geprüft (Stein et al., 2006). In diesen

Studien besserte sich die PTBS-Symptomatik in allen Symptomkategorien; die Verträglichkeit der SSRI war in diesen Studien gut. In den USA sind die beiden Wirkstoffe Sertralin und Paroxetin, in Deutschland der Wirkstoff Paroxetin in der Behandlung der PTBS zugelassen.

Trizyklische Antidepressiva

Trizyklische Antidepressiva (■ Tab. 16.1) gehören zu den bewährtesten Medikamenten in der Depressionsbehandlung. Das generelle Prinzip adäquater Dosierung (Tagesdosis 150 mg) und adäquater Therapiedauer (8–12 Wochen) sollte auch in der Behandlung der PTBS beibehalten werden, bevor der Therapieerfolg beurteilt werden kann. Kommt es darunter zu keiner Besserung, kann der Versuch einer Höherdosierung (Tagesdosis bis 300 mg) unternommen werden. Dabei ist dann mit einer Zunahme der typischen Nebenwirkungen der trizyklischen Antidepressiva zu rechnen (z. B. Mundtrockenheit, Verstopfung, Blasenentleerungsstörungen, Verschwommensehen). Zum weiteren Vorgehen bei Vorliegen einer begleitenden schweren Depression bzw. bei Therapieresistenz auf die antidepressive Therapie sei auf die weiterführende Literatur verwiesen (Bauer & Berghöfer, 1997; Bauer et al. 2002a).

Bei Patienten mit PTBS wurden bislang zwei randomisierte placebokontrollierte Doppelblindstudien mit trizyklischen Antidepressiva publiziert. In einer 4-wöchigen Studie verglichen Reist et al. (1989) Desipramin (mittlere Tagesdosis 165 mg) mit Placebo bei 18 Vietnamkriegsveteranen. Dabei zeigte sich in der DesipraminGruppe nur bei einigen Depressionssymptomen eine leichte Verbesserung; sonst hatte das Antidepressivum keinen Einfluss auf die PTBS-Symptomatik. Patienten der Placebogruppe zeigten ebenfalls keine Besserung. Davidson et al. (1990) fanden in ihrer 8-wöchigen Studie bei 46 amerikanischen Kriegsveteranen (2. Weltkrieg, Korea, Vietnam), dass die Werte auf den Hamilton-Depressions- und Angstskalen bereits nach 4 Wochen in der Amitriptylingruppe (Dosis bis zu 300 mg/Tag je nach individueller Verträglichkeit) signifikant gesenkt wurden. Darüber hinaus wurden nach 8 Wochen auch solche PTBS-Symptome verbessert, die der anhaltenden Vermeidung von Stimuli dienen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen (Vermeidungssymptome; ► Kap. 2). Keinen Effekt zeigte

Amitriptylin hingegen auf die Symptome des Wiedererlebens des Traumas (intrusive Symptome). Auch hier ergab sich für Patienten der Placebogruppe auf keiner Skala eine Symptomverbesserung.

MAO-Hemmer

Die MAO-Hemmer (Monoaminoxidase-Hemmstoffe) gehören zur Gruppe der Antidepressiva, die sich insbesondere bei sog. atypischen (Untergruppe depressiver Störungen) und therapierefraktären, aber auch bei Panikstörungen bewährt haben. Sie zeichnen sich durch eine relativ gute Verträglichkeit aus, sofern die entsprechenden Diätvorschriften eingehalten werden. Überprüft wurde die Wirksamkeit eines MAO-Hemmers bei PTBS in der ersten placebokontrollierten Studie bei 13 israelischen Patienten (Shestatzky et al., 1988). Sie verwendeten Phenelzin – ein in Deutschland derzeit nicht auf dem Markt befindlicher MAO-Hemmer, der eine vergleichbare Wirksamkeit mit dem in Deutschland erhältlichen Tranylcypromin aufweist – in einer Tagesdosis von 45–75 mg. Bei den Patienten, die ganz unterschiedliche Traumata aufwiesen (z. B. Kriegererlebnisse, Bombenanschlag, Flugzeugabsturz), besserte sich die Symptomatik während der 4-wöchigen Studiendauer nur geringfügig in beiden Gruppen. Kosten et al. (1991) verglichen bei 60 Vietnamkriegsveteranen die Wirkung von Phenelzin (mittlere Tagesdosis 68 mg) mit dem trizyklischen Antidepressivum Imipramin (mittlere Tagesdosis 225 mg) sowie mit Placebo. Beide Gruppen verbesserten sich während der 8-wöchigen Studiendauer in der PTBS-Symptomatik signifikant. Dies traf vor allem auf die sog. aufdrängenden Erinnerungen zu; die Vermeidungssymptome besserten sich jedoch nicht. Auch in dieser Studie fand sich keine Symptomreduktion in der Placebogruppe.

Die neueren, reversiblen Monoaminoxidase-A-Hemmstoffe (RIMA) haben gegenüber den älteren MAO-Hemmstoffen den Vorteil, dass keine Diätvorschriften eingehalten werden müssen. In einer offenen Studie mit Moclobemid zeigte sich eine deutliche Wirksamkeit in der Behandlung der PTBS (Neal et al., 1997). Bei einer multizentrischen Doppelblindstudie in den USA wurde hingegen im Vergleich mit Placebo keine Wirksamkeit des RIMA-Antidepressivums Brofaromin, das in Deutschland nicht auf dem Markt ist, festgestellt (Baker et al., 1995).

16.3.2 Tranquilizer/Anxiolytika

Benzodiazepine

Benzodiazepine gehören zu den am häufigsten eingesetzten Psychopharmaka. Hauptindikationen sind die Behandlung von Angst-, Spannungs- und Erregungszuständen sowie die Behandlung von Schlafstörungen. Die Vorteile dieser Substanzklasse sind (Hollweg & Soyka, 1996):

- relativ große therapeutische Breite,
- sehr gute Verträglichkeit und
- fehlende Arzneimittelinteraktionen.

Nachteilig ist das relativ hohe Abhängigkeitspotenzial, weswegen die Zahl der Verordnungen in den vergangenen Jahren deutlich zurückgegangen ist.

Wegen des Risikos der Entwicklung einer Abhängigkeit sollten Benzodiazepine daher in der Regel nicht länger als durchgehend 4–8 Wochen verordnet werden. Von einigen Autoren wird vor dem Gebrauch von Benzodiazepinen bei PTBS gewarnt (Yehuda, 2002) oder sogar prinzipiell abgeraten (Friedman, 1988). Der Grund hierfür liegt nicht nur in den Risiken einer Abhängigkeitsentwicklung, sondern auch in den negativen Ergebnissen kontrollierter Studien. So konnte in einer randomisierten Doppelblindstudie bei Patienten mit chronischer PTBS kein signifikanter Unterschied zwischen Alprazolam und Placebo festgestellt werden (Braun et al., 1990). In einer anderen prospektiven Studie waren unmittelbar nach einem Trauma weder Alprazolam noch Clonazepam besser als Placebo (Gelpin et al., 1996). Andere Autoren lehnen Benzodiazepine nicht generell ab und empfehlen die Hinzugabe von Benzodiazepinen zu einem Antidepressivum z. B. dann, wenn frei flottierende Angst persistiert (Davidson, 1992; Van der Kolk, 1987) oder die Behandlung mit Antidepressiva zu einem Erfolg geführt hat (Foa et al., 1999).

- ⚠ **Auf keinen Fall sollten Patienten mit Benzodiazepinen behandelt werden, die gegenwärtig oder in der Vorgeschichte einen Substanzmissbrauch oder eine Substanzabhängigkeit aufweisen oder zu einer Risikogruppe für Abhängigkeitsentwicklungen gehören (z. B. Alkohol- oder Drogenabhängigkeit in der Familie).**

Unverzichtbar vor Therapiebeginn mit Benzodiazepinen ist die ärztliche Aufklärung des Patienten über Abhängigkeitsrisiken und Entzugserscheinungen bei längerfristiger Einnahme. Manche Patienten mit einem Missbrauch oder einer Abhängigkeit von Benzodiazepinen berichten hierüber spontan nur ungern oder gar nicht. Eine gezielte Exploration und eine Beachtung möglicher Benzodiazepineffekte (insbesondere starke Sedierung) sind deshalb unerlässlich. Zu berücksichtigen ist dabei, dass Benzodiazepine zwar rezeptpflichtig sind, von einigen Ärzten aber immer noch relativ leichtfertig verschrieben werden und daher auch leicht beschafft werden können. Falls bei abhängigkeitsgefährdeten Patienten mit PTBS eine pharmakologische Behandlung indiziert ist, sollten Antidepressiva verordnet werden.

Buspiron

Buspiron, ein Anxiolytikum aus der Stoffgruppe der Azapirone mit serotoninagonistischen Eigenschaften, wird primär zur Behandlung der generalisierten Angststörung eingesetzt und ist inzwischen in Nordamerika das am häufigsten verordnete Anxiolytikum. Auch bei Patienten mit PTBS wird es häufig eingesetzt, z. B. als Zusatzmedikation zu einem Antidepressivum (Foa et al., 1999). Da bei Buspiron bislang keine Abhängigkeitsentwicklungen bekannt geworden sind, kann es im Gegensatz zu Benzodiazepinen bei PTBS ohne Befürchtung einer möglichen Abhängigkeit eingesetzt werden. Empirische Studien zu Buspiron in der Behandlung von Patienten mit PTBS gibt es jedoch nur wenige: In einer offenen 4-wöchigen Studie konnte bei 7 von 8 Patienten eine signifikante Reduktion aller PTBS-Symptomkategorien beobachtet werden (Duffy & Malloy, 1994).

16.3.3 Alternativen

Antikonvulsiva und Lithium

Antikonvulsiva sind Medikamente, die ihre Hauptindikation in der Behandlung von Epilepsien haben. Aus dieser Gruppe haben 3 Substanzen (Carbamazepin, Valproat und Lamotrigin) in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen (Müller-Oerlinghausen et al., 2002):

- in der prophylaktischen Behandlung von affektiven Erkrankungen – insbesondere bei manisch-depressiven (bipolaren) Störungen und rezidivierenden depressiven Störungen – sowie
- in der Behandlung der akuten Manie – neben den bewährten Lithiumsalzen.

Antikonvulsiva und Lithium werden heute in der internationalen Literatur bevorzugt als die Gruppe der »Mood Stabilizer« zusammengefasst. Die Dosierung dieser Substanzen erfolgt – mit Ausnahme von Lamotrigin – nicht nach einem festen Regime, sondern in Abhängigkeit vom Medikamentenspiegel im Blut. Dieser ist deshalb regelmäßig und bei Lithium, wegen der geringen therapeutischen Breite, besonders engmaschig zu bestimmen. Anzustreben sind Serumspiegel von 0,5–0,8 mmol/l für Lithium, 5–12 mg/l für Carbamazepin und 50–100 mg/l für Valproat. Als mögliche Nebenwirkungen können nach Bauer et al. (2002b) auftreten:

- bei Lithium hauptsächlich Tremor, häufiges Wasserlassen und Gewichtszunahme,
- bei Carbamazepin am häufigsten Übelkeit, Hautausschläge und Schwindel,
- bei Valproat vor allem Übelkeit und
- bei Lamotrigin vor allem Hautausschläge, Schwindel und Kopfschmerzen.

Antikonvulsive Substanzen wie Lamotrigin, Topiramaten und Tiagabin wurden bisher in placebo-kontrollierten Studien mit Erfolg geprüft. Andere Substanzen aus der Gruppe der Antikonvulsiva, Carbamazepin, Gabapentin, Vigabatrin, Phenytoin, Levetiracetam und Valproat, als auch Lithium wurden bei Patienten mit PTBS bisher nur in offenen, unkontrollierten Studien untersucht. Lediglich Lamotrigin wurde in einer relativ kleinen placebo-kontrollierten Studie mit Erfolg geprüft. In dieser Studie war Lamotrigin im Hinblick auf die sog. aufdrängenden Erinnerungen und Vermeidungssymptome der PTBS den Placebo signifikant überlegen (Berlin, 2007). Auch andere Studien zeigen vielversprechende Ergebnisse, allerdings haben alle bisher veröffentlichten Studien mit Antikonvulsiva sehr kleine Patientenzahlen, sehr heterogene Patientengruppen und hohe Komorbiditätsraten.

Der Gebrauch der Antikonvulsiva wurde von theoretischen Überlegungen abgeleitet, wonach das

sog. »Kindling« als pathophysiologischer Prozess der PTBS-Symptomatik zugrunde liegen könnte (► Kap. 2 Van der Kolk & Greenberg, 1987). Das Modell des »Kindling« beinhaltet die Hypothese, dass die wiederholte Präsentation unterschwelliger Reize das limbische System sensibilisiert und es dadurch zu erniedrigter neuronaler Aktivität kommt. Danach würden Substanzen mit bekannter Anti-Kindling-Wirkung wie Carbamazepin und Valproat eine durch wiederholte Stressoren verursachte abnorme Aktivität limbischer Neurone dämpfen (Post & Weiss, 1989). In der Tat konnten sowohl für Carbamazepine (Lipper et al., 1986) als auch für Valproat (Fesler, 1991) positive Effekte auf die spezifischen PTBS-Symptome wie z. B. Hyperarousal und Wiedererleben des Traumas verzeichnet werden.

Bei ausgeprägter Aggressivität, einschließlich Autoaggressivität (Suizidalität), und auch bei Symptomen der Übererregtheit kann ein Therapieversuch mit Lithium indiziert sein.

16.3.4 Neuroleptika

Der Einsatz von Neuroleptika (Gruppe von antipsychotisch wirksamen Substanzen) bei Patienten mit PTBS wird in der Literatur aufgrund der schlechten Studienlage sehr zurückhaltend beurteilt. Es wurden bisher nur 7 placebokontrollierte Studien mit den Atypika Risperidon oder Olanzapin publiziert. Beide Wirkstoffe zeigten im Vergleich zu den Placebogruppen signifikante Besserungen in den spezifischen Skalen, was vor allem auf die Besserung des Symptoms Intrusionen zurückzuführen war (Pae et al., 2008). Zu anderen Wirkstoffen aus der Gruppe der atypischen Neuroleptika wie Aripiprazol, Quetiapin und Ziprasidon gibt es nur offene Studien und Einzelfallberichte. Nur selten haben Neuroleptika daher einen Platz in der Therapie (Davidson, 1992; Friedman, 1988). Indikationen zur Verordnung von Neuroleptika sind gegeben, wenn psychotische Symptome (z. B. Paranoia, visuelle und auditive Halluzinationen von den traumatischen Erlebnissen) oder aggressives Verhalten auftreten (Friedman, 1988). Hier bieten sich aufgrund des Nebenwirkungsprofils die neueren, relativ gut verträglichen (atypischen) Neuroleptika (z. B. Olanzapin, Risperidon, Quetiapin) an.

16.4 Abschließende Betrachtung

Die PTBS ist eine pharmakotherapeutisch schwierig zu behandelnde Erkrankung. Weitere Studien zur Ätiologie und Pathophysiologie dieser Störung bringen möglicherweise neue Erkenntnisse für die Behandlung. Nach dem gegenwärtigen Kenntnisstand stellt die Psychopharmakotherapie jedoch eine sinnvolle Ergänzung im Gesamtbehandlungsplan posttraumatischer Störungen dar, die insbesondere bei schweren PTBS-Syndromen mit Übererregbarkeit, Panikattacken und depressiver Symptomatik möglichst in Kombination mit Psychotherapie indiziert ist. Medikamente der ersten Wahl sind Antidepressiva aus der Gruppe der SSRI oder ähnlicher Substanzen (z. B. Mirtazapin, Nefazodon, Venlafaxin). Sie zeigen eine gute Wirksamkeit bzgl. aller drei Symptomcluster bei guter Verträglichkeit. In Deutschland ist Paroxetin, in den USA Paroxetin und Sertralin für die Behandlung der PTBS zugelassen. Bei Unwirksamkeit oder Unverträglichkeit dieser Medikamente ist an den Einsatz anderer Antidepressivaklassen (trizyklische Antidepressiva oder MAO-Hemmstoffe) zu denken. »Mood Stabilizer« stellen eine weitere Alternative dar, die auch in Kombination mit einem Antidepressivum i. S. der Augmentation verordnet werden können. Bei besonders schweren Verläufen oder Auftreten von psychotischen Symptomen sollte auch der Einsatz eines atypischen Neuroleptikums in Erwägung gezogen werden. Ein pharmakotherapeutischer Behandlungsversuch sollte sich über mindestens 8–12 Wochen erstrecken (► Tab. 16.1) und bei Therapieerfolg für mindestens ein Jahr weitergeführt werden.

! Abschließend ist auf den wesentlichen Umstand hinzuweisen, dass gerade wegen des noch begrenzten Wissens über die möglichen Effekte unterschiedlicher Psychopharmakotherapien bei Patienten mit PTBS eine solche Behandlung stets von einem Arzt durchgeführt werden sollte, der sich sowohl allgemein mit der Psychopharmakotherapie als auch speziell mit der jeweils eingesetzten Substanz gut auskennt und bereits über entsprechende Erfahrungen verfügt.

Dies kann im Einzelfall dazu führen, dass mehrere Behandler für den gleichen Patienten zuständig sind (z. B. Hausarzt, Psychotherapeut und psychiatrischer

Facharzt). Eine solche Konstellation muss gegebenenfalls in Kauf genommen werden, um dem Patienten eine kompetente Therapie anbieten zu können; sie erfordert jedoch klare Absprachen und entsprechende Rückmeldungen der beteiligten Therapeuten.

Literatur

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Asnis, G. M., Kohn, S. R., Henderson, M., Brown, N. L. (2004). SSRIs versus non-SSRIs in post-traumatic stress disorder: an update with recommendations. *Drugs*, 64 (4): 383–404.
- Baker, D. G., Diamond, B. I., Gillette, G., Hamner, M., Katzelnick, D., Keller, T., Mellman, T. A., Pontius, E., Rosenthal, M. & Tucker, P. (1995). A double-blind, randomized, placebo-controlled, multi-center study of brofaromine in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychopharmacology*, 122, 386–389.
- Bauer, M. & Berghöfer, A. (1997). Leitlinien und praktische Durchführung der Pharmakotherapie mit Antidepressiva. In M. Bauer & A. Berghöfer (Hrsg.), *Therapieresistente Depressionen*. Heidelberg: Springer.
- Bauer, M., Whybrow, P. C., Angst, J., Versiani, M. & Möller, H. J. (2002a). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders. Part 1: Acute and continuation treatment of major depressive disorder. *World Journal of Biological Psychiatry*, 3, 5–43.
- Bauer, M., Whybrow, P. C., Angst, J., Versiani, M. & Möller, H. J. (2002b). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders. Part 2: Maintenance treatment of major depressive disorder and treatment of chronic depressive disorders and subthreshold depressions. *World Journal of Biological Psychiatry*, 3, 67–84.
- Berlin, H. A. (2007). Antiepileptic drugs for the treatment of post-traumatic stress disorder. *Current Psychiatry Reports*, 9, 291–300.
- Bonne, O., Grillon, C., Vythilingam, M., Neumeister, A., Charney, D. S. (2004). Adaptive and maladaptive psychobiological responses to severe psychological stress: implications for the discovery of novel pharmacotherapy. *Neuroscience of Biobehavioral Reviews*, 28 (1), 65–94.
- Brady, K. T., Killeen, T. K., Brewerton, T. & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (suppl. 7), 22–32.
- Braun, P., Greenberg, D., Dasberg, H. & Lerer, B. (1990). Core symptoms of posttraumatic stress disorder unimproved by alprazolam treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 236–238.
- Charney, D. S., Deutch, A. Y., Krystal, J. H., Southwick, S. M. & Davis, M. (1993). Psychobiologic mechanisms of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 50, 294–305.
- Davidson, J. (1992). Drug therapy of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 160, 309–314.
- Davidson, J., Kudler, H., Smith, R., Mahorney, S. L., Lipper, S., Hammett, E., Saunders, W. B. & Cavenar, J. O. (1990). Treatment of posttraumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. *Archives of General Psychiatry*, 47, 259–266.
- Davidson, J. (2006). Pharmacologic treatment of acute and chronic stress following trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (suppl 2), 34–39.
- Davis, L. L., English, B. A., Ambrose, S. M. & Petty, F. (2001). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: A comprehensive review. *Expert Opinion Pharmacotherapy*, 2, 1583–1595.
- Duffy, J. D. & Malloy, P. F. (1994). Efficacy of buspirone in the treatment of posttraumatic stress disorder: An open trial. *Annals of Clinical Psychiatry*, 6, 33–37.
- Ebbinghaus, R., Bauer, M. & Priebe, S. (1996). Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. Eine Übersicht. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 64, 433–443.
- Fesler, F. A. (1991). Valproate in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 361–364.
- Foa E. B., Davidson, J. R. T. & Frances, A. (1999). The Expert Consensus Guidelines series: Treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60 (suppl. 16), 1–76.
- Friedman, M. J. (1988). Toward rational pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: An interim report. *American Journal of Psychiatry*, 145, 281–285.
- Gelpin, E., Bonne, O., Peri, T., Brandes, D. & Shalev, A. Y. (1996). Treatment of recent trauma survivors with benzodiazepines: A prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 390–394.
- Gersons, B. P. R. & Denis, D. (1996). Das Konzept der posttraumatischen Belastungsstörung. In S. Priebe, D. Denis & M. Bauer (Hrsg.), *Eingesperrt und nie mehr frei. Psychisches Leiden nach politischer Haft in der DDR*. Darmstadt: Steinkopff.
- Gorman, J., Kent, J. M. & Coplan, J. D. (2002). Current end emerging therapeutics of anxiety and stress disorders. In K. L. Davis, D. Charney, J. T. Coyle, C. Nemeroff & American College of Neuropsychopharmacology (Eds.), *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Hageman, I., Andersen, H. S. & Jorgensen, M. B. (2001) Posttraumatic stress disorder: a review of psychobiology and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 411–422.
- Hollweg, M. & Soyka, M. (1996). Benzodiazepine – Indikationen, unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Risiken bei Langzeitbehandlung. *Psychopharmakotherapie*, 4, 161–167.
- Kosten, T. R., Frank, J. B., Dan, E., McDougale, C. J. & Giller, E. L. (1991). Pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder using phenelzine or imipramine. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 366–370.

- Lipper, S., Davidson, J. R., Grady, T. A., Edinger, J. D., Hammet, E. B., Mahorney, S. L. & Cavenar, J. O. (1986). Preliminary study of carbamazepine in post-traumatic stress disorder. *Psychosomatics*, 27, 849–854.
- Müller-Oerlinghausen, B., Berghöfer, A. & Bauer, M. (2002). Bipolar disorder. *Lancet*, 359, 241–224.
- Neal, L. A., Shapland, W. & Fox, C. (1997). An open trial of moclobemide in the treatment of post-traumatic stress disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 12, 231–237.
- Pae, C. U., Lim, H. K., Peindl, K., Ajwani, N., Serretti, A., Patkar, A. A., Lee, C. (2008). The atypical antipsychotics olanzapine and risperidone in the treatment of posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials. *International Clinical Psychopharmacology*, 23 (1), 1–8.
- Pearlstein, T. (2000). Antidepressant treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (suppl. 7), 40–43.
- Post, R.M. & Weiss, S.R.B. (1989). Sensitization, kindling, and anticonvulsants in mania. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50, (suppl. 12), 23–30.
- Reist, C., Kauffmann, C. D., Haier, R. J., Sangdahl, C., DeMet, E. M., Chicz-DeMet, A. & Nelson, J. N. (1989). A controlled trial of desipramine in 18 men with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 513–516.
- Shestatzky, M., Greenberg, D. & Lerer, B. (1988). A controlled trial of phenelzine in posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Research*, 24, 149–155.
- Stein, D. J., Ipser J. C., Seedat, S. (2006). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane database of systematic reviews, Issue 1*. Art. No.: CD002795. DOI: 10.1002/14651858.CD002795.pub2.
- Van der Kolk, B. A. & Greenberg, M. S. (1987). The psychobiology of the trauma response: Hyperarousal, constriction, and addiction to traumatic reexposure. In B. A. van der Kolk (Ed.), *Psychological trauma*. Washington: American Psychiatric Press.
- Yehuda, R. (2002). Posttraumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 346, 108–114.

17 »Eye-Movement Desensitization and Reprocessing« (EMDR)

O. Schubbe

17.1 Indikationen – 286

17.2 Die 8 Phasen von EMDR – 287

17.2.1 Phase 1: Erhebung der Vorgeschichte und Behandlungsplanung – 288

17.2.2 Phase 2: Stabilisierung und Vorbereitung auf EMDR – 289

17.2.3 Phase 3: Einschätzung der belastenden Ausgangssituation – 290

17.2.4 Phase 4: Neuverarbeitung mit äußerer Stimulierung – 291

17.2.5 Phase 5: Verankerung – 292

17.2.6 Phase 6: Körpertest – 292

17.2.7 Phase 7: Abschluss der Sitzung – 294

17.2.8 Phase 8: Nachbefragung – 294

17.3 Wie wirkt EMDR? – 294

17.4 Effektivitätsstudien – 295

17.5 Auf EMDR basierende Weiterentwicklungen – 297

Literatur – 297

EMDR steht für »Eye-Movement Desensitization and Reprocessing« und heißt übersetzt »Desensibilisierung und Neuverarbeitung mit Augenbewegungen« – obwohl sich für manche Patienten die Bedeutung »einmal **musst du ran**« oder »erst **muss der Dreck raus**« etabliert hat.

Eine typische EMDR-Sitzung beginnt damit, innerhalb eines sicheren therapeutischen Rahmens eine belastende Vorstellung zu aktivieren und mit bilateralen Außenreizen einen natürlichen Verarbeitungsprozess in Gang zu bringen. Dabei verbinden sich die belastenden mit den zur Lösung nötigen Informationen. Die Qualität der inneren Vorstellung verändert sich, und die Intensität der erlebten Belastung geht zurück. Die Sitzung sollte immer in einem entspannten Zustand enden, wenn nötig mithilfe einer Stabilisierungsübung.

EMDR ist aber nicht nur eine Methode zur Traumabearbeitung, sondern umfasst ein Phasenkonzept für den gesamten Therapieverlauf. Wie es in den medizinischen Behandlungsstandards für die PTBS allgemein empfohlen wird (Flatten et al., 2001), beginnt eine EMDR-Behandlung mit einer traumaspezifischen Anamnese, Behandlungsplanung und Stabilisierung. Erst wenn der Patient nach Wochen oder Monaten für die Traumabearbeitung ausreichend stabil und mit EMDR-Sitzungen zur Traumabearbeitung einverstanden ist, kommen die für EMDR charakteristischen Phasen zur Anwendung. Für jede EMDR-Sitzung wird eine belastende Erinnerung ausgewählt und mit den Phasen Einschätzung, Neuverarbeitung, Verankerung, Körper-test und Abschluss integriert. Dies geschieht so lange, bis alle traumatischen Erinnerungen ihre belastende Qualität verloren haben. Manchmal sind zwischen den EMDR-Sitzungen Stabilisierungsübungen oder Gespräche zur Integration der EMDR-Erfahrung nötig.

Exkurs

Zur Geschichte

Den ersten wissenschaftlichen Beleg für die desensibilisierende Wirkung von Augenbewegungen fand Francine Shapiro in ihrer Dissertation (Shapiro, 1988). Die dort eingesetzte Me-



thode nannte sie »Multi-Saccadic Movement Desensitization« (MSMD) und später »Eye-Movement Desensitization« (EMD; Luber, 2007). Drei Jahre zuvor hatte sie erstmals über die Bedeutung von Augenbewegungen und den Einsatz des Verankerns positiver Ich-Zustände veröffentlicht (Shapiro, 1985). Sie integrierte Hinweise und Einflüsse von Milton Ericson (Ratifizieren), Joseph Wolpe (SUD-Belastungsskala), John Grinder (Augenbewegungen), Mark C. Russel (»Reprocessing«), von Ondrea und Stephen Levine (Prozessbegleitung) und aus dem Vipassana Yoga (Lichtstrahlmethode). Nach ihrer Dissertation fand sie heraus, dass die bilaterale Stimulierung nicht nur über die Augen, sondern auch durch taktile oder akustische Reize erfolgen kann. Die Wirkung von EMDR erklärt sie inzwischen nicht mehr mit dem Vorgang der Desensibilisierung, sondern mit dem AIP-Modell als adaptive Verarbeitung dysfunktional gespeicherter Gedächtnisinformation (Shapiro, 2001).

17.1 Indikationen

EMDR ist als Methode für die Behandlung der PTBS bei Erwachsenen wissenschaftlich gesichert. Das wurde vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie in einem ausführlichen Gutachten bestätigt (Rudolf & Schulte, 2006).

In der Praxis hat sich EMDR bei verschiedensten Traumafolgestörungen bewährt. Es gibt z. B. EMDR-Sonderprotokolle für spezifische Phobien (Jongh et al., 2006), Störungen des Sozialverhaltens (Greenwald, 2002), Allergien (Erdmann, 2006), stoffgebundene Süchte und Suchtverhalten (Hase, 2006; Popky, 2005; Vogelmann-Sine, 1998) und somatoforme Störungen (Grand, 2003; Saint Paul, 2008) und Schmerzstörungen (Erdmann, 2005; Grant, 1999) sowie Phantomschmerz (Tinker & Wilson, 2005). Es gibt ressourcenorientierte EMDR-Protokolle, die für die Arbeit mit komplex traumatisierten Patienten geeignet sind, wie z. B. die Absorbitionstechnik (Hofmann, 2004). EMDR kann immer dann eingesetzt werden, wenn biografische Erfahrungen oder Lebensthemen emotional noch nicht ausreichend verarbeitet wor-

den sind, also z. B. auch im Einzelcoaching (Augustin & Schubbe, 2003; Foster & Lendl, 1995, 1996; Grand, 2003).

Gegenindikationen

Bei dissoziativen Symptomen ist EMDR nur in dem Maße indiziert, in dem es während der Traumaverarbeitung möglich ist, den Patienten in einem assoziierten Zustand zu halten.

Unter der Lupe

Um den Grad der Dissoziation abzuschätzen, sollten Erfahrungen erfragt werden von:

- Derealisation,
- Depersonalisation,
- fragmentierter Erinnerung,
- dissoziativer Amnesie und
- regressiven oder abgespaltenen Ich-Zuständen.

Eine systematische Zusammenstellung solcher Fragen und eine entsprechende Auswertungsmöglichkeit bietet der Fragebogentest zu dissoziativen Symptomen (FDS; Freyberger et al., 1998). Die Kurzform FDS-20 benötigt zur Anwendung nur 15 min (Freyberger et al., 2005).

Opferzeugen, Zeugen und Polizisten sollten erst nach Beendigung der Zeugenaussage mit EMDR behandelt werden. Während ein Flashback-Bild relativ viele und zuverlässige optische Details enthält, die es z. B. ermöglichen, nachträglich die Zahl der Fenster eines Hauses zu zählen, kann das Erinnerungsbild bei der Verarbeitung mit EMDR verblassen, unscharf werden oder zugunsten einer narrativen Erinnerung verschwinden. Obwohl es keinerlei Hinweise auf eine Verzerrung von Zeugenaussagen durch EMDR gibt, ist ein solches Argument gegen die Glaubwürdigkeit des Patienten nicht ausgeschlossen. Besteht dieses Risiko nicht, kann EMDR sehr sinnvoll eingesetzt werden, um Patienten auf Gerichtsverfahren vorzubereiten.

! Kontraindiziert ist EMDR in allen Fällen, in denen allgemein eine zu geringe psychische, soziale oder medizinische Stabilität gegen ein aufdeckendes Vorgehen oder eine Traumaexposition



spricht, also z. B. bei psychotischen Tendenzen, akuter Suizidgefahr, unter Einfluss von Drogen, Alkohol oder sedierenden Medikamenten, bei Täterkontakt und in medizinischen Risikosituationen wie bei instabiler Herzerkrankung oder Risikoschwangerschaft.

Augenprobleme oder optosensitive Epilepsie sind bei taktiler oder akustischer Stimulierung kein Hindernis. Bei Patienten, die an epileptischen, pseudoepileptischen oder Asthmaanfällen leiden, sollte nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt besprochen werden, was Psychotherapeut und Patient bei einem Anfall tun können. Intelligenzmindering und neurologische Störungen können die Wirksamkeit von EMDR einschränken, stellen aber kein Risiko dar.

In der Arbeit mit Kindern sollten keine EMDR-Ausgangsthemen gewählt werden, die in der Familie tabuisiert sind. In diesem Fall muss zuerst im Familiengespräch das Tabu aufgelöst werden. Eine Ausnahme bilden Kinder, die in der Therapie von sich aus das Redeverbot gebrochen haben: Dann ist es auch richtig, darauf einzugehen, dabei jedoch den Loyalitätskonflikt im Auge zu behalten.

17.2 Die 8 Phasen von EMDR

Definition

EMDR als Verfahren in 8 Phasen nach Shapiro

- Phase 1: Erhebung der Vorgeschichte und Behandlungsplanung
- Phase 2: Stabilisierung und Vorbereitung auf EMDR
- Phase 3: Einschätzung der belastenden Ausgangssituation
- Phase 4: Neuverarbeitung mit äußerer Stimulierung
- Phase 5: Verankerung
- Phase 6: Körper-Test
- Phase 7: Abschluss der Sitzung
- Phase 8: Nachbefragung in einer späteren Sitzung

Die Phasen 1, 2 und 7, 8 entsprechen dem Behandlungsstandard.

Vom Vorgehen her charakteristisch und neu sind die Phasen 3–6.

17.2.1 Phase 1: Erhebung der Vorgeschichte und Behandlungsplanung

Wie jede andere Einzeltherapie beginnt EMDR mit

- einem Erstgespräch,
- der Erhebung der Vorgeschichte und
- der Behandlungsplanung.

Dies kann sich über mehrere Sitzungen erstrecken.

Unter der Lupe

Die erste Phase legt das Fundament für die therapeutische Arbeit, denn die Beziehung hat größten Einfluss auf den Zeitpunkt, an dem der traumatisierte Patient später genug Vertrauen und Sicherheit empfindet, um seine schambesetzten, tabuisierten und in jedem Fall belastenden traumatischen Erinnerungen mit EMDR bearbeiten zu können.

In Hinblick auf die Behandlungsplanung ist es günstig, gleich zu Beginn der Therapie bei der Anamnese nach belastenden Ereignissen wie Trennungen, Todesfällen, Vernachlässigung, körperlicher und sexueller Gewalt zu fragen. Allerdings setzt eine intensive Konfrontation mit traumatischen Erinnerungen eine ausreichende Stabilisierung voraus. Deshalb sollte die spezielle Traumaanamnese zu diesem frühen Zeitpunkt sehr strukturiert, zügig und in einem sachlich-distanzierten Stil durchgeführt werden. Es ist ratsam, eine Liste anzulegen und in jeder Zeile nur ein Stichwort für das Ereignis und eine Zahl für das entsprechende Alter zu notieren. Abschließend wird am Ende jeder Zeile eine Zahl zwischen 0–10 für den Belastungsgrad angefügt, d. h. für den Grad der gefühlten Belastung beim Erinnern in der Gegenwart. Eine solche Liste macht auch amnestische Lebensabschnitte erkennbar (■ Tab. 17.1).

Zur Stabilisierung nach der Traumaanamnese haben sich Copingfragen und Stabilisierungsübungen bewährt (► Kap. 11). Es ist sinnvoll, auf die Traumaanamnese eine Ressourcenanamnese folgen

■ Tab. 17.1. Spezielle Traumaanamnese (Beispiel)

| Ereignis | Alter | Belastungsgrad |
|----------------------------|-------|----------------|
| Trennung der Eltern | 10 | 2 |
| Trennung vom ersten Freund | 17 | 6 |
| Skiunfall | 28 | 5 |
| Motorradunfall | 37 | 9 |

zu lassen, die ebenfalls in Form einer Liste erhoben wird. Die Liste positiver Lebenserfahrungen soll die Aufmerksamkeit des Patienten nach der Traumaanamnese wieder auf positive Inhalte lenken und dient – vorbereitend für EMDR – der systematischen Information des Therapeuten über die vorhandenen Ressourcen.

Wenn zu einem anderen Zeitpunkt die gegenwärtige Symptomatik erfragt wird, ist es günstig, zu jedem aktuellen Symptom zu erfragen, wodurch es ausgelöst wird und wie Partner, Familie und Freunde darauf reagieren. Dies hilft, die aufrechterhaltende Dynamik zu erfassen. Zur Verlaufsdagnostik ist die »Impact of Event Scale« (IES) oder deren revidierte Form (IES-R) geeignet (Maercker & Schützwohl, 1998).

Die typische EMDR-Sitzung beginnt mit der Fokussierung eines sorgfältig gewählten Ausgangsthemas. Bei Monotraumata liegt die Wahl dieses Ausgangsthemas auf der Hand. Bei komplex traumatisierten Patienten liegen unterschiedliche traumatische Erinnerungen und verschiedene Ausgangsthemata vor, die auf mehrere Sitzungen verteilt bearbeitet werden sollten.

Welche Reihenfolge ist dabei die beste? Das ausführlichste Konzept zur Behandlungsplanung für EMDR mit komplex traumatisierten Patienten stammt von Kitchur (2005): Die Behandlungsthemata sollten für EMDR so gewählt werden, dass sie affektiv zugänglich sind, aber die Fähigkeit zur Affektregulation nicht überfordern (**Affektregel**). Vollständig vorhandene Erinnerungen sollten vor fragmentierten oder teilamnestischen Erinnerungen bearbeitet werden (**Kohärenzregel**), um den Patienten nicht schon am Anfang mit neu ins Bewusstsein tretenden Erinnerungsfragmenten zu überraschen und zu überfordern. Der Affekt- und Kohärenzregel

und selbstverständlich der aktuellen Verfassung des Patienten nachgeordnet gilt die **Chronologieregel**. Merksätze wie »First things first« oder »Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft« erinnern daran, frühe traumatische Erinnerungen vor späteren zu bearbeiten. Früh im Leben erlebte traumatische Erinnerungen können zur Verarbeitung aktualisiert werden, ohne gleichzeitig spätere Erinnerungen zu triggern, aber nicht umgekehrt. Mit den frühesten Erinnerungen zu beginnen hat außerdem den Vorteil, dass sich dabei die Belastung durch spätere Ereignisse von allein reduziert, während eine solche Generalisierung umgekehrt nicht zu beobachten ist (Greenwald & Schmitt 2008).

17.2.2 Phase 2: Stabilisierung und Vorbereitung auf EMDR

In einem von Lösungen abgeschnittenen posttraumatischen Ich-Zustand ist EMDR kontraindiziert, weil die unverarbeiteten Gedächtnisinhalte zu einem solchen Zeitpunkt nicht mit den zur Verarbeitung nötigen Ressourcen verbunden werden können. In dem Maße, in dem die traumatischen Gedächtnisinhalte im Alltag gemieden und dissoziiert werden, sind die im Alltag vorhandenen Ressourcen während der Verarbeitung traumatischer Gedächtnisinhalte assoziativ schwer zugänglich.

Unter der Lupe

In der zweiten Phase der EMDR gehört zum Konzept, den assoziativen Zugang zu den inneren Ressourcen systematisch zu unterstützen und den Patienten je nach Bedarf immer wieder in Kontakt mit der Gegenwart und möglichen Lösungen zu bringen. Die Wirkung von EMDR kann dahin gehend erklärt werden, dass im Prozess der Traumaverarbeitung neue assoziative Verbindungen zwischen traumatischen Inhalten und Ressourcen entstehen.

Diese können nur entstehen, wenn unverarbeitete Inhalte und die zur Lösung nötigen Ressourcen gleichzeitig aktiviert werden. Der Ressourcenmix sollte also von Anfang an stimmen und vom Therapeuten ständig im Blick behalten werden.

! **Um während der gesamten Therapie immer wieder einschätzen zu können, ob der Ressourcenmix für die Traumabearbeitung stimmt, sollte der Therapeut prüfen, ob der Patient**

- seinen Alltag aktuell selbstständig bewältigen kann (Alltagstest),
- eine innere Vorstellung von einem sicheren Ort hat (Sicherer-Ort-Test) und
- sich nach einem intensiven Gespräch über traumatische Erinnerungen selbst beruhigen kann (Gesprächstest).

Stabilisierung

Der Patient sollte lernen, den Grundpegel der inneren Anspannung zu reduzieren, z. B. mit Entspannungsverfahren wie progressiver Muskelrelaxation, Qi Gong, autogenem Training, mit Imaginationsverfahren, körperlicher Betätigung, Malen, Musizieren, Anhören von Musik oder Entspannungs-CDs oder angenehmen manuellen Tätigkeiten (► Kap. 11).

Außerdem soll der Patient Strategien zum Umgang mit intrusiven Erinnerungen und psychischen Krisen erlernen. Dazu ist es in der Traumatherapie üblich, eine Liste möglicher Trigger anzulegen und dem Patienten zu helfen, diese nach und nach zu identifizieren. Für jeden Trigger soll überlegt werden, ob und wie er vermieden oder wie mit ihm am besten umgegangen werden kann. Die Arbeit mit einer solchen Liste verbessert die Selbstwahrnehmung und Selbstfürsorge und hilft, schädliche Vermeidungsstrategien wie Sucht oder Selbstschädigung systematisch zu ersetzen.

Unter der Lupe

Ein sog. **Notfallkoffer** wird angelegt und sollte abgestufte Strategien zum Spannungsabbau enthalten:

- gut eingeübte Reorientierungstechniken,
- Techniken zur Distanzierung von belastenden Gedanken und Gefühlen wie die Filmstopp-technik oder die Tresorübung, aber auch
- ausgesuchte positiv besetzte Gegenstände, Lieblingsmusik, Selbsthilfeliteratur,
- Adressen und Telefonnummern von Freunden, wenn nötig auch
- Medikamente und
- Telefonnummer einer vorher sorgfältig ausgewählten Klinik.

Zur Vorbereitung von EMDR ist es wichtig, sowohl für die zu bearbeitenden Themen als auch für die Methode, den therapeutischen Auftrag zu prüfen. Wenn dieser Auftrag mit Ambivalenzen verbunden ist, haben die Symptome in den meisten Fällen noch eine wichtige Funktion für das innere Gleichgewicht. Dann müssen zu den Symptomen alternative Strategien erarbeitet werden, um dieses innere Gleichgewicht mindestens ebenso zuverlässig herstellen zu können. Es kann auch sein, dass die Ambivalenz gegenüber dem Auftrag Ausdruck der Vermeidungssymptomatik ist. Dann ist es günstig, den Patienten beim Umgang mit dieser Angst zuerst mit anderen Methoden zu unterstützen, ihn geduldig zu EMDR zu motivieren und Befürchtungen durch geeignete Erklärungen zu reduzieren.

Erklärung von EMDR

In jedem Fall sollte EMDR kurz erklärt werden, damit Patienten wissen, wofür sie ihre Zustimmung erteilen. Die Erklärung könnte z. B. lauten:

T *Wenn ein Trauma geschieht, wird die Gedächtnisinformation im Nervensystem sozusagen eingeschlossen, verbunden mit den ursprünglichen Bildern, Gedanken, Gefühlen und Körperreaktionen. Die eingeschlossene Erinnerung ist von der biografisch passenden Lösung getrennt, äußere Reize können aber z. B. entsprechende Gefühle unkontrollierbar auslösen. EMDR scheint die eingeschlossene Information wieder der Verarbeitung zugänglich zu machen, so dass die Erinnerung innerlich besser eingeordnet und dafür von außen weniger leicht ausgelöst werden kann.*

Damit sich der Patient mit der bilateralen Stimulierung vertraut machen kann, ist es günstig, verschiedene optische, akustische und taktile Varianten ausprobieren zu lassen, Wahlmöglichkeiten zu vermitteln und ein eindeutiges Stoppsignal zu vereinbaren. Um dem Patienten einen Eindruck vom EMDR-Prozess zu geben und ihn an die Sicherheit in der Gegenwart zu erinnern, empfiehlt Shapiro die Tunnel-, Zug- oder Videometapher:

T *Es ist wie eine Fahrt mit dem Auto durch einen Tunnel, insofern wir auch da den Fuß auf dem Gaspedal halten, bis wir wieder draußen sind. Die Stimulierung hat die Funktion eines Gaspedals, das die Verarbeitung beschleunigt und hilft, das belastende Stück Strecke hinter sich zu lassen.*

Andere Patienten bevorzugen die Vorstellung, mit dem Zug durch eine Landschaft zu fahren:

T *Im EMDR-Prozess ist es gut, die Erinnerungen wie eine Landschaft vorüberziehen zu lassen und sich bewusst zu machen, dass Sie an den Bildern, die Sie erleben, gerade schon vorübergefahren sind, und dass Sie unangenehme Streckenabschnitte am schnellsten überwinden, indem Sie mit kontinuierlichem Tempo weiterfahren.*

Die Videometapher lädt zu der Vorstellung ein, die alten Gedächtnisinhalte wie einen Videofilm an sich vorüberziehen zu lassen und leicht anhalten und verändern zu können, ähnlich wie bei der sog. Screentechnik (► Kap. 27). Vor dem Einsatz von EMDR ist zu prüfen, ob der Patient mit der Sicherer-Ort-Übung vertraut ist. Diese Übung kann zu verschiedenen Zwecken eingesetzt werden, z. B., wenn der Patient das Stoppsignal setzt und das Prozessieren beenden möchte.

17.2.3 Phase 3: Einschätzung der belastenden Ausgangssituation

Anamnese, Behandlungsplan und die Indikation für EMDR liegen inzwischen vor. Dem Patienten wurde EMDR bereits erklärt, und er hat seine Zustimmung erteilt. Er kennt die Übung »Sicherer Ort« und ein Stoppsignal. Die Sitzposition und die Form der bilateralen Stimulation sind gut abgestimmt. Jetzt erst beginnt die typische EMDR-Sitzung, in der die charakteristischen Phasen 3–6 zur Anwendung kommen.

Unter der Lupe

In Phase 3 wird die ausgewählte Ausgangssituation auf mehreren Ebenen eingeschätzt.

Dies dient der Verlaufsdia­gnose, um am Ende der Sitzung und in der Katamnese Änderungen des Verarbeitungszustandes erfassen zu können. Die Einschätzung der Ausgangssituation aktualisiert gleichzeitig das dysfunktional gespeicherte Gedächtnismaterial auf mehreren Ebenen der inneren Wahrnehmung. Diese Ebenen sind

1. das Narrativ der Situation,
2. die innere Sinneswahrnehmung (meist ein Bild),
3. eine generalisierte Überzeugung über die eigene Person,
4. davon ausgelöste Emotionen (oft mehrere) sowie
5. die Körperkorrelate dieser Emotionen.

Zwei verschiedene Skalen dienen

1. der Einschätzung der wahrgenommenen Belastung (»Subjective Units of Disturbance«; SUD) und
2. der Gültigkeit der gewünschten Überzeugung über die eigene Person (»Validity of Cognition«; VoC).

Beispiel für Phase 3

- T *Sind Sie damit einverstanden, heute an der Erinnerung vom Hubschrauberabsturz zu arbeiten?*
- P *Ja.*
- T *Welches Bild repräsentiert den schlimmsten Teil dieses Vorfalls?*
- P *Die Flammen.*
- T *Welche belastende Überzeugung über Sie selbst löst dieses Bild heute aus?*
- P *Ich bin ausgeliefert.*
- T *Wenn Sie sich die Flammen vorstellen, was würden Sie heute lieber über sich denken?*
- P *Ich kann mich schützen.*
- T *Wenn Sie sich die Flammen vorstellen, wie richtig fühlt sich der Satz »Ich kann mich schützen« im Moment auf einer Skala von 1–7 an, wobei 1 für völlig falsch und 7 für völlig wahr steht?*
- P *Zwei.*
- T *Wenn Sie sich die Flammen vorstellen und die Worte »Ich bin ausgeliefert« sagen, welche Emotionen bemerken Sie dabei jetzt?*
- P *Ohnmacht und Todesangst.*
- T *Auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 0 für neutral und 10 für die höchste vorstellbare Belastung steht, wie belastend fühlt es sich jetzt für Sie an?*
- P *Neun.*
- T *Woran spüren Sie das in Ihrem Körper? Wo können Sie das lokalisieren?*
- P *Enge im Hals.*

- T *Sehr gut, dann stellen Sie sich jetzt bitte die Flammen vor, denken Sie »Ich bin ausgeliefert«, spüren Sie die Enge im Hals, und beobachten Sie, was auch immer jetzt auftaucht.*
- P *Ok.*
- T *Gut!*

17.2.4 Phase 4: Neuverarbeitung mit äußerer Stimulierung

Unter der Lupe

Die Phase der Neuverarbeitung wird auch als Prozessieren oder EMDR-Prozess bezeichnet. Der Therapeut führt den Patienten in emotionalen Kontakt mit dem Ausgangsbild, der negativen Kognition und der belastenden Körperensation und beginnt dann mit einer Serie bilateraler Stimulierungen.

Der Therapeut sorgt dafür, dass der Patient seine Aufmerksamkeit sowohl auf die äußere Stimulierung als auch auf die unverarbeiteten Inhalte richtet, dabei aber auch die zur Lösung notwendigen Ressourcen nicht aus dem Blick verliert. Es werden so viele Stimulierungsreihen durchgeführt wie benötigt werden, um die Belastung zu beseitigen. Eine Serie dauert so lange, bis der Patient Anzeichen von Entspannung zeigt. Danach fragt der Therapeut nach der letzten Assoziation, welche Gedächtnisinhalte zuletzt ins Bewusstsein getreten sind.

Die Worte, mit denen EMDR-Therapeuten ihre Patienten bekräftigen, im Prozess weiterzugehen, stammen aus der Tradition Ericksons und lauten z. B.: »Genau so! Sehr gut, gehen Sie da weiter!« Wenn diese Bemerkungen irritieren, können sie weggelassen werden. Inhaltliche Bemerkungen werden im EMDR nicht gemacht, um den inneren Prozess des Patienten nicht zu stören.

Nicht immer reichen die Ressourcen und der emotionale Kontakt aus, damit der Prozess im Fluss bleibt. Bei Bedarf werden Zusatzstrategien (z. B. Veränderung der Stimulierung, kognitives Einweben) eingesetzt, um immer wieder einen optimalen Ressourcenmix für die Traumaverarbeitung herzustellen. Das therapeutische Einweben ermöglicht dem Therapeuten, von außen Inhalte oder Informationen



in den inneren Verarbeitungsprozess des Patienten einfließen zu lassen. Der Begriff »Einweben« ist also darauf bezogen, dass der Therapeut sparsam und gezielt Information für den inneren Prozess des Patienten zur Verfügung stellt. Shapiro (2001) beschreibt das Einweben als eine EMDR-Technik, um Blockierungen zu lösen und kognitiv-emotionale Endlosschleifen zu beenden.

! Das therapeutische Einweben ist effektiv, sollte aber sehr sparsam verwendet werden, da Veränderungen, die vom Patienten ausgehen, mehr zum Erleben von Selbstwirksamkeit beitragen.

In **▣** Tab. 17.2 sind verschiedene Kategorien des therapeutischen Einwebens mit Beispielen aufgeführt.

17.2.5 Phase 5: Verankerung

Wenn die Intensität der Belastung auf den optimalen Wert zurückgegangen und die positive Kognition ganz passend und stimmig ist, wird mit der Verankerung begonnen.

Unter der Lupe

In Phase 5 erinnert der Therapeut den Patienten noch einmal an die Ausgangssituation der Sitzung und wiederholt die positive Kognition. Während sich der Patient diese Kombination vergegenwärtigt, leitet der Therapeut durch eine weitere Serie etwas langsamerer bilateraler Stimulierung.

Diese Stimulierungsserie sollte beendet werden, wenn die positive Kognition dem Patienten voll und ganz in die Ausgangssituation zu passen scheint.

Beispiel für Phase 5

- T *Wenn Sie jetzt an den Hubschrauberabsturz denken, wie hoch ist die erlebte Belastung jetzt, wobei 0 für neutral und 10 für die höchste Belastung steht?*
- P *Null.*
- T *Ist der Satz »Ich kann mich schützen« noch optimal für Sie? Oder ist jetzt ein anderer Satz besser?*



- P *Inzwischen finde ich den Satz »Ich lebe« passender. Wir können uns nicht immer schützen und überleben manchmal doch.*
- T *Und wie zutreffend fühlt sich der Satz »Ich lebe« im Moment an, wobei 1 für völlig falsch und 7 für völlig wahr steht?*
- P *Sieben, ganz ohne jeden Zweifel: Ich lebe!*
- T *Dann denken Sie bitte an den Hubschrauberabsturz, sagen Sie sich den Satz »Ich lebe« und folgen Sie bitte mit den Augen noch mal meiner Hand.*

17.2.6 Phase 6: Körperpest

Wenn die Ausgangssituation am Ende der Sitzung mit der positiven Kognition kognitiv assoziiert wird, und auf körperlicher Ebene mit angenehmen Körperempfindungen, dann hat sie ihren Schrecken verloren. Dazu wird direkt im Anschluss an die Verankerung überprüft, ob die positive Kognition angesichts der Ausgangssituation voll zutrifft. Trifft sie nicht vollständig zu, wird die Differenz mit einer Serie bilateraler Stimulationen bearbeitet. Nur wenn sowohl der Belastungsgrad als auch die Stimmigkeit der positiven Kognition vollständig die angestrebten Werte erreicht haben, wird überprüft, ob vielleicht auf körperlicher Ebene noch eine Restbelastung vorhanden ist.

Unter der Lupe

Zum Körperpest erinnert der Therapeut den Patienten noch einmal an die Ausgangssituation der Sitzung und wiederholt die positive Kognition. Während sich der Patient diese Kombination vergegenwärtigt, wird er – ohne Stimulierung – angeleitet, mit der Aufmerksamkeit langsam von oben nach unten durch den Körper zu wandern und alle auftretenden Wahrnehmungen zu schildern.

Tab. 17.2. Therapeutisches Einweben

| Form des Einwebens | Beispiel |
|--|---|
| Mechanisch: Eigenschaften und Art der Stimulation verändern | Frau G. hat bzgl. der Besuche ihrer Mutter sehr ambivalente Gefühle. Sie stellt die beiden Seiten auf zwei Zeichnungen dar. Bei EMDR bewegt sie die Augen zwischen den beiden an der Wand hängenden Zeichnungen hin und her. |
| Wahrnehmungsebene: Wechsel der Modalität der inneren Wahrnehmung | Frau G. erlebt im EMDR-Prozess zahlreiche Körpersensationen, die sie nicht verstehen kann. Ich bitte sie, sich vorzustellen, ihr Körper würde mit ihr sprechen – welcher Dialog könnte sich dann entwickeln? |
| Fokussierend: Zum Ausgangsthema zurückbringen | Frau G. denkt bei einer EMDR-Sitzung über eine Gewalterfahrung durch ihren Vater an eine bevorstehende Prüfung. Beim Einweben wird sie aufgefordert: <i>»Beobachte, was die Prüfung mit der Situation mit Deinem Vater zu tun hat.«</i> |
| Affektbrücke: Auf Hintergrundserfahrungen zurückgehen | Frau G. fühlt sich bei der Vorstellung, sich gegen ihre Mutter abzugrenzen, total ohnmächtig. Ich bitte sie, mit dem Gefühl der Ohnmacht innerlich bis zu einer Situation zurückzugehen, zu der dieses Ausmaß an Ohnmacht zu passen scheint. |
| Distanzierend: Einsatz therapeutischer Distanzierungstechniken | Ein Kind wird unruhig und beginnt, abzulenken: <i>»Stell Dir vor, das ist jetzt nur ein alter Film von früher, und auf dem Schoss Deiner Mutter hier bist Du ganz sicher.«</i> |
| Entwicklungsorientiert: Nachholen von Entwicklungssituationen | Frau G. misstraut ihrer Wut auf ihren Vater, die sie plötzlich entdeckt. Ich frage: <i>»Wenn Sie als kleines Kind wütend wurden, wie wäre es gewesen, von Ihrem Vater liebevoll klare Grenzen gesetzt zu bekommen?«</i> |
| Unterstützend: Ermutigen, Erlaubnis erteilen, Anerkennung geben | Ein Junge hat Angst, wie die Geschichte in der EMDR-Sitzung wohl ausgeht. Er wird wiederholt ermutigt: <i>»Gut so, ja ... das machst Du sehr gut ... Deine Mutter und Dein Teddybär sind jetzt auch da ... ja, das machst Du großartig ... das ist in Ordnung ... ja, genau richtig.«</i> |
| Körperressource: Aktivieren einer zuvor verankerten Ressource auf Körperebene | Immer wieder erlebt Frau G. Kopfschmerzen, wenn sie sich an ihren trinkenden Vater erinnert. Ich bitte sie, ihre Hand auf die Stelle des Körpers zu legen, die im Vergleich zum Kopf am wenigsten weh tut, und ihre Aufmerksamkeit dort zu lassen. |
| Kognitiv: Sokratische Frage, Erwachsenenperspektive, Zukunftsperspektive | Frau G. fühlt sich ohnmächtig, ihrer Wut auf den Vater Ausdruck zu geben, weil sie auch vor ihm Angst hat. Ich frage: <i>Wenn Sie heute in die damalige Szene treten könnten, welche Erlaubnis würden sie dem Kind, dass sie damals waren, gern geben?</i> |
| Imaginativ: Imagination einer Ressource | Der EMDR-Prozess blockiert bei einer Erinnerungssituation, der das Kind ausgeliefert war, weil kein Erzieher anwesend war. <i>»Stell' Dir mal vor, jetzt kommt ein Erzieher, den Du gut kennst. Der kann Dir helfen. Beobachte, was dann passiert.«</i> |
| Mit Teilarbeit: Ressourcenvolle innere Anteile werden aktiviert | Ein leitender Bankangestellter schämt sich in der Sitzung fortgesetzt, als Kind gestohlen und viel getrickt zu haben. Der Therapeut sagt: <i>»Wenn auf dem Stuhl da drüben das Kind sitzen würde, das sie damals waren, was könnten Sie ihm heute sagen?«</i> |
| Symbolisch: Symbolisieren konkreter Inhalte z. B. Symptome als Tiere | Ein Kind erlebt sich seinen selbstschädigenden Impulsen hilflos ausgeliefert. <i>»Wenn es ein böses Tier wäre, das Dich immer wieder so blutig kratzt, welches Tier könnte es sein?«</i> |
| Humorvoll: Überraschung und Witz als Ressource einsetzen | Das Kind bleibt dabei stecken, allein gewesen zu sein. Der Therapeut zeichnet dem Kind ein Comicbild davon, wie es im EMDR-Prozess weitergehen könnte, und fordert das Kind auf, das nächste Bild des Comics zu zeichnen. |

Beispiel für Phase 6

- T *Sehr gut, ich möchte jetzt mit Ihnen prüfen, ob es noch Belastungen auf körperlicher Ebene gibt.*
- P *Gut.*
- T *Dann denken Sie bitte an den Hubschrauberabsturz, sagen Sie sich den Satz ‚Ich lebe‘ und überprüfen Sie Ihre körperlichen Empfindungen langsam vom Kopf bis zu den Füßen.*
- P *Jetzt fühlt sich der Körper ganz lebendig an, warm und entspannt.*
- T *Sehr gut, dann kommen wir jetzt zum Schluss.*

Sollte der Patient nach dem Körper-Test noch belastende Körperempfindungen nennen, werden diese mit einer weiteren Serie bilateraler Stimulierungen bearbeitet. Der Körper-Test ist beendet, wenn im Körper nur noch positive oder neutrale Empfindungen auftauchen.

17.2.7 Phase 7: Abschluss der Sitzung**Unter der Lupe**

Der Patient sollte die Sitzung in einem stabilen Zustand verlassen als in dem er gekommen ist. Meistens führt die Traumaverarbeitung direkt in einen entspannt-ausgeglichene Zustand. Falls die Verarbeitung nicht vollständig abgeschlossen werden konnte, empfiehlt Shapiro, die Sitzung mit vertikalen Augenbewegungen, der Visualisierung des »Sicheren Ortes«, der sog. Lichtstromtechnik, der Tresortechnik oder einer anderen Entspannungs- und Distanzierungsübung abzuschließen und dem Patienten derartige Methoden zur Selbstanwendung mitzugeben.

Die übliche therapeutische Erklärung, dass der Verarbeitungsprozess in den Tagen nach der Sitzung normalerweise weitergeht, hilft dem Patienten ebenso wie die therapeutische Empfehlung, auftauchende Inhalte zur Bearbeitung in der nächsten Sitzung schriftlich zu notieren. So kann er sich leichter auf die nächste Sitzung einstellen und ist über zum Thema auftauchende Inhalte weniger beunruhigt oder erschrocken. Am Ende der Sitzung sollte sich der Therapeut davon überzeugen, dass der Patient voll-

ständig in der Gegenwart orientiert ist. Sonst sollte der Patient nach der Sitzung einen kleinen Spaziergang machen, anstatt sofort ins Auto zu steigen.

17.2.8 Phase 8: Nachbefragung**Unter der Lupe**

Es gehört zu den ersten Fragen der nachfolgenden Sitzung, ob seit der EMDR-Sitzung bzgl. des Ausgangsthemas noch etwas Neues aufgetaucht ist.

Der Therapeut sollte das Ausgangsthema der letzten Sitzung nennen und noch einmal nach dem Grad der subjektiven Belastung fragen. Auf diese Weise wird überprüft, ob das Ausgangsthema der letzten Sitzung ganz verarbeitet wurde und das Thema abgeschlossen oder neues Erinnerungsmaterial dazu aufgetaucht ist. Gelegentlich berichten Patienten nach EMDR-Sitzungen von besonders lebhaften Träumen, die dann meist sehr wertvolle Hinweise auf noch zu bearbeitende Themen und der Verarbeitung dienliche Symbolisierungen enthalten.

17.3 Wie wirkt EMDR?

Es gibt lerntheoretische, behaviorale und neurologische Hypothesen zur Wirkung von EMDR. Sie versuchen zu erklären, wodurch EMDR den Verarbeitungsprozess angeregt. Vermutlich spielt dabei die Begrenzung der Übererregung im Gehirn eine Rolle oder ein Vorgang wie im REM-Schlaf.

Die Reduzierung der Übererregung im Gehirn kann durch die Teilung der Aufmerksamkeit zwischen innerer Wahrnehmung und äußerer Stimulierung erreicht werden. Der Hypothese nach konkurrieren beide Prozesse um die begrenzte Kapazität des Arbeitsgedächtnisses, und so wird die Überflutung durch traumatische Inhalte begrenzt (Andrade et al., 1997). Dadurch sinkt die Intensität, mit der die traumatische Erinnerung erlebt wird, und damit das Erregungsniveau im Gehirn. So konnte nach der Behandlung mit EMDR eine Verbesserung der Affektkontrolle, Hemmung der Hyperstimuli der Amygdala (Oh & Choi, 2004), eine Veränderung der

P3a-Amplitude (automatische/unwillkürliche Aufmerksamkeitsleistungen; Lamprecht et al., 2004) und ein Absinken der Perfusion im linken und rechten Okzipitallappen und im rechten präzentralen Frontallappen sowie eine Erhöhung im linken inferior gelegenen Frontalgyrus nachgewiesen werden (Lansing et al., 2005).

Eine Senkung des Erregungsniveaus kann auch durch die Recht-Links-Stimulierung erreicht werden. Dabei kommt es zu einer Ausschüttung von cholinergen Substanzen (Bergmann, 2000) und Noradrenalin (Nicosia, 1995), die eine Beruhigung des hyperaktiven limbischen Systems (Bergmann, 2000) nach sich zieht. Nach Nicosia (1995) kommt es zur Neuintegration von Gedächtnisinhalten. Nicht nur die Ausschüttung von Hormonen, sondern auch die Synchronisation der Hemisphären durch bilaterale Stimulierung begrenzt das Erregungsniveau im Gyrus anterior cingulate und im linken Frontallappen (Levin et al., 1999). Eine verminderte Aktivität des limbischen Systems nach EMDR konnte auch in einer SPECT-Studie nachgewiesen werden (Amen, 2001). Die Begrenzung des Erregungsniveaus ist bei der Traumaverarbeitung Voraussetzung dafür, dass der Mechanismus der Gegenkonditionierung wirksam werden kann (Armstrong 2004; Armstrong & Vaughan, 1996). Das begrenzte Erregungsniveau begünstigt die kognitive Verarbeitung (Denny 1995; MacCulloch & Feldman, 1996). Analog dazu ist ein Absinken der elektrodermalen Aktivität durch EMDR zu beobachten (Barrowcliff et al., 2004). Einer anderen Hypothese nach liegt der Informationsverarbeitung mit EMDR derselbe Mechanismus zugrunde, wie der Informationsverarbeitung im REM-Schlaf (Stickgold, 2002).

Die genannten Theorien und Studien sollten nicht als konkurrierend betrachtet werden, sondern als sich ergänzende Facetten. Kritisch ist anzumerken, dass die neurologischen Studien z. B. den Grad der Durchblutung oder die Folge von Ausfällen bestimmter Areale messen (Hardware-Ebene), während sich die meisten Hypothesen auf die Art und Weise der Informationsbearbeitung beziehen (Software-Ebene). Die bildgebenden Verfahren erleichtern die Prüfung der genannten Hypothesen, erlauben aber keinen direkten Einblick in den Vorgang der Informationsverarbeitung.

Modell der adaptiven Informationsverarbeitung

Das Modell der adaptiven Informationsverarbeitung (AIP-Modell) nach Shapiro geht davon aus, dass traumatische Erinnerungen nicht in vorhandene Netzwerke integriert werden, sondern ein isoliertes assoziatives Netz bilden. Neue Erfahrungen werden auf der Grundlage schon gespeicherter ähnlicher Erfahrungen verarbeitet. Unverarbeitete Netzwerke enthalten generalisierte Überzeugungen, sinnesnah-unverarbeitete Erinnerungsbilder, belastende Emotionen und Körperkorrelate. Diese stören die Aufnahme neuer Information.

Belastende Gefühle, negative Kognitionen und dysfunktionales Verhalten werden nicht als Ursache von Störungen, sondern als Folgen dysfunktional gespeicherter Information betrachtet. Das AIP-Modell wird zur Fallkonzeption und zur Einschätzung des Therapieverlaufs verwendet. Zur Behandlung wird die dysfunktional gespeicherte Information identifiziert, aktualisiert und dem natürlichen Prozess der Informationsverarbeitung zugänglich gemacht. Der Verarbeitungsprozess überführt die Information in einen adaptiven Zustand. In der Folge stellen sich adaptive Änderungen von Ich-Zuständen und Verhaltensmustern ein. Durch Informationsverarbeitung werden langfristig stabile Ich-Zustände und adaptive Verhaltensänderungen erreicht. Allerdings müssen operant konditionierte Symptome und der sekundäre Krankheitsgewinn mit ergänzenden Methoden behandelt werden. Die wichtigsten Vorläufermodelle stammen von Lang (1977, 1979), Lang et al. (2000), Rachmann (1980), Bower (1981) und Foa u. Kozak (1986).

17.4 Effektivitätsstudien

Die Wirksamkeit von EMDR wurde bereits in vielen randomisiert-kontrollierten Studien quantitativ untersucht und selten auch qualitativ. Edmond et al. (2004) analysierten den Inhalt der Aussagen von 59 durch sexualisierte Gewalt traumatisierten Frauen. Eine Gruppe hatte eine Therapie mit EMDR, die andere eine gängige Form methodenintegrativer Psychotherapie erfahren. Nach der integrativen Therapie nannten diese Frauen häufig eine Verbesserung der Fähigkeit, mit den Traumafolgen umgehen zu können: »*Ich habe jetzt Hilfsmittel ge-*

sammelt. Ich habe gelernt, wie ich mich besser fühlen kann; Dinge, die ich tun kann, bevor ich die Therapeutin wieder sehe.« oder: »Die Panik ist weg, und ich spüre noch Angst und Aufruhr, aber keine, die mich lähmt. Jetzt weiß ich, dass ich für mich entscheiden kann.« Nach EMDR wurden tiefgreifendere Veränderungen beschrieben: »Statt wie bei herkömmlichen Psychotherapien von den äußeren Schalen einer Zwiebel zum Kern vorzudringen, erlaubt EMDR, geradewegs an den Kern zu gehen, das Thema zu lösen, und die Veränderungen dringen dann durch alle Schichten wieder bis zur äußersten Schale empor.« Eine andere Patientin formulierte es so: »Ich glaube, es geht direkt auf die Zellebene ... für mich geht es tiefer als darüber zu reden, es geht direkt ins Zentrum und gibt es frei ... für mich war es, wie wenn ich alles ausschaben und entfernen würde, weil es da nicht mehr hingehört.«

Unter der Lupe

Die Aussagen der Patientinnen mit EMDR weisen darauf hin, dass EMDR eine vollständige Auflösung der Traumatisierung erzielt, während die Vergleichsgruppe die Beziehung zur Therapeutin höher bewertet.

Auch die quantitativen Studien zeigen signifikante Verbesserungen bei der Behandlung von komplex traumatisierten Patienten mit EMDR (Olasov Rothbaum et al., 1997; Wilson et al., 1995). Im Vergleich von EMDR mit patientenzentrierter Therapie stellte sich heraus, dass die Symptome mit beiden Verfahren signifikant reduziert werden konnten. Eine höhere Wirkung von EMDR wurde auch bei einem Vergleich mit einer Kombination aus Expositionstraining, Stressimpfungstraining und kognitiver Umstrukturierung gefunden (Devilley & Spence, 1999).

Vergleiche von EMDR mit verhaltenstherapeutischer Exposition erzielten mit beiden Methoden signifikante Verbesserungen (Olasov Rothbaum et al. 2005). EMDR wirkte nicht nur ebenso gut, sondern die Wirkung trat schneller ein (Ironson et al. 2002; Marcus et al., 1997, 2004; Power et al., 2002). Ein solches Ergebnis erbrachten sogar Studien, in denen mit der Expositionsbehandlung Hausaufgaben verbunden waren, mit EMDR aber nicht (Lee et al., 2002; Power et al., 2002).

Auch bei der Behandlung von PTBS in Kombination mit komorbiden Störungen war EMDR wirksam, z. B. bei der Behandlung von Patienten:

- mit PTBS und Borderlinestörung (Brown & Shapiro, 2006),
- mit PTBS und pseudoepileptischen Anfällen (Chemalie & Meadows, 2004, Kelley & Benbadis, 2007),
- mit PTBS und suchartigem Sexualverhalten (Cox & Howard, 2007) und
- bei PTBS in Verbindung mit Panikstörung mit Agoraphobie (Fernandez & Faretta 2007).

Broad u. Wheeler (2006) erzielten bei Patienten mit PTBS in Verbindung mit ADHS und Depression eine deutliche Verbesserung der Symptomatik.

EMDR wurde auch mit einem gängigen Antidepressivum (Fluoxetin) und einem Placebo verglichen (Van der Kolk et al., 2007). Fluoxetin ist ein selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), der die Wirkung des Serotonins verlängert, indem er nach der Signalübertragung den Rücktransport in die Speicherplätze verhindert. Während der Anwendung gab es keine signifikanten Unterschiede bzgl. der Wirkung. Sechs Monate nach der Behandlung konnten jedoch in der EMDR-Gruppe 59% als symptomfrei gelten, in den anderen Gruppen dagegen niemand. Dieses Ergebnis bestätigt, dass es bei sehr starken PTBS-Symptomen sinnvoll sein kann, Psychopharmaka zu Beginn einer Psychotherapie ergänzend einzusetzen (Bauer & Priebe, 1997).

Bei Frauen, die in der Folge häuslicher Gewalt unter PTBS litten, konnte durch die Behandlung mit EMDR eine deutliche Minderung ihrer Symptome erreicht werden (Stapleton et al., 2007). Nach traumatisierenden Einsätzen konnten Feuerwehrleute (Kitchener, 2004) und Soldaten (Russell, 2006; Russell et al., 2007; Zimmermann et al., 2005) nach einer Behandlung mit EMDR wieder in ihren Alltag zurückkehren. In Stockholm erfüllten 8 von 13 untersuchten Mitarbeitern der öffentlichen Verkehrsbetriebe nach der EMDR-Behandlung nicht mehr die Diagnose PTBS (Högberg et al., 2007).

Akut traumatisierte Menschen wurden nach dem Erdbeben in der Türkei (Konuk et al., 2006) und nach dem Terroranschlag am 11. September 2001 (Silver et al., 2005) mit EMDR behandelt. EMDR war auch im Akutbereich wirksam, aber Silver beobach-

tete keinen Unterschied, ob EMDR innerhalb weniger Wochen oder erst ein dreiviertel Jahr nach dem Ereignis eingesetzt wurde.

Unter der Lupe

Insgesamt hat sich EMDR im Vergleich mit anderen Verfahren als gleich oder stärker wirksam erwiesen, wobei die Wirkung meist in weniger Sitzungen erreicht wird und die Akzeptanz durch Patienten sehr hoch ist. Es gibt keine Studie, die nachteilige Wirkungen von EMDR belegen würde, und aus der Praxis werden Verschlimmerungen nur im Zusammenhang mit nichtindiziertem Einsatz und unzureichender EMDR-Ausbildung berichtet. Der größte Nachteil von EMDR ist also vermutlich der, dass eine gute Ausbildung erforderlich ist. Zumindest zeigen Ergebnisse, dass eine originalgetreue Anwendung von EMDR zu besseren Ergebnissen führt (Maxfield & Hyer, 2002).

Die solide Befundlage hat dazu geführt, dass EMDR weltweit zur Behandlung traumatisierter Personen empfohlen wird, z. B. von der International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS), im deutschsprachigen Raum von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), in England vom British Department of Health sowie vom National Health Service, in Irland vom Northern Ireland Department of Health, in Israel vom National Council for Mental Health, in den Niederlanden vom Dutch National Steering Committee, in Schweden vom Medical Program Committee der Stadt Stockholm und in den USA von der American Psychiatric Association und vom Department of Veterans Affairs & Department of Defense.

17.5 Auf EMDR basierende Weiterentwicklungen

Weiterentwicklungen gibt es im Rahmen der EMDR-Sonderprotokolle, in Form ressourcenorientierter Protokolle wie dem »Ressource Development and Installation« (RDI; Leeds & Korn, 2002; ► Kap. 11) oder dem »Brainspotting« von Grand (2008).

RDI wurde entwickelt, um auch komplex traumatisierte Patienten angemessen zu behandeln. Das RDI-Protokoll erarbeitet zuerst Lösungsgedanken, angestrebte Gefühle, Lösungsverhalten und dafür notwendige Ressourcen, um sie dem Patienten während der Traumaverarbeitung systematisch zur Verfügung zu stellen.

Die Wirkung von EMDR scheint nicht vom Einsatz positiver und negativer Kognitionen abzuhängen (Cusack & Spates, 1999). Wenn die bilaterale Stimulation die Verarbeitung beschleunigt, warum sollte sie dann unterbrochen werden? Brainspotting reduziert das Protokoll auf essenzielle Schritte, verwendet kontinuierliche Außenreize und integriert neue methodische Elemente, die den Verarbeitungsprozess präziser steuern lassen. Über die unwillkürlichen Reflexe, die EMDR-Therapeuten bei der Anleitung der Augenbewegungen auffallen, wird ein assoziativer Zugang zu traumatischen Gedächtnisinhalten hergestellt, die auf neurophysiologischer und körperlicher Ebene gespeichert sind. Zu den neuen methodischen Elementen gehören das »Innere Fenster«, das »Äußere Fenster«, die »Körperressource«, die Arbeit mit dem »Ressourcenauge« und mit der »Z-Achse«.

Literatur

- Amen, D. (2001). *Healing the hardware of the soul*. New York: Free Press.
- Andrade, J., Kavanagh, D. & Baddeley, A. (1997). Eye-movements and visual imagery: A working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 36 (2): 209–223.
- Armstrong, M. (2004). *How could EMDR work? Development of an orienting response model*. Edited version paper given at the Annual Conference of the Institute of Australasian Psychiatrists, Tweed Heads NSW.
- Armstrong, M. & Vaughan, K. (1996). An orienting response model of eye movement desensitisation and reprocessing. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 21–32.
- Augustin, J. & Schubbe, O. (2003). Coaching und EMDR. In S. M. Schmitz-Buhl, M. Faulhammer, C. Rauen et al. (Hrsg.), *Coaching: Zukunft der Branche – Branche der Zukunft. Beiträge zur Wirtschaftspsychologie* (S. 9–15). Wiesbaden: Decker.
- Barrowcliff, A. L., Gray, N. S., Freeman, T. C. A. & Macculloch, M. J. (2004). Eye-movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memory. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15 (2), 325–345.

- Bauer, M. & Priebe, S. (1997). Psychopharmakotherapie. In A. Maercker (Hrsg), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 179–190). Berlin: Springer.
- Bergmann, U. (2000). Further thoughts on the neurobiology of EMDR: The role of the cerebellum in accelerated information processing. *Traumatology*, 6 (3), 175–200.
- Bower, G. (1981). Mood and Memory. *American Psychologist*, 36 (2), 129–148.
- Broad, R. D. & Wheeler, K. (2006). An adult with childhood medical trauma treated with psychoanalytic psychotherapy and EMDR: A case study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42, (2), 95–105.
- Brown, S. & Shapiro, F. (2006). EMDR in the treatment of borderline personality disorder. *Clinical Case Studies*, 5 (5), 403–420.
- Chemalie, Z. & Meadows, M. (2004). The use of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of psychogenic seizures. *Epilepsy and Behavior*, 5, 784–787.
- Cox, R. P. & Howard, M. D. (2007). Utilization of EMDR in the treatment of sexual addiction: A case study. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 14 (1), 1–20.
- Cusack, K., Spates, C. R. (1999). The cognitive dismantling of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Anxiety Disorders*, 13 (1), 87–99.
- Denny, N. R. (1995). An orienting reflex/external inhibition model of EMDR & Thought Field Therapy. In *Traumatology*, 1 (1). Available: www.fsu.edu/~trauma/denny.html [28th Aug 2008].
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. (2003). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter (2. überarbeitete Aufl.). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Devilly, G. J. & Spence, S. H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13 (1–2), 131–157.
- Edmond, T., Sloan, L. & McCarty, D. (2004). Sexual abuse survivors' perceptions of the effectiveness of EMDR and eclectic therapy. *Research on Social Work Practice*, 14 (4), 259–272.
- Erdmann, C. (2005). Die Beeinflussung chronischer Schmerzen durch psychologische Schmerztherapieverfahren und EMDR. In Institut für Traumatherapie. Verfügbar unter: <http://www.traumatherapie.de/users/erdmann/schmerz.html>. [22. Aug. 2008].
- Erdmann, C. (2006). Allergie und EMDR – Der nächste Sommer kommt bestimmt. *EMDRIA Rundbrief* 7, S. 20–44.
- Fernandez, I. & Faretta, E. (2007). Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Clinical Case Studies*, 6 (1), 44–63.
- Flatten, G., Hofmann, A., Liebermann, P. et al. (2001). Posttraumatische Belastungsstörung. Stuttgart: Schattauer.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99 (1), 20–35.
- Foster, S. & Lendl, J. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Initial applications for enhancing performance in athletes. *Journal of Applied Sport Psychology*, 7, 63.
- Foster, S. & Lendl, J. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing: Four cases of a new tool for executive coaching and restoring employee performance after setbacks. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 48, 155–161.
- Freyberger, H. J., Spitzer, C. & Stieglitz, R. D. (1998). *Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS). Testmanual*. Bern: Huber.
- Freyberger, H. J., Spitzer, C. & Stieglitz, R. D. (2005). *Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen (FDS 20)*. 2. Aufl. Bern: Huber.
- Grand, D. (2003). *Emotional healing at warp speed*. New York: Present Tents Publishing, pp. 145–156, 177–210.
- Grand, D. (2008). *What is brainspotting?* In: *BioLateral*. Available: <http://www.biolateral.com/brainspotting.htm> [25th Aug 2008].
- Grant, M. (1999). *Pain control with EMDR*. Denver: Mentor books.
- Greenwald, R. (2002). Motivation – Adaptive Skills –Trauma Resolution (MASTR). therapy for adolescents with conduct problems: An open trial. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 6, 237–261.
- Greenwald, R., Schmitt, T. A. (2008). Resolving early memories reduces the level of distress associated with later memories: Preliminary data. Paper presented at the annual meeting of EMDR Europe, London.
- Hase, M. (2006). EMDR in der Behandlung der stoffgebundenen Abhängigkeit. In F. Lamprecht (Hrsg). *Praxisbuch EMDR* (S. 132–157). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hofmann, A. (2004). Die Absorptions-technik, eine einfache Möglichkeit zur Ressourcenaktivierung (nach der »Wedge-Technik« HAP Manual 1999). *EMDRIA Rundbrief* 4, S. 33.
- Högberg, G., Pagani, M., Sundin, O. et al. (2007). On treatment with Eye Movement Desensitization and Reprocessing of chronic post-traumatic stress disorder in public transportation workers – A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61 (1), 54–61.
- Ironson, G., Freund, B., Strauss, J. L. et al. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: a community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (1), 113–128.
- Jongh, A. de, Broeke, E. ten (2006). Die Anwendung von EMDR bei der Behandlung spezifischer Phobien. In F. Lamprecht (Hrsg), *Praxisbuch EMDR* (S. 68–96). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kelley, S. D. M. & Benbadis, S. (2007). Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the psychological treatment of trauma-based psychogenic non-epileptic seizures. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14 (2), 135–144.
- Kitchener, N. J. (2004). Psychological treatment of three urban fire fighters with post-traumatic stress disorder using Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) therapy. *Journal of Complimentary Therapy*, 10. 186–193.
- Kitchur, M. (2005). The strategic developmental model for EMDR. In R. Shapiro (Ed.), *EMDR solutions* (pp. 8–56). New York: Norton & Company.

- Konuk, E., Knipe, J., Eke, I. et al. (2006). The effects of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy on posttraumatic stress disorder in survivors of the 1999 Marmara, Turkey, Earthquake. *International Journal of Stress Management*, 13 (3), 291–308.
- Lamprecht, F., Kohnke, C., Lempa, W. et al. (2004). Event-related potentials and EMDR treatment of post-traumatic stress disorder. *Neuroscience Research*, 49 (2), 267–272.
- Lang, P. J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, 8, 862–886.
- Lang, P. J. (1979). A bioinformational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495–512.
- Lang, P. J., Davis, M. & Ohman, A. (2000). Fear and anxiety: animal models and human cognitive psychophysiology. *Journal of Affective Disorders*, 61 (3), 137–159.
- Lansing, K., Amen, D. G., Hanks, C. & Rudy, L. (2005). High-resolution brain SPECT imaging and Eye Movement Desensitization and Reprocessing in police officers with PTSD. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 17 (4), 526–532.
- Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P. et al. (2002). Treatment of PTSD: stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (9), 1071–1089.
- Leeds, A. M. & Korn, D. L. (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (12), 1465–1487.
- Levin, P., Lazrove, S., Van der Kolk, B. (1999). What psychological testing and neuroimaging tell us about the treatment of PTSD by EMDR. *Journal of Anxiety Disorders*, 13 (1–2), 159–172.
- Luber, M. (2007). In the spotlight. *EMDRIA Newsletter*, 12 (3), 6–9.
- MacCulloch, M. & Feldman, P. (1996). Eye Movement Desensitization treatment utilizes the positive visceral element of the investigatory reflex to inhibit the memories of post-traumatic stress disorder: A theoretical analysis. *British Journal of Psychiatry*, 169, 571–579.
- Maercker, A. & Schützwohl, M. (Hrsg.). (1998). Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung. 2. Aufl. Berlin: Springer.
- Marcus, S. V., Marquis, P. & Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy: Theory, Research, Practic Training*, 34 (4), 307–315.
- Marcus, S. V., Marquis, P. & Sakai, C. (2004). Three- and 6-month follow-up of EMDR treatment of PTSD in an HMO setting. *International Journal of Stress Management*, 11 (3), 195–208.
- Maxfield, L. & Hyer, L. A. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment on PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 23–41.
- Nicosia, G. (1995). Eye Movement Desensitization and Reprocessing under hypnosis. *Dissociation*, 8, 69.
- Oh, D. H. & Choi, J. (2004). Changes in the regional cerebral perfusion after EMDR: A SPECT study of two cases. *Korean Journal of Biological Psychiatry*, 11 (2), 173–180.
- Olasov Rothbaum, B. (1997). A controlled study of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61 (3), 317–334.
- Olasov Rothbaum, B., Astin, M. C. & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (6), 607–616.
- Popky, A. J. (2005). DeTUR, an urge reduction protocol for addictions and dysfunctional behaviours. In R. Shapiro (Ed.), *EMDR solutions* (pp. 167–188). New York: Norton & Company.
- Power, K., McGoldrick, T., Brown, K. et al. (2002). A controlled comparison of Eye Movement Desensitization and Reprocessing versus exposure plus cognitive reconstruction versus waiting list in the treatment of PTSD. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23, 665–669.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behavior Research and Therapy*, 14, 125–132.
- Rudolf, G. & Schulte, D. (2006). Gutachten zur wissenschaftlichen Anerkennung der EMDR-Methode (Eye-Movement Desensitization and Reprocessing) zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie. Gesehen unter <http://www.wbpsychotherapie.de/page.asp?his=0.1.17.55.56> [6. Juli 2006].
- Russell, M. C. (2006). Treating combat-related stress disorders: A multiple case study utilizing Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) with battlefield casualties from the Iraqi War. *Military Psychology*, 18 (1), 1–18.
- Russell, M. C., Silver, S. M., Rogers, S. & Darnell, J. N. (2007). Responding to an identified need: A joint department of defense/department of veterans affairs training program in Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) for clinicians providing trauma services. *International Journal of Stress Management*, 14 (1), 61.
- Saint Paul, N. von (2008). *Ressourcen- und Körperorientierung in der traumatherapeutischen Arbeit* (unveröff. Manuskript).
- Shapiro, F. (1985). Neuro-linguistic programming – The new success technology. *Holistic Life Magazine, Summer*, 2, 41–43.
- Shapiro, F. (1988). *Efficacy of the multi-saccadic movement desensitization technique in the treatment of post-traumatic stress disorder*. Dissertation order number LD01298, The Professional School of Psychological Studies, San Diego.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. New York: Guilford.
- Silver, S. M., Rogers, S., Knipe, J. & Colelli, G. (2005). EMDR therapy following the 9/11 terrorist attacks: A community-based intervention project in New York City. *International Journal of Stress Management*, 12 (1), 29–42.
- Stapleton, J. A., Taylor, S. & Asmundson, G. J. G. (2007). Efficacy of various treatments for PTSD in battered women: Case studies. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21 (1), 91–102.
- Stickgold, R. (2002). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 61–75.

- Tinker, R. H. & Wilson, S. A. (2005). The phantom limb pain control. In R. Shapiro (Ed.). *EMDR solutions* (pp.147–159). New York: Norton & Company.
- Van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E. et al. (2007). A randomized clinical trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: Treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68 (1), 37–46.
- Wilson, S. A., Becker, L. A., Tinker, R. H. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). treatment for psychologically traumatized individuals. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (6), 928–937.
- Vogelmann-Sine, S. (1998). *EMDR Behandlungsmanual für stoffgebundene Süchte*. Berlin: Institut für Traumatherapie.
- Zimmermann, P., Guse, U., Barre, K. & Biesold, K. H. (2005). EMDR-Therapie in der Bundeswehr – Untersuchung zur Wirksamkeit bei posttraumatischer Belastungsstörung. *Krankenhaupsychiatrie*, 16 (2), 57–63.

18 Narrative Exposition

F. Neuner, M. Schauer, T. Elbert

- 18.1 Narration und Trauma – 302**
- 18.2 Narrative Expositionstherapie – 307**
 - 18.2.1 Voraussetzungen und Grundregeln – 308
 - 18.2.2 Struktur der Therapie – 308
 - 18.2.3 Umgang mit Dissoziation – 314
 - 18.2.4 Wirksamkeit – 315
- 18.3 Andere narrative Verfahren – 316**
- 18.4 Was heilt bei narrativen Verfahren? – 317**
- Literatur – 317**

18.1 Narration und Trauma

Gedächtnis, Trauma und Narration

Das Kernelement von Behandlungsverfahren, deren Wirksamkeit für Überlebende traumatischer Erlebnisse gut belegt ist, ist das zwischenmenschliche Mitteilen der Erfahrungen. Die Narration ereignet sich von Angesicht zu Angesicht, von Sprecher zu Zuhörer. So entsteht die Unmittelbarkeit gemeinsamen Nacherlebens: Die erzählende Person teilt erinnerte und sich neu aktualisierende Emotionen, Gedanken, Fakten und Empfindungen mit. Die Erzählung bezieht sich auf den Verlauf des Geschehens, genauso wie auf die vielschichtigen Bedeutungen des Erlebnisses einschließlich moralischer Implikationen und zukunftsweisender Konsequenzen für das Mensch- und Weltverständnis. Viele Generationen tauschten Informationen über bedeutende, auch schwere und schreckliche Ereignisse, Werte und Erfahrungen am Lagerfeuer aus und gaben diese an ihre Nachkommen weiter. Religionsgemeinschaften haben ihre Lehren in Form von Sammlungen ursprünglich mündlicher, später schriftlich fixierter Geschichten und Gleichnisse überliefert. Märchen, Legenden und Sagen bildeten das kulturelle Fundament ganzer Völker.

Traumatisierte Menschen jedoch erzählen nicht. Sie haben enorme Schwierigkeiten, sich auf den narrativen Prozess einzulassen. Die Narration scheint ihnen ungeheuer schwer zu fallen. Menschen, die Grauen, Terror, Misshandlung, Missbrauch und Lebensbedrohung überlebt haben, ohne die Ereignisse verarbeiten zu können, bringen den Zuhörer mit regelmäßiger, mehr oder weniger subtiler Vehemenz dazu, nicht nachzufragen. Dabei liegt ein Paradox vor: Die meisten Traumatisierten wünschen sich nichts mehr, als ihre Schrecken mitzuteilen. Dennoch erreichen sie, dass die Zuhörer alles Mögliche versuchen, ihnen zu helfen, nur nicht, sie zu fragen, was eigentlich genau passiert ist. Sie geben ihnen das Gefühl, keine Berührung mit dem Trauma zu erlauben. Sie sagen, dass sie sich nicht vorstellen können, darüber zu sprechen.

Definition

Narrationen sind bilderreich, anschaulich, gefühlsmäßig packend und in den inneren Zusammenhängen des Ablaufs der Ereignisse nachvollziehbar. Dazu wird verfügbare Information aus dem autobiografischen Gedächtnis abgerufen.

Die Fähigkeit, sich an lange zurückliegende Lebensereignisse in einem räumlichen und zeitlichen Zusammenhang zu erinnern, ist eine Voraussetzung dafür, sich selbst als eine über die Zeit beständige und eigenständige Person zu erleben.

Unter der Lupe

Die Autobiografie stellt die Grundlage dar, die Persönlichkeit, Verhaltensweisen, Beziehungsstile, Gefühle und Entscheidungen vor dem Hintergrund der eigenen Geschichte zu verstehen.

Somit ist das autobiografische Gedächtnis eine zentrale Grundlage der menschlichen Identität. Darüber hinaus ermöglicht das autobiografische Gedächtnis die Narration, also den zwischenmenschlichen Austausch von Lebensereignissen. Die Geschichten können gegenseitig verstanden und nachempfunden werden, was eine Voraussetzung dafür ist, dass Personen mit all ihren Eigenarten akzeptiert und geschätzt werden.

! Der Austausch von Lebensereignissen ist einer der wichtigsten Zugangswege für menschliche Annäherung.

Lebensereignisse sind unterschiedlich wichtig und erhalten einen unterschiedlichen Stellenwert im autobiografischen Gedächtnis. Zentrale Ereignisse, die emotional erlebt werden und verbunden sind mit wesentlichen menschlichen Zielen, entweder großen Erfolgen oder Misserfolgen, können über viele Jahre mit großer Genauigkeit erinnert werden. Derartige Ereignisse markieren oftmals den Beginn oder Abschluss von Lebensphasen, etwa Wendepunkte im Leben wie das Kennenlernen eines neuen Partners aber auch Trennungen und der Tod eines geliebten Menschen (Conway & Pleydell-Pearce, 2000). Diese Ereignisse fügen sich nicht einfach in die bisherigen

Grundüberzeugungen über sich und die Welt. Aufgrund der Sperrigkeit der Ereignisse und der Trägheit des Menschen, eigene Überzeugungen über sich und die Welt zu verändern, bleiben diese Ereignisse zunächst unverstanden. Der Austausch mit anderen Menschen über diese Ereignisse ist dann eine wichtige Strategie, um die Bedeutung des Ereignisses verstehen zu können, und um die eigenen Überzeugungen, das Selbstbild und das Weltbild an die Geschehnisse anpassen zu können.

Unter der Lupe

Die meisten kritischen Lebensereignisse stellen eine bewältigbare Herausforderung für das autobiografische Gedächtnis dar. Der Zusammenhang von Berichten und Verstehen steckt schon im Begriff: Narration hat seinen Ursprung in dem lateinischen Verb *narrare* (erzählen), das wiederum Wurzeln im Sanskrit (*gnā* ≈ wissen) hat.

Eine im klinischen Sinne traumatisierte Person aber erzählt nicht. Sie ist noch nicht aus der traumatischen Szene heraus getreten; es hat, im wörtlichen Sinn, keine Ex-Position stattgefunden. Die Person selbst ist vielmehr das Trauma. Eine räumliche Verortung und zeitliche Vergeschichtlichung hat nicht stattgefunden.

Traumatische, lebensbedrohliche Ereignisse sind in einem Ausmaß verbunden mit Schrecken, Angst, Verzweiflung, Hilflosigkeit und Schuldgefühlen, dass die Orchestrierung menschlicher Gedächtnissysteme misslingt und ein Gefühl vollständiger Überwältigung entsteht (► Kap. 3). Derartige Erlebnisse können Geist und Gehirn in einen Ausnahmezustand versetzen, der die Abspeicherung und Konsolidierung des Ereignisses in die Lebensgeschichte massiv behindert. Das Trauma bleibt ein Fremdkörper, der nicht zum Bestandteil der eigenen Biografie werden kann (Neuner et al., 2008a).

Bei Überlebenden von anhaltenden und häufig wiederholten traumatischen Erlebnissen, insbesondere staatlicher und häuslicher Gewalt, kann der Ausfall des autobiografischen Gedächtnisses dramatische Folgen annehmen. Rosenthal (1997) untersuchte die Biografien von Überlebenden des Holocaust und stellte fest:

Ebenso versinken ganze Lebensphasen in den Bereich der Sprachlosigkeit und sind dem Biographen nur noch in einzelnen Bruchstücken, Bildern und Stimmungen zugänglich (Rosenthal, 1997, S. 40).

! **Die Sprachlosigkeit bleibt zentrales Merkmal des Traumas, die Unfähigkeit, das Ereignis selbst zu verstehen und mitzuteilen.**

Die Sprachlosigkeit ist die Schnittstelle zur gesellschaftlichen Bedeutung von staatlicher und familiärer Gewalt. Regelmäßig sind die Opfer damit konfrontiert, dass selbst nahe Bezugspersonen nicht daran interessiert sind, sich die oftmals grauenhaften Geschichten anzuhören. Die ambivalente Haltung des Opfers, einerseits die schmerzhaften Erinnerungen verdrängen zu wollen und andererseits sich endlich einmal austauschen zu können, trifft auf Unsicherheit und Vermeidung im Umfeld und trägt so zur Aufrechterhaltung der Sprachlosigkeit bei. Den einzigen Nutzen der Sprachlosigkeit haben, sowohl bei staatlicher wie auch bei familiärer Gewalt, die Täter, die vor einer gesellschaftlichen Ächtung und Bestrafung geschützt bleiben.

Narrative Verfahren setzen an diesem Punkt an. In einem gesellschaftlichen Umfeld, in dem es Opfern schwer fällt, Gehör zu finden, bieten sich Therapeuten als professionelle und einfühlsame Gesprächspartner an, um die Gewalterfahrungen zu dokumentieren.

Unter der Lupe

Das Ziel narrativer Verfahren ist die Rekonstruktion des autobiografischen Gedächtnisses über die traumatischen Erlebnisse im Kontext der Lebensgeschichte.

Zur Überwindung der Sprachlosigkeit wurden z. B. in der **narrativen Expositionstherapie** vor dem Hintergrund neuerer neurowissenschaftlicher Theorien spezielle Gesprächstechniken entwickelt (Schauer, Neuner & Elbert, 2005). In ihrer Zielsetzung, das Schweigen der Opfer zu überwinden, haben narrative Verfahren jedoch nicht nur einen psychotherapeutischen, sondern auch einen gesellschaftspolitischen Anspruch. Den Opfern soll Gehör verschafft und ermöglicht werden, für sich und ihre Interessen einzutreten. Verletzungen der

Menschenrechte und Kinderrechte sollen festgehalten werden, was die Voraussetzung für einen gesellschaftlichen, einen juristischen und politischen Widerstand gegen die Täter ist.

Heißes und kaltes episodisches Gedächtnis

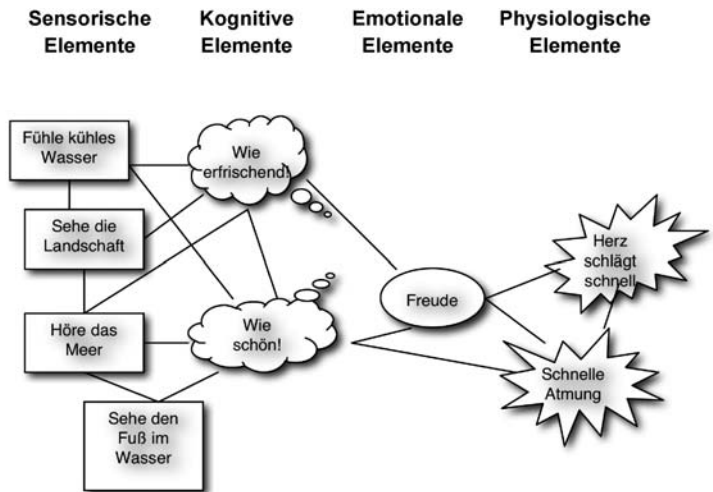
In der Kognitionswissenschaft ist die Annahme einer eigenen Gedächtnisfunktion, die auf die Speicherung, Konsolidierung und den Abruf von Lebensereignissen spezialisiert ist, gut belegt (► Kap. 3). Das episodische Gedächtnis beinhaltet Wissen über Geschehnisse, die zu einer bestimmten Zeit an einem bestimmten Ort stattgefunden haben (Tulving, 2001). Eine einzigartige Funktion des episodischen Gedächtnisses ist die Fähigkeit, vergangene Lebensereignisse in der Form von Erinnerungserfahrungen bewusst wiederzuerleben. In den meisten Theorien werden mindestens zwei Unterformen des episodischen Gedächtnisses unterschieden (► Abschn. 3.2). Das deklarative oder explizite Gedächtnis umfasst die explizit und bewusst abrufbare Kontextinformation über den Ort, Zeit und Ablauf des Ereignisses. Für diese Gedächtnisform wurde auch die Metapher »kaltes Gedächtnis« verwendet. Dagegen beinhaltet das »heiße«, nondeklarative Gedächtnis die sensorisch-perzeptuellen Details des Ereignisses, aber auch die emotionalen Dispositionen, die in der Form eines assoziativen Netzwerkes miteinander verknüpft sind (Brewin, 2001; Metcalfe & Jacobs, 1996).

Beispiel: Heißes Gedächtnis

Abbildung 18.1 zeigt exemplarisch die Struktur des heißen Gedächtnisses für ein angenehmes Erlebnis im Urlaub. Dabei wird angenommen, dass emotionale Erfahrungen als assoziative Netzwerke abgespeichert werden, die Informationen über das Erleben des Ereignisses abbilden (Lang, 1979). Die einzelnen Elemente sind dabei stark verbunden (Foa & Kozak, 1986; ► Abschn. 3.1.). Die sensorischen Elemente enthalten die Information über alles, was während des Ereignisses gesehen, gehört und gespürt wurde, in dem Beispiel etwa das kalte Wasser am Fuß (► Abschn. 3.2 »Duales Gedächtnismodell«). Sie ermöglichen per Gedächtnisabruf, dass Erinnerungen, wie z. B. das Meeresrauschen, wiedererlebt werden können und sich die damit verbundenen physiologischen Reaktionen wie veränderte Herzfrequenz oder Muskelspannungen erneut einstellen.

Innerhalb eines assoziativen Netzwerkes bedingt die Aktivierung einzelner Bestandteile die Koaktivierung anderer Elemente. Die Aktivierung dieser sensorisch-perzeptuellen Repräsentation wird als Erinnerungserfahrung erlebt. Im Unterschied zu anderen Formen des Gedächtnisabrufs wird bei der Erinnerung nicht nur gewusst wie sich das Meeresrauschen angehört hat sondern es wird während des Abrufes wiedererlebt, einschließlich eines angenehmen Gefühls und einer physiologischen Reaktion, messbar

■ **Abb. 18.1.** Schematische Darstellung der Repräsentation einer angenehmen Erinnerung im heißen Gedächtnis



etwa in einer Veränderung der Herzfrequenz oder der Muskelspannungen, welche die damalige Reaktionsweise nachahmt.

Das heiße Gedächtnis selbst beinhaltet lediglich eine Abbildung des Erlebens während des Ereignisses. Die Information über den Zusammenhang des Ereignisses wird im kalten Gedächtnis, in diesem Fall im autobiografischen Gedächtnis abgespeichert. Im Unterschied zum heißen Gedächtnis ist das autobiografische Gedächtnis nicht in der Form von assoziativen Netzwerken angelegt (► Abschn. 3.2, hippocampale und amygdalagesteuerte Erinnerungen; ► Kap. 4). Stattdessen ist das kalte Gedächtnis eine hoch elaborierte kognitive Gedächtnisstruktur, die Wissen über das eigene Leben so kodiert, dass einzelne Ereignisse in die räumlichen und zeitlichen Zusammenhänge der eigenen Lebensgeschichte eingeordnet werden können. Um eine Ordnung der zahlreichen Erlebnissen sowie den chronologischen Ablauf einzelner Ereignisse zu ermöglichen, ist eine komplexe und hierarchische Organisation erforderlich.

Unter der Lupe

Das kalte Gedächtnis ist die Voraussetzung dafür, Lebensereignisse in einer nachvollziehbaren Form erzählen und selbst verstehen zu können.

In einer guten Erzählung sind jedoch auch Elemente des heißen Gedächtnisses untergebracht, da der Bericht sonst nur aus äußerst trockenen Fakten bestehen würde.

Trauma und Gedächtnis

Normalerweise funktionieren das heiße und das kalte Gedächtnis über traumatische Erlebnisse in enger Zusammenarbeit. Die Erinnerung an ein Erlebnis beginnt zunächst mit dem Abruf von kaltem Wissen über den Lebenszusammenhang, in dem das Ereignis stattfand. Der Zugang zu heißem Gedächtnis ist, je nach emotionalem Gehalt der Situation, für verschiedene Ereignisse unterschiedlich einfach. Bei gewöhnlichen Erinnerungen und Erzählungen spielen die verschiedenen Gedächtnissysteme so reibungslos zusammen, dass man sich nicht einmal bewusst ist, dass Wissen aus unterschiedlichen Systemen abgerufen werden muss. Dieses selbstverständliche Zusammenspiel

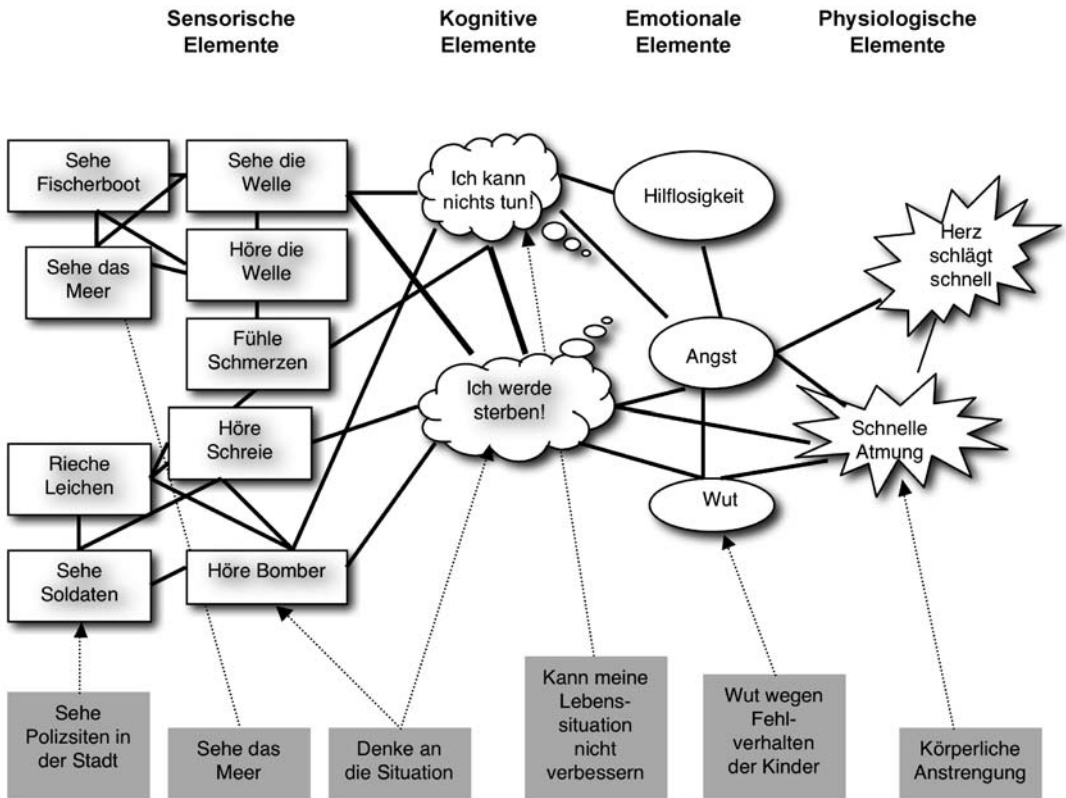
bricht bei psychischen Traumatisierungen zusammen.

Traumatische Ereignisse sind gekennzeichnet durch eine massive Bedrohung des Opfers. In einer derartigen Situation kann innerhalb von Sekunden in einem Zusammenspiel von Nervensystem und Hormonen der menschliche Körper in Alarmbereitschaft versetzt werden (► Kap. 4). Sowohl die Katecholamine als auch Kortikosteroide haben einen deutlichen Einfluss auf die Formen von Verarbeitung und Gedächtnisspeicherung unter der extremen Belastung eines traumatischen Lebensereignisses. Auf der einen Seite reagieren die Mandelkerne (Amygdalae), die für die Aktivierung von Emotionen und damit auch für die Speicherung emotionaler Erinnerungen eine wesentliche Rolle spielen, unter höchstem Erregungsniveau, völlig enthemmt von Strukturen des Stirnlappens, mit gesteigerter Aktivität und Plastizität. Dies führt zu einer besonders intensiven Einspeicherung heißer Gedächtniselemente. Auf der anderen Seite reagiert der Hippocampus, der bei der Speicherung und Konsolidierung von Kontextwissen, vor allem auch autobiografischem Kontext eine wesentliche Rolle spielt, sehr empfindlich auf hohe Werte des Stresshormons Kortisol (Pitman, Shalev & Orr, 2000; ► Kap. 4).

Übersteigter Erregungsstrom aus bestimmten Kernen der Amygdala führt zu einer exzessiven sensorisch-perzeptionellen Repräsentation des traumatischen Erlebnisses. In ■ Abb. 18.2 ist als Beispiel das Kriegserlebnis eines Jungen in Sri Lanka dargestellt. Im Unterschied zur gewöhnlichen Repräsentation des heißen Gedächtnisses in ■ Abb. 18.1 ist die assoziative Struktur für Traumata deutlich größer und die Verbindungen der einzelnen Elemente sind stärker.

Unter der Lupe

Dies führt dazu, dass das Netzwerk vergleichsweise leicht anzustoßen ist und eine Aktivierung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem Feuernetzwerk der gesamten Struktur führt. Die ungewollte Aktivität dieses Netzwerkes resultiert in dem intrusiven Wiedererleben der traumatischen Situation auf sensorischer, kognitiver, emotionaler und physiologischer Ebene, welches das **Kernsymptom der PTBS** darstellt.



■ **Abb. 18.2.** Schematische Darstellung der Repräsentation eines traumatischen Erlebnisses im heißen Gedächtnis: Die Struktur ist größer und die Verbindungen sind stärker

Weiterhin ist dieses Netzwerk, das auch als Furchtstruktur bezeichnet wird, verknüpft mit den heißen Repräsentationen von vorangegangenen traumatischen Erlebnissen. Bei multipel traumatisierten Personen kann so eine große Furchtstruktur entstehen, in dem die zu verschiedenen Ereignissen gehörigen Substrukturen nur mit Mühe auseinanderzuhalten sind (Neuner et al., 2008a).

Während also die traumatischen Ereignisse besonders intensiv im heißen Gedächtnis abgespeichert wurden, also in der Form von Bildern, Geräuschen, verbunden mit Gefühlen und Gedanken, fehlt die zeitliche und räumliche Verankerung dieses Erlebnisses im autobiografischen Gedächtnis. Auch die chronologische Abfolge einzelner Momente des Erlebnisses ist nicht verfügbar. Da eine Ordnung der autobiografischen Erinnerung für die Erzählbarkeit des Ereignisses essenziell ist, bleibt das Erlebnis ge-

genwärtig, im Hier und Jetzt und kann narrativ nur mit Mühe erarbeitet werden.

Unter der Lupe

Die Nichterzählbarkeit des traumatischen Erlebnisses ist also nicht nur die Folge eines Vermeidungs- und Schutzverhaltens, sondern des Fehlens einer narrativen Struktur, deren späterer Aufbau dann allerdings aufgrund von Vermeidung verhindert wird.

Während das Ereignis somit nicht erzählt werden kann, wird es anhaltend in der Form von intrusiven Erinnerungen, Flashbacks und Alpträumen wiedererlebt. Da das ungehemmte Feuern der Furchtstruktur nicht begleitet wird von der Information über den zeitlichen und räumlichen Zusammenhang des

Ereignisses, entsteht bei den Betroffenen ein Hier-und-Jetzt-Gefühl. Es entsteht also der Eindruck, als ob das Trauma gerade und im Moment wieder passieren würde (Ehlers & Clark, 2000). Patienten fühlen häufig Todesangst während des Wiedererlebens, auch wenn das Ereignis schon Jahrzehnte her ist. Das Gefühl der gegenwärtigen Bedrohung zieht umfassende Symptome, einschließlich der ständigen Bereitschaft zu Alarmreaktionen, nach sich.

Besonders dramatisch wird die Störung des autobiografischen Gedächtnisses bei Opfern mehrfacher und Perioden immer wiederkehrender Traumatisierungen, wie Überlebenden von Kriegen, Folter und Kindesmissbrauch. Ganze Lebensphasen können so in der Sprachlosigkeit, dem »sprachlosen Terror«, versinken und nur durch einzelne Bilder und Gefühle zugänglich sein. Die erhebliche Lücke in der Autobiografie bewirkt Brüche und Unsicherheiten in der eigenen Identität. Die eigene Person einschließlich ihrer Entwicklung bleibt fremd und unverstanden, was den zwischenmenschlichen Austausch und den Aufbau intimer Beziehungen beeinträchtigt.

Konsequenzen für die Behandlung

Während die meisten Personen nach einem extrem bedrohlichen Erlebnis mit Symptomen einer Traumatisierung reagieren, entwickeln nur die wenigsten eine dauerhafte psychische Störung. Die Erholung von akuten Stresssymptomen ist der normale Prozess, an dessen Ende letztlich die Entscheidung getroffen werden kann, ob das Auftreten von intrusiven Erinnerungen eine aktuelle Bedrohung darstellt oder der Vergangenheit und damit einem anderen Kontext zugeordnet werden kann. Nur wenn ausreichend Kontextwissen verfügbar ist, kann mit Sicherheit die Entscheidung getroffen werden, dass das gegenwärtige Erleben lediglich die Erinnerung an eine vergangene Situation darstellt und keine Bedrohung anzeigt.

Unter der Lupe

Der Aufbau eines autobiografischen Gedächtnisses ist deshalb einer der zentralen Prozesse bei der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse.

Die meisten traumafokussierten Behandlungsmethoden beinhalten Elemente der Traumakonfronta-

tion, also dem bewussten und wiederholten Wiedererleben und Erzählen der traumatischen Ereignisse in einem sicheren Rahmen (Neuner, 2008). Herkömmliche Expositionsverfahren konzentrieren sich dabei häufig auf das schlimmste traumatische Erlebnis, das wiederholt bearbeitet wird, bis eine Gewöhnung der Angstreaktion eintritt (► Kap. 12).

Im Unterschied dazu wird in den narrativen Therapieverfahren nicht nur ein einzelnes Ereignis sondern die gesamte Biografie des Überlebenden aufgearbeitet und schriftlich festgehalten. Dieses Vorgehen wird insbesondere Menschen gerecht, die über lange Zeit und mehrfach traumatisiert wurden. Bei diesen Patienten ist es oft gar nicht möglich, vor der Behandlung das schlimmste Ereignis zu definieren, da im Gedächtnis die verschiedenen Episoden vermischt werden und nicht mehr abgrenzbar sind. Darüber hinaus ist bei diesen Patienten oftmals der Zugang zur Erinnerung an ganze Lebensphasen beeinträchtigt und das identitätsstiftende Potenzial auch der angenehmen Erlebnisse bleibt verborgen. Eine Aufarbeitung der gesamten Lebensgeschichte ermöglicht, sich sowohl in den belastenden, als auch in den angenehmen Schlüsselmomenten wieder zu erleben, um die Entwicklung der eigenen Persönlichkeit, der eigenen Stärken und Schwächen und vor allem auch der automatisierten Verhaltensmuster zu verstehen.

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt auch bei den narrativen Verfahren in der Aufarbeitung der traumatischen Erlebnisse. Das Ziel ist die Rekonstruktion eines kalten Gedächtnisses, in dem alle heißen Elemente aus den belastenden Erfahrungen verortet und vergeschichtlicht worden sind. Zu diesem Zweck muss die sensorisch-perzeptuelle Erinnerung im therapeutischen Rahmen wieder aktiviert und von einer Narration begleitet werden. Insbesondere in der narrativen Expositionstherapie wurden für diesen Zweck Techniken der Gesprächsführung entwickelt, die auch bei schweren Traumatisierungen und bei der Neigung zur Dissoziation eine geleitete Narration erlauben (Schauer, Neuner & Elbert, 2005).

18.2 Narrative Expositionstherapie

Die narrative Expositionstherapie (NET) wurde ursprünglich zum Einsatz in Kriegs- und Krisengebieten entwickelt (Schauer, Neuner & Elbert, 2005), Be-

dingungen, in denen mehrfacher oder gar permanenter traumatischer Stress allgegenwärtig ist. Zunehmend wird aber erkannt, dass PTBS selten eine Reaktion auf nur eine traumatische Erfahrung darstellt. Vielmehr bildet es durch fehlende Kontextanbindung ein immer umfassenderes, um sich greifendes Furchtnetzwerk heraus, das infolge multipler traumatischer Erlebnisse (Kolassa & Elbert, 2007; Neuner et al., 2004a) zu viele Assoziationen, losgelöst vom Kontext bildet (Elbert et al., 2006). Dabei können sowohl häusliche Gewalterfahrungen als auch emotionale Vernachlässigungen wesentliche Bausteine in dieser Furchtstruktur darstellen (Catani et al., 2008). Entsprechend ist der Einsatz der NET als Therapie ein Behandlungsmodul, das auch bei einer großen Bandbreite von komplex traumatisierten Patienten denkbar ist, die z. B. unter den Folgen von Kindesmisshandlung und sexuellem Missbrauch leiden.

18.2.1 Voraussetzungen und Grundregeln

Auch wenn die NET ein besonders pragmatisches Verfahren ist, das je nach Setting und Kultur selbst in Krisengebieten, in Flüchtlingslagern, in Hütten oder auf einer Matte in einem Klassenzimmer durchführbar ist, bestehen einige formelle Empfehlungen und Voraussetzungen für den Kontext einer Behandlung mit NET.

Unter der Lupe

Die Therapie sollte idealerweise in eine Versorgungsstruktur eingepasst sein, in der die Identifikation von Patienten genauso gesichert ist wie die regelmäßige Supervision der Therapeuten und die Weiterleitung von Patienten mit anderen psychiatrischen Erkrankungen und neurologischen Störungen an Experten.

Neben der Kenntnisse der hier in Abrissen vorgestellten Theorie sollten die Therapeuten eine grundlegende Ausbildung in basalen therapeutischen Fähigkeiten erhalten haben wie die Fähigkeit

- zur Diagnostik der wesentlichen psychischen Störungen,
- zu empathischem Zuhören und

- zu grundlegenden Interventionen im sozialen Kontext.

! Der Behandlungsrahmen sollte ein Minimum an Privatsphäre und Schutz für den Patienten erlauben, der Kontakt zwischen Therapeut und Patient ein Maximum an Transparenz und Wertschätzung. Termine sollten mit unbedingter Zuverlässigkeit eingehalten werden können. Die weiteren Grundregeln der Therapie, wie Schweigepflicht, Fürsorgepflicht, Vorhersagbarkeit und Transparenz werden im Manual der NET (Schauer et al., 2005a) eingehender erläutert.

18.2.2 Struktur der Therapie

Die Anzahl der NET-Sitzungen ist flexibel und hängt vor allem von den Möglichkeiten des therapeutischen Settings ab. In Studien wurden unter Feldbedingungen erfolgreiche Therapien bereits mit 4 zweistündigen Sitzungen durchgeführt (Neuner et al., 2004b), in der Behandlung von schwer traumatisierten Folteropfern oder nach schwerem und wiederholtem sexuellem Missbrauch können auch bis zu 15 Sitzungen vereinbart werden, wobei für eine NET-Sitzung 90 min, manchmal auch mehr aufzuwenden sind. Die Sitzungen werden etwa im wöchentlichen Abstand durchgeführt. Es ist wichtig, vor der Behandlung die Anzahl der Sitzungen, in denen die NET durchgeführt werden soll, zu definieren, um so einen vermeidenden Aufschub der Bearbeitung der schlimmsten Erinnerungen zu verhindern.

Der NET geht eine Diagnostik voraus, in der die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung, der typischen komorbiden Symptome sowie der therapiebehindernden Faktoren und Ausschlusskriterien, wie etwa Substanzabhängigkeit, abgeklärt werden. Auf die Diagnostik folgt die Psychoedukation und die eingehende Vorbereitung sowie die Aufklärung des Patienten. Hier wird vom Patienten gefordert, sich für oder gegen die Behandlung mit NET zu entscheiden.

Unter der Lupe

Eine NET kann nur bei einer bewussten und aufgeklärten Entscheidung des Patienten begonnen werden.

Das nächste Element der Behandlung ist die sog. Lebenslinie. Dies ist eine Methode, in der mithilfe von kreativen Materialien (Blumen und Steine) symbolhaft der Verlauf des bisherigen Lebens mit den prägenden Erlebnissen rekonstruiert wird (s. unten). Der Bericht wird vom Therapeuten schriftlich festgehalten wobei zu Beginn einer Sitzung der Bericht der letzten Sitzung wieder vorgelesen und vom Patienten korrigiert wird. Daraufhin wird in der Lebensgeschichte fortgefahren, bis eine vollständige schriftliche Dokumentation der Lebensgeschichte einschließlich der traumatischen Erlebnisse entstanden ist. Dieser Bericht wird zum Abschluss von Therapeut und Patient unterzeichnet. Dadurch wird der Abschluss der Exposition im Rahmen der Behandlung markiert.

Psychoedukation und Lebenslinie

Eine Expositionstherapie erfordert eine eingehende Information des Patienten über PTBS, das Gedächtnismodell dieser Störung und das Vorgehen der Behandlung. Der Patient wird darüber informiert, dass im Laufe der Behandlung vermehrt Erinnerungen an die traumatischen Erlebnisse auftreten werden, was als belastend erlebt werden kann. Der Therapeut erläutert außerdem, dass daraufhin vermehrt Vermeidungsverhalten auftreten kann, und dass der er in diesem Fall versuchen wird, den Patienten mittels weiterer Psychoedukation in Behandlung zu halten, um einen Behandlungserfolg zu sichern. Begründet mit den vorliegenden Daten zu traumafokussierten Therapieverfahren im Allgemeinen (► Kap. 12) und zur NET insbesondere sowie auf der Grundlage eines Störungsmodells und der Bewertung vorangegangener, gescheiterter Bewältigungsversuche wird dem Patienten die NET nahegelegt.

Die Gesprächsführung in der Psychoedukation erfordert erhebliches Geschick und Einfühlungsvermögen.

! Es ist essenziell, sich auf das intellektuelle, kulturelle und sprachliche Niveau des Patienten einzulassen.

Deshalb können standardisierte Texte hier nur wenig hilfreich sein. Wichtig ist, dass Psychoedukation hier eine Normalisierung der traumatischen Erlebnisse (*»weltweit sind derartige Ereignisse nicht selten«*) sowie eine Normalisierung und Legitima-

tion der posttraumatischen Reaktionen (*»viele Menschen haben noch lange nach dem Ereignis Alpträume«*) anstrebt. Zur Vermittlung des Störungsmodells und des Behandlungsrationalen können Metaphern hilfreich sein. Eine wirkungsvolle Metapher für das Traumagedächtnis ist das Bild eines Schranke, in dem viele Gegenstände so weit durcheinander gestapelt sind, dass der Inhalt an die Tür drückt und die Tür nur mühsam geschlossen gehalten werden kann. Erst das Öffnen des Schranke und das Aufräumen und erneute Einsortieren des herausfallenden Inhaltes in den Schrank ermöglicht, dass der Schrank von alleine geschlossen bleiben kann, wenn er nicht bewusst geöffnet wird.

Bei den Opfern politischer Gewalt kann eine politische Stellungnahme des Therapeuten, i. S. des Eintretens für die Menschenrechte und für die Opfer staatlicher Gewalt hilfreich sein. Das Behandlungsrational kann dann auch als gezielte Menschenrechtsarbeit interpretiert werden, indem die Dokumentation der Erlebnisse dem Schweigen der Opfer entgegenwirkt und eine politische und juristische Aufarbeitung der Erlebnisse ermöglicht.

Nach der bewussten Einwilligung des Patienten in die Therapie wird möglichst noch in der ersten Sitzung mit der Behandlung begonnen. Das erste Therapieelement ist die schon oben erwähnte Lebenslinie. Mithilfe eines Seiles, von verschiedenen Steinen unterschiedlicher Größe sowie Blüten unterschiedlicher Farbe und Größe legt der Patient seine Lebenslinie als Symbol für den Ablauf seines Lebens. Ziel der Lebenslinie ist die grobe Einordnung der wichtigsten Lebensereignisse und die erste Orientierung über den Ablauf des Lebens aus der Sicht der Patienten. Dem Therapeuten hilft die Lebenslinie bei der Planung der Therapiesitzungen, da ersichtlich wird, wie viele traumatische Erlebnisse in welcher Intensität zur erwarten sind. In der Arbeit mit der Lebenslinie werden die einzelnen Ereignisse benannt, aber es findet kein eingehender Bericht über die Ereignisse statt, dies ist der folgenden Exposition vorbehalten. Den Patienten zur Erinnerung traumatischer Stressoren anzuleiten, ohne dabei das Furchtnetzwerk zu aktivieren, erfordert Übung. Andernfalls besteht die Gefahr, dass bereits in dieser Sitzung Ängste aktiviert werden, ohne dass deren Habituation erlebt wird, wodurch sich bei Patient wie Therapeut die Angst vor der Angst verstärkt. Die Lebens-

linie wird, je nach Alter und Vorlieben der Patienten, entweder abgezeichnet oder vom Therapeuten fotografiert und dient in den weiteren Sitzungen als Orientierungshilfe über die Biografie.

Erarbeitung der Narration

Der wesentliche Anteil der Therapie besteht aus der narrativen Aufarbeitung der Lebensgeschichte. Hierbei wird die gesamte Lebensgeschichte, von Geburt bis zur heutigen Situation in einem schriftlichen Bericht festgehalten. Der Therapeut nimmt eine interessierte und aktive Haltung ein, und unterstützt den Patienten bei der stets chronologischen Erzählung. Schon vor Bericht der ersten traumatischen Lebensereignisse sollte der familiäre Hintergrund des Patienten erfasst worden sein. Der wesentliche Unterschied zu gewöhnlichen Anamneseerhebungen besteht darin, dass es nicht nur um die Erfassung von Fakten geht, sondern dass ein emotionaler und erlebnisnaher Bericht der Lebensereignisse angestrebt wird. Exploriert wird die gesamte Biografie, besonders ausführlich aber alle »Blumen« und »Steine« der Lebenslinie.

Auch wenn die meisten traumatischen Erlebnisse aufgrund der Lebenslinie im Zusammenhang der Narration vorhersehbar sein sollten, muss der Therapeut darauf gefasst sein, dass einzelne Ereignisse, die auf der Lebenslinie sehr unscheinbar aussehen, im Rahmen der Therapie ein unerwartetes Gewicht bekommen werden, und dass andere Ereignisse überraschend dazu kommen können. Einige Hinweise helfen dabei zu erkennen, dass der Patient sich der Erzählung eines traumatischen Erlebnisses nähert. Oftmals zeigt eine beobachtbare Nervosität und Aufregung, dass eine Furchtstruktur aktiviert wurde. Andere Patienten zeigen Vermeidungsverhalten und springen über bestimmte Lebensereignisse hinweg, erzählen schneller, oder wollen die Behandlung unterbrechen. In jedem Fall muss vor der Erzählung eines sehr belastenden oder traumatischen Ereignisses geklärt sein, dass in dieser Sitzung noch genügend Zeit zur Verfügung steht, um das Ereignis vollständig zu besprechen und einen Abschluss der Sitzung zu gestalten. Anderenfalls muss die Fortführung der Narration auf die nächste Sitzung verschoben werden.

Bei der Narration des traumatischen Erlebnisses nimmt der Therapeut eine deutlich begleitende Haltung ein und strukturiert das Gespräch. Erzählungen

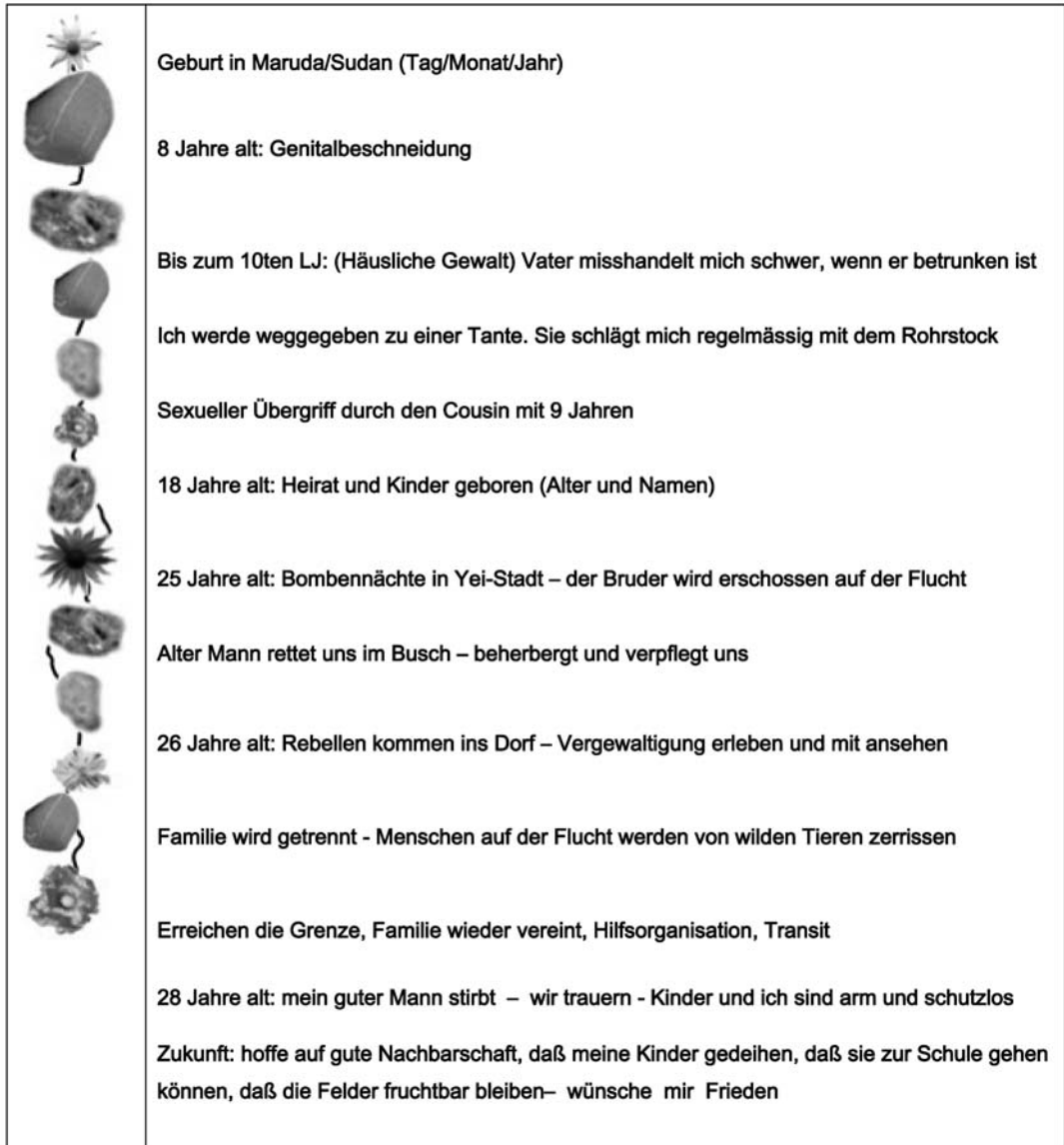
über Traumata sind gewöhnlich bruchstückhaft und durcheinander, nicht selten springen Patienten, geleitet von ihren intrusiven Erinnerungen, direkt zu den schmerzhaften Details am Höhepunkt (»Hot Spot«) des Ereignisses, mitunter sogar zu Erinnerungen eines weiteren traumatischen Ereignisses. Der Therapeut leitet den Patienten zu einer verlangsamten und streng chronologischen Erzählweise, die in ihrem Ablauf sehr detailliert erfolgt und in sich verständlich ist. Zentral ist nun die Abwechslung der Erzählung der kontextuellen und inhaltlichen Fakten der autobiografischen Repräsentation (»Was passierte dann?«) mit den Details der sensorisch-perzeptuellen Repräsentation. Da die Aktivierung der Erinnerung auch die Furchtstruktur aktiviert, kann nach sensorisch-perzeptuellen Details sowohl in der Vergangenheitsform (»Was hast Du gesehen?«, »Was hast Du gespürt?«) als auch in der Gegenwartsform (»Was siehst Du gerade, wenn Du es jetzt erinnerst?«, »Was fühlst Du«?) gefragt werden, um dann kontrastiert zu werden mit den Gedanken, Gefühlen, dem gesamten Erleben in der Gegenwart.

Unter der Lupe

Da sich viele Patienten in der Wahrnehmung ihrer körperlichen Empfindungen besonders schwer tun, ist hier die Unterstützung durch den Therapeuten besonders wichtig.

So können Beobachtungen des Therapeuten mitgeteilt und validiert werden, wobei eine Verbindung zwischen gegenwärtigen Beobachtungen und dem Zustand in der Vergangenheit angestrebt werden soll. z. B. »Ich sehe dass Sie zittern, haben Sie damals auch gezittert?«. In diesem Sinne soll im Laufe einer Narration die Verbindung zwischen heißen und kalten Gedächtnisinhalten hergestellt werden. Wenn dieser Prozess funktioniert, dann ist im Laufe der Narration eine Habituation der emotionalen Reaktion des Patienten zu beobachten. So werden Patienten ruhiger und es stellt sich eine Erleichterung ein. Diese Erfahrung ist eine wichtige Belohnung für den Patienten.

! Unter keinen Umständen sollte eine Expositions-sitzung beendet werden, bevor ein Minimum an Beruhigung oder Erleichterung beim Patienten eingetreten ist.



■ **Abb. 18.3.** Beispiel einer Lebenslinie: Der Fall Agnes

Schließlich entsteht aus dieser Arbeit ein flüssiges, dichtes Narrativ, mit einer klassischen Erzählstruktur.

Der Fall Agnes

Agnes, eine Frau, die aus dem Sudan geflohen war, sagt auf die Frage nach ihrer Lebensgeschichte:

»Wir lebten in der Stadt Yei. Dann kam der Krieg und wir mussten fliehen. Mein Bruder wurde erschossen. Jetzt lebe ich in einem Flüchtlingslager.«

In der darauffolgenden Sitzung von 90 min konnte im Anschluss an diese Aussage die komplette Lebenslinie erarbeitet werden, die sehr viel mehr traumatische und traurige Lebenserfahrungen enthält, aber auch schöne Erlebnisse und wertvolle Momente und Ereignisse die Ressourcen darstellen (■ Abb. 18.3).

Hier ein beispielhafter Ausschnitt aus der Narration von Agnes. Es handelt sich dabei um eine Sequenz aus ihrem ersten »Stein«, die rituelle Geni-

talbeschneidung des kleinen Mädchens. Das Kind wurde ohne Vorwarnung mit 8 Jahren in der Hütte ihres Vaters beschnitten. Ihre Mutter hatte sie vom Spielen mit den anderen Kindern hereingeholt und ihr nur gesagt, dass jetzt etwas geschehen wird, was alle Mädchen erfahren, damit sie später verheiratet werden könnten.

Fallbeispiel: Agnes berichtet

Die während der Erzählung erlebten und von Agnes geäußerten Empfindungen sind eingerückt dargestellt.

Wir saßen da und warteten. Erst genoss ich es. Meine Mutter nahm sich sonst keine Zeit für mich mitten am Tag. Ich lächelte sie an. Aber sie blickte stumm und mit verschlossenem Gesicht in die Ferne. Ich hörte Stimmen im Nebenraum und fragte meine Mutter, was das zu bedeuten hätte. Sie sprach nicht mit mir. In diesem Moment wurde ich nervös. Vielleicht weil meine Mutter feuchte Hände bekam, das konnte ich in meiner linken Hand spüren, die sie hielt. Dann stand sie plötzlich auf, packte mich fest und zog mich zum Nebenraum. Ich wollte nicht gehen und sträubte mich. Da wurde sie wütend und zog noch mehr. In diesem Moment wusste ich, dass etwas nicht stimmte. Mein Herz begann zu klopfen. Kurz überlegte ich, ob ich wohl Schläge bekommen würde, ob ich etwas Böses angestellt hatte? Schon betreten wir den Raum. Es waren viele Frauen dort. Aber ich konnte keine Kinder sehen.

Wenn ich jetzt davon erzähle, zittere ich. Meine Hände und Füße sind kalt. Ich spüre etwas von der Angst von damals.

Es roch nach Petroleum und Kräutern. Viel konnte ich nicht erkennen. Das Fenster war mir gegenüber. Sonst war es dämmerig im Raum. Meine nackten Füße betraten den Boden, da sah ich, dass verschiedene Dinge am Boden ausgebreitet waren. Tuch und Schere und Flüssigkeiten und ein Messer mitten darin! Manches kannte ich nicht. Aber das Messer! Ich erschrak zu Tode! Ich nahm sonst nichts mehr um mich herum wahr. Klein und scharf war es. Ich kannte es. Es war das Messer, mit dem bei uns die Tiere zum Verbluten gebracht wurden!

(Patientin atmet schnell. Sie zeichnet ein Messer auf ein Blatt Papier und erklärt der Therapeutin

dabei. Als die Zeichnung fertig ist, sagt sie, sie fühle sich gerade, wie damals mit 8 Jahren an diesem Nachmittag.)

Meine Gedanken rasten. Nichts machte mehr Sinn. Ich sah »Die-mit-dem-Messer-geht«, wie wir sie nannten. Bis zu diesem Tag habe ich noch nicht verstanden, warum sie so genannt wurde. Sie trug ein traditionelles Kostüm mit einem »wrappa« in dunkler Farbe und einer Kopfbedeckung. Sie war eine alte Frau, ich kannte sie aus dem Dorf. Aber ich wusste bis zu diesem Tag nicht, was sie eigentlich tat. Sie richtete einen kalten Blick auf mich mit ihren halbblinden Augen. In diesem Moment versuchte ich zu fliehen. Ich machte mich von der Hand meiner Mutter los und rannte zur Türe. Sofort blockierten mehrere Frauen mit ihren Körpern den Ausgang. Ich konnte nicht hinaus. Sie starrten mich an und kamen näher. So, als wäre ich ein Schlachtvieh. Als sie bei mir waren, hielten sie mich an den Armen und zogen mir mit Gewalt die Hose aus.

Ich spüre jetzt die schmerzenden Griffe am Oberarm. (Patientin beginnt zu weinen).

Ich war so verzweifelt, ich weinte und schrie, als mich meine Mutter zusammen mit zwei anderen Frauen von hinten packte. Ich strampelte und kämpfte.

Ich kann jetzt die Anstrengung in meinen Beinen spüren. Ich schwitze. Mein Herz rast.

Sie drückten mich auf den Boden gegenüber dem Fenster. Ich hörte, wie der Riegel der Türe zugeschoben wurde. Ich war so verwirrt. Das waren doch meine Leute. Aber niemand half mir. Keiner hatte Mitleid. »Die-mit-dem-Messer-geht« kniete sich langsam in der Hocke vor mir hin. Ich war nackt. Meine Mutter saß hinter mir und hielt mich dabei mit eisernem Griff fest und zog meinen Oberkörper zurück.

Ich höre jetzt meine Schreie von damals. Meine Beine fühlen sich an wie gelähmt. Mein Körper zittert.

Die Frauen waren voller Grausamkeit. Sie taten alles mit Hass. Meine Mutter schrie mich an, ich solle stark sein. Sie beruhigte mich nicht. Es schrie aber weiter aus mir.

Es scheint mir jetzt, als wollten sie mich vernichten. Vielleicht brauchten sie die Wut, um mir das anzutun.

»Die-mit-dem-Messer-geht« stopfte mir den Mund mit Stoff zu. Es kam so plötzlich. Ich würgte und versuchte den Stoff auszuspucken. Aber meine Mutter hielt zusätzlich ihre Hand auf meinen Mund. Ich bekam keine Luft mehr. Da geriet ich in Panik. Ich strampelte und kämpfte mit meinen Beinen. Die beiden großen, schweren Frauen jedoch fingen meine Füße und zogen je an einem meiner kleinen Beine und spreizten sie auseinander. Die eine saß links von mir, die andere rechts. Und jede band sich eines meiner Beine an ihre großen Schenkel. Jetzt war ich gefesselt zwischen diesen 3 Frauen. Konnte nur noch an die Decke sehen. Da hörte ich plötzlich den schrillen Gesang. Es war laut im Raum und mein Herz raste. Als ich bemerkte, dass ich mich nicht mehr bewegen konnte, bekam ich Todesangst.

Ich fühle mich wie gelähmt. Mein Kopf ist ganz leer. Ich bin froh, dass ich gerade nicht alleine bin, wie sonst, wenn diese Erinnerung kommt. Hier im Raum sieht es ganz anders aus. Es gibt Bilder. Es ist hell.

Ich saß nackt auf dem Tuch am Boden. Jeder konnte meine Scheide sehen. Ich schämte mich sehr. Die Alte schaute mit Verachtung im Blick zwischen meine Beine. Gleichzeitig spürte ich, wie kalt ich innerlich wurde. Ich hatte Angst zu sterben. Ich dachte, jetzt schlitzten sie mich mit dem Messer auf, dann lassen sie mich ausbluten! ...

Die Narration wird an dieser Stelle höchster Erregung noch einmal verlangsamt, um sicher zu gehen, dass die Patientin Gelegenheit hat, diesen subjektiv schlimmsten Moment genau zu verstehen. Ruhig und einfühlsam hilft die Therapeutin alle Gedanken, Gefühle, Körpersensationen und die Bedeutungsinhalte des Geschehens in Zeitlupe genauestens zu rekonstruieren, während das Ereignis noch einmal »als ob« wiedererfahren wird; nur langsamer, in kleineren Portionen sozusagen, die nicht überflutend wirken. Gleichzeitig wird das Erleben während der traumatischen Situation damals ständig kontrastiert mit dem Erleben im Hier und Jetzt und mit dem Kontext in der Gegenwart. Damit wird der Patientin kontinuierlich deutlich, dass es sich hier nur um eine Erinnerung handelt. Nach und nach kommt es zur Beruhigung der Erregung. Die Erzählung wird vollständiger, die Distanz zum Damals größer. In dieser Weise wird die NET fortgeführt bis über den Höhe-

punkt der Angst hinaus, bis in der Chronologie der Ereignisse von damals ein relativ sicherer Ort erreicht wurde. Die Erarbeitung einer solchen kompletten Szene gemäß den Regeln der NET dauert ca. 60 min, also noch einmal ca. 30-40 min über den Punkt hinaus, an dem dieser Ausschnitt endet.

Unmittelbar nach der Exposition haben Patienten unterschiedliche Bedürfnisse. Nicht selten wird nun die Bedeutung dieses Ereignisses aus einer distanzierteren Metaebene reflektiert. Der Therapeut kann diese Reflexion begleiten, wobei auch kognitive Interventionen zur Hinterfragung von Schuld- und Schamgefühlen eingesetzt werden können.

In jeder folgenden Sitzung wird die in der vorangegangenen Sitzung erstellte Narration wieder vorgelesen. Dem Patienten, der angeleitet wird, sich die Ereignisse während des Lesens erneut erlebnisnah vorzustellen, wird die Möglichkeit gegeben, die Geschichte weiter zu elaborieren, mögliche Fehler zu korrigieren. Wichtig ist auch für neue Einsichten und Kommentare Raum zu lassen. Im Anschluss daran wird die Narration der Lebensgeschichte fortgeführt.

Die letzte NET-Sitzung beinhaltet einen rituellen Abschluss der Exposition. Die fertige Dokumentation wird erneut vorgelesen und vom Therapeuten, Patienten und etwaigen Zeugen wie Dolmetschern oder Praktikanten unterzeichnet.

Unter der Lupe

Die Verwendung der Dokumente wird besprochen, wobei bei Opfern politischer Gewalt Möglichkeiten und Gefahren der Menschenrechtsarbeit diskutiert werden. Mit dem Unterzeichnen der Dokumente ist die NET vorläufig abgeschlossen.

Für den Fall, dass in den folgenden Wochen die Symptomatik nicht abklingt oder, etwa nach einem neuen Lebensereignis, erneut verstärkt auftritt, kann die NET ausschnittsweise wiederholt werden, wobei auf die bereits erstellte Dokumentation zurückgegriffen werden sollte. Selbst gegenüber erfahrenen Therapeuten kann durch Schuld oder Scham ein traumatisches Erlebnis verborgen werden. Es kann daher sinnvoll sein, mit dem Patienten die Schuld- und Schamfragen abschließend zu erörtern.

18.2.3 Umgang mit Dissoziation

Während lebensbedrohlicher Situationen, in denen der Mensch dem übermächtigen Grauen, dem Horror, dem Missbrauch und der Gewalt ausgeliefert ist, versucht der Organismus auf evolutiv bewährte Mechanismen zurückzugreifen, um zu überleben. Dabei läuft, abhängig von der eigenen körperlichen Disposition sowie der Art der Bedrohung und der Näherung des Angreifers, eine Verteidigungskaskade ab: Nach einer Orientierungs- oder Schreckreaktion wird zunächst eine starke sympathische Erregung auslöst, die das Flucht- oder Kampfverhalten unterstützt. Wenn der Bedrohung damit nicht begegnet werden kann und die Hilflosigkeit dominiert, stellt verschwinden körperliche und kognitive Funktionen als Folge eines vasovagalen Überhanges (Schauer & Elbert, 2008). Im Furchtnetzwerk des Traumas (■ Abb. 18.2) koppeln sich bei Überlebenden Reaktionsdispositionen an, die bei künftiger Aktivierung des Furchtnetzwerkes jeweils rasch die ganze Verteidigungskaskade durchlaufen lassen wie damals.

Auch später, bei der therapeutischen Exposition, kann diese Sequenz von Verhaltensweisen durchlebt werden, d. h., es werden diejenigen Stufen dominant, die peritraumatisch aktiviert worden waren. Nach Schauer & Elbert (2008) müssen somit im Wesentlichen zwei unterschiedliche physiologische und kognitive Reaktionsweisen unterschieden werden:

1. Erlebnisse, bei denen die Verteidigungskaskade bei starker Aktivierung mit Kampf und Flucht stehen blieb und
2. Erlebnisse, die darüber hinausgehend zur Erschlaffung und Dissoziation bis hin zur Ohnmacht (»Totstellen«) führten.

Wenn traumatische Erlebnisse unter Begleitemotionen von Hilflosigkeit und Angst wie folgt charakterisiert sind, ist Dissoziation als Überlebensreaktion wahrscheinlicher z. B.

- bei Penetration der Körperöffnungen,
- angesichts massiven Blutverlustes oder
- in Anwesenheit von Körperflüssigkeiten.

Derartige Ereignisse sind typischerweise durch Ekelreaktionen gekennzeichnet.

Unter der Lupe

Dissoziation bei späterer Erinnerung oder während der Narration bedeutet, dass (insbesondere auf der Ebene der thalamischen Gates) eine zunehmende funktionelle sensorische Blockade, quasi eine Deafferenzierung stattfindet. Gleichzeitig kommt es zu einer Lähmung der Willkürmuskulatur und zu einer Unfähigkeit, Sprache angemessen zu produzieren und zu verarbeiten. Damit können sinnliche Reize nicht mehr angemessen verarbeitet werden und nach einer Phase tonischer Immobilität erschläft der Körper und der Mensch reagiert nicht mehr, weder auf interne noch auf externe Reize. Die Endorphinausschüttung bedingt eine somatische Analgesie sowie eine emotionale Taubheit in diesem Stadium.

Wurde von dem Opfer derartig schrecklicher Erfahrungen einmal gelernt, die Verteidigungskaskade ganz, also bis zu dissoziativen Verhaltensweisen zu durchlaufen, so ist – nach der dargestellten Theorie des Furchtnetzwerkes – wahrscheinlich, dass dies auch bei Bedrohungen oder Erinnerungen geschieht, die anderweitig eine eher sympathisch dominierte Alarmreaktion auslösen würden. Mitunter wird bei Personen mit dieser Reaktionsdisposition von »Komplext trauma« gesprochen, wobei der Begriff eher auf klinischer Beobachtung denn auf theoretisch fundierter psychophysiologischer Erkenntnis basiert und somit bisher nicht einheitlich definiert ist.

Um in derartigen Fällen Traumaaufarbeitung, Mitteilung und emotionales Durcharbeiten zu ermöglichen, ist es essenziell, dass dissoziativen Reaktionen – die sich früh anhand vagaler Dominanz bei Aktivierung des Furchtnetzwerkes ablesen ließen – während der therapeutischen Sitzung entgegenge wirkt wird. Therapeuten, die mangels Kenntnis der psychophysiologischen Vorgänge nicht rechtzeitig intervenieren, werden nicht nur feststellen, dass die Patienten verstummen, sondern sich im Körpertonus deutlich verändern, nicht mehr ansprechbar und kaum mehr zu orientieren sind. Womöglich erleiden sie einen psychogenen Ohnmachtsanfall. Derartige Unkenntnis gibt Raum für die Angst des Therapeuten vor einer Exposition; in gemeinsamer Konspiration von Therapeut und Patient wird nun

jede weitere Exposition vermieden. Von größter Bedeutung ist daher die Kenntnis des Therapeuten und die wiederholte Psychoedukation des Patienten über eben diese Vorgänge.

Die Lebenslinie fällt bei dissoziativen Patienten nicht sehr repräsentativ aus. Die meisten solcher traumatischen Sequenzen sind in diesen Fällen vor der NET nur implizit verfügbar. Erst im Laufe der biografischen Arbeit werden sie explizit zugänglich, oftmals überraschend für den Patienten. Die Lebenslinie gibt jetzt keine ausreichende Orientierung für die therapeutische Arbeit. Vielmehr sind die »Steine« der chronologischen Reihe nach zu bearbeiten.

Wichtig ist, dass in Sequenzen, die peritraumatisch mit Dissoziation einhergehen, dem Patienten aktiv geholfen wird, seinen Kreislauf in der Sitzung zu stabilisieren (z. B. durch angewandte Anspannung). Wichtig ist ebenfalls, dass durch ständige Reorientierung in der gegenwärtigen Realität Dissoziation verhindert wird.

Unter der Lupe

Anders als bei verlängerter Exposition (► Kap. 12) ist es daher beim ersten Durchgang in solchen Fällen von Bedeutung, die traumatische Szene in ihrem Ablauf zügig und bei guter Aktivierung durcharbeiten. Erst in einem zweiten und eventuell dritten Durchgang kann vermehrt in die Tiefe des Erlebens eingetaucht werden und Ekel- und Schamgefühle genauer exploriert werden, ohne befürchten zu müssen, dass einsetzende Dissoziation den Prozess der narrativen Exposition verunmöglicht. Lange Sprechpausen und Entspannungsübungen sind kontraindiziert. Sie geben Raum für vasovagalen Überhang.

Voraussetzung für eine Konfrontation von Traumata dieser Art ist es ferner, dass die Therapeutin gut ausgebildet und in der Lage ist, stark stützend die Narration zu ermöglichen. Sie darf keine Zeit verlieren und sollte flott verbalisieren, eng beim Erleben der Patientin bleibend, ständig feinfühlig und kompetent die Ebenen der Gedanken, Gefühle, Körperempfindungen, vor allem aber auch die Bedeutung des Geschehens explorieren, um den Menschen vertrauensvoll, zuverlässig und ohne zögern durch das

Trauma hindurch zu begleiten (Schauer & Elbert, in Vorbereitung).

18.2.4 Wirksamkeit

Die NET gehört zu den vergleichsweise gut untersuchten Therapieverfahren der PTBS. Für Opfer von multiplen Traumata wie Krieg, staatliche Gewalt und bei Flüchtlingen ist sie die am besten untersuchte Therapieform, wobei sowohl Einzelfallstudien (Neuner, Schauer, Elbert, & Roth, 2002; Schauer et al., 2004), Gruppenstudien (Onyut et al., 2005) wie auch randomisiert kontrollierte Therapiestudien veröffentlicht wurden (Bichescu, Neuner, Schauer, & Elbert, 2007; Neuner et al., 2004a; Neuner et al., 2008b; Schaal, Elbert, & Neuner, 2008). Weitere randomisierte, kontrollierte Therapiestudien sind abgeschlossen und zur Veröffentlichung eingereicht.

In der Zusammenschau zeigen die Befunde, dass die NET in der Behandlung der PTBS statistisch und klinisch besser ist als eine

- Warteliste,
- unterstützende Beratung,
- kurze interpersonale Therapie,
- Standardbehandlung im Gesundheitswesen und
- stabilisierende, symptomorientierte Therapie.

Die NET wurde mit einer sehr großen Bandbreite von Patienten getestet, etwa mit Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen und Senioren im höheren Lebensalter, deren traumatische Erlebnisse schon viele Jahrzehnte zurückliegen.

Unter der Lupe

Das Besondere an der NET ist, dass sie vergleichsweise wenig Ansprüche an das therapeutische Setting stellt. So kann sie auch von entsprechend ausgewählten und geschulten Personen ohne Hochschulbildung in den Bedingungen eines afrikanischen Flüchtlingslagers durchgeführt werden (Neuner et al., 2008b).

In unterschiedlichen Studien wurde gezeigt, dass NET neben einer Reduktion der PTBS auch eine Verbesserung der Trauersymptome und Depression (Schaal et al., 2008) sowie der körperlichen Be-

schwerden (Neuner et al., 2008b) bewirken kann. Nach einer NET scheinen sich abnormale oszillatorische Aktivitäten zu normalisieren (Schauer et al., 2006). Einschlusskriterium der Studien war die Diagnose einer PTBS, wobei komorbide Diagnosen und eine komplexe Symptomatik nicht ausgeschlossen wurden und in den meisten Studien in hohem Maße vorlag. In den Studien wurden keine Verschlechterungen der Symptomatik durch die NET festgestellt.

Unter der Lupe

Somit kann die NET als gut evaluierte Therapieform und nachgewiesenermaßen risikoarme Behandlungsform empfohlen werden.

18.3 Andere narrative Verfahren

Definition

Narrative Verfahren, wie die NET, definieren sich dadurch, dass in systematischer Weise Berichten über traumatisches Erleben Raum gegeben wird, vor allem also dadurch, dass ohne Angst den Zeugen des Schreckens zugehört wird.

Insofern sind sie Bestandteil der meisten gegenwärtigen Interventionsverfahren bei Traumaüberlebenden. Allerdings beschränken die meisten traumafokussierten Module dies auf ein oder auf ein vermeintlich wesentliches traumatisches Erlebnis. Diese zeitliche Beschränkung war bei der Erarbeitung von Zeugenaussagen, wie von Lira und Weinstein in den 1970er Jahren bei Überlebenden des Pinochet-Regimes eingesetzt (Cienfuegos & Monelli, 1983), allerdings nicht möglich. In ihrer Testimonytherapie beobachteten die Autoren eine heilende Wirkung der schonungslosen Zeugenaussagen über eine Lebenszeitperiode hinweg. Erst die Erkenntnis aber, dass traumatische Erfahrungen kumulativ zu zunehmender seelischer Belastung und letztlich zu Erkrankungen des Traumaspektrums führen (Kolassa & Elbert, 2007; Neuner et al., 2004a), verlangt nach der gesamten Aufarbeitung im Lebensverlauf, wie in der NET vorgeschlagen.

Lebenrückblickstherapie: Ein weiteres derartiges Verfahren wurde von Maercker (2002; Maercker &

Zöllner, 2002) aus Erkenntnissen der Gerontopsychologie entwickelt. Die Autoren weisen darauf hin, dass insbesondere im Alter der narrativ erarbeitete Lebensrückblick heilende Wirkung für PTBS aber auch Depression und Selbstzweifel im Alter haben kann. In einer 10-13 Sitzungen umfassenden strukturierten Life-Review-Therapie (Lebensrückblickstherapie, LRT) wird der Schwerpunkt dabei auf die Bewertung der aufeinanderfolgenden Lebensphasen gelegt, um so die Integration des Traumas in die eigene Lebensbilanz zu ermöglichen. Wie die Blumen und Steine der »Lebenslinie« (Abb. 18.3) werden dabei positive und negative Erfahrungen bilanziert und explizit Lebensperioden zugeordnet, wobei – im Gegensatz zur NET – die Sitzungen nach Lebensabschnitten untergliedert werden. Im Verlauf der Narration werden positive Bewältigungsstrategien gewürdigt und verstärkt. Am Ende überschatten nicht mehr nur traumatische Erinnerungen das ganze Leben, sondern es werden auch die positiven Erfahrungen und Lebensabschnitte in der Bilanz berücksichtigt. Entsprechend stellt Maercker (2002) eine Reduktion der PTBS-Symptomatik im Verlauf der LRT von 3 Patienten vor, denen er ein erweitertes Verständnis des jetzigen Selbst und eine veränderte Bedeutungskonstruktion früherer Lebensabschnitte bescheinigt.

Unter der Lupe

Offensichtlich erleichtert der natürliche Wunsch alter Menschen, ihr Leben abschließend gewichten und bewerten, quasi bilanzieren zu wollen narrative Therapiebausteine. Dieser Prozess könnte auch die hohe Effektivität der NET bei alten Menschen erklären (Bichescu et al., 2007 berichten eine Effektstärke von über 3 für PTBS und 1 bei Depression, allerdings sind die Werte aufgrund der geringen Stichprobengröße mit Vorsicht zu bewerten).

Es ist mithin denkbar, dass die in der Gerontopsychologie angewandten LRT-Techniken zusammen mit NET-geleiteter Wiedererfahrung ein sehr wertvolles Modul in der Behandlung seelischen Leidens bei älteren Menschen darstellen könnten.

KIDNET: Aber nicht nur am Lebensende sondern auch bei Kindern scheinen narrative Verfahren be-

sonders wirksam. So zeigen Ruf et al. (in Druck), dass »KIDNET«, eine kinderfreundliche Version von NET unter Einsatz kreativer Elemente (Neuner et al., 2008a; Ruf et al., 2007) bei multipler Traumatisierung hochwirksam sein kein (Ruf et al., in Druck). Eine Zusammenfassung narrativer Verfahren, insbesondere für Kinder, haben Lustig & Tennakoon (2008) erarbeitet.

18.4 Was heilt bei narrativen Verfahren?

In der hier vorgestellten Theorie wird die Wirksamkeit narrativer Verfahren einerseits mit der expliziten sprachlichen Repräsentation andererseits mit der Hemmung bzw. Umformung des Furchtnetzwerkes erklärt. Habituation der Angst wäre dann die Folge und weniger die Ursache verringerter traumatischer Symptome. Wie Kaminer (2006) in ihrem Literaturüberblick ausführt, werden neben diesen drei Faktoren aber auch weitere drei Wirkfaktoren diskutiert:

1. emotionale Katharsis,
2. Entwicklung einer Erklärung des Traumas sowie
3. Identifikation von Ursachen und von Verantwortlichen des Grauens.

Die beiden letztgenannten Faktoren sind integraler Bestandteil narrativer Verfahren. Es ist jedoch unklar, ob es durch die Aufarbeitung auch zu »post-traumatic growth« in dem Sinne kommt, dass die traumatischen Erfahrungen auch als eigene Geschichte des Wiederstandes, des Überlebens und damit künftiger Unverletzlichkeit verstanden werden können.

Katharsis in dem Sinne verstanden, dass bereits der Ausdruck oder besser die Erfahrung tiefer, unterdrückter traumabezogener Gefühle hilfreich sein könnte, verwechselt Ursache und Wirkung: Erst wenn die Aktivierung des heißen Gedächtnisses an kalte Repräsentation des »hot spots« gekoppelt wird, ergibt sich der heilsame Effekt. Während noch Breuer u. Freud (1895) berichten, dass »die einzelnen hysterischen Symptome sogleich und ohne Wiederkehr verschwanden, wenn es gelungen war, die Erinnerung an den veranlassenden Vorgang zu

voller Helligkeit zu erwecken und damit auch den begleitenden Affect wachzurufen« wird bereits von Freud selbst (1916) die Wirksamkeit der Katharsis bezweifelt. Nach der hier vorgestellten Theorie erklären sich die ursprünglichen Erfolge von Breuer und Freud aus eben der »Erinnerung an den veranlassenden Vorgang« und legen nahe, dass der kathartische emotionale Ausdruck an sich keine klinische Besserung bringt, wenn nicht gleichzeitig die kognitive Verarbeitung gefördert wird (Pennebaker & Seagal, 1999). Allerdings bedingt die erste gezielte Aktivierung von Elementen des Furchtnetzwerkes notwendig starken emotionalen Ausdruck.

Unter der Lupe

Abschließend sei also darauf hingewiesen, dass die Wirksamkeit der NET nicht »nur« auf dem Traumafokus sondern auch auf der Psychoedukation über die seelischen Wunden, auf der Restrukturierung des kalten Gedächtnisses, auf der Reorganisation bzw. Hemmung der Erinnerung an den »hot spot«, auf dem »In-Worte-fassen«, also der linguistischen Repräsentation der Narration, sowie auf der kognitiven Neubewertung insbesondere von Scham und Schuld und letztlich auch auf der Anerkennung des Leidens durch den Therapeuten beruht.

Literatur

- Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M. & Elbert, T. (2007). Narrative exposure therapy for political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (9), 2212–2220.
- Breuer, J. & Freud, S. (1895) *Studien über Hysterie*. (erhältlich über <http://books.google.com/>)
- Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of post-traumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 39(4), 373–393.
- Catani C., Jacob, N., Schauer, M., Kohila, M., Neuner, F. (2008). Family violence, war, and natural disasters: A study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka. *BMC Psychiatry*, 8, 33.
- Conway, M. A. & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107 (2), 261–288.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38 (4), 319–345.

- Elbert T., Rockstroh B., Kolassa I.T., Schauer M., Neuner F. (2006) The influence of organized violence and terror on brain and mind – a co-constructive perspective. In P. Baltes, P. Reuter-Lorenz & F. Rösler (Eds.), *Lifespan development and the brain: the perspective of biocultural co-constructivism* (pp. 326–349). Cambridge: University Press.
- Foa, E. B. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.
- Kaminer, D. (2006). Healing processes in trauma narratives: a review. *South African Journal of Psychology*, 36 (3), 481–499.
- Kim, J. J. & Yoon, K. S. (1998). Stress: metaplastic effects in the hippocampus. *Trends in Neurosciences*, 21 (12), 505–509.
- Kolassa, I. T., Elbert, T. (2007). Structural and functional neuroplasticity in relation to traumatic stress. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 326–329.
- Lang, P. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16 (6), 495–512.
- Lang, P. (1984). Dead souls: Or why the neurobehavioral science of emotion should pay attention to cognitive science. In: T. Elbert et al. (Eds.) *Self-regulation of the brain and behavior* (pp. 255–272). Berlin: Springer.
- Lustig, S. L. & Tennakoon, L. (2008). Testimonials, narratives, stories, and drawings: child refugees as witnesses. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 569–584.
- Maercker, A. (2002). Life-review technique in the treatment of PTSD in elderly patients: rationale and three single case studies. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8 (3), 239–249.
- Maercker, A. & Zöllner T. (2002). Life-Review-Therapie als spezifische Form der Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen im Alter. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 23 (2), 213–225.
- Metcalf, J. & Jacobs, W. (1996). A »hot-system/cool-system« view of memory under stress. *PTSD Research Quarterly*, 7(2), 1–3.
- Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie*, 18, 109–118.
- Neuner, F., Catani, C., Ruf, M., Schauer, E., Schauer, M. & Elbert, T. (2008a). Narrative Exposure Therapy for the treatment of traumatized children and adolescents (KIDNET): From neuro-cognitive theory to field intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17, 641–664.
- Neuner, F., Onyut, P. L., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, E. & Elbert, T. (2008b). Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counsellors in an African refugee settlement: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (4), 686–694.
- Neuner, F., Schauer, M., Elbert, T. & Roth, W. T. (2002). A narrative exposure treatment as intervention in a Macedonia's refugee camp: a case report. *Journal of Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 205–209.
- Neuner, F., Schauer, M., Karunakara, U., Klaschik, C., Robert C., Elbert, T. (2004a). Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for PTSD through previous trauma in West Nile refugees. *BMC Psychiatry* 4 (1), 34.
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U. & Elbert, T. (2004b). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counselling, and psychoeducation for treating post-traumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (4), 579–587.
- Onyut, P. L., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M., Elbert, T., (2005). Narrative Exposure Therapy as a treatment for child war survivors with posttraumatic stress disorder: Two case reports and a pilot study in an African refugee settlement. *BMC Psychiatry*, 5, 7.
- Pennebaker, J. W. & Seagal, J. D. (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (10), 1243–1254.
- Pitman, R. K., Shalev, A. Y. & Orr, S. P. (2000). Posttraumatic stress disorder: emotion, conditioning and memory. In M. S. Gazzaniga (Ed.), *The new cognitive neurosciences*. (Vol. 2) Cambridge: MIT Press.
- Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Schauer, E., Catani, C., Elbert, T. (2007). KIDNET– Narrative Expositionstherapie für Kinder. In M. Landolt & T. Hensel (Hrsg.). *Traumatherapie mit Kindern*. Göttingen: Hogrefe, S. 84–110.
- Ruf, M., Schauer, M., Neuner, F., Catani, C., Schauer, E., Elbert, T. (2009). Narrative Exposure Therapy for 7 to 16-year-olds – a randomized controlled trial with traumatized refugee children. (im Druck).
- Rosenthal, G. (1997). Traumatische Familienvergangenheiten. In G. Rosenthal (Ed.), *Der Holocaust im Leben von drei Generationen* (S. 40) Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Schaal, S., Elbert, T. & Neuner, F. (2008). Narrative Exposure Therapy versus Interpersonal Psychotherapy – A Pilot Randomized Controlled Trial with Rwandan Genocide Orphans. *Psychotherapy and Psychosomatics*, in press.
- Schauer, E., Neuner, F., Elbert, T., Ertl, V., Onyut, L. P., Odenwald, M. et al. (2004). Narrative Exposure Therapy in children: a case study. *Intervention*, 2 (1), 18–38.
- Schauer, M. & Elbert, T. (2008). *Psychophysiology of the defence cascade – Implications for the treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) and dissociative disorders*. Invited Lecture. Society for Applied Neuroscience, Biennial SAN Conference, Seville, 2008; <http://www.applied-neuroscience.org/>
- Schauer, M., Neuner, F. & Elbert, T. (2005). *Narrative Exposure Therapy – a short term intervention for traumatic stress disorders after war, terror or torture*. Göttingen: Hogrefe & Huber.
- Schauer, M., Elbert T., Gotthardt, S., Rockstroh, B., Odenwald, M., Neuner, F. (2006). Wiedererfahrung durch Psychotherapie modifiziert Geist und Gehirn. *Verhaltenstherapie*, 16, 96–103.
- Tulving, E. (2001). Episodic memory and common sense: how far apart? *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 356 (1413), 1505–1515.

Spezielle Aspekte

- 19 Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen – 321**
R. Steil, R. Rosner
- 20 Kindesmisshandlung und Vernachlässigung – 345**
G. Deegener
- 21 Behandlung erwachsener Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs – 365**
K. Wenninger, A. Boos
- 22 Kognitive Verarbeitungstherapie für Opfer sexuellen Missbrauchs und andere Traumata – 383**
K. M. Iverson, P. A. Resick
- 23 PTBS bei körperlichen Erkrankungen und medizinischen Eingriffen – 415**
V. Köllner
- 24 Gerontopsychotraumatologie – 427**
P. Kuwert, C. Knaevelsrud
- 25 Komplizierte Trauer – 441**
R. Rosner, B. Wagner
- 26 Militär – 457**
K.-H. Biesold, K. Barre
- 27 Folteropfer und Opfer politischer Gewalt – 477**
N.F. Gurriss, M. Wenk-Ansohn
- 28 Posttraumatische Belastungsreaktionen bei Verkehrsunfallopfern – 501**
J. Angenendt, E. Nyberg, U. Frommberger

Andreas Maercker (Hrsg.)

Posttraumatische Belastungsstörungen

3., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage

19 Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen

R. Steil, R. Rosner

19.1 Besonderheiten der Symptomatik der PTBS bei Kindern und Jugendlichen – 322

- 19.1.1 Angemessenheit der diagnostischen Kriterien der PTBS für Kinder – 322
- 19.1.2 Differenzialdiagnostik – 323
- 19.1.3 Prävalenz der PTBS im Kindes- und Jugendalter – 324
- 19.1.4 Bedeutung von Geschlecht, Alter und Art der Traumatisierung – 325
- 19.1.5 Komorbide Störungen – 326

19.2 Psychologische Modelle und Hypothesen zu den Besonderheiten einer Traumatisierung im frühen Lebensalter – 326

- 19.2.1 Das kognitive Modell nach Ehlers u. Clark – 327
- 19.2.2 Psychobiologische und neuroendokrinologische Modelle – 327
- 19.2.3 Das entwicklungspsychopathologische Modell nach Pynoos – 328

19.3 Die Rolle der Eltern – 328

19.4 Risiko- und protektive Faktoren – 330

19.5 Diagnostik der PTBS im Kindes- und Jugendalter – 330

19.6 Interventionen – 333

- 19.6.1 Wirksamkeit – 333
- 19.6.2 Überblick zu überprüften psychotherapeutischen Interventionsmethoden – 337
- 19.6.3 Einbeziehen der Eltern in die Behandlung – 340

Literatur – 340

19.1 Besonderheiten der Symptomatik der PTBS bei Kindern und Jugendlichen

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine gravierende psychische Störung, die bei Kindern und Jugendlichen nach besonders belastenden Erlebnissen wie z. B. Naturkatastrophen, Unfällen sowie dem Erleben sexueller oder nichtsexueller Gewalt auftreten kann (Steil & Rosner, 2008; Steil & Straube, 2002). Auch die verbale Vermittlung eines solchen Ereignisses scheint bei Jugendlichen und Kindern eine PTBS auslösen zu können (z. B. die Nachricht/Fotografien vom gewaltsamen Tod eines Familienmitglieds; Giaconia, Reinherz, Silverman, Pakiz, Frost & Cohen, 1995;). Vermutet wird, dass Kinder ab 3 Jahren von PTBS betroffen sein können (Drell, Siegel & Gaensbauer, 1993; Scheeringa, Zeanah, Drell & Larrieu, 1995). Zu den grundlegenden Dimensionen der Symptomatik und den einzelnen Symptomen sei auf die entsprechenden Kapitel dieses Buches verwiesen.

Besonderheiten der PTBS-Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen

Intrusionen äußern sich bei Kindern

- in einem wenig lustvollen und wiederholten Nachspielen der traumatischen Situationen
- mit körperlichen Symptomen oder Erregung
- mit anklammerndem, regressivem (Verlust prätraumatisch schon erworbener Fähigkeiten in den Bereichen Sprache oder Kontinenz) oder aggressivem Verhalten
- mit neuer Angst vor der Dunkelheit, Monstern oder dem Alleinesein
- mit selbstschädigendem Verhalten wie z. B. Drogenmissbrauch oder auch Automutilation i. S. einer Selbstmedikation bzw. eines Spannungsabbaus ähnlich wie bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung
- möglicherweise mit einer verkürzten Zukunftsperspektive (»Ich werde sowieso nie die Schule beenden, nie eine Partnerschaft haben, nie heiraten, nie Kinder bekommen...« etc)

Die posttraumatische Symptomatik führt zu erheblicher Beeinträchtigung in Sozialkontakten, Familie oder Schule. Häufig folgen auch sekundäre und andauernde Stressoren (wie der Verlust von Angehörigen, schmerzhaftes medizinische Behandlungen, körperliche Entstellung, Umzug und Verlust der vertrauten Umgebung).

19.1.1 Angemessenheit der diagnostischen Kriterien der PTBS für Kinder

Die PTBS-Kriterien wurden auf der Basis der Symptomatik Erwachsener entwickelt – spiegeln sie in angemessener Weise die komplexen Reaktionen im Kindes- und Jugendalter wider? Das DSM-IV spezifiziert – im Gegensatz zur ICD-10 – einige Besonderheiten der PTBS-Symptomatik (nicht der akuten Belastungsstörung) im Kindesalter – jedoch nur beim subjektiven Erleben des Traumas, den Intrusionssymptomen und der emotionalen Taubheit (vgl. Saß, Wittchen & Zaudig, 1994, S. 489 u. 491). Bei Kleinkindern manifestiert sich die Belastung wahrscheinlich vorwiegend in Störungen des Affekts, in einer Dysregulation des Essens oder des Schlafens oder des Sozialverhaltens (Bingham & Harmon, 1996).

Unter der Lupe

Man geht davon aus, dass die Kriterien der ICD-10 zu einem Überdiagnostizieren der Störung führt, während die DSM-IV-Kriterien gerade im Kindesalter wahrscheinlich eher zu einer massiven Unterschätzung der tatsächlichen Symptomatik beitragen. Daher wird für Vorschulkinder die Anwendung der veränderten Diagnosekriterien nach Scheeringa et al. empfohlen (Scheeringa, Wright, Hunt & Zeanah, 2006; Steil & Rosner, 2008).

Scheeringa et al. bezweifeln die Sensitivität der DSM-IV-Kriterien bei Kindern unter vier Jahren und schlagen veränderte, an deren Entwicklungsstand angepasste Kriterien vor (Scheeringa, Zeanah, Myers & Putnam, 2005; Scheeringa et al., 2006), die sie aus einer Reihe von Studien ableiten. Inhaltlich werden einerseits zusätzliche Kriterien erfasst und

andererseits verschiedene Verknüpfungsregeln zwischen den Symptomgruppen verändert. Aufgrund der limitierten kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten in früher Kindheit und der mangelnden Zugänglichkeit für eine Verhaltensbeobachtung stellen die Autoren die Brauchbarkeit von 6 DSM-IV-Kriterien infrage:

- A1: das subjektive Erleben des Traumas mit Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen,
- C1, C2: Bemühungen, mit dem Trauma verknüpfte Gedanken, Gefühle, Aktivitäten, Orte oder Menschen zu vermeiden,
- C3: Unfähigkeit, sich an wichtige Aspekte der Traumatisierung zu erinnern,
- C7: Gefühl einer verkürzten Zukunft,
- F: klinisch bedeutsame Beeinträchtigung in wichtigen Lebensbereichen.

Unverändert übernehmen sie das objektive Trauma-kriterium (A1), Hypervigilanz (D4) und übersteigerte Schreckhaftigkeit (D5). Für die verbleibenden DSM-IV-Kriterien schlagen sie Veränderungen vor, welche eine Diagnostizierbarkeit durch Verhaltensbeobachtung gewährleisten. Beispiele sind:

- posttraumatisches, kompulsives und wiederkehrendes Spiel, das nicht zu einer Minderung von Angst beiträgt und weniger elaboriert und imaginativ ist als andere Spiele (statt wiederkehrende Erinnerungen an das Ereignis, B1)
- Episoden mit objektiven Kennzeichen von Flashbacks oder Dissoziation (statt Handeln oder Fühlen, als ob das Trauma wiedergekehrt sei, B3)
- Einschränkung des Spielverhaltens (statt vermindertem Interesse an Aktivitäten, die vor der Traumatisierung wichtig waren, C4)
- sozialer Rückzug (statt des Gefühls der Entfremdung von anderen, C5)
- nächtliche Furcht, Probleme mit dem Einschlafen und nächtliches Erwachen (statt Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, D1).

Auch fügen sie einige Symptome (wie Verlust von Fähigkeiten in den Bereichen Sprache und Kontinenz) sowie eine Symptomgruppe von nach der Traumatisierung neu auftretenden Ängsten oder Aggression hinzu (z. B. Trennungsangst, Angst vor der Dunkelheit oder anderen nicht traumarelevanten Dingen oder Situationen). Aus den neu entstande-

nen Symptomgruppen muss, so die Autoren, nur jeweils ein Symptomkriterium erfüllt sein. Die Autoren fordern, bei der Diagnosestellung sowohl das Kind als auch die Eltern oder Bezugspersonen zu befragen. Die Überprüfung des neuen Kriteriensets und der Vergleich mit denen des DSM-IV durch vier unabhängige Rater anhand von 12 Fallvignetten traumatisierter Kleinkinder (in 7 Fällen erlitten die Kinder Zeugenschaft bei Homizid, des Weiteren sexuellen Missbrauch und Unfälle) ergab für die neuen Kriterien eine größere Interraterübereinstimmung sowie eine größere Häufigkeit der Diagnose PTBS (im Schnitt 69% vs. 13%).

Dehon u. Scheeringa (2006) konnten zeigen, dass der Summenwert einer spezifischen Auswahl von 15 Fragen aus der »Child Behaviour Checklist« 1,5–5 Jahre (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behaviour Checklist, 2002) bei einem Cut-off-Wert von 9 mit hoher Wahrscheinlichkeit die Diagnose einer PTBS für diese Altersstufe abbildet. Es handelt sich um die Fragen 5, 10, 15, 32, 45, 47, 48, 81, 82, 87, 90, 93, 94 und 98. Eine deutsche Version des Interviews zur Diagnose der PTBS bei Säuglingen und Kleinkindern legten Graf, Irblich und Landolt (2008) vor.

Detailliertere empirische Daten zu Unterschieden in der Symptomatik im Altersverlauf existieren leider noch nicht. Zusammenfassend erscheint es notwendig, die Symptomatik der kindlichen PTBS genauer zu erforschen und die Kriterien-Sets des DSM und natürlich auch der ICD entsprechend anzupassen.

19.1.2 Differenzialdiagnostik

Differenzialdiagnostisch muss die PTBS unterschieden werden von

- affektiven Störungen,
- anderen Angststörungen (wie z. B. der Trennungsangst),
- psychotischen Störungen oder etwa
- der Borderline-Persönlichkeitsstörung,

die ebenfalls in der Folge eines Traumas auftreten können (► Abschn. 6.2). Auch muss man sie unterscheiden von der Anpassungsstörung und den Folgen von Kopfverletzungen (hiernach lang anhaltende Symptome wie Irritabilität, Angst etc. sollten je-

doch auf eine psychische Verursachung hin überprüft werden). Unterschieden werden muss die PTBS auch von prolongierter Trauer bzw. traumatischer Trauer, für die allerdings noch keine definierten Kriterien für das Kindesalter vorliegen.

Einige der Übererregungssymptome wie Reizbarkeit, Wutausbrüche und Konzentrationsstörungen können fälschlicherweise zur Diagnose einer Störung aus der Gruppe der hyperkinetischen oder aggressiven Störungen führen, starke traumabezogene Intrusionen oder schwere Dissoziationen fälschlicherweise als psychotische Symptome gewertet werden, eine durch starke traumabezogene Ekelgefühle verursachte Vermeidung bestimmter Nahrungsmittel als Essstörung.

! Daher ist es unabdingbar, in der Anamnese den Beginn der Symptomatik und einen möglichen Zusammenhang mit den Traumafolgen zu klären.

19.1.3 Prävalenz der PTBS im Kindes- und Jugendalter

Zunächst ist anzumerken, dass verlässliche epidemiologische Daten für Kinder unter 12 Jahren fehlen. Auch zur Prävalenz der akuten Belastungsstörung im Kindes- und Jugendalter liegen keine Daten vor. Die Wahrscheinlichkeit, bereits als Kind oder Jugendlicher ein potenziell traumatisierendes Ereignis zu erleben, ist regional unterschiedlich und in Regionen mit häufigen Naturkatastrophen und sozialen oder politischen Konflikten besonders hoch (► Kap. 1 u. 5). Insgesamt vier Studien mit repräsentativen Daten liegen vor (Elklit, 2002; Essau, Conrads & Petermann, 1999; Giaconia et al., 1995 und Perkonig et al., 2000). Bei Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren fanden Essau, Conrads u. Petermann (1999) in einer großen epidemiologischen Studie (N=1035) im deutschsprachigen Raum bei Diagnostik nach DSM-IV eine Lebenszeitprävalenz der PTBS von 1,6%. Höhere Lebenszeitprävalenzen wurden bei 21- bis 30-jährigen bzw. 18-jährigen Amerikanern bei Diagnostik nach DSM-III-R festgestellt (6,3% bei Giaconia et al., 1995). Elklit (2002) fand bei 13- bis 15-jährigen Jugendlichen in Dänemark eine Lebenszeitprä-

valenz von 9%. Allerdings wertete diese Studie z. B. auch eine Scheidung der Eltern als mögliches traumatisches Ereignis, daher ist deren Ergebnis mit Vorsicht zu betrachten. Die Lebenszeitprävalenz einer Traumatisierung lag in der deutschen Studie bei 22%, bei Giaconia et al. mit 43% deutlich höher.

Unter der Lupe

Unter psychiatrischen stationären adolescenten Patienten scheint die Prävalenz einer Traumatisierung besonders hoch zu sein.

So fanden Lipschitz, Winegar, Hartnick, Roote und Southwick (1999), dass von 74 in einer psychiatrischen Klinik hospitalisierten Jugendlichen 93% zumindest ein traumatisches Ereignis berichteten. 32% erfüllten die Kriterien einer PTBS nach DSM-III-R. Zusammenfassend kann die PTBS im Jugendalter als im Vergleich zu anderen psychischen Störungen häufige Erkrankung bewertet werden.

Zirka 7,3% (Essau et al., 1999; Diagnostik nach DSM-IV) bzw. 14,5% (Giaconia et al., 1995; Diagnostik nach DSM-III-R) aller Jugendlichen erkrankten nach einer Traumatisierung an PTBS.

Unter der Lupe

Ältere Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischem Hintergrund haben insgesamt ein höheres Risiko der Traumatisierung als ältere Jugendliche mit einem höheren sozioökonomischen Hintergrund (Giaconia et al., 1995). Für Traumatisierung durch interpersonelle oder sexuelle Gewalt trifft das aber nicht zu.

Kinder mit einer bestimmten prätraumatischen Psychopathologie haben vielleicht auch ein erhöhtes Traumatisierungsrisiko: So z. B. könnten Kinder mit ADHD (Aufmerksamkeits-Defizit- und Hyperaktivitätsstörung), mit Störungen des Sozialverhaltens oder Substanzabusus häufiger Traumatisierung erleben als gesunde Kinder. Damit stimmt die mit 30% sehr hohe Lebenszeitprävalenz von PTBS bei einer Gruppe von 15- bis 19-jährigen mit Substanzabhängigkeit überein (Deykin & Buka, 1997).

19.1.4 Bedeutung von Geschlecht, Alter und Art der Traumatisierung

Geschlecht. Generell berichteten in der Bremer Jugendstudie bedeutsam mehr Jungen von traumatischen Erlebnissen als Mädchen (28,5% vs. 18,4%), Mädchen hingegen berichteten bedeutsam häufiger das Erleben sexueller Gewalt als Jungen (Essau et al., 1999; ► Kap. 22). Vergleichbare Geschlechterunterschiede bzgl. des Erlebens sexueller Gewalt fanden auch Giaconia et al. bei älteren Jugendlichen (Giaconia et al., 1995). Ein Geschlechterunterschied in der Prävalenz der Traumatisierung allgemein zeigte sich in epidemiologischen Studien an älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Amerika jedoch nicht (Giaconia et al., 1995; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995).

Unter der Lupe

Sowohl bei der Lebenszeitprävalenz als auch der Inzidenz der PTBS finden sich deutliche Geschlechterunterschiede: Drei der vier oben erwähnten repräsentativen epidemiologischen Studien fanden, dass Mädchen häufiger eine PTBS in der Folge eines traumatischen Ereignisses entwickeln als Jungen. Deutlich mehr Mädchen als Jungen bzw. Frauen als Männer wiesen die Lebenszeitdiagnose PTBS auf (z. B. 10,5 vs. 2,1%, Giaconia et al., 1995).

Essau et al. (1999) zeigten, dass die Lebenszeitprävalenz der PTBS für 12- bis 17-jährige Mädchen etwas (statistisch allerdings nicht bedeutsam) höher lag als für gleichaltrige Jungen (1,8% vs. 1,4%). Konsistent mit diesen Befunden sind die der Arbeitsgruppe um Cuffe et al.: Auch hier war weibliches Geschlecht in einer Regressionsanalyse ein wichtiger Prädiktor für die Ausbildung einer PTBS nach Traumatisierung (Cuffe et al., 1998). Dieser Unterschied ist nur zum Teil zu erklären durch die bei Mädchen und jungen Frauen größere Häufigkeit der Traumatisierung durch interpersonelle oder sexuelle Gewalt: Bei vergleichbarer Traumatisierung berichten Jungen generell weniger posttraumatische Symptomatik nach Traumatisierung als Mädchen.

Alter. Das Erkrankungsrisiko nahm sowohl bei Studien an Erwachsenen als auch bei Studien an Jugendlichen und Kindern mit steigendem Lebensalter bei der Traumatisierung ab (Ellis, Stores & Mayou, 1998; Essau et al., 1999; Kessler et al., 1995). Systematische Studien bei Kindern unter 6 Jahren stehen jedoch noch aus.

Art der Traumatisierung. Das Erleben sexueller Gewalt birgt generell ein gegenüber anderen Formen der Traumatisierung 6- bis 7fach höheres PTBS-Risiko: 80% bzw. 50% aller betroffenen älteren Jugendlichen oder jungen Erwachsenen erkrankten nach dem Erleben sexueller Gewalt an PTBS (Breslau et al., 1991; Cuffe et al., 1998; Giaconia et al., 1995; ► Kap. 20). Eine relativ geringe Wahrscheinlichkeit, eine PTBS zu entwickeln, zeigt sich nach Unfällen oder Todesfällen in der Familie (Elklit, 2002).

Physischer Angriff oder sehen wie jemand getötet oder verletzt wird (23% bzw. 24% der Betroffenen entwickelten hier eine PTBS; Giaconia et al., 1995) bargen ebenfalls ein hohes Erkrankungsrisiko (vgl. auch die Ergebnisse von Cuffe et al., 1998).

Unter der Lupe

Boney-McCoy u. Finkelhor (1995) fanden in einer großen, repräsentativen nationalen Studie an 2.000 amerikanischen Jugendlichen zwischen 10 und 16 Jahren, dass schwerwiegende Angriffe durch Fremde oder durch die Eltern und versuchte Entführung ähnlich schwerwiegende Folgen hatten wie sexuelle Gewalterfahrungen.

Dubner u. Motta (1999) berichten aus einer Untersuchung von sexuell missbrauchten, physisch missbrauchten und nichttraumatisierten Pflegekindern (N = je 50), dass 42% der physisch missbrauchten Kinder unter einer PTBS litten (im Vergleich zu 64% der sexuell missbrauchten Kinder).

! **Multiple Traumatisierung erhöht bei Kindern das Risiko der Ausbildung einer PTBS (Deykin & Buka, 1997). Mit der Intensität der Traumatisierung steigt das Risiko, an PTBS zu erkranken (Nader, Pynoos, Fairbanks & Frederick, 1990).**

Die »Dosis« des traumatischen Stressors (z. B. bei Pynoos et al., 1987: die Nähe des Kindes in einem

Schulgebäude zu dem Raum, in dem ein schweres Attentat geschah) zeigt üblicherweise bedeutsame, aber meist moderate Assoziationen mit der PTBS.

19.1.5 Komorbide Störungen

Das Erleben eines traumatischen Ereignisses kann zu regressivem Verhalten führen. Komorbide tritt eine PTBS bei Kindern auf mit

- internalisierenden und externalisierenden Verhaltensproblemen,
- schlechterer schulischer Leistung,
- Suizidgedanken und Suizidversuchen,
- interpersonellen Schwierigkeiten und
- körperlichen Beschwerden (Essau et al., 1999; Giaconia et al., 1995; Goenjian et al., 1995).

Depression, Drogenmissbrauch und somatoforme Störungen bestehen bei ca. 20–30% der betroffenen Kinder und Jugendlichen komorbide zur PTBS und verursachen ihrerseits erhebliche Belastung (Essau et al., 1999).

Giaconia et al. (1995) fanden retrospektiv, dass 30% der Jugendlichen mit der Lebenszeitdiagnose PTBS im letzten Jahr vor der Befragung an einer Major Depression und 38% an einer Alkoholabhängigkeit litten.

Unter der Lupe

Die Befunde implizieren, dass Drogenmissbrauch sowohl eine Risikovariablen für Traumatisierung und Entwicklung einer PTBS darstellt als auch infolge einer Traumatisierung als Selbstmedikation auftritt.

Eine Major Depression entwickelte sich in einer Längsschnittstudie an kindlichen Erdbebenopfern in den meisten Fällen (70%) zeitgleich mit bzw. folgend auf eine PTBS (Giaconia et al., 1995).

- ! **Die PTBS wurde als Risikofaktor für das Einsetzen einer sekundären Depression identifiziert (Goenjian et al., 1995).**

Auch eine erhöhte Inzidenz körperlicher Krankheiten kann sich infolge einer Traumatisierung bzw. komorbide zu einer PTBS einstellen. Große und re-

präsentative Studien zu Komorbiditätsmustern bei Kindern unter zwölf Jahren fehlen bislang noch.

19.2 Psychologische Modelle und Hypothesen zu den Besonderheiten einer Traumatisierung im frühen Lebensalter

Generelle Modelle der Psychopathologie der PTBS sind in anderen Kapiteln dieses Buches beschrieben (z. B. ► Kap. 3): In **behavioralen Modellen** wird die PTBS als klassisch konditionierte emotionale Reaktion betrachtet, die durch negative Verstärkung (Vermeidung) aufrechterhalten bleibt. In **kognitiven Modellen** wird die Bedeutung und Interpretation der traumatischen Geschehnisse in den Mittelpunkt gestellt. Dysfunktionale Schemata bilden sich durch das Trauma aus bzw. prätraumatisch existierende unangemessene Schemata werden konsolidiert.

Unter der Lupe

Bei Kindern und Jugendlichen hat in der Phase der Bildung wichtiger kognitiver Schemata (über persönliche Sicherheit, interpersonelles Vertrauen etc.) eine Traumatisierung möglicherweise besonders maligne Folgen (Pynoos et al., 1995; Pynoos et al., 1996). Dies könnte die hohe Vulnerabilität im Kindes- und Jugendalter für die Entwicklung einer PTBS erklären.

Die mit den Intrusionen auftretende Belastung beantworten die Patienten üblicherweise mit dem Einsatz von Strategien zur Beendigung oder Kontrolle der Erinnerungen wie z. B. Gedankenunterdrückung oder Grübeln, die ihrerseits wiederum in einer Art Teufelskreis zur Aufrechterhaltung der Symptomatik beitragen (► Kap. 13). Diese kognitiven Faktoren präzisieren auch bei Kindern die Schwere der PTBS-Symptomatik (Pynoos, Frederick, Nader et al., 1987; Schwartz & Kowalski, 1991; Yule & Williams, 1990). Steil et al. (2001) fanden z. B. in einer prospektiven Untersuchung an 24 Kindern, die einen Verkehrsunfall erlitten hatten, dass das Ausmaß kognitiver Vermeidung beim Kind und das Ausmaß der dysfunktionalen Bewertung des Geschehenen die spätere

re PTBS-Symptomatik des Kindes gut vorhersagen konnten.

19.2.1 Das kognitive Modell nach Ehlers u. Clark

Ehlers u. Clark (2000) vermuten, dass eine persistierende PTBS entsteht, wenn die traumatische Erinnerung nur ungenügend elaboriert und in einen autobiografischen Kontext eingeordnet wird. Eine unangemessene Verarbeitung ist um so wahrscheinlicher, je weniger der Betroffene in der Lage ist, zu konzeptualisieren und zu verstehen, was passiert (vgl. Usher & Neisser, 1993; Brewin, Andrews & Gotlib, 1993). Auf diese Weise lässt sich möglicherweise die negative Assoziation zwischen Alter und Risiko der Entwicklung einer PTBS nach Traumatisierung erklären. Die Fähigkeit, vollständige und akkurate Narrationen über positive oder negative Ereignisse zu geben, deren Grundlage eine angemessene, konzeptgesteuerte Datenverarbeitung sein wird, wächst ja erst mit der Entwicklung von Sprache, kausalem und zeitlichem Verständnis, Wahrnehmung und Selbstwahrnehmung (vgl. Pillemer, 1998).

Obwohl das Modell für Erwachsene formuliert wurde, lässt es sich mit wenigen inhaltlichen Veränderungen auf Kinder übertragen. Neben der bereits erwähnten Bedeutung der elterlichen Bewertung ist auch die Bewertung des Kindes selbst von zentraler Bedeutung. Die Bewertung kann jedoch begründet durch den kognitiven Entwicklungsstand des Kindes aus Erwachsenensicht deutlich »unlogischer« sein (z. B. eine dysfunktionale »magische« Verknüpfung). So kann ein 6-jähriger Kosovare etwa glauben, dass seine Mutter von Soldaten vergewaltigt wurde, weil er in der Woche vorher einen heftigen Streit mit seiner Mutter hatte und er ein »böses« Kind war.

Unter der Lupe

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Kinder aufgrund der fehlenden langzeitlichen Perspektive mögliche Konsequenzen des Traumas noch stärker katastrophisieren und die eigene Symptomatik als dauerhafte Beschädigung missdeuten. So erwarten manche traumatisierten Kinder gar nicht mehr, überhaupt erwachsen zu werden.

Zur Bewältigung des Gefühls der anhaltenden Bedrohung wiederum stehen weniger Strategien zur Verfügung als bei Erwachsenen, ebenso wie zur Modulation der damit verbundenen Erregung.

19.2.2 Psychobiologische und neuroendokrinologische Modelle

Für die PTBS bei Erwachsenen wurden eine Fülle psychobiologischer, neuroendokrinologischer und struktureller Korrelate gefunden (► Kap. 3 u. 4). Psychobiologische und neuroendokrinologische Modelle (Southwick, Yehuda & Charney, 1997) beruhen auf Befunden zu Dysregulationen in glutamatergen, noradrenergen, serotonergen und neuroendokrinen Systemen. Diese biologischen Veränderungen führen zu strukturellen und funktionalen Abnormalitäten, die sich in den Symptomen der PTBS manifestieren. In welcher Weise sich die besondere neuroendokrinologische Situation während und infolge von Traumatisierung auf die kindliche biologische Entwicklung auswirken kann, wurde in vergleichsweise wenigen Studien untersucht (DeBellis & Van Dillen, 2005). Das sich entwickelnde Gehirn ist vulnerabler bzgl. Umwelteinflüssen. Zwar erreicht das Hirn mit drei Jahren 90% seiner endgültigen Größe, der größte Teil seiner Differenzierung (= die Formation, Stabilisation oder auch Eliminierung von Synapsen) findet jedoch in der Kindheit und in der Jugend statt. Grundsätzlich sind die Befunde auch bei Erwachsenen sehr heterogen, so dass bisher nur von wenig gesicherten Erkenntnissen ausgegangen werden kann (Übersicht bei Wessa & Flor, 2006).

Strukturelle Veränderungen. Mittels struktureller Bildgebung zeigte sich in einigen Studien ein reduziertes Hippocampusvolumen bei Personen mit PTBS. Allerdings gilt die Kausalität für diesen Befund als unklar, da sowohl ein signifikant häufigeres Auftreten prätraumatischer neuropsychologischer Dysfunktionen bei Patienten mit PTBS gefunden als auch ein kleinerer Hippocampus als Risikofaktor für die Entwicklung einer PTBS festgestellt wurde. Damit wäre das reduzierte Volumen eher als Risikofaktor zu sehen und keine Folge der PTBS (Pitman et al., 2006). Bei Kindern fanden sich keine Hinweise für ein kleineres Hippocampusvolumen (Woon &

Hedges, 2008). Bei Kindern wurde in Einzelfallstudien eine Reduktion im Bereich des zerebralen Volumens und des Corpus callosum gefunden (Kitayama et al., 2007).

Hormonelles Stresssystem. Weiterhin zeigen sich Unregelmäßigkeiten im hormonellen Stresssystem. Patienten mit PTBS zeigen eine erhöhte Aktivität des noradrenergen Stresssystems sowie eine niedrigere Kortisolausschüttung bei erhöhter Sensitivität der Glukokortikoidrezeptoren. Die Ergebnisse für Kinder sind extrem heterogen (DeBellis & Van Dillen, 2005) und eine aktuelle Metaanalyse (Meewisse, Reitsma, DeVries, et al. 2007) kommt zu dem Schluss, dass zumindest bei Erwachsenen die Effekte möglicherweise geschlechtspezifisch zu sehen sind, in dem Sinne, dass sich bei in der Kindheit missbrauchten Frauen Veränderungen im Kortisolhaushalt zeigen.

Funktionelle Bildgebung. Im Bereich der funktionellen Bildgebung zeigen erwachsene Patienten mit PTBS auf die Präsentation traumarelevanter und generell negativer Reize eine Überaktivierung der Amygdala, jedoch eine Minderaktivierung präfrontaler Strukturen. Für Kinder liegen hier leider keine Studien vor.

19.2.3 Das entwicklungspsychopathologische Modell nach Pynoos

Pynoos et al. (Pynoos et al., 1996; Pynoos, Steinberg & Wraith, 1995) kritisieren zu Recht, dass die Interaktion zwischen Entwicklung und Traumatisierung bislang in den allgemeinen Modellen der PTBS nicht genügend Beachtung findet. Sie bedenken in einem entwicklungspsychologischen Modell (Pynoos et al., 1995, 1999) eine Fülle von Vulnerabilitäts- und Schutzfaktoren bzgl. posttraumatischer Symptomatik bei Heranwachsenden. Es berücksichtigt

- die Interaktion zwischen intrinsischen Faktoren (Alter, Geschlecht, Persönlichkeit) und extrinsischen Faktoren (elterliche Psychopathologie, elterliche Traumatisierung und posttraumatische Symptomatik, Erziehungsstil, Familienklima, Peers, sozioökonomischer Status etc.), die

zu verschiedenen Zeiten der Entwicklung ein hohes oder niedriges Traumatisierungsrisiko des Kindes bedingen wie auch die Anpassung des Heranwachsenden nach singulärer Traumatisierung beeinflussen können. So kommen z. B. Rind, Tromovich & Bausermann (1998) in einer vieldiskutierten Metaanalyse zu den Folgen sexuellen Kindesmissbrauches bei Collegestudierenden zu der Schlussfolgerung, dass das jeweilige Familienklima einen großen Teil der Varianz psychischer Symptomatik in der Folge des Missbrauches erkläre.

- die Interaktion zwischen verschiedenen Stadien der kognitiven und emotionalen Entwicklung, der Entwicklung der Moral sowie der interpersonellen Beziehungen des Heranwachsenden und der Wahrnehmung und Interpretation traumatischer Geschehnisse (s. oben) und
- sekundäre Stressoren gesellschaftlicher, familiärer oder individueller Art, die sich aus der Traumatisierung ergeben.

Detailliert wird die Bedeutung dieser Faktoren in verschiedenen Entwicklungsstadien ausgeführt. Wiederum integrieren die Autoren aber nicht die allgemeinen Hypothesen und Befunde zur PTBS – umfassende entwicklungspsychopathologische Modelle stehen noch aus.

19.3 Die Rolle der Eltern

Unter der Lupe

Eltern und Pflegepersonen spielen als wichtige Interaktionspartner und Modelle für adaptives oder dysfunktionales Coping bei der posttraumatischen Anpassung Heranwachsender eine entscheidende Rolle.

So leiten Kinder z. B. die Interpretation des traumatischen Geschehens und seiner Folgen auch aus den Reaktionen der nahen Bezugspersonen ab. Die Eltern vermitteln dem Kind emotionale Sicherheit und strukturelle Stabilität. Sind z. B. die Eltern eines Kindes, die sexuellen Missbrauch erlebt hat, nicht in der Lage, mit dem Kind darüber zu kommunizieren, so fühlt das Kind sich möglicherweise abgelehnt und

herabgewürdigt. Kompensieren die Eltern dagegen nach einem Verkehrsunfall ihr eigenes Schuldgefühl dadurch, dass sie das Kind verwöhnen, so fühlt das Kind sich möglicherweise inkompetent und »krank«, obwohl es eine gute Anpassung an das Trauma zeigt.

Unter der Lupe

Eltern können hilfreiche und schädliche Strategien des Kindes im Umgang mit der traumatischen Erinnerung systematisch verstärken.

Über ungünstiges Modelllernen bzw. andere von den Eltern ausgehende ungünstige Lernstrategien können z. T. (neben genetischen Hypothesen) Befunde zur Assoziation elterlicher und kindlicher Psychopathologie nach einem Trauma erklärt werden. Deblinger et al. (Deblinger, Steer & Lippmann, 1999b; Deblinger, Taub, Maedel, Lippmann & Stauffer, 1997) fanden z. B. bei Kindern, die sexuellen Missbrauch erlebt hatten, dass mütterliche Ratings zu externalisierenden Symptomen des Kindes und die kindliche PTBS-Symptomatik um so höher waren, je stärker die Mütter eigene allgemeine psychopathologische Symptome (besonders Depressivität) erlebten. Vom Kind erlebte mütterliche Zurückweisung war mit der Schwere depressiver Symptome beim Kind verknüpft. Generell bedeutsam sind aktuelle und vorausgehende psychische Erkrankungen der Eltern. Steil et al. (2001) fanden z. B. in einer prospektiven Studie an 7- bis 16-jährigen Opfern von Verkehrsunfällen, dass eine dem Trauma vorausgehende psychische Störung des Elternteils, der am meisten Zeit mit dem Kind verbrachte, den diagnostischen Status des Kindes 2 Monate nach dem Trauma prädiizierte.

Unter der Lupe

Hinreichend empirisch gesichert ist, dass der Einsatz von Strategien zur Kontrolle der Intrusionen wie z. B. Grübeln oder Gedankenunterdrückung (Ehlers & Steil, 1995; Steil, 1997; Steil & Ehlers, 2000) die Symptome der PTBS direkt verschlimmern kann (Gedankenunterdrückung z. B. erhöht die Auftretenswahrscheinlichkeit der unerwünschten Gedanken) bzw. die Auseinandersetzung mit dem Trauma unterbindet.

Zu erwarten ist, dass dysfunktionale Kognitionen der Eltern zum Trauma, zu seinen Folgen und zu seiner Bewältigung für die Entwicklung posttraumatischer Symptomatik beim Heranwachsenden von Bedeutung sind. Ellis et al. (1998) fanden bei 40% der von ihnen untersuchten 45 Kindern nach einem Verkehrsunfall, dass die Eltern eine erhöhte Protektivität gegenüber dem Kind zeigten. Wollen die Eltern z. B. das Kind vor den belastenden Erinnerungen oder auf übersteigerte Weise vor erneuter Gefährdung schützen, tragen sie u. U. zur Aufrechterhaltung der dysfunktionalen Vermeidung traumarelevanter Reize bei (Deblinger, McLeer & Delmina, 1990). Bei 7- bis 15-jährigen Opfern eines Verkehrsunfalls trug das Ausmaß des durch das Kind bzw. den Jugendlichen wahrgenommenen angstfördernden elterlichen Verhaltens wie das Ausmaß dysfunktionaler Kognitionen beim befragten Elternteil wesentlich zur Aufklärung der Varianz der Schwere der posttraumatischen Symptomatik beim Heranwachsenden bei (Steil, 2001). Ähnliche Befunde berichten Deblinger et al. bei Kindern nach sexuellem Missbrauch (Deblinger et al., 1999b). Auch in anderen Studien war elterliches Vermeidungsverhalten in Bezug auf das Trauma mit einer erhöhten PTBS-Symptomatik beim Kind assoziiert (Laor, Wolmer, Mayes & Gershon, 1997).

Unter der Lupe

Haben Eltern und Kinder gemeinsam eine Traumatisierung erlebt, scheinen die Eltern, die selbst eine PTBS entwickeln, weniger erfolgreich ihre Kinder bei der Bewältigung der Folgen unterstützen zu können (Laor, Wolmer, Mayes & Gershon 1997; Rossman, Bingham & Emde, 1997;).

Das Alter des Kindes könnte dabei den Zusammenhang zwischen mütterlicher und kindlicher Psychopathologie in der Folge einer Traumatisierung moderieren. Wolmer et al. (Wolmer, Laor, Gershon, Mayes & Cohen, 2000) fanden bei einer prospektiven Studie zu den Folgen von Angriffen mit SCUD-Raketen auf die israelische Bevölkerung während des Golfkrieges eine Assoziation zwischen der kindlichen PTBS-Symptomatik und der mütterlichen Psychopathologie, die besonders hoch war bei 6-jährigen Kindern, geringer bei 7-jährigen und nicht mehr statistisch bedeutsam bei 8-jährigen.

Möglicherweise nimmt der Kommunikationsstil der Eltern mit dem Kind Einfluss auf das kindliche autobiografische Gedächtnis (Tessler & Nelson, 1994): So könnten (sobald das Kind die dafür notwendigen sprachlichen Fähigkeiten erworben hat) ein elterlicher elaborierter Kommunikationsstil und aktive Anstrengungen, das traumatische Geschehen für das Kind verstehbar zu machen, die Einbettung stressvoller Ereignisse in das autobiografische Gedächtnis bzw. eine konzeptgesteuerte Datenverarbeitung fördern.

19.4 Risiko- und protektive Faktoren

Eine Metaanalyse der Risiko- und Schutzfaktoren liegt für PTBS bei Kindern und Jugendlichen nicht vor. Steil u. Rosner (2008) geben einen Überblick über Risikofaktoren und -gruppen. Kulturalahti u. Rosner (2008) fassten in einer Literaturübersicht ca. 60 Studien zusammen, die Risikofaktoren bei Kindern nach einmaligen traumatischen Ereignissen untersuchten. Als besonders bedeutsame Risikofaktoren zeigten sich hier

- prätraumatische psychische Morbidität,
- Stressorschwere,
- wahrgenommene Lebensgefahr,
- Ressourcenverlust in der Familie (wie z. B. die Zerstörung des Hauses),
- Ausbildung einer akuten Belastungsstörung,
- dysfunktionale Bewältigungsstrategien,
- mangelnde soziale Unterstützung und
- weitere, der Traumatisierung nachfolgende belastende Lebensereignisse.

Jüngeres Alter bei Traumatisierung und weibliches Geschlecht gelten ebenfalls als Risikofaktoren. Als Erklärung für den Geschlechterunterschied werden biologische Unterschiede, unterschiedliche Rollenerwartungen, unterschiedliche kognitive Bewertungen des Traumas und möglicherweise auch Unterschiede im Berichten von Symptomen diskutiert (Gavranidou & Rosner, 2003; Kruczek & Salsman, 2006).

Bei der Bewertung des besonders stabilen und konsistenten Risikofaktors prätraumatische psychische Morbidität muss bedacht werden, dass diese

evtl. auch mit einem höheren Risiko der Traumatisierung einhergeht: So erleben Kinder mit ADHD, Störungen des Sozialverhaltens oder Substanzabusus möglicherweise häufiger Traumata als gesunde Kinder.

19.5 Diagnostik der PTBS im Kindes- und Jugendalter

Bei der Diagnostik der Folgen einer Traumatisierung beim Kind gilt es, drei Bereiche zu berücksichtigen:

1. prätraumatisches Funktionsniveau des Kindes,
2. traumatisches Ereignis selbst und
3. dessen Folgen für das Kind und seine Umwelt.

Alle verfügbaren Informationsquellen sollen hierbei genutzt werden: Kind und Eltern, Lehrer, Verhaltensbeobachtung in Schule oder häuslichem Umfeld, medizinische Akten und Informationen sowie Berichte von Zeugen (Thornton, 2000). Zur Klärung der Diagnose PTBS wird bei Kindern generell der Einsatz von strukturierten Interviews (Nader, 1997) empfohlen. Symptome wie Intrusionen können nur aus der subjektiven Sicht des Kindes erfasst werden, besser objektivierbare Symptome wie erhöhte Irritabilität oder Aggressivität, Ängstlichkeit oder regressives Verhalten sind auch einer Fremdbeurteilung durch Eltern, Lehrer oder den Diagnostiker zugänglich.

! Eltern und Lehrer neigten in empirischen Studien dazu, die Belastung der Kinder im Vergleich zu deren eigenen Angaben grob zu unterschätzen (Korol, Green & Gleser, 1999; Sack et al., 1994).

Kinder scheinen mehr internalisierende Probleme zu berichten als ihre Eltern, die Eltern mehr externalisierende Probleme als das Kind.

Bei sexueller Gewalt spielt offensichtlich auch die von den Eltern eingeschätzte Glaubwürdigkeit des Kindes eine Rolle: Mütter gaben die PTBS-Symptomatik des Kindes als umso höher an, je glaubwürdiger sie die Äußerungen des Kindes fanden (Deblinger et al., 1997; ► Kap. 21 u. 22). Dies zeigt, wie wichtig eine umfassende Anamnese bei Kind und Eltern und die Befragung des Kindes selbst ist

► Kap. 20). Problematisch ist auch, dass Kinder es sehr schwierig finden können, über das Erlebte und ihre psychischen Symptome zu sprechen – sie wollen die Eltern oder die Familie nicht besorgen (Perrin, Smith & Yule, 2000; Deblinger, Helfin & Clark, 1997).

Unter der Lupe

Probleme bereitet die Diagnostik von Traumatisierung in der frühen Kindheit. Zwar gibt es empirische Belege für das nonverbale Erinnern bezogen auf traumatische Ereignisse vor dem Alter von zwei Jahren, aber die frühesten verbal zugänglichen autobiografischen Erinnerungen findet man im Schnitt jedoch erst für das Alter ab ca. drei Jahren und in fragmentarischer Weise (Pillemer, 1998).

Das autobiografische Gedächtnis von Kindern scheint anfällig für Verzerrungen und Suggestion zu sein (Eisen, Goodman, Qin, Davis & Crayton, 2007). Auch speziell trainierte Psychologen konnten nicht reliabel trennen zwischen Narrationen von Kindern, die auf wahren Erlebnissen und solchen, die auf vorausgehender Suggestion beruhten (Ceci, Loftus, Leichtman & Bruck, 1994).

! **Vorsichtige Zurückhaltung sowie verantwortungsvolle Interviewtechniken (offene Fragen, statt Informationen vorgebende Suggestivfragen) sind bei der Diagnostik von Traumatisierung im Kindesalter dringend geboten.**

In Anlehnung an March, Amaya-Jackson u. Pynoos (1997), Perrin, Smith u. Yuke (2000) und Thornton (2000) zeigt folgende ► Übersicht einen Diagnoseleitfaden. Es empfiehlt sich, Eltern und Kinder getrennt zu befragen und die Informationen von beiden zu erfassen. Einen umfassenden Überblick über gebräuchliche Diagnoseinstrumente liefern Steil & Rosner (2008). Für Kinder ab 6 Jahren und Jugendliche liegen störungsspezifische deutschsprachige Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente vor, mit deren Hilfe das Vorliegen einer PTBS und deren Schweregrad erfasst werden können. Einen Überblick gibt **■** Tab. 19.1.

Als Instrument der Wahl können die Interviews zu Belastungsstörungen im Kindes- und Jugendalter

gelten (IBS-KJ; Steil & Fücksel, 2006), eine modifizierte deutsche Übersetzung der »Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents« (CAPS-CA). Dieses Instrument liefert – orientiert an den DSM-IV-Symptomen der PTBS und zugeschnitten auf Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen –

- Information zum Vorliegen der Diagnosen PTBS und akuten Belastungsstörung
- Summenscores zu Häufigkeit und Intensität posttraumatischer Symptome,
- Berechnungen zu Häufigkeit und Intensität für die einzelnen Symptomcluster Intrusionen, Vermeidung/emotionale Taubheit und Übererregung sowie
- Berechnungen zu Häufigkeit und Intensität der Symptome einer akuten Belastungsstörung.

Die Diagnostik möglicher komorbider Störungen kann mit einschlägigen Instrumenten erfolgen.

Bei Kindern unter 6 Jahre wird die Befragung der Eltern/Pflegepersonen mithilfe der »Child Behavior Checklist« (CBCL; Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 2002) empfohlen. Andere deutschsprachige Instrumente zur Erfassung des Schweregrades liegen für diese Altersgruppe nicht vor.

Unter der Lupe

Bei der Darstellung der traumatischen Ereignisse sollte das Kind zunächst Gelegenheit haben, selbst zu erzählen, bevor der Therapeut detaillierte Fragen zu den Geschehnissen stellt.

Bei jüngeren Kindern können die traumatischen Erfahrungen erfasst werden, indem man das Kind bittet, ein Bild zu malen, zu dem es eine Geschichte erzählen kann, oder die Geschehnisse mit Puppen nachzuspielen (Perrin et al., 2000; Thornton, 2000). Diagramme, Pläne oder Zeichnungen können hilfreich sein (z. B. bei Traumatisierung im Klassenzimmer ein Plan, wer wo saß etc.). Während das Kind erzählt, sollte der Therapeut verbale Prompts benutzen (»Was ist als nächstes passiert?«, »Wie fühltest Du Dich dabei?«, »Was kam dann?«). Therapie-relevant ist neben der Erfassung der Psychopathologie auch die möglicher dysfunktionaler Kognitionen

Diagnoseleitfaden (in Anlehnung an March et al., 1997; Perrin et al., 2000; Thornton, 2000)**Erhebung ausschließlich beim Kind**

- Zentrale Aspekte:
 - gegenwärtige und frühere Diagnose(n) des Kindes nach DSM oder ICD (einschließlich PTBS)
 - gegenwärtige allgemeine psychopathologische Symptomatologie
 - Bestimmung des Schweregrades durch Selbsteinschätzung des Kindes
 - objektive/subjektive Merkmale des Traumas
 - Trauer über Familienmitglieder/Freunde
 - kognitives Leistungsniveau
- Periphere Aspekte:
 - Selbstbild
 - Interesse
 - Soziale Fertigkeiten

Erhebung ausschließlich bei Eltern/Pflegepersonen

- Zentrale Aspekte:
 - gegenwärtige und frühere Diagnose(n) des Kindes und der Eltern nach DSM oder ICD
 - gegenwärtige allgemeine psychopathologische Symptomatologie
 - Bestimmung des Schweregrades durch Einschätzung der Eltern
 - demografische Informationen
 - medizinische Anamnese
 - Verhalten und Entwicklung des Kindes auf motorischem, kognitivem, sozialem und emotionalem Gebiet
- Periphere Aspekte:
 - Elterliche Sicht der Traumatisierung

Erhebung ausschließlich aus anderen Quellen

- Zentrale Aspekte:
 - medizinische Anamnese
 - Verhalten und Entwicklung des Kindes auf motorischem, kognitivem, sozialem und emotionalem Gebiet

- Periphere Aspekte:
 - soziale Unterstützung, die das Kind erhält
 - soziale Fertigkeiten des Kindes

Erhebungen bei Kindern und Eltern/Pflegepersonen

- Zentrale Aspekte:
 - Veränderungen in motorischen, kognitiven und sonstigen Leistungen mit der Traumatisierung
 - Funktionsniveau des Kindes (Schule, Familie, Sozialkontakte)
 - Frühere Traumatisierungen bei Kind und Eltern/Pflegepersonen
 - Stimuli, die Erinnerungen an das Trauma auslösen können
 - mit dem Trauma und seinen Folgen assoziierte sekundäre Emotionen und dysfunktionale Kognitionen
 - Strategien kognitiver Vermeidung der traumatischen Erinnerungen
 - Selbstschädigendes Verhalten beim Kind, Drogenkonsum, Suizidalität
 - Elterliche Reaktionen auf die Symptomatik des Kindes
- Periphere Aspekte:
 - Wichtige Lebensereignisse vor und nach der Traumatisierung
 - Erziehungsstil der Eltern und soziale Unterstützung, die das Kind erhält

Erhebungen Eltern/Pflegepersonen und anderen Quellen

- Zentrale Aspekte:
 - Objektive Merkmale des Traumas (Ablauf der Geschehnisse, Verletzungen etc.)

■ **Tab. 19.1.** Deutschsprachige Diagnoseinstrumente der PTBS im Kindes- und Jugendalter

| Autoren | Name des Instrumentes | Einsetzbar ab ... | Psychometrische Kennwerte | Bemerkungen |
|--|--|-------------------|---|--|
| Strukturierte Interviews mit dem Kind/Jugendlichen | | | | |
| Landolt et al., 2003 (Original von Nader, Pynoos, Fairbanks & Frederick, 1990) Als Interview und Fragebogen zu verwenden, dt. Version als Interview untersucht | »Child Post-traumatic Stress Disorder Reaction Index« (CPTSD-RI) | 6 Jahren | Reliabilität der engl. Version: Cronbachs $\alpha=0.83$, Übereinstimmung mit der Diagnose PTBS: $r=0.91$ | Nicht an ICD oder DSM angelehnt, einige der dort beschriebenen Symptome werden nicht erfasst |
| Steil & Füchsel (2006; Original von Nader, Blake & Kriegler, 1994) | Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-KJ) (Amerikanisches Original: »Clinician Administered PTSD Scale for Children and Adolescents« (CAPS-CA) | 8 Jahren | Reliabilität der Skalen der dt. Version: Cronbachs $\alpha=0.92$ bzw. 0.91 für die Gesamtschweregrade | An DSM-IV orientiert, Diagnosestellung und Schweregraderfassung von Häufigkeit und Intensität der Symptome, Erfassung des Einflusses der Symptomatik auf verschiedene Entwicklungsbereiche |
| Strukturierte Interviews mit dem Kind/Jugendlichen und Eltern | | | | |
| Unnewehr, Schneider & Margraf, 1995 | Diagnostisches Interview für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS) | 6 Jahren | Keine Gütekriterien zur Diagnostik der PTB | An DSM-IV und ICD-10 orientiert; zwei parallele Versionen für Kind und Elternteil |
| Fragebögen für das Kind/den Jugendlichen | | | | |
| Dyregrov, Kuterovac & Barath, 1996 In dt. Übersetzung erhältlich unter www.childrenandwar.org | »Children's Impact of Event Scale« | 6–15 Jahren | Keine Angaben zur dt. Version | Weder an ICD noch DSM orientiert, Erfassung des Schweregrades von Intrusion, Vermeidung und Übererregung |

und kognitiver Vermeidung. Instrumente und Vorgehensweisen hierzu werden unter dem Punkt Intervention dargestellt.

19.6 Interventionen

19.6.1 Wirksamkeit

Aus den ätiologischen Modellen der PTBS wurden Empfehlungen zur Behandlung abgeleitet. Diese beinhalten als zwei wichtige Säulen:

- die **Konfrontation in sensu** (► Kap. 12) mit den traumatischen Erinnerungen (mit dem Ziel der Habituation an die bedrohlichen Erinnerungen, der besseren Elaboration der traumatischen Geschehnisse und der Integration neuer, korrigierender Erfahrungen) sowie
- **kognitive Interventionstechniken** (► Kap. 13; mit dem Ziel der Identifikation und gezielten Veränderung negativer Kognitionen zum Trauma und seinen Folgen; Steil, 2000). Diese kognitiv-behaviorale Therapie (KBT) gilt bei Erwachsenen – zusammen mit einer Behandlung mit

»Eye Movement Desensitization and Reprocessing« (EMDR; ► Kap. 17) – international als Behandlung der Wahl, ihre Wirksamkeit gilt als empirisch nachgewiesen (NICE-Guidelines; National Institute of Clinical Excellence, 2005, bzw. die entsprechenden Kapitel in diesem Buch). Auch bei Kindern und Jugendlichen erzielte sie in kontrollierten und randomisierten Studien sehr erfolgversprechende Ergebnisse und kann nach heutigem Erkenntnisstand als Methode der Wahl gelten. Stallard (2006) und auch Steil u. Rosner (2008) geben eine detaillierte Übersicht über die Studienlage.

Insgesamt liegen derzeit neun kontrollierte und randomisierte Studien zur KBT bei den Folgen von Traumatisierung im Kindesalter vor (Überblick in ► Tab. 19.2).

In den meisten dieser Studien wurden Opfer der – wie epidemiologische Studien zeigen – schwersten Form von Traumatisierung, nämlich des sexuellen Missbrauchs, behandelt. Nicht alle behandelten Kinder litten auch an einer PTBS, nicht immer war dies Eingangskriterium, in anderen Studien war das Vorliegen sexuellen Missbrauchs allein Indikationskriterium. Neben der PTBS-Symptomatik wurden hier Maße der Psychopathologie ebenfalls als Erfolgsmaße gewählt.

Die Untersuchung der an der Behandlung beteiligten Eltern zeigt, dass auch hier eine Reduktion von Belastung, von depressiver und ängstlicher Symptomatik zu beobachten ist. Die langfristige Wirksamkeit der Interventionen scheint gesichert zu sein bei Katamnesen bis zu 24 Monaten (Deblinger et al., 1999a). Die in ► Tab. 19.2 zusammengefassten Studien folgen im Wesentlichen zwei Manualen:

1. Das bislang einflussreichste Manual der Arbeitsgruppe um Deblinger (Deblinger & Helfin, 1996) zeigt exzellente Wirksamkeit bei der Überprüfung durch zwei verschiedene Arbeitsgruppen (Deblinger et al., 1996, 1999a; King et al., 2000).
2. Im untersuchten Manual von Cohen u. Mannarino (1996a) mangelt es noch an der unabhängigen Replikation.

Zum Vergleich der Wirksamkeit der Interventionen wurden jeweils die Effektstärken als Hedge's g (Mittelwert der Kontrollgruppe minus Mittelwert der Expe-

► Tab. 19.2. Übersicht über Effektivitätsstudien zur KBT bei PTBS im Kindes- und Jugendalter

| Studie | Trauma | Stichprobe | Behandlungsbedingungen | | Untersuchte Variablen | Ergebnisse |
|---------------------------|---|---|--|-----------------------------|---|---|
| | | | Anzahl der Sitzungen | | | |
| Berliner & Saunders, 1996 | Sexuelle Ausbeutung; keine Angabe über Zeit seit dem Trauma | N=80 9 Jungen 71 Mädchen Alter: 4–13 Jahre M=8,0 Jahre | Gruppentherapie mit spezifischen auf Angst und Furcht abzielenden Therapieelementen: Stressimpfungstraining + graduierte Exposition vs. Standard-Gruppentherapie | 10 Sitzungen über 10 Wochen | Allgemeine Belastung, Depression PTBS-Symptome | Verbesserung in beiden Gruppen Kein Unterschied zwischen den Gruppen |
| Celano et al., 1996 | Sexuelle Ausbeutung Missbrauch liegt zwischen 1–26 Monate zurück | N=32 Mädchen Alter: 8–13 Jahre, M=10,5 Jahre | Individuelle supportive Therapie in Kombination mit Behandlung der weiblichen Bezugsperson vs. kognitive Intervention (basierend auf Finkelhor-Modell) in Kombination mit Behandlung der weiblichen Bezugsperson | 8 Sitzungen über 8 Wochen | Kind: Allgemeine Belastung, PTBS-Symptome Mutter: Unterstützung und Attribution | Verbesserung in beiden Gruppen Kein Unterschied zwischen den Gruppen |

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| Chemtob et al., 2002 | Naturkatastrophe Zwei Jahre danach | N=214 152 Mädchen 97 Jungen Alter: 6-12 M=8,2 Jahre | KBT-Gruppenintervention vs. KBT-individuelle Intervention vs. Wartekontrollgruppe 4 Sitzungen in 4 Wochen | Individuelle KBT=Gruppenintervention KBT > Wartekontrollgruppe |
| Cohen, Deblinger, Mannarino & Steer, 2004; Deblinger et al., 2006 | Sexuelle Ausbeutung und bei 90% der Kinder weitere Ereignisse Im Mittel 12 Monate nach letztem Miss- brauch | N=203 Kinder N=189 Bezugspersonen Alter: 8-14 Jahre M=10,8 Jahre | KBT vs. kindzentrierte Therapie 12 Doppelstunden (je eine für Kind, eine für Bezugsperson) | KBT > kindzentrierter Therapie |
| Cohen & Mannarino, 1996a, 1997 | Sexuelle Ausbeutung nicht länger als 6 Mo- nate seit Traumaende | N=67 42% Jungen, 58% Mädchen Alter: 2-7 Jahre M=4,7 Jahre | KBT bei Kind und Elternteil vs. nondirektive unterstützende Behandlung 12 Sitzungen | KBT > nondirektive unter- stützende Behandlung |
| Cohen & Mannarino, 1998 | Sexuelle Ausbeutung innerhalb von 6 Mona- ten nach letztem Ereig- nis | N=49 15 Jungen, 34 Mädchen Alter: 7-14 Jahre M=11,1 Jahre | KBT-Kind und Eltern vs. nondirektive unterstützende Behandlung 12 Sitzungen | KBT > nondirektive unter- stützende Behandlung |
| Cohen, Mannarino, Knudsen, 2005 | Sexuelle Ausbeutung Zeit nicht berichtet | N=82 56 Mädchen, 26 Jungen Alter: 8-15 Jahre M=11,4 Jahre | KBT vs. kindzentrierte unterstützende Therapie 12 Sitzungen | KBT > kindzentrierte unter- stützende Intervention |
| Deblinger, Lippmann & Steer, 1996; Deblinger, Steer & Lippmann, 1999a | Sexuelle Ausbeutung bei 66% Missbrauch beendet innerhalb der letzten 6 Monate | N=90 17% Jungen, 83% Mädchen Alter: 7-13 Jahre M=9,84 Jahre | KBT bei Eltern vs. KBT bei Kind vs. KBT bei Eltern und Kind vs. Standardberatung | KBT bei Eltern = KBT bei Kind = KBT bei Eltern und Kind > Standardberatung |
| King et al., 2000 | Sexuelle Ausbeutung 54 Monate seit Trauma- ende | N=36 31% Jungen, 69% Mädchen Alter: 5-17 Jahre M=11,5 Jahre | KBT bei Kind vs. KBT bei Kind und Mutter vs. Warteliste 20 Sitzungen | KBT bei Kind = KBT bei Eltern und Kind > Warteliste |
| Stein et al. 2003 | Gewalt keine Info zu Zeit- abstand | N=126 71 Mädchen, 55 Jungen Alter: M=11 Jahre | KBT in Gruppe vs. Wartekontrollgruppe 10 Sitzungen schulbasiert | KBT > Wartekontrollgruppe |

KBT kognitiv-behaviorale Therapie, PTBS posttraumatische Belastungsstörungen.

rimentalgruppe/gepoolte Standardabweichung) berechnet und auf ihre statistische Bedeutsamkeit hin überprüft. Die Effekte der unterschiedlichen Interventionen sind demnach als gut bis sehr gut zu bezeichnen (z. B. $g=0,98$ bei King et al., 2000) und durchaus mit den in der Behandlung von erwachsenen Patienten erzielten vergleichbar (Bisson & Andrew, 2007). Für das Manual von Deblinger u. Helfin (1996) liegen mit 24 Monaten die längsten Katamnesen vor.

Auch die klinische Signifikanz der KBT bei PTBS ist mit den bislang vorliegenden Studien zu belegen. In einer Untersuchung der KBT mit dem Kind allein bzw. mit Kind und Familie bei kindlichen Patienten mit PTBS nach sexuellem Missbrauch erfüllten im Follow-up nach 12 Wochen 67% der Kinder in den beiden behandelten Gruppen nicht mehr die Diagnose einer PTBS vs. nur 20% der Kinder in einer Wartelistenkontrollgruppe (King et al., 2000).

Unter der Lupe

Empirische Studien zeigen, dass sexuelle Gewalt schwerwiegendere und umfangreichere Folgen hat als andere Formen der Traumatisierung, daher ist davon auszugehen, dass eine KBT auch bei anderen Auslösern einer PTBS wirkungsvoll ist.

Cohen u. Mannarino (1998, 2000) fanden, dass der Behandlungserfolg bei 7- bis 14-jährigen Kindern, die sexuellen Missbrauch erlebt hatten, negativ mit ungünstigen Attributionen zum Missbrauch und positiv mit dem Ausmaß elterlicher Unterstützung assoziiert war. In einer anderen Studie derselben Autoren an Kindern im Vorschulalter nach sexuellem Missbrauch prädiagnostizierte das Ausmaß elterlicher Psychopathologie den Behandlungserfolg: Er war um so geringer, je depressiver und emotional belasteter die Eltern sich fühlten (Cohen & Mannarino, 1996b).

Neben der KBT wurde auch eine Behandlungsform angewendet, die verwandte Elemente besitzt: EMDR (»Eye Movement Desensitization and Reprocessing«; Greenwald, 1998; Hensel & Meusers, 2006; Muris & Merckelbach, 1999). Diese Intervention wurde erst in einer Studie im kontrollierten und randomisierten Design untersucht (Ahmad, Larsson & Sundelin-Wahlsten, 2007), die Ergebnisse sind aber positiv. Auch zur narrativen Expositionstherapie (NET; Neuner et al., 2008) wurden in den letzten

Jahren erste Befunde vorgelegt, so dass diese als viel versprechendes Verfahren gelten kann. Für die Wirksamkeit einiger in der Praxis häufig verwendeter Verfahren (wie spieltherapeutische oder psychodynamische Methoden) stehen bisher ausreichende empirische Belege aus

Überprüfte Manuale zum Vorgehen bei Kindern unter 7 Jahren sind sehr selten. Als das derzeit am besten untersuchte und beschriebene Manual kann das Vorgehen nach Lieberman u. Horn (2005) gelten. Hier handelt es sich um ein eklektisches Manual, das

- bindungstheoretische Aspekte,
- verhaltenstherapeutische Aspekte und
- psychodynamische Aspekte

kombiniert; eine randomisierte kontrollierte Untersuchung steht jedoch aus.

Aktuell liegen ausreichend Studien zur Pharmakotherapie der PTBS nur für Erwachsene vor. Generell zeigt sich in der Behandlung erwachsener Patienten, dass die Effektstärken der Pharmakotherapie denen der Psychotherapie unterlegen sind. Zur pharmakotherapeutischen Behandlung der PTBS im Kindes- und Jugendalter liegt bislang nur eine kontrollierte und randomisierte Studie vor: Cohen, Mannarino, Perel u. Staron (2007) verglichen eine Kombinationsbehandlung von KBT und Sertralin mit KBT und Placebo. Dabei zeigte sich nur eine marginale Überlegenheit der Kombinationsbehandlung mit Sertralin gegenüber der KBT allein. In den »Practice Parameters« der American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998) wird der Einsatz von Psychopharmaka eher adjunktiv empfohlen und zur Behandlung komorbider depressiver Symptomatik oder einer komorbiden Panikstörung (vor allem dann, wenn die Schwere der komorbiden Symptomatik den Einsatz von Psychotherapie behindert). Auch andere Expertenrichtlinien empfehlen, Kinder und Jugendliche, die an einer PTBS leiden, zunächst psychotherapeutisch zu behandeln.

! In den NICE-Guidelines (NICE, 2005) wird sogar – aufgrund des Mangels an empirischer Evidenz – vom Einsatz psychotroper Medikation bei der Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen abgeraten.

Antidepressiva sind bei Kindern in Deutschland nur im Heilversuch zugelassen. Bedacht werden muss bei ihrer Gabe, dass diese das Risiko der Suizidalität erhöhen können (Hammad, Laughren & Racoosin, 2006).

Unter der Lupe

Nach derzeitiger Datenlage können die kognitiv-behavioralen Behandlungsmanuale nach Deblinger et al. und Cohen u. Mannarino am meisten empfohlen werden.

19.6.2 Überblick zu überprüften psychotherapeutischen Interventionsmethoden

Nur ein geringer Teil der von PTBS betroffenen Kinder und Jugendlichen scheint psychologische oder psychiatrische Hilfe zu erhalten (z. B. nur 24% der Jugendlichen mit PTBS in der Studie von Essau et al., 1999). Möglicherweise nehmen weder sie noch ihre Eltern die typischen Symptome als behandlungsbedürftige Folgen des traumatischen Erlebnisses wahr. Daher wird vorgeschlagen, (z. B. im Rahmen der Versorgung der körperlichen Verletzungen oder im Rahmen der Betreuung durch andere Stellen) Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern aktiv Behandlungsangebote zu machen.

- ! Bei kindlichen Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten sollte immer auch eine mögliche Traumatisierung als Ursache der Symptomatik in Betracht gezogen werden.

Interventionen in der Akutphase

Unter der Lupe

In der Phase direkt nach einer Traumatisierung wird empfohlen, Kinder und Jugendliche aufmerksam zu beobachten, um eine angemessene Intervention einleiten zu können, falls sich eine Symptomatik nicht zurückbildet oder verzögert ausbildet.

In dieser Beobachtungsphase direkt nach dem Ereignis sind allgemein supportive Interventionen zur

- sozialen Unterstützung,
- Aufklärung und
- Psychohygiene

durchaus sinnvoll und werden von den Betroffenen und ihren Familien gut angenommen.

- ! **Günstig für Kinder und Jugendliche ist alles, was Sicherheit vermittelt, also z. B.**
 - Herstellen des Kontaktes zu Bezugspersonen,
 - Wiederaufnahmen alltäglicher Routinen (z. B. Zähne putzen, Geschichte lesen und gemeinsames Kuscheln vor dem Schlafen gehen) und
 - Berücksichtigen grundlegender Bedürfnisse nach Nahrung und Schlaf.

Ein traumatisches Ereignis aktiviert immer das Bindungssystem und fürsorgliche Verhaltensweisen der Bezugspersonen sind daher immer notwendig. Für den Behandler empfiehlt es sich daher, Eltern und andere Bezugspersonen auf diese Bedürfnisse hinzuweisen und sie möglichst in der Umsetzung zu unterstützen. Falls bereits eine akuten Belastungsstörung (ABS) vorliegt, empfiehlt sich der Einsatz eines der bewährten KBT-Manuale (s. unten). Studien zur Behandlung der ABS bei Kindern und Jugendlichen liegen jedoch leider noch nicht vor.

- ! **Vom Einsatz des »Critical Incident Stress Debriefing« oder »Psychological Debriefing« bei Kindern und Jugendlichen wird in Ermangelung von Studien mit angemessenem Design abgeraten (NICE-Guidelines; National Institute of Clinical Excellence, 2005; Wethington et al., 2008).**

Interventionen bei einer diagnostizierten PTBS

Exemplarisch sei hier das neueste Manual der Arbeitsgruppe um Cohen, Mannarino u. Deblinger, das alle Elemente der bewährten traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie enthält, beschrieben (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006).

Das Manual fokussiert auf die Folgen von sexualisierter Gewalt und besteht aus den folgenden Komponenten:

- Psychoedukation und Fördern der Erziehungs-kompetenzen der Eltern,
- Entspannung,
- Affektregulation,
- Identifikation und Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen (angemessene Interpretation und Einordnung des Geschehens),
- Entwickeln eines Traumanarrativs (imaginatives Nacherleben – In-sensu-Exposition),
- Konfrontation in vivo der symptomauslösenden Stimuli (Traumatrigger),
- gemeinsame Eltern-Kind-Sitzungen (Einbindung der Eltern als Kotherapeuten) und
- Fördern künftiger Sicherheit.

Das Kind und eine Bezugsperson (selbstverständlich ein »Nichttäter«) nehmen an den Komponenten zunächst in getrennten Sitzungen teil; erst gegen Ende der Therapie sind gemeinsame Sitzungen vorgesehen. Obwohl sich alle Komponenten direkt auf die Behandlung einer posttraumatischen Symptomatik beziehen, lassen sich das Traumanarrativ und die In-vivo-Exposition deutlich als Phase der Traumabearbeitung erkennen. Cohen et al. (2006) gehen dabei von 12 bis etwa 16 Sitzungen für das Gesamtprogramm aus.

! Grundlage der Intervention ist die Herstellung einer guten Therapiebeziehung.

Empathie und aktives Zuhören gehören ebenso dazu, wie die Bereitschaft sehr belastende oder gar grausame Inhalte anzuhören und dem Kind/Jugendlichen zu signalisieren, dass der Therapeut die ganze Geschichte »aushalten« kann. Hintergrund ist hier, dass die Eltern traumatisierter Kinder häufig selbst traumatisiert sind (z. B. durch gemeinsames Erleben des Ereignisses oder etwa aufgrund von Schuldgefühlen bzgl. der Fehleinschätzung einer Situation) und das Kind/der Jugendliche spürt, dass die Bezugsperson mit einer Offenlegung aller Details möglicherweise überfordert ist.

Psychoedukation

Unter der Lupe

In der Psychoedukation werden zu Beginn der Therapie Informationen zu Häufigkeiten, Formen und Folgen sexuellen Missbrauchs gegeben.

Dies hilft gegen Mythenbildung. Die Familie »lernt«, dass sie nicht die einzige Familie ist, der dieses Ereignis passiert ist. Weiterhin werden Informationen zu möglichen Symptomen gegeben. Diese dienen dazu, die eigenen Reaktionen zu normalisieren. Auch die Behandlung wird detailliert beschrieben und erklärt.

Auch Eltern mit guten Erziehungs-kompetenzen können nach einem traumatischen Ereignis Schwierigkeiten haben, diese aufrecht zu erhalten. Ein traumatisches Ereignis unterbricht alltägliche Routinen und macht es

- einerseits notwendig, flexibel auf die Veränderungen zu reagieren und
- andererseits weiterhin einen konsistenten Erziehungsstil umzusetzen.

! Falls die Erziehungs-kompetenzen bereits vorher eingeschränkt waren, ist es insbesondere dann, wenn Kinder und Jugendliche mit aggressivem Verhalten und Wutanfällen auf das Ereignis reagieren, besonders schwierig, neue Verhaltensweisen zu entwickeln.

Als hilfreich hat sich hier das Vermitteln grundlegender Kompetenzen für die Bezugsperson in ihren konkreten Anwendungen auf das betroffene Kind gezeigt. Zentral ist dabei der Einsatz von:

- Lob und Belohnung aber auch
- selektiver Aufmerksamkeit und Time-out.

Entspannung

Weiterhin lernen die Kinder und Jugendlichen sich zu entspannen, um insbesondere die Übererregungs-symptome abzuschwächen. Als mögliche Entspannungsverfahren empfehlen sich dabei:

- kontrolliertes Atmen,
- Meditation,
- Achtsamkeit,
- autogenes Training oder
- progressive Muskelentspannung.

Besonders unterstützend für die Eltern-Kind-Beziehung und für einen Kompetenzzugewinn des Kindes kann dabei die Aufforderung sein, dass das Kind dem Elternteil die jeweilige Entspannungsmethode beibringt.

Affektregulation

Nach einem traumatischen Ereignis erleben viele Kinder und Jugendliche schmerzhaft Gefühle und/oder Affektdysregulation.

Unter der Lupe

Affektbenennung und Techniken der Affektregulation können den Kindern im Umgang mit starken Gefühlen helfen und reduzieren so den Einsatz von dysfunktionalen Vermeidungsstrategien.

Je nach Alter werden mit den Kindern spielerisch Gefühle beschrieben, die dann zunehmend zur Vertrautheit mit bestimmten Gefühlen führen und die deutlich machen, dass es keine »schlechten/bösen« Gefühle gibt. Die Gefühle in der traumatischen Situation stehen früh in der Therapie noch nicht im Vordergrund. Auch mit den Eltern wird der Umgang mit Gefühlen besprochen und insbesondere wird deren eigene Gefühlsbearbeitung unterstützt. Weiterhin werden vorgestellt und geübt:

- Strategien der Gedankenunterbrechung,
- positive Vorstellungen und
- positive Selbstgespräche.

Zusammen mit der Bezugsperson wird an Sicherheitsgefühlen gearbeitet, in folgendem Sinne:

- Wie kann man Sicherheit herstellen?
- Wer kann helfen?

Im nächsten Schritt werden dann Problemlöse- und soziale Fertigkeiten mit dem Kind geübt.

Identifikation und Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen

Im nächsten Behandlungsschritt steht die Identifikation und Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen im Vordergrund. In einem ersten Schritt wird das »kognitive Dreieck« aus Gedanken, Gefühlen und Verhalten anhand alltäglicher Aktionen erklärt. In vielen kleinen Übungen werden alternative Bewertungen zu alltäglichen Situationen bearbeitet und typische »nicht-so-hilfreiche« Gedanken identifiziert. Dieses Modul wird auch mit den Eltern durchgeführt. Die Erfahrungen aus den bisherigen Modulen fließen dann in die Arbeit mit dem eigentlichen Traumanarrativ mit ein.

Entwickeln eines Traumanarrativs

Cohen et al. (2006) erarbeiten das Traumanarrativ über mehrere Sitzungen hinweg, wobei vor dem Beginn dem Kind der Sinn des Traumanarrativs erklärt wird, indem auf Analogien zurückgegriffen wird, wie etwa auf das Säubern einer Wunde nach einem Sturz vom Fahrrad oder das Aufräumen eines Schrankes. Dann beginnen Therapeutin und Kind mit dem Erstellen eines Büchleins, das die »Geschichte vom traumatischen Ereignis« enthält. In dieser Phase kann es auch hilfreich sein, vorher zusammen andere Bücher zu lesen, um das Kind mit der Struktur einer Erzählung vertraut zu machen. Für Jugendliche können entsprechend angepasste Modifikationen vorgenommen werden. So malte etwa eine 14-Jährige ihre Geschichte in Form eines Manga-Comics. Üblicherweise beginnt das erste Kapitel mit einer Selbstbeschreibung, in dem das Kind etwa von seinen Hobbys erzählt, ein positives Ereignis berichtet oder Schulfreunde und bevorzugte Spiele beschreibt. Es kann auch der Tag vor dem Ereignis erzählt werden. Im nächsten Kapitel wird dann das Ereignis beschrieben und Kind und Therapeut beginnen mit dem Aufschreiben (bzw. das Kind diktiert dem Therapeuten). Am Ende jedes Teilstückes wird das Aufgeschriebene laut vorgelesen. Wenn das Ereignis einmal aufgeschrieben ist, soll das Kind die ganze Geschichte noch einmal lesen und Gedanken und Gefühle ergänzen, die es während des Geschehens hatte. Im Prozess der Erstellung des Büchleins wird das Kind nach den schlimmsten Aspekten des Ereignisses gefragt. Auch diese werden dann elaboriert, indem etwa ein Bild dazu gemalt wird. Danach werden kognitive Interventionen verwendet, um mögliche kognitive Verzerrungen und Fehldeutungen aufzuzeigen und zu korrigieren. Während des ganzen Prozesses wird das Kind häufig für sein mutiges Vorgehen gelobt. Sollte das Kind von Erinnerungen überwältigt werden, werden die zuvor eingeübten Methoden der Entspannung oder Ablenkung eingesetzt.

Konfrontation in vivo der symptomauslösenden Stimuli

Nach dieser Arbeit kann es, insbesondere wenn es intensive Vermeidungen von Traumatrigger (Erinnerungsreize, die das Trauma immer wieder in das Bewusstsein bringen) gibt, notwendig werden, Konfrontationen in vivo durchzuführen.

Fördern künftiger Sicherheit

Abgeschlossen wird dieses Behandlungsmanual durch Interventionen zur Rückfallprophylaxe und zur Verhinderung erneuter Traumatisierung. Dazu kann insbesondere über Strategien im Umgang mit gefürchteten Situationen gesprochen werden und diese können auch vorbereitet und geübt werden (z. B. Befragung der Feuerwehr über Verhaltenweisen, wenn man als erster ein Feuer entdeckt; Liste von Personen, die einem helfen, wenn man Sorgen hat; Teilnahme an einem Erste-Hilfe-Kurs etc.). Kinder und Jugendliche, die chronische interpersonelle Gewalt erlebt haben, vertrauen manchmal ihren eigenen »Bauchgefühlen« nicht und müssen sowohl im Erkennen dieser Gefühle als auch der Umsetzung in Handlung unterstützt werden. Der Einbezug der Bezugsperson ist hier unabdinglich.

Interventionen bei komplexer Traumafolgestörung

Für die Behandlung schwerster Traumafolgestörungen, bei denen über die PTBS-Symptomatik hinaus z. B. Selbstverletzung, immer wiederkehrende Suizidalität, schwere Dissoziation oder eine komorbide Borderline-Persönlichkeitsstörung vorliegen, wird die Anwendung von therapeutischen Strategien aus der dialektisch-behavioralen Therapie empfohlen. Für deren Wirksamkeit im Einsatz bei Jugendlichen liegen erste, vielversprechende Befunde vor (Fleischhaker, Munz, Böhme, Sixt & Schulz, 2006; Rathus & Miller, 2002). Bei PTBS mit komorbidem Drogenabusus wurden für ein von Najavits beschriebenes Manual (»Seeking Safety«) positive Befunde beim Einsatz bei adolescenten Patienten berichtet (Najavits, 2002).

19.6.3 Einbeziehen der Eltern in die Behandlung

Die Einbindung der Eltern bzw. eines Elternteils in die Behandlung ist aus den oben schon ausgeführten Gründen vorteilhaft. Die Bedeutung der Teilnahme eines Elternteils an der Behandlung untersuchten auf eindrucksvolle Weise in einer großen Studie Deblinger et al. (1996; Deblinger et al., 1999a).

! Ihren Ergebnissen zufolge erscheint die Einbindung der Eltern bzw. eines Elternteils in die Behandlung als absolut empfehlenswert.

Konsistent hiermit sind die oben dargestellten Befunde zur Prädiktion des Therapieerfolges durch elterliche Faktoren. Bemerkenswert war, dass ein Elternteil alleine ohne Behandlung des Kindes in der Katamnese 24 Monate nach Therapieende einen vergleichbaren Effekt hatte wie die Behandlung von Kind und Elternteil (Tab. 19.3, beide Effekte waren statistisch bedeutsam).

Literatur

- Ahmad, A., Larsson, B. & Sundelin-Wahlsten, V. (2007). EMDR treatment for children with PTSD: results of a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61 (5), 349–354.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (1998). *Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder*. Washington: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Available: <http://www.aacap.org/galleries/PracticeParameters/PTSDT.pdf>.
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist. (2002). *Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL/1 1/2–5)*. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Berliner, L. & Saunders, B. E. (1996). Treating fear and anxiety in sexually abused children: results of a controlled 2-year follow-up study. *Child Maltreatment*, 294–316.
- Bingham, R. D. & Harmon, R. J. (1996). Traumatic events in infancy and early childhood: expression of distress and developmental issues. In C. R. Pfeffer (Eds.), *Severe stress and mental disturbance in children* (pp. 499–532). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bisson, J. & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database Systematic Review* 18 (3), CD003388.
- Boney-McCoy, S. & Finkelhor, D. (1995). Psychosocial sequelae of violent victimization in a national youth sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (5), 726–736.
- Boney-McCoy, S. & Finkelhor, D. (1996). Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (6), 1406–1416.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P. & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216–222.
- Celano, M., Hazzard, A., Webb, C. & McCall, C. (1996). Treatment of traumagenic beliefs among sexually abused girls and

- their mothers: an evaluation study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 1–17.
- Ceci, S. J., Loftus, E., Leichtman, M. & Bruck, (1994). The possible role of source misattributions in the creation of false beliefs among preschoolers. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47, 304–320.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P. & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 393–402.
- Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (1996a). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 42–50.
- Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (1996b). Factors that mediate treatment outcome of sexually abused preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1402–1410.
- Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (1997). A treatment study for sexually abused children: Outcome during a one-year followup. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1228–1235.
- Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (1998). Factors that mediate treatment outcome of sexually abused children: six- und 12-month follow up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 44–51.
- Cohen, J. A. & Mannarino, A. P. (2000). Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse and Neglect*, 24, 983–994.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief*. New York: Guilford.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P. & Knudsen, K. (2005). Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse and Neglect*, 29, 135–145.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Perel, J. M. & Staron, V. (2007). A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 811–819.
- Cuffe, S. P., Addy, C. L., Garison, C. Z., Waller, J. L., Jackson, K. L., McKeown, R. E. & Chilappagari, S. (1998). Prevalence of PTSD in a community sample of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 147–154.
- DeBellis, M. D. & Dillen, T. van (2005). Childhood post-traumatic stress disorder: An overview. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14, 745–772.
- Deblinger, E. & Helfin, A. H. (1996). *Treating sexually abused children and their nonoffending parents*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Deblinger, E., Helfin, A. H. & Clark, M. (1997). The treatment of sexually abused children. In *Session: Psychotherapy in Practice*, 3, 69–88.
- Deblinger, E., Lippman, J. & Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms: Initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 1, 310–321.
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A. & Steer, R. A. (2006). A follow up study of a multisite, randomised, controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (2), 1474–1484.
- Deblinger, E., McLeer, S. V. & Delmina, H. (1990). Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering from post-traumatic stress: Preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 747–752.
- Deblinger, E., Steer, R. A. & Lippmann, J. (1999a). Two-year follow-up study of cognitive and behavioural therapy for sexually abused children suffering post-traumatic stress symptoms. *Child Abuse and Neglect*, 23, 1271–1378.
- Deblinger, E., Steer, R. A. & Lippmann, J. (1999b). Maternal factors associated with sexually abused children's psychosocial adjustment. *Child Maltreatment*, 4, 13–20.
- Deblinger, E., Taub, B., Maedel, A. B., Lippmann, J. & Stauffer, L. B. (1997). Psychosocial factors predicting parent reported symptomatology in sexually abused children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 6, 35–49.
- Dehon, C. & Scheeringa, M. S. (2006). Screening for preschool posttraumatic stress disorder with the Child Behavior Checklist. *Journal of Pediatric Psychology*, 31 (4), 431–435.
- Deykin, E. Y. & Buka, S. L. (1997). Prevalence and risk factors for posttraumatic stress disorder among chemically dependent adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 154 (6), 752–757.
- Drell, M. J., Siegel, C. H. & Gaensbauer, T. J. (1993). Post-traumatic stress disorder. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (pp. 291–304). New York: Guilford.
- Dyregrov, A., Kuterovac, G. & Barath, A. (1996). Factor analysis of the Impact of Event Scale with children in war. *Scandinavian Journal of Psychology*, 37, 339–350.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of post-traumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Ehlers, A. & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 217–250.
- Eisen, M. L., Goodman, G. S., Qin, J., Davis, S., & Crayton, J. (2007). Maltreated children's memory: Accuracy, suggestibility, and psychopathology. *Developmental Psychology*, 43, 1275–1294.
- Elklit, A. (2002). Vicimization and PTSD in a Danish national youth probability sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (2), 174–180.
- Ellis, A., Stores, G. & Mayou, R. (1998). Psychological consequences of road traffic accidents in children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 61–68.
- Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (1999). Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27, 37–45.
- Fleischhaker, C., Munz, N., Böhme, R., Sixt, B. & Schulz, E. (2006). Dialektisch-behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) – Eine Pilotstudie zur Therapie von Suizidalität, Parasuizi-

- dalität und selbstverletzenden Verhaltensweisen bei Patientinnen mit Symptomen einer Borderlinestörung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34 (1), 15–25.
- Gavranidou, M. & Rosner, R. (2003). The weak sex? Gender and PTSD. *Depression and Anxiety*, 17, 130–139.
- Giaconia, R. M., Reinherz, H. Z., Silverman, A. B., Pakiz, B., Frost, A. K. & Cohen, E. (1995). Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1369–1380.
- Goenjian, A., Pynoos, R.S., Steinberg, A. M., Najarian, L. M., Asarnow, J. R., Karayan, I., Ghurabi, M. & Fairbanks, L. A. (1995). Psychiatric co-morbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1174–1184.
- Graf, A., Irblich, D. & Landolt, M. A. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 57 (4), 247–263.
- Greenwald, R. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): New hope for children suffering from trauma and loss. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 3, 279–287.
- Hammad, T. A., Laughren, T. & Racoosin, J. (2006). Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Archives of General Psychiatry*, 63, 333–339.
- Hensel, T. & Meusers, M. (2006). *EMDR mit Kindern und Jugendlichen*. Göttingen: Hogrefe.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity sample. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.
- King, N. J., Tonge, B. J., Mullen, P., Myerson, N., Heyne, D., Rollings, S., Martin, R. & Ollendick, T. H. (2000). Treating sexually abused children with posttraumatic stress symptoms: A randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1347–1355.
- Kitayama, N., Brummer, M., Hertz, L., Quinn, S., Kim, Y. & Bremner, J. D. (2007). Morphologic alterations in the corpus callosum in abuse-related posttraumatic stress disorder: a preliminary study. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 195 (12), 1027–1029.
- Korol, M., Green, B. L. & Gleser, G. C. (1999). Children's responses to a nuclear waste disaster: PTSD symptoms and outcome prediction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 368–375.
- Kruczek, T. & Salsman, J. (2006). Prevention and treatment of posttraumatic stress disorder in the school setting. *Psychology in the Schools*, 43 (4), 461–470.
- Kultalahti, T. & Rosner, R. (2008). Risikofaktoren der posttraumatischen Belastungsstörung nach Trauma-Typ-I bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 17 (4), 210–218.
- Landolt, M. A., Vollrath, M., Ribi, K., Timm, K., Sennhauser, F. H. & Gnehm, H. E. (2003). Inzidenz und Verlauf posttraumatischer Belastungsreaktionen nach Verkehrsunfällen im Kindesalter. *Kindheit und Entwicklung*, 12, 184–192.
- Laor, N., Wolmer, L., Mayes, L. C. & Gershon, A. (1997). Israeli preschool children under scuds: A 30-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (3), 349–356.
- Lieberman, A. F. & Horn, R. van (2005). »Don't hit my mommy!« – A manual for child-parent psychotherapy with young witnesses of family violence. Washington: Zero to Three Press.
- Lipschitz, D. S., Winegar, R. K., Hartnick, E., Foote, B. & Southwick, S. M. (1999). Posttraumatic stress disorder in hospitalized adolescents: psychiatric comorbidity and clinical correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (4), 385–392.
- Meeuwisse, M.-L., Reitsma, J. B. DeVries, G.-J., Gersons, B. P. R. & Olff, M. (2007). Cortisol and posttraumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 191, 387–392.
- Muris, P. & Merckelbach, H. (1999). Eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 7f.
- Nader, K. (1997). Assessing traumatic experiences in children. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guilford.
- Nader, K., Blake, D. & Krieger, J. (1994). *Clinician Administered PTSD Scale for Children (CAPS-C)*. Current and lifetime diagnosis version, and instruction manual. Los Angeles, CA, UCLA. Neuropsychiatric Institute and National Center for PTSD.
- Nader, K., Pynoos, R., Fairbanks, L. & Frederick, C. (1990). Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1526–1530.
- Najavits, L. M. (2002). *Seeking safety: At treatment manual for PTSD and substance abuse*. New York: Guilford.
- National Institute of Clinical Excellence (NICE). (2005). *Posttraumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. National Clinical Practice Guideline Number 26. London: Gaskell and the British Psychological Society. Available: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG026fullguideline.pdf>.
- Neuner, F., Catani, C., Ruf, M., Schauer, E., Schauer, M. & Elbert, T. (2008). Narrative exposure therapy for the treatment of traumatized children and adolescents (KidNET): from neurocognitive theory to field intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17 (3), 641–664.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46–59.
- Perrin, S., Smith, P. & Yule, W. (2000). Practitioner Review: The assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 277–289.
- Pillemer, D. B. (1998). What is remembered about early childhood events? *Clinical Psychology Review*, 18, 895–913.
- Pitman, R. K., Gilbertson, M. W., Gurvits, T. V. et al. (2006). Clarifying the origin of biological abnormalities in PTSD through the study of identical twins discordant for combat exposure. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 242–254.

- Pynoos, R. S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W. Steinberg, A., Eth, S., Nunez, F. & Fairbanks, L. (1987). Life threat and post-traumatic stress in school-age children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1057–1063.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M. & Goenjian, A. (1996). Traumatic stress in childhood and adolescence. Recent developments and current controversies. In B. van der Kolk, A. C. McFalane & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 331–358). New York: Guilford Press.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M. & Wraith, R. (1995). A developmental model of childhood traumatic stress. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology*. New York: Wiley.
- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M. & Piacentini, J. C. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, 46 (11), 1542–1554.
- Rathus, J. H. & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 32 (2), 146–157.
- Rind, B., Tromovitch, P. & Bausermann, R. (1998). A meta-analytic examination of assumed properties of child sexual abuse using college samples. *Psychological Bulletin*, 124, 22–53.
- Rossmann, B. R., Bingham, R. D. & Emde, R. N. (1997). Symptomatology and adaptive functioning for children exposed to normative stressors, dog attack, and parental violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36 (8), 1089–1097.
- Sack, W. H., McSharry, S., Clarke, G. N., Kinney, R., Seeley, J. & Lewinsohn, P. (1994). The Khmer Adolescent Project. I. Epidemiologic findings in two generations of Cambodian refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182 (7), 387–395.
- Saß, H., Wittchen, H. U. & Zaudig, M. (1994). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSMIV*. Göttingen: Hogrefe.
- Scheeringa, M., Wright, M. J., Hunt, J. P. & Zeanah, C. H. (2006). Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 163, 644–651.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L. & Putnam, F. W. (2005). Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 899–906.
- Schwartz, E. D. & Kowalski, J. M. (1991). Posttraumatic stress disorder after a school shooting: Effects of symptom threshold selection and diagnosis by DSMIII, DSMIII-R, or proposed. *American Journal of Psychiatry*, 148, 592–597.
- Southwick, S. M., Yehuda, R. & Charney, D. S. (1997). Neurobiological alterations in PTSD: Review of the clinical literature. In C. S. Fullerton & R. J. Ursano (Eds.). *Posttraumatic stress disorder* (pp. 241–266). Washington: American Psychiatric Press.
- Stallard, P. (2006). Psychological interventions for post-traumatic reactions in children and young people. A review of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 26, 895–911.
- Steil, R. (1997). Posttraumatische Intrusionen nach Verkehrsunfällen – Faktoren der Aufrechterhaltung. Frankfurt: Lang.
- Steil, R. (2000). Posttraumatische Belastungsstörung. In M. Hautzinger (Hrsg.), *Kognitive Verhaltenstherapie psychischer Störungen* (S. 334–377). Weinheim: PVU.
- Steil, R. & Ehlers, A. (2000). Dysfunctional meaning of posttraumatic intrusions in chronic PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 537–558.
- Steil, R. & Fücksel, G. (2006). *IBS-KJ (Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen)*. Göttingen: Hogrefe.
- Steil, R., Hempt, A. & Deffke, I. (2001). PTSD in children and adolescents. Vortrag auf dem Weltkongress der Association for the Advancement of Behavior Therapy, Vancouver, Canada, 17.–21.7.2001.
- Steil, R. & Rosner, R. (2008). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Steil, R. & Straube, E. R. (2002). Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31, 1–13.
- Stein, B. D., Jaycox, L. H., Kataoka, S. H., Wong, M., Tu, W., Elliott, M. N. & Fink, A. (2003). A mental health intervention for school children exposed to violence. *JAMA*, 290, 603–611.
- Tessler, M. & Nelson, K. (1994). Making memories: the influence of joint encoding on later recall by young children. *Consciousness and Cognition*, 3, 307–326.
- Thornton, L. (2000). The assessment of posttraumatic stress reactions in children and adolescents. In K. N. Dwivedi (Eds.) *Posttraumatic stress disorder in children and adolescents* (pp. 113–130). London: Whurr
- Unnewehr, S., Schneider, S. & Margraf, J. (1995). *Kinder-DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer.
- Wessa, M. & Flor, H. (2006). Psychobiologische Perspektiven und Therapiekonsequenzen. In A. Maercker & R. Rosner (Hrsg.), *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 18–24). Stuttgart: Thieme.
- Wethington, H. R., Hahn, R. A., Fuqua-Whitley, D. S. et al. (2008). The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 35 (8), 287–313.
- Wolmer, L., Laor, N., Gershon, A., Mayes, L.C. & Cohen, D. J. (2000). The mother-child dyad facing trauma: a developmental outlook. *The Journal of Nervous and Mental disease*, 188 (7), 409–415.
- Woon, F. L. & Hedges, D. W. (2008). Hippocampal and amygdala volumes in children and adults with childhood maltreatment-related posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Hippocampus*, 18 (8), 729–736.
- Yule, W. & Williams, R. (1990). Post traumatic stress reactions in children. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 279–295.

Andreas Maercker (Hrsg.)

Posttraumatische Belastungsstörungen

3., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage

20 Kindesmisshandlung und Vernachlässigung

G. Deegener

- 20.1 Formen der Kindesmisshandlung – 346**
- 20.2 Epidemiologie der Formen der Kindesmisshandlung – 346**
 - 20.2.1 Elterliche körperliche Misshandlung – 346
 - 20.2.2 Sexueller Missbrauch – 349
 - 20.2.3 Seelische Misshandlung – 349
 - 20.2.4 Vernachlässigung – 350
 - 20.2.5 Kinder als Zeugen von Partnergewalt – 351
- 20.3 Vergleich der Häufigkeiten der Formen der Kindesmisshandlung – 351**
- 20.4 Überlagerungen der Formen der Kindesmisshandlung – 352**
- 20.5 Folgen der Kindesmisshandlungen – 353**
 - 20.5.1 Mitbedingende Faktoren der Folgen von Kindesmisshandlungen – 353
 - 20.5.2 Allgemeine Folgen von Kindesmisshandlungen – 354
 - 20.5.3 Folgen spezifischer Formen der Kindesmisshandlungen – 356
- 20.6 Behandlungsmöglichkeiten – 358**
- Literatur – 361**

20.1 Formen der Kindesmisshandlung

Definition

Kindesmisshandlung wird definiert als eine »nicht zufällige, gewaltsame psychische und/oder physische Beeinträchtigung oder Vernachlässigung des Kindes durch Eltern/ Erziehungsberechtigte oder Dritte, die das Kind schädigt, verletzt, in seiner Entwicklung hemmt oder zu Tode bringt« (Blum-Maurice et al. 2000, S. 2).

Unterschieden werden folgende Misshandlungsformen:

- **Körperliche Misshandlung:** Darunter können mit Kindler (2006a) alle Handlungen von Eltern oder anderen Bezugspersonen verstanden werden, die durch Anwendung von körperlichem Zwang bzw. Gewalt für einen einsichtigen Dritten vorhersehbar zu erheblichen physischen oder psychischen Beeinträchtigungen des Kindes und seiner Entwicklung führen oder vorhersehbar ein hohes Risiko solcher Folgen bergen.
- **Sexueller Missbrauch:** Diese Gewaltform umfasst jede sexuelle Handlung, die an oder vor einem Kind entweder gegen den Willen des Kindes vorgenommen wird oder der das Kind aufgrund seiner körperlichen, emotionalen, geistigen oder sprachlichen Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen kann bzw. bei der es deswegen auch nicht in der Lage ist, sich hinreichend wehren und verweigern zu können.
- **Seelische Misshandlung:** Darunter wird die (ausgeprägte) Beeinträchtigung und Schädigung der Entwicklung von Kindern verstanden aufgrund z. B. von Ablehnung, Verängstigung, Terrorisierung und Isolierung. Sie beginnt beim (dauerhaften, alltäglichen) Beschimpfen, Verspotten, Erniedrigen, Liebesentzug und reicht über Einsperren, Isolierung von Gleichaltrigen und Sündenbockrolle bis hin zu vielfältigen massiven Bedrohungen einschließlich Todesdrohungen.
- **Vernachlässigung:** Nach Schone et al. (1997, S. 21) ist das die »andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns sorgverantwortlicher Personen (Eltern oder andere von

ihnen autorisierte Betreuungspersonen), welches zur Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung des Kindes notwendig wäre. Diese Unterlassung kann aktiv oder passiv sein (unbewusst), aufgrund unzureichender Einsicht oder unzureichenden Wissens erfolgen«.

20.2 Epidemiologie der Formen der Kindesmisshandlung

20.2.1 Elterliche körperliche Misshandlung

Trotz sehr unterschiedlicher Untersuchungsstichproben und -methoden hinsichtlich der erfragten elterlichen körperlichen Gewalthandlungen in der Erziehung,

- der Befragten (u. a. Kinder/Jugendliche oder Eltern),
- der Zeiträume der Periodenprävalenz (z. B. bis Vollendung des 12. oder 16. Lebensjahres oder in der gesamten Jugend),
- des Erhebungszeitraumes (zwischen 1992–2008) sowie
- der Kategorienbildungen nach unterschiedlichen Ausprägungsgraden der körperlichen Gewalthandlungen (z. B. leichte Züchtigung/schwere Züchtigung/seltene Misshandlung/gehäufte Misshandlung)

wurde in ■ Tab. 20.1 der Versuch unternommen, die Ergebnisse der Untersuchungen den beiden Kategorien zuzuordnen:

- körperliche Misshandlung und
- körperliche Züchtigung.

Dementsprechend erfolgt in ■ Tab. 20.2 der Versuch, die Untersuchungsergebnisse vier Kategorien zuzuordnen, wobei auch Beispielimte/kategorien aus den verschiedenen Studien angeführt werden, die den Einstufungen nach den vier Ausprägungsgraden körperlicher Gewalt zugrunde gelegt wurden.

Zusammengefasst ergibt sich, dass seit 1992 eine deutliche Abnahme der elterlichen körperlichen Bestrafung auftrat. Allerdings betrifft dieser Rückgang ganz überwiegend die leichte und schwere Züchtigung, während bei der körperlichen Misshandlung

Tab. 20.1. Prävalenz elterlicher körperlicher Misshandlung und Züchtigung in Deutschland

| Stichproben | Körperliche Misshandlung | Körperliche Züchtigung |
|--|--|--|
| Zuordnung nach: <ul style="list-style-type: none"> ■ Alter der Befragten ■ Anzahl der Befragten ■ Zeitraum der Periodenprävalenz ■ Erhebungszeitraum ■ Autoren | [%] | |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 16–59 Jahre ■ N=3.249 ■ Kindheit und Jugend ■ 1992 ■ Pfeiffer u. Wetzels, 1997; Wetzels u. Pfeiffer, 1997 | 10,6 | 74,5 |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ ≥18 Jahre ■ N=961 ■ bis zum vollendeten 16. Lebensjahr ■ 2000 ■ Libal u. Deegener, 2005 | 10,6 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Schüler der 9. und 10. Jahrgangsstufe ■ N=16.190 ■ 1998 a) bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres (Kindheit) b) in den letzten 12 Monaten vor der Befragung (Jugendzeit) ■ Pfeiffer et al. 1999 | a) 9,8 b) 7,2 | a) 46,8 b) 34,8 |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Schüler der 9. Jahrgangsstufe ■ N=8.490 a) bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres, Erhebungszeitraum: 1998, N=7.205 b) in den letzten 12 Monaten vor der Befragung, Erhebungszeitraum: 1998, N=7.205 c) bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres, Erhebungszeitraum: 2005/06, N=8.490 d) in den letzten 12 Monaten vor der Befragung, Erhebungszeitraum: 2005/06, N=7205 ■ Baier, 2008 | a) 9,9 b) 6,1 c) 9,5 d) 5,6 | a) 49,2 b) 36,7 c) 38,7 d) 27,9 |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Eltern ab 25 Jahren mit Kindern unter 18 Jahre sowie Kinder/Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren a) Kinder- und Jugendlichenbefragung, Erhebungszeitraum: 1992, N=2.400 b) Elternbefragung, 1996, N=1.600 c) Elternbefragung, Erhebungszeitraum: 2001, N=3.000 d) Elternbefragung, 2005, N=1.000 e) Kinder- und Jugendlichenbefragung, Erhebungszeitraum: 2002, N=2.000 f) Kinder- und Jugendlichenbefragung, Erhebungszeitraum: 2005, N=1.000 ■ Bussmann, 2002a, b, c, 2005, 2006 | a) 18,1 b) 23,7 c) 17,1 d) 12,5 e) 16,3 f) 21,3 | a) 47,7 b) 56,3 c) 54,3 d) 57,1 e) 63,3 f) 46,7 |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Mütter (mittleres Alter 34,5 Jahre) mit Kindern im Alter von 3–6 Jahren ■ N=470 ■ bisher im Leben des Kindes a) Mütter: Einstufung durch Interviewer aufgrund der Angaben der Mütter b) Väter: Einstufung durch Interviewer aufgrund der Angaben der Mütter ■ Hahlweg et al., 2008 | a) 13,2 b) 9,4 | a) 59,6 b) 49,0 |

Tab. 20.2. Prävalenz körperlicher Misshandlung und Züchtigung in Deutschland, jeweils getrennt für geringen und starken Ausprägungsgrad der elterlichen körperlichen Bestrafung

| Elterliche körperliche Bestrafung | Ausprägungsgrad | Beispielitems/-kategorien | Häufigkeiten in einzelnen Untersuchungen |
|-----------------------------------|-------------------|--|--|
| | | | [%] |
| Körperliche Misshandlung | Gering ausgeprägt | Selten geprügelt oder zusammengeschlagen worden Selten gewürgt worden Selten mit Faust geschlagen worden Selten misshandelt worden (= allenfalls selten geprügelt, zusammengeschlagen, mit Faust geschlagen oder getreten worden) Oft Gebrauch körperlicher Bestrafung erlebt | 5, 5, 6, 6, 8, 10 |
| | Stark ausgeprägt | Mehr als selten (= manchmal, häufig, sehr häufig) geprügelt oder zusammengeschlagen worden Mehr als selten gewürgt worden Mehr als selten mit Faust geschlagen worden Gehäuft misshandelt worden (= manchmal oder häufiger geprügelt, zusammengeschlagen, mit Faust geschlagen oder getreten worden) Gewaltbelastete Erziehung = überdurchschnittliche Häufigkeit bei schweren Körperstrafen (z. B. Tracht Prügel, mit Stock kräftig auf den Po schlagen) Sehr oft Gebrauch körperlicher Bestrafung erlebt | 2, 3, 3, 5, 5, 5, 13, 16, 17, 18, 19, 21, 24 (6, 6, 10, 10 für gering + stark ausgeprägt) |
| Körperliche Züchtigung | Gering ausgeprägt | Selten mit Gegenstand nach mir geworfen worden Selten eine runtergehauen worden Selten hart angepackt oder gestoßen worden Leicht gezüchtigt worden (= allenfalls manchmal mit Gegenstand beworfen, hart angepackt oder gestoßen worden oder eine runtergehauen bekommen, aber nie z. B. mit Gegenstand geschlagen, zusammengeschlagen oder getreten worden) Weitgehender Verzicht auf Körperstrafen erlebt Gelegentlichen Gebrauch körperlicher Bestrafung erlebt | 10, 12, 13, 17, 21, 21, 21, 25, 27, 27, 30, 32, 36, 39, 46 |
| | Stark ausgeprägt | Mehr als selten (= manchmal, häufig, sehr häufig) mit Gegenstand nach mir geworfen worden Mehr als selten eine runtergehauen bekommen Mehr als selten hart angepackt oder gestoßen worden Schwer gezüchtigt worden (= häufiger als manchmal mit Gegenstand beworfen, hart angepackt/gestoßen worden oder eine runtergehauen bekommen sowie mindestens selten mit Gegenstand geschlagen worden, aber nie z. B. zusammengeschlagen oder getreten worden) konventionelle Erziehung erlebt (= häufiger Anwendung leichter körperlicher Strafen, aber weitgehend Verzicht auf schwere Körperstrafen) Üblicherweise moderaten Gebrauch körperlicher Bestrafung erlebt | 7, 8, 10, 13, 14, 17, 18, 31, 38, 47, 48, 57, 54, 56, 63 |

■ **Tab. 20.3.** Formen der elterlichen körperlichen Erziehungsgewalt 2008: Spannbreiten der Häufigkeiten

| Völlig bis weitgehend körperstrafenfreie Erziehung | Züchtigung | | Misshandlung | |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | Leichte bzw. seltene | Schwere bzw. häufige | Leichte bzw. seltene | Häufige bzw. schwere |
| 25–35% | 30–40% | 15–20% | 5–10% | 5% |

in den letzten Jahren kaum Veränderungen auftraten (Bussmann, 2006, S. 5 u. 21; Baier, 2008, S. 50). Die Spannbreiten der Häufigkeiten der Formen elterlicher körperlicher Erziehungsgewalt für das Kindes- und Jugendalter für 2008 zeigt ■ Tab. 20.3.

20.2.2 Sexueller Missbrauch

Für den deutschsprachigen Raum geht Ernst (2005, S. 77) aufgrund ihrer Übersicht davon aus, dass etwa 10–15% der befragten Frauen sowie etwa 5% der Männer bejahen, bis zum Alter von 14 oder 16 Jahren »mindestens einen unerwünschten oder durch die ‚moralische‘ Übermacht einer deutlich älteren Person oder durch Gewalt erzwungenen sexuellen Körperkontakt« erlebt zu haben. Grob zusammengefasst ergeben sich aufgrund eigener Untersuchungen

■ **Tab. 20.4.** Häufigkeiten für verschiedene Schweregrade sexuellen Missbrauchs

| Intensität des sexuellen Missbrauchs | [%] |
|--|-----|
| Sehr intensiver sexueller Missbrauch versuchte oder vollendete vaginale, anale oder orale Vergewaltigung; Opfer musste Täter oral befriedigen oder anal penetrieren | 15 |
| Intensiver sexueller Missbrauch Opfer musste vor Täter masturbieren; Täter masturbierte vor Opfer; Täter fasste Opfer an die Genitalien an; Opfer musste Täter an die Genitalien anfassen; Opfer musste Täter die Genitalien zeigen | 35 |
| Weniger intensiver sexueller Missbrauch Täter versuchte, die Genitalien des Opfers anzufassen; Täter fasste Brust des Opfers an; sexualisierte Küsse, Zungenküsse | 35 |
| Sexueller Missbrauch ohne Körperkontakt Exhibitionismus; Opfer musste sich Pornos anschauen; Täter beobachtete Opfer beim Baden | 15 |

(Bange & Deegener, 1996; Libal & Deegener, 2005) und der Literaturdurchsicht etwa die in ■ Tab. 20.4 aufgeführten Häufigkeiten für verschiedene Schweregrade sexuellen Missbrauchs. Ungefähr zwei Drittel aller Fälle erfolgen einmalig oder im Verlauf eines Tages, aber insbesondere beim familiären Missbrauch tritt häufig längerer Missbrauch über Monate und auch Jahre auf.

20.2.3 Seelische Misshandlung

Die Datenlage in Deutschland zur Häufigkeit seelischer Misshandlung ist als völlig ungenügend zu bezeichnen. Ein kleiner Anfang kann in den folgenden Zahlen von Bussmann (2005) zur Häufigkeit (zusammengefasst: sehr häufig/häufig/manchmal/selten/1- bis 2-mal) verschiedener Erziehungsmaßnahmen gesehen werden (■ Tab. 20.5).

Danach muss eher von einer leichten Zunahme von seelischen und anderen elterlichen Sanktionen ausgegangen werden.

In diese Richtung weisen auch Befunde von Baier (2008) über eine Abnahme elterlicher Zuwendung (u. a. Belobigung, in den Arm nehmen, trösten):

Der Rückgang ... bedeutet, dass während 1998 noch 74,7% aller Jugendlichen von einer hohen Zuwendung berichteten, dies 2005/06 nur noch 71,6% taten (Baier, 2008, S. 51).

Tab. 20.5. Vergleich der Häufigkeiten seelischer und anderer elterlicher Erziehungsmaßnahmen. (Nach Busmann 2005, S. 45f) (%)

| | Elternbefragung | | Kinder- und Jugendlichenbefragung | | |
|-------------------------------|-----------------|------|-----------------------------------|------|------|
| | 2001 | 2005 | 1992 | 2002 | 2005 |
| Kind niederbrüllen | 40,0 | 45,7 | 52,5 | 57,2 | 65,1 |
| Nicht mehr Reden mit dem Kind | 29,1 | 25,3 | 36,8 | 43,6 | 42,1 |
| Taschengeldkürzung | 44,6 | 45,6 | 34,5 | 38,9 | 42,8 |
| Ausgehverbot | 57,6 | 57,5 | 64,1 | 68,9 | 72,0 |
| Fernsehverbot | 72,9 | 75,0 | 66,8 | 71,5 | 71,3 |

20.2.4 Vernachlässigung

Unter der Lupe

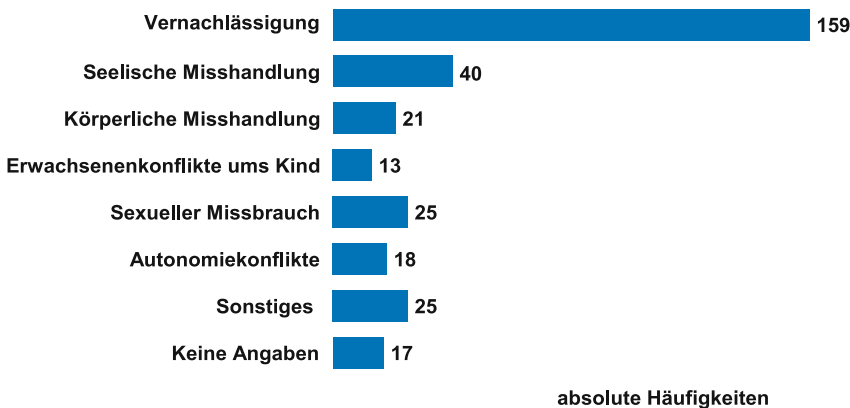
Auch zur Vernachlässigung liegen in Deutschland keine empirisch hinreichend erhobenen Angaben zur Häufigkeit vor, wobei die Schätzungen zwischen 50.000 und 500.000 Kindern liegen, die in Deutschland unter Vernachlässigung leiden (Esser u. Weinel, 1990; Schone et al., 1997).

Münder et al. (2000) forderten Fachkräfte von Jugendämtern auf, diejenige Gefährdungslage zu be-

nennen, die im jeweiligen Fall ausschlaggebend zur Einschaltung des Familiengerichts beitrug. In der Hälfte der Fälle wurde Vernachlässigung als zentrale Gefährdungskategorie angegeben, gefolgt von seelischer Misshandlung, die allerdings nur mit 12,6% als zentrale Gefährdungskategorie angeführt wurde (Abb. 20.1).

Zusammengefasst kann zur Häufigkeit der Vernachlässigung für Deutschland mit Schleifer (2002) nur Folgendes formuliert werden:

Bei aller Vorsicht kann man aber doch davon ausgehen, dass es zur Vernachlässigung häufiger kommt als zu Misshandlung und Missbrauch (Schleifer, 2002, S. 4).



Sonstiges: Überforderung/Unfähigkeit der Erziehungsperson, Drogenkonsum der Eltern, mangelnde Förderung des Kindes/kein Schulbesuch, mangelnde Gesundheitsfürsorge und Verschuldung, Obdachlosigkeit und Armut

Abb. 20.1. Hauptsächliche Gefährdungslagen (N=318). (Nach Münder et al., 2000)

! Und für die Jugendhilfepraxis meint Kindler (2006b) in diesem Zusammenhang:

Für Deutschland ist nicht bekannt, inwieweit zumindest schwerwiegende Fälle von Vernachlässigung zuverlässig und rasch erkannt werden (Kindler, 2006b, S. 3).

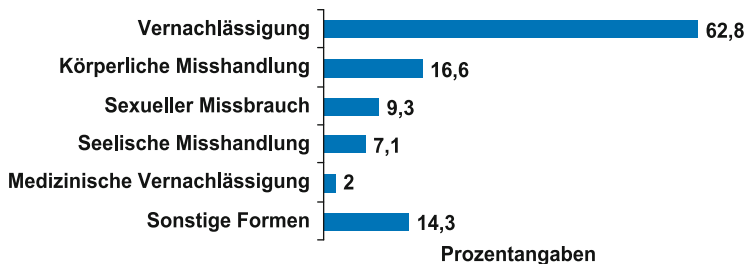
Die Realität ist wohl eher als unbefriedigend zu beurteilen.

20.2.5 Kinder als Zeugen von Partnergewalt

Müller u. Schröttle (2004, S. 30) befragten repräsentativ Frauen im Alter von 16–85 Jahren nach erlittener Partnergewalt, wobei mindestens jede vierte Frau (25%), die in einer Partnerschaft gelebt hat, körperliche (23%) oder – zum Teil zusätzlich – sexuelle Übergriffe (7%) durch einen Beziehungspartner ein- oder mehrmals erlebt hat. Von den Frauen, die Gewalt in der Partnerschaft erlebt hatten, gaben 23% an, die Kinder hätten davon nichts mitbekommen und 11%, sie wüssten nicht, ob die Kinder etwas davon mitbekommen haben (a.a.O., S. 277). In den meisten Fällen aber hatten die Kinder die Gewalt der Eltern miterlebt oder gerieten sogar in die tätliche Auseinandersetzung mit hinein (Tab. 20.6).

20.3 Vergleich der Häufigkeiten der Formen der Kindesmisshandlung

Aufgrund der unzureichenden Datenlage kann ein Vergleich der Häufigkeiten der verschiedenen Misshandlungsformen für Deutschland nicht erfolgen.



■ **Abb. 20.2.** Häufigkeiten der Misshandlungsformen in den USA 2005 (U.S. Department of Health & Human Services, 2007, S. 27)

■ **Tab. 20.6.** Beteiligung der Kinder am Gewaltgeschehen bei Gewalt in Partnerschaften nach Aussagen gewaltbetroffener Frauen (Müller & Schröttle, 2004; Mehrfachnennungen möglich; Fallbasis: alle gewaltbelasteten Partnerschaften mit Kindern im Haushalt, N=485)

| Kinder ... | [%] |
|--|------|
| ... haben die Situation angehört | 57,1 |
| ... haben die Situation gesehen | 50,0 |
| ... gerieten in die Auseinandersetzung mit hinein | 20,6 |
| ... haben versucht, mich zu verteidigen oder zu schützen | 25,0 |
| ... haben versucht, meinen Partner zu verteidigen | 2,0 |
| ... wurden selbst körperlich angegriffen | 9,8 |
| ... haben nichts mitbekommen | 23,0 |
| Man weiß nicht, ob Kinder etwas mitbekommen haben | 11,1 |
| Keine Angaben | 0,4 |

Für die USA ergaben sich zur Häufigkeit der Misshandlungsformen für 2005 die in Tab. 20.2 aufgeführten Prozentzahlen, wobei die herausragende Bedeutung der Vernachlässigung deutlich wird.

Bei einem Drittel der Fälle erfolgte die Vernachlässigung im Alter bis zu 3 Jahren, und bis zu 7 Jahren waren es 59,2% der Fälle (ein vergleichbares Ergebnis findet sich in Deutschland bei Münder et al., 2000; s. Mutke 2001, S. 3). Ein solcher Gipfel in den ersten Lebensjahren liegt bei den anderen Misshandlungsarten bis auf die hier gesondert erfasste medizinische Vernachlässigung nicht vor (Tab. 20.3). Bei den beiden Vernachlässigungsarten besteht gegenüber den anderen Misshandlungsarten ein eindeutiger Gipfel in den ersten 3 Jahren bei kontinuierlicher Abnahme

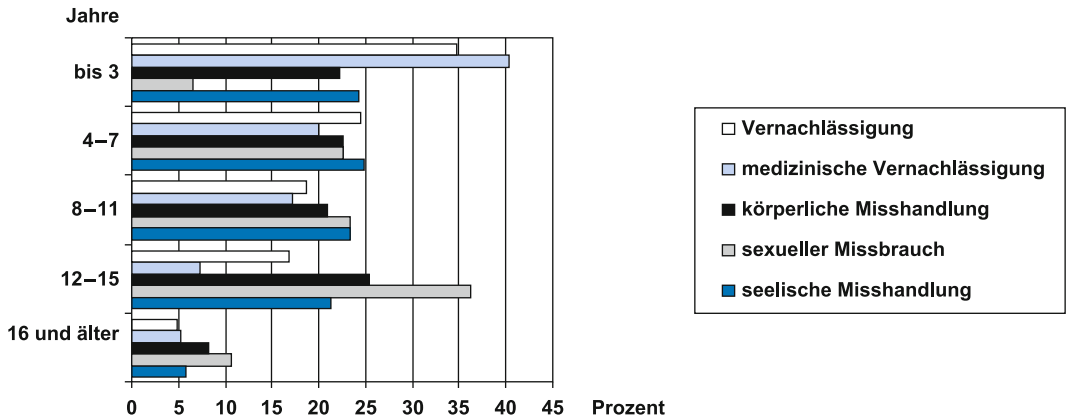


Abb. 20.3. Alter der Kinder und Häufigkeit der Misshandlungsarten in den USA 2005 (U.S. Department of Health & Human Service, 2007, S. 49)

in den späteren Altersgruppen, allerdings immer noch im Vergleich zu den anderen Misshandlungsarten bedeutsam hohen Häufigkeiten. Das Ausmaß der körperlichen sowie der seelischen Misshandlung liegt relativ konstant zwischen 20% und 25% und nimmt erst ab einem Alter von 16 Jahren ab.

Unter der Lupe

Der sexuelle Missbrauch weist einen Häufigkeitsgipfel mit 36% bei den 12–15 Jahre alten Kindern auf, bei den 4–7 Jahren alten sowie 8–11 Jahre alten Kindern sind es jeweils etwa 23%, bei den Kindern bis zu 3 Jahren 6,6%.

Tab. 20.7. Anzahl von Todesfällen nach Misshandlungsarten in den USA 2005 (U.S. Department of Health & Human Sciences, 2007, S. 63)

| Misshandlungsart | Häufigkeit von Todesfällen |
|---|----------------------------|
| | [%] |
| Vernachlässigung | 42,2 |
| Multiple Misshandlungsarten | 27,3 |
| Körperliche Misshandlung | 24,1 |
| Seelische Misshandlung + sonstige + unbekannt | 3,7 |
| Medizinische Vernachlässigung | 2,5 |
| Sexueller Missbrauch | 0,3 |

Für 2005 wurden in den USA 1.460 Todesfälle infolge Kindesmisshandlung angenommen, wobei bei drei Viertel dieser Todesfälle die Kinder jünger als 4 Jahre waren. Die Anzahl der Todesfälle nach verschiedenen Misshandlungsarten (Tab. 20.7) zeigt auf, dass allein 42,2% auf Vernachlässigung zurückgeführt wurden, wobei 2,5% der Todesfälle nach medizinischer Vernachlässigung dieser Misshandlungsform noch hinzugerechnet werden müssten – Todesfälle z. B. nach körperlicher Misshandlung folgten mit 24,1%.

Es gilt wohl allgemein für die westlichen Länder, dass Vernachlässigung als die häufigste Form der Kindesmisshandlung anzusehen ist (Australian Institute of Health and Welfare, 2006; Department for Education and Skills, 2006; Scottish Executive National Statistics Publication, 2006).

20.4 Überlagerungen der Formen der Kindesmisshandlung

Im deutschsprachigen Raum stehen in der klinischen Praxis und Forschung immer noch zu häufig und »scheuklappenartig« einzelne Formen der Kindesmisshandlung (insbesondere der sexuelle Missbrauch) im Blickpunkt. Dies trotz einiger schon seit längerer Zeit vorliegender Untersuchungen, in de-

nen eine hohe Überlagerung der verschiedenen Formen der Kindesmisshandlung sowie der Partnergewalt gefunden wurde (Pfeiffer & Wetzels, 1997; Richter-Appelt 1994; Thyen et al., 2000). In Bezug auf die möglichen Folgen von Kindesmisshandlungen sind weitere multiple Traumatisierungen durch unterschiedliche Misshandlungsformen im zeitlichen Verlauf zu beachten. So untersuchten z. B. Jonson-Reid et al. (2003) prospektiv für verschiedene Misshandlungsformen (sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung, Vernachlässigung, emotionale Misshandlung, anderweitige Misshandlung), wie häufig und von welcher Form erneute Misshandlungen der Opfer in einem Zeitraum von 54 Monaten nach der zuerst bekannt gewordenen Misshandlung auftraten. Für die o. a. Misshandlungsformen ergaben sich in diesem Zeitraum erneute Viktimisierungen zwischen 10,7% und 17,2% (bei Verwendung auch nicht als gesichert angesehener Misshandlungsangaben fanden sich erneute Viktimisierungen zwischen 34,7% und 50,2%). Dabei trat bei den gesicherten Diagnosen für alle o. a. Misshandlungsformen im weiteren zeitlichen Verlauf am häufigsten auf:

- Vernachlässigung (12,4%), gefolgt von
- körperlicher Misshandlung (2,6%),
- sexuellem Missbrauch (2,3%),
- emotionaler Misshandlung (0,8%) sowie
- anderweitiger Misshandlung (0,8%).

Bei Einbeziehung der nicht gesicherten Misshandlungsvorwürfe wurden folgende Häufigkeiten erneuter Viktimisierung gefunden:

- Vernachlässigung zu 34,6%,
- körperliche Misshandlung zu 16,5%,
- sexueller Missbrauch zu 6,0%,
- emotionale Misshandlung zu 4,9% und
- anderweitiger Misshandlung zu 7,4%.

! Es zeigt sich, dass Kinder, bei denen eine Misshandlung bekannt wurde, später ein hohes Risiko aufweisen, erneut misshandelt zu werden.

20.5 Folgen der Kindesmisshandlungen

20.5.1 Mitbedingende Faktoren der Folgen von Kindesmisshandlungen

In einem Handbuch über posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) erscheint die Mahnung angebracht, das die Folgen nach Traumatisierungen durch Kindesmisshandlungen individuell äußerst verschieden sein können und vielfach eine sehr viel breitere Symptomatik vorliegt, als es die diagnostischen Kriterien der gängigen Klassifikationssysteme zu Traumafolgestörungen aufweisen (► Kap. 5). Neben den angeführten Überlagerungen verschiedener Formen der Kindesmisshandlung (sowie der Partnergewalt) liegt dies einmal an weiteren Formen der Gewalt, denen Kinder und Jugendliche ausgesetzt sein können wie z. B. Gewalt

- durch Geschwister,
- im sozialen Umfeld,
- in der Schule,
- in Medien und Computerspielen sowie

Formen struktureller Gewalt wie z. B.

- Armut,
- mangelnde Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern,
- unterschiedliche Sozialisation/Erziehung von Mädchen und Jungen,
- fehlende Ausbildungsplätze bei Jugendlichen,
- Arbeitslosigkeit und
- mangelnde Zukunftschancen.

Weiter müssen auch die möglichen vielfältigen Auswirkungen von Belastungen der Eltern und Kinder berücksichtigt werden, die sich ableiten lassen aus biopsychosozialen Modellvorstellungen zu den Ursachen von Kindesmisshandlungen (ausführliche Übersicht bei Bender u. Lösel, 2005):

1. individuelle Ebene (z. B. Merkmale der Biographie und Persönlichkeit wie belastete Kindheit, psychische Störungen, Drogen- oder Alkoholmissbrauch, physische Behinderungen, Minderbegabungen verbunden mit mangelnden Fähigkeiten im Umgang mit Stress und bei der Lösung von Konflikten, mangelndes Wissen über die Entwicklung von Kindern);

2. familiäre Ebene (u. a. Partnerkonflikte, gestörte Eltern-Kind-Beziehungen, beengte Wohnverhältnisse);
3. soziale/kommunale Ebene (z. B. kein sozial unterstützendes Netzwerk der Familie, hohe Kriminalitätsrate in der Gemeinde, sozialer Brennpunkt) und
4. gesellschaftlich-kulturelle Ebene (z. B. hohe Armutsquote, Toleranz gegenüber aggressiven/gewaltförmigen Konfliktlösungen; Macht- und Beziehungsgefälle zwischen den Geschlechtern).

Innerhalb dieser Ebenen und auch zwischen ihnen bestehen zahlreiche Wechselwirkungen, bei denen spezifische Faktorenkombinationen im Gesamtkontext die Wahrscheinlichkeit von Misshandlungen erhöhen (Risikofaktoren) oder auch reduzieren (Schutzfaktoren, Ressourcen) können (■ Abb. 20.4). Dabei geht es letztlich nicht nur um Kindesmisshandlungen, sondern ganz generell um Kindeswohlgefährdungen bzw. um äußerst komplexe Bedingungsgefüge, die die kindliche Entwicklung in misshandelnden wie auch nichtmisshandelnden Familien negativ bzw. positiv beeinflussen können.

Unter der Lupe

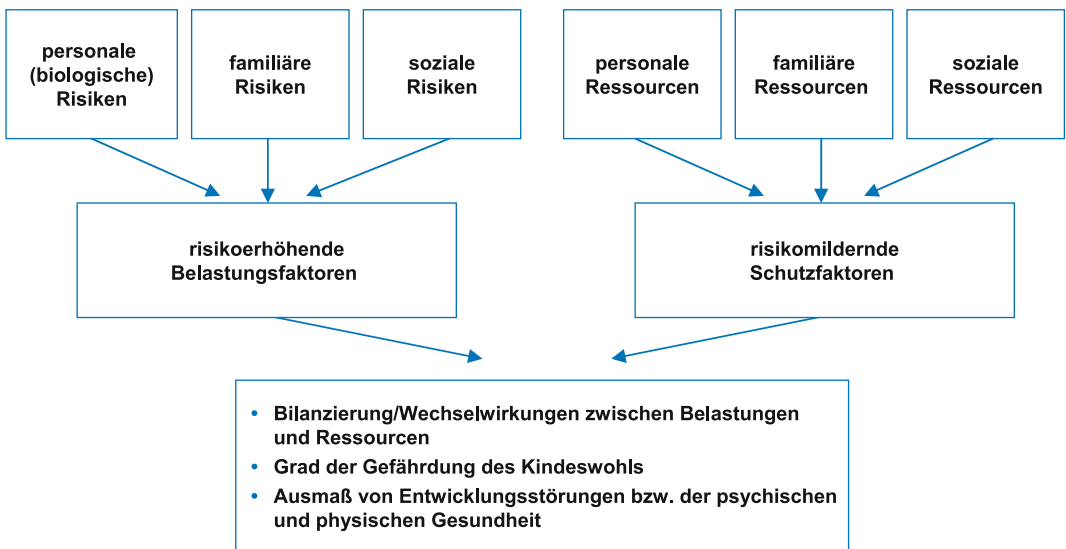
In Bezug auf Kinder führen

- personale Ressourcen (z. B. gute Intelligenz, ausgeglichenes Temperament in der frühen Kindheit) sowie
- familiäre und soziale Ressourcen (z. B. erfahrene Eltern, viele Entwicklungs- und Lernanreize, positive soziale Kontakte/Kompetenz)

in ihren Wechselwirkungen zur Resilienz (= Widerstandsfähigkeit, »Unverwundbarkeit«), d. h. zur Fähigkeit, auch ausgeprägtere Lebensbelastungen mehr oder weniger erfolgreich bewältigen/überstehen zu können (► Kap. 5).

20.5.2 Allgemeine Folgen von Kindesmisshandlungen

Zunächst seien nach Moggi (2005) Folgen wiedergegeben (■ Tab. 20.8), die nach allen Formen der Kindesmisshandlung häufig zu beobachten sind, wobei aber erneut zu beachten ist, dass diese Folgen letztlich unspezifisch sind, sich also auch bei Kindern und Jugendlichen ohne Kindesmisshandlungen finden.



■ **Abb. 20.4.** Biopsychosoziale Modellvorstellungen zu den Risiko- und Schutzfaktoren

Tab. 20.8. Überblick über entwicklungsabhängige Folgen von Kindesmisshandlung. (Nach Moggi, 2005, S. 92)

| Vorschulalter | Schulalter | Adoleszenz |
|---|--|---|
| Gefrorener Blick (weit offene Augen in unbeweglichem Gesicht: Kind hat gelernt nicht zu schreien, um nicht erneut bestraft zu werden) | | |
| Emotionslose Reaktion bei Trennung von den Eltern | | |
| Mangelndes Vertrauen in wichtige Bezugspersonen | | |
| Übermäßiges Vertrauen in fremde Personen | | |
| Entwicklungsrückstand (motorisch, kognitiv, emotional, sozial) | Entwicklungsrückstand (motorisch, kognitiv, emotional, sozial) | |
| Essstörungen | | Anorexie/Bulimie/Adipositas |
| Schlafstörungen | Schlafstörungen | Schlafstörungen |
| Ängstliches Verhalten | Ängstlichkeit | Ängstlichkeit/Angststörungen |
| Depressive Symptome | Depressive Symptome | Depression |
| Davonlaufen | Davonlaufen | Davonlaufen |
| Aggressives/hyperaktives Verhalten | Aggressives/hyperaktives Verhalten | Aggressives Verhalten |
| Unfallneigung | Unfallneigung | |
| Nicht altersgemäßes sexuelles Verhalten | Nicht altersgemäßes sexuelles Verhalten/detailliertes Wissen über sexuelle Aktivitäten | Prostitution |
| | Fehlendes Selbstvertrauen | Selbstentwertung |
| | Suizidalität | Suizidalität |
| | Soziale Isolation | |
| | Schulschwierigkeiten | Schulschwierigkeiten/ Probleme an Lehrstelle |
| | Vergehen gegen das Gesetz | Vergehen gegen das Gesetz |
| | Bettnässen/Einkoten | |
| | Psychosomatische Beschwerden (z. B. chronische Kopf-, Bauchschmerzen) | Psychosomatische Beschwerden (z. B. chronische Kopf-, Bauchschmerzen) |
| | | Substanzgebundenes Suchtverhalten |
| | | Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen |

20.5.3 Folgen spezifischer Formen der Kindesmisshandlungen

Körperliche Misshandlung

In diesem Abschnitt seien nur einige Veröffentlichungen mit Überblicken zu physischen Folgen von Kindesmisshandlung aufgeführt:

- Verletzungsfolgen bei körperlicher Misshandlung (Herrmann, 2005a, b; Kindler, 2006d),
- anogenitale Befunde und Geschlechtskrankheiten nach sexuellem Missbrauch (Bange, 2002; Herrmann, 2002),
- nichtorganische Gedeihstörungen nach Vernachlässigung (Block et al., 2005) sowie
- psychobiologische, neurophysiologische und neuroendokrinologische Folgen von körperlicher Misshandlung und Vernachlässigungen (Glaser, 2002).

Einen umfassenden Überblick zur medizinischen Diagnostik und Intervention geben Herrmann et al. (2008).

Sexueller Missbrauch

Die Übersicht von Kendall-Tackett et al. (2005) zur Symptomatik nach sexuellem Missbrauch (■ Tab. 20.9) spiegelt die Ergebnisse der meisten Untersuchungen wider, dass sexuell missbrauchte Kinder mehr psychische Symptome und Verhaltensstörungen aufweisen als nichtmissbrauchte Kinder und dass es keine spezifischen Auswirkungen gibt, wohl aber eine große Spannweite der möglichen Folgen. Allerdings wurden bei etwa einem Drittel der missbrauchten Kinder keine Symptome gefunden. Dieses Resultat wird u. a. erklärt durch:

- wenig intensiv erlittenen Missbrauch,
- Messinstrumente, die die speziellen Folgen von sexueller Gewalt nicht angemessen erfassen,
- sog. »schlafende Effekte«, d. h. einige Symptome könnten sich vielleicht erst zu einem späteren Zeitpunkt entwickeln,
- Verdrängungsprozesse,
- die häufig zu wenig berücksichtigten Stärken, Selbstheilungspotenziale, Konfliktbewältigungsfähigkeiten der Kinder,
- positive psychosoziale Unterstützung,

- mangelnde – moralische, gedankliche – Bewertungsmöglichkeiten des sexuellen Missbrauchs z. B. bei sehr jungen oder geistig behinderten Opfern,
- frühes Glauben an die Aussagen des Kindes und entsprechende familiäre Unterstützung und Hilfen bei der Verarbeitung des Erlebten (auch in einer früh vermittelten Therapie).

Die Folgen von Kindesmisshandlungen sind – hier am Beispiel des sexuellen Missbrauchs – auch abhängig von:

- Täter-Opfer-Beziehung,
- Intensität, Dauer und Häufigkeit des Missbrauchs,
- Anwendung von Drohung und Gewalt,
- Alter des Opfers,
- Altersdifferenz zwischen Opfer und Täter,
- Länge des Verschweigens,
- Elternreaktionen,
- institutionellen Reaktionen wie z. B. Heimunterbringung,
- erfolgter oder nicht erfolgter Therapie,
- Vorliegen weiterer Misshandlungsformen (körperliche und seelische Misshandlung, Vernachlässigung),
- weiteren Belastungsfaktoren in der Entwicklung und Familie des Opfers usw.

Seelische Misshandlung

Kindler (2006c) fasst aufgrund seiner Übersicht den Forschungsstand zu den Folgen seelischer Misshandlung folgendermaßen zusammen:

Derzeit liegen etwa 20 Längsschnittstudien vor, die mögliche Folgen einzelner Aspekte psychischer Misshandlung untersucht haben. Wiederholt und auch über lange Zeiträume von mehr als zehn Jahren bestätigt wurden dabei Zusammenhänge zwischen der feindseligen Ablehnung eines Kindes und dem Entstehen aggressiver bzw. delinquenten Verhaltensmuster. Auch depressive Symptome und Suchtmittelgebrauch finden sich längsschnittlich häufiger bei Kindern, die in der Herkunftsfamilie abgelehnt wurden. Einige weitere Studien haben sich auf ausgewählte, etwas besser beobachtbare Verhaltensweisen, wie häufige verbale Aggressionen, Drohungen oder ständige Kritik am Kind, konzentriert, die als Hinweise

Tab. 20.9. Prozentsätze der sexuell missbrauchten Kinder mit Symptomen. (Nach Kendall-Tackett et al., 2005, S. 187)

| Symptom | Anzahl der Studien | N | % mit Symptomen | Range der % |
|------------------------------------|--------------------|-------|-----------------|-------------|
| Angst | 8 | 688 | 28 | 14–68 |
| Furcht | 5 | 477 | 33 | 13–45 |
| Posttraumatische Belastungsstörung | | | | |
| — Alpträume | 5 | 605 | 31 | 18–68 |
| — allgemein | 4 | 151 | 53 | 20–77 |
| Depression | | | | |
| — depressiv | 6 | 753 | 28 | 19–52 |
| — zurückgezogen | 5 | 660 | 22 | 4–52 |
| — suizidal | 6 | 606 | 12 | 0–45 |
| Geringer Selbstwert | 5 | 483 | 35 | 4–76 |
| Somatische Beschwerden | 6 | 540 | 14 | 0–0 |
| Psychische Krankheit | | | | |
| — neurotisch | 3 | 113 | 30 | 20–38 |
| — andere | 3 | 533 | 6 | 0–19 |
| Aggression | | | | |
| — aggressiv, antisozial | 7 | 658 | 21 | 13–50 |
| — delinquent | 1 | 25 | 8 | 8 |
| Sexualisiertes Verhalten | | | | |
| — unangebrachtes Sexualverhalten | 13 | 1.353 | 28 | 7–90 |
| — Promiskuität | 2 | 128 | 38 | 35–48 |
| Schul- und Lernprobleme | 9 | 652 | 18 | 4–32 |
| Verhaltensprobleme | | | | |
| — Hyperaktivität | 2 | 133 | 17 | 4–28 |
| — Regression/Unreife | 5 | 626 | 23 | 14–44 |
| — ungesetzliche Handlungen | 4 | 570 | 11 | 8–27 |
| — Weglaufen | 6 | 641 | 15 | 2–63 |
| — allgemein | 2 | 66 | 37 | 28–62 |
| Selbstzerstörerisches Verhalten | | | | |
| Substanzmittelgebrauch | 5 | 786 | 11 | 2–46 |
| selbstverletzendes Verhalten | 3 | 524 | 15 | 1–71 |
| Zusammengesetzte Symptome | | | | |
| — Internalisierung | 3 | 295 | 30 | 4–48 |
| — Externalisierung | 3 | 295 | 23 | 6–38 |

auf psychische Misshandlung angesehen werden können, und berichten längsschnittlich überwiegend moderat starke negative Zusammenhänge zu Lebensfreude, Aggressivität, Selbstvertrauen und Selbstkontrolle des Kindes (Kindler, 2006c, S. 2).

Vernachlässigung

Die Übersicht zu den möglichen vielfältigen Folgen von Vernachlässigung (► Übersicht) stützt sich auf Hildyard u. Wolfe (2002), Kindler (2006b) sowie Deegener u. Körner (2008).

Forschungsergebnissen über die Folgen von Vernachlässigung

1. Klein- und Vorschulkinder
 - a) Kognitive Entwicklung
Stark verzögerte frühkindliche emotionale, kognitive, sprachliche, motorische, soziale Entwicklung; leicht frustrierbar; geringer IQ; wenig altersgemäßes Spiel.
 - b) Moralische Entwicklung
Vernachlässigte Kinder reagieren eher mit negativen Emotionen auf mütterliche Anforderungen, während körperlich misshandelte Kinder eher ihren Ärger unterdrücken und eher folgsam sind.
 - c) Sozial und emotionale Entwicklung; Verhaltensauffälligkeiten
Unsichere, desorganisierte Bindung; negatives Selbstbild; sozialer Rückzug; geringe soziale Kompetenz; Probleme, zwischen Emotionen zu unterscheiden; viele Verhaltensauffälligkeiten (u. a. Tics, Wutanfälle, Stehlen, Selbstbestrafung, häufige körperliche Beschwerden, Anklammern).
2. Schulkinder und junge Adoleszente
 - a) Kognitive Entwicklung
Probleme, die Anforderungen in der Schule zu bewältigen; schlechtes Abschneiden in Leistungstests; erhöhtes Risiko zum Sonderschulbesuch und Klassenwiederholungen.
 - b) Sozial und emotionale Entwicklung; Verhaltensauffälligkeiten
Negative mentale Repräsentationen von sich selbst und von anderen; kein Vertrauen in andere Personen; sozialer Rückzug; disruptive Verhaltensweisen (u. a. Aggression, Zerstörung, Regelverletzung), aber geringer als bei körperlich Misshandelten; externalisierende und insbesondere internalisierende Verhaltensprobleme; gesundheitliches Risikoverhalten; Probleme beim Verständnis von Emotionen.
6. Ältere Adoleszente und Erwachsene
 - a) Kognitive Entwicklung
geringer IQ; geringe Lesefertigkeiten
 - b) Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen
Weglaufen; Prostitution; Teenager-Elternschaft; Delinquenz; Persönlichkeitsstörungen; Angst- und Depressionssymptomatik; Binge-Eating-Disorder; geringes Selbstwertgefühl; dissoziative Symptome; Alkohol- und Drogenprobleme; Suizidalität; gesundheitliches Risikoverhalten, Gewalt in Beziehungen.

Kinder als Zeugen von Partnergewalt

Kindler (2003) kommt aufgrund einer Metaanalyse zu dem Ergebnis, dass bei Kindern nach miterlebter Partnerschaftsgewalt für den Bereich der Internalisierung (z. B. Ängstlichkeit, sozialer Rückzug, Traurigkeit) ein stark ungünstiger Effekt und für die Dimension Externalisierung (z. B. aggressives Verhalten, Regelverletzungen) ein mittlerer ungünstiger Effekt vorliegt. In ihrer Größenordnung lagen die mittleren Effekte miterlebter Gewalt des (sozialen) Vaters gegen die Mutter oder beider Eltern gegeneinander unter den mittleren Effekten, die für körperliche Kindesmisshandlungen gefunden wurden, sie entsprachen aber den mittleren Effekten bei Kindern, die mit wenigstens einem alkoholabhängigen Elternteil aufwachsen.

20.6 Behandlungsmöglichkeiten

In Bezug auf die Behandlung von misshandelten Kindern/Jugendlichen mit der Ausrichtung auf die Symptomatik einer PTBS sei verwiesen auf den Beitrag von Steil im vorliegenden Buch (► Kap. 19), auf die Übersicht zu verschiedenen Methoden der Traumatherapie im Kindes- und Jugendalter im Handbuch von Landolt u. Hensel (2008) sowie die Metaanalyse evidenzbasierter Behandlungen von Silverman et al. (2008).

! Je ausgeprägter und früher bei einem Kind/Jugendlichen multiple bis chronische und sich überlagernde (schwere) Formen der Kindesmisshandlungen vorlagen sowie anderweitige Risiko-

faktoren zusätzlich die biopsychosoziale Entwicklung beeinträchtigten, desto eher müssen komplexere, tief greifende Störungen der kognitiven, emotionalen, sozialen und neurobiologischen Entwicklung erwartet werden.

Dies führt dazu, dass entweder neben einer PTBS (zur Kritik der Anwendung der Kriterien der PTBS sowie Vorschlägen zur Anpassung dieser Kriterien im Kindesalter s. Steil u. Straube, 2002; Simons u. Herpertz-Dahlmann, 2008; Graf et al., 2008) weitere komorbide Störungen diagnostiziert oder aber statt einer PTBS andere Diagnosen wie

- Bindungsstörungen,
- Störungen des Sozialverhaltens,
- Angst und depressiven Störungen,
- phobischen Störungen,
- Borderline-Störungen,
- Essstörungen usw.

gewählt oder aber die Notwendigkeit der Entwicklung neuer Begrifflichkeiten/Diagnosekriterien gesehen werden (»Developmental Trauma Disorder«; »Complex Trauma«; ► Kap. 2).

Bei eher akuten und einzelnen Traumatisierungen durch Kindesmisshandlungen erscheint die schwerpunktmäßige Behandlung durch einschlägige Traumatherapien hinreichend, nicht jedoch bei den multiplen sowie (insbesondere schon im Kleinkindalter beginnenden) chronischen und sich überlagernden Formen der Kindesmisshandlung. Im Bild gesprochen besteht der Unterschied darin, ob Kinder/Jugendliche unter den Folgen einzelner schwerer Unwetter (Gewitter, Tornado) leiden oder aber unter den tief greifenden Auswirkungen einer dauerhaften familiären »Klimakatastrophe« mit langfristig und immer wieder auftretenden Unwettern.

Unter der Lupe

Im letzteren Fall – beispielhaft für chronische und sich überlagernde Formen des Kindesmissbrauchs – ist bei entwicklungspsychopathologischer Betrachtung davon auszugehen, dass die Kinder/Jugendlichen ausgeprägte unsichere oder desorganisierte Bindungsmuster/mentale Bindungsrepräsentationen aufweisen.

Deren Auswirkungen im Kleinkindalter können sehr vielfältig sein und sich z. B. zeigen in

- weniger adäquatem Sozialverhalten,
- geringerer Aufmerksamkeitsspanne,
- niedrigerem Selbstwertgefühl,
- geringerer Impulskontrolle,
- geringerer aktiven Wortschatz,
- weniger Neugierverhalten und
- weniger Vertrauen und Nähe in engen Beziehungen.

Die Kinder neigen weiter dazu, Handlungen von anderen ihnen gegenüber feindselige Absichten zu unterstellen, d. h. die aus Erfahrungen verinnerlichten Erwartungen von Ablehnung und Zurückweisung durch die Eltern könnten generalisieren und somit zu feindseligen Interpretationsschemata gegenüber Gleichaltrigen werden.

Dieser Komplex von Benachteiligungen der Kinder kann auch als neuer Risikofaktor aufgefasst werden, der allgemein die Wahrscheinlichkeit späterer Störungen des Erlebens und Verhaltens im Jugend- und Erwachsenenalter erhöht. Mit Mullen et al. (1993) kommt es zusammengefasst vor allen Dingen zu

- Störungen der Entwicklung des kindlichen Selbstwertes und seiner Vorstellung, die Welt zu meistern,
- einer mangelnden Möglichkeit vertrauensvolle Beziehungen einzugehen,
- erhöhter sozialer Unsicherheit und Einsamkeit,
- vermehrten Gefühlen der Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit,
- externalisierten Kontrollüberzeugungen, d. h. auch dem Gefühl, die Lebensaufgaben nicht bewältigen zu können und dem Schicksal ausgeliefert zu sein.

In diesem Zusammenhang sei an die folgenden empirisch gefundenen wichtigsten Unterschiede zwischen Personen, die in der Kindheit Misshandlung erlitten und diese an ihren eigenen Kindern wiederholten oder aber nicht wiederholten, erinnert:

Nichtwiederholer hatten in der Kindheit mindestens eine Person, an die sie sich mit ihrem Kummer wenden konnten und/oder hatten irgendwann in ihrem Leben eine längere (>1 Jahr) Psychotherapie absol-

viert und/oder lebten gegenwärtig häufiger in einer befriedigenden Beziehung mit Ehepartner/Freund. Ohne die Bedeutung einer aktuell befriedigenden Beziehung schmälern zu wollen ..., so kann doch die Fähigkeit, eine solche einzugehen, zum großen Teil auf den unter Punkt 1 und 2 beschriebenen Einfluss zurückgeführt werden: Die in der Kindheit oder der Therapie gemachte Erfahrung, dass es auch menschliche Beziehungen gibt, die befriedigend sind, erlauben es dem Betroffenen, ihre Misshandlungsschicksale zu relativieren. Theoretisch gesprochen sind ihre Selbst- und Objektrepräsentanten flexibler und reichhaltiger, weil sie auch Erfahrungen mit Bindungsfiguren einschließen, die verfügbar waren, und ebenso Vorstellungen von sich selbst als liebenswert beinhalten (Dornes 2000, S. 81).

Allgemein formuliert, geht es um »gute« Beziehungen mit Merkmalen, die sowohl effiziente Psychotherapien auszeichnen wie aber auch bei chronisch und schwer misshandelten Kindern und Jugendlichen durchgreifend fehlten, nämlich z. B.:

- Empathie,
- Zuwendung,
- menschlicher Wärme,
- positive Wertschätzung und Interesse,
- sinnstiftende Ausdeutung der Problemursachen,
- Stärkung der Selbstheilungskräfte und Ressourcen,
- Echtheit im Verhalten sowie
- aktive Hilfen und Unterstützung.

Um solche Beziehungsqualitäten zu chronisch und schwer misshandelten Kindern/Jugendlichen aufzubauen, bedarf es mehr als einer tragfähigen Beziehung zur Durchführung traumafokussierter, kognitiv-behavioraler Therapien mit eher kurzzeitiger Dauer.

Unter der Lupe

Grundlegend muss eine überdauernde Bereitschaft vorliegen, die betroffenen Kinder und Jugendlichen hinreichend »innerlich zu adoptieren«, d. h. sich für das Gesamt ihrer Entwicklung und Persönlichkeit sowie die Erfüllung der alters-



/reifeentsprechenden Grundbedürfnisse langfristig zu interessieren, wobei dann in der Behandlung je nach Situation und Verlauf immer versucht werden muss, eine gesunde Mischung zwischen väterlichen/mütterlichen, therapeutischen und freundschaftlichen Anteilen glaubwürdig auszuleben – und durchzuhalten trotz aller aufgrund früherer Erfahrungen auch aggressiven Abwehrhaltungen der Kinder und Jugendlichen.

Auf dieser Grundlage sollten im Rahmen psychodynamisch und kognitiv-behavioraler Einzeltherapie zunächst erste positive Veränderungen des überwiegend extrem negativen Selbstbildes und Selbstwertgefühls erreicht werden, um danach in Einzel- und/oder Gruppentherapien die soziale Kompetenz zu verbessern und schrittweise den Freundeskreis und die Freizeitaktivitäten der Kinder- und Jugendlichen auszubauen (hierbei können auch Bausteine aus vorliegenden Trainingsprogrammen zur Anwendung kommen, z. B. für sozial unsichere oder aggressive oder hyperaktive Kinder, für Jugendliche zur Förderung des Arbeits- und Sozialverhaltens, für sozial kompetentes Verhalten in Schulen, für die Stressprävention). Parallel dazu ist an eine schrittweise zunehmende Förderung und Belastung im schulischen Leistungsbereich zu denken.

Auch bei Kindern/Jugendlichen nach multiplen, chronischen Misshandlungen sollte eine Psychoedukation über die typischen Symptome von Traumatisierungen erfolgen, was allerdings bei den o. a. »Unwettern« leichter fällt als bei der »Klimakatastrophe«. Bei Letzterer gewinnt man leichter einen Zugang zu den Kindern und Jugendlichen, wenn (am Beispiel einer Jugendlichen mit dem Vornamen »Nadine«) schrittweise versucht wird, gemeinsam zu erarbeiten, was alles »Klein-Nadine« im Alter von z. B. 8 Jahren gefühlt, erlebt, gedacht, erwartet, gelitten usw. hatte und wie sich dies auf ihr Verhalten, ihre Beziehungen, ihre »Weltanschauung« damals ausgewirkt hatte. Danach kann (auch im Rollenspiel) schrittweise erarbeitet werden, wie denn heute die Beziehungsgestaltung zwischen »Klein-Nadine« und »Groß-Nadine« ist sowie verändert werden sollte, z. B.:

Beispiel

- Groß-Nadine möchte Klein-Nadine nicht hören, sich mit ihr nicht einlassen, erträgt deren Gefühle und Erinnerungen nicht, möchte vergessen, gibt der die Schuld.
- Klein-Nadine löst bei bestimmten gegenwärtigen Ereignissen in Groß-Nadine eine Kettenreaktion in die – wieder auferstehende – Vergangenheit aus, Groß-Nadine erlebt sich wie damals und empfindet dann auch nur Verhaltens- und Bewältigungsmöglichkeiten wie Klein-Nadine.
- Groß-Nadine nimmt Klein-Nadine auf den Arm, hört ihr zu, äußert Verständnis für ihr Erleben und Verhalten, tröstet sie, ermutigt sie aber auch, weil Groß-Nadine älter, größer, reifer, stärker geworden ist, die damaligen Ereignisse anders bewertet und mutiger mit der Hilfe vertrauenswürdiger Personen ihr Leben bewältigen und genießen lernt.

Bei multiplen, chronisch belasteten Kindern/Jugendlichen ist es unumgänglich, deren primäre Bezugspersonen insbesondere in der Anfangszeit intensiv in die Behandlung einzubeziehen. Sie benötigen Hilfestellungen/Psychoedukation bzgl. der Ursachen der Störungen des Verhaltens und Erlebens der Kinder/Jugendlichen sowie der angemessenen Reaktionsweisen darauf (z. B. weniger Reaktion auf das spezifisch störende Verhalten als vielmehr eingehen auf die damit verbundenen Gefühle des Kindes).

Nicht nur letztlich sei an eine Vernetzung/Abstimmung der Hilfen erinnert, d. h. häufig auch an die Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe. Deren Probleme, Aufgaben und Hilfsmöglichkeiten finden sich umfassend bei Kindler et al. (2006) dargestellt.

Literatur

- Australian Institute of Health and Welfare. (2006). *Child protection Australia 2004–2005. Child Welfare Series, Number 38*. Available: <http://www.aihw.gov.au/publications/cws/cpa04-05/cpa04-05.pdf> [01.07.2008].
- Baier, D. (2008). *Entwicklung der Jugenddelinquenz und ausgewählte Bedingungsfaktoren seit 1998 in den Städten Hannover, München, Stuttgart und Schwäbisch Gmünd*. KFN-Forschungsbericht Nr. 104, Hannover.
- Bange, D. (2002). Geschlechtskrankheiten. In D Bange & W Körner (Hrsg.), *Handwörterbuch sexueller Missbrauch* (S. 147–151). Göttingen: Hogrefe.
- Bange, D. & Deegener, G. (1996). *Sexueller Missbrauch an Kindern. Ausmaß, Hintergründe, Folgen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Bender, D. & Lösel, F. (2005). Misshandlung von Kindern. Risiko- und Schutzfaktoren. In G. Deegener & W. Körner (Hrsg.), *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung* (S. 317–346). Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe.
- Blum-Maurice, R., Knoller, E.-C., Nitsch, M. & Kröhnert, A. (2000). *Qualitätsstandards für die Arbeit eines Kinderschutz-Zentrums*. Köln: Eigenverlag der Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren e. V.
- Block, R. W., Krebs, N. F. & the Committee on Child Abuse and Neglect and the Committee on Nutrition. (2005). Failure to thrive as a manifestation of child neglect. *Pediatrics*, 116, 1234–1237.
- Bussmann K-D (2002a). *Schlussbericht. Studie zu den Auswirkungen des Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung und der begleitenden Kampagne »Mehr Respekt vor Kindern«*. Eltern-Studie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Juristische Fakultät.
- Bussmann, K.-D. (2002b). *Schlussbericht. Studie zu den Erfahrungen von Beratungs- und anderen Hilfeeinrichtungen mit dem Gesetz zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung. Multiplikatorenstudie*. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Juristische Fakultät.
- Bussmann, K.-D. (2002c). *Zwischenbericht. Jugendstudie zu den Auswirkungen des Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung und der begleitenden Kampagne »Mehr Respekt vor Kindern«*. Jugendstudie. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Juristische Fakultät.
- Bussmann, K.-D. (2005). *Report über die Auswirkungen des Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung. Vergleich der Studien von 2001/2002 und 2005. Eltern-, Jugend- und Expertenbefragung*. Hrsg. vom Bundesministerium der Justiz, Berlin.
- Bussmann, K.-D. (2006). Bilanz nach fünf Jahren. Auswirkungen des Gesetzes zur Ächtung der Gewalt in der Erziehung. *Kindesmisshandlung und -vernachlässigung*, 9, 4–22.
- Deegener G. & Körner W. (2008). Fortschreibung: »Vernachlässigte Vernachlässigung«. *Kindesmisshandlung und -vernachlässigung*, 11, 62–88.
- Department for Education and Skills. (2006). *Referrals, assessments and children and young people on child protection registers, England – year ending 31 March 2006 (Final)*. Available: <http://www.dfes.gov.uk/rsgateway/DB/SFR/s000692/SFR45-2006V1.pdf> [01.07.2008].
- Dornes, M. (2000). *Vernachlässigung und Misshandlung aus der Sicht der Bindungstheorie*. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung* (S. 70–83). Stuttgart: Schattauer.
- Ernst, C. (2005). Zu den Problemen der epidemiologischen Forschung des sexuellen Missbrauchs. In G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch. Überblick über Forschung, Beratung und Therapie* (S. 55–71). Tübingen: DGVT.
- Esser, G., Weinel, H. (1990). Vernachlässigende und ablehnende Mütter in Interaktion mit ihren Kindern. In J. Martinus & R. Frank (Hrsg.), *Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung von Kindern* (S. 22–30). Bern, Huber.

- Glaser, D. (2002). Kindesmisshandlung und -vernachlässigung und das Gehirn: Ein Überblick. *Kindesmisshandlung und -vernachlässigung*, 5, 38–103.
- Graf, A., Irblich, D. & Landoldt, M. A. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern. *Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57, 247–263.
- Hahlweg, K., Heinrichs, N., Bertram, H., Kuschel, A. & Widdecke, N. (2008). Körperliche Bestrafung: Prävalenz und Einfluss auf die psychische Entwicklung bei Vorschulkindern. *Kindheit und Entwicklung*, 17, 46–56.
- Herrmann, B. (2005a). Medizinische Diagnostik bei körperlicher Misshandlung. *Kinder- und Jugendarzt*, 36, 96–107.
- Herrmann, B. (2005b). ZNS-Verletzungen bei Kindesmisshandlungen – das Shaken Baby Syndrom. *Kinder- und Jugendarzt*, 36, 256–265.
- Herrmann, B., Dettmeyer, R., Banaschak, S. & Thyen, U. (Hrsg., 2008). *Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen*. Springer, Berlin.
- Herrmann, B., Navratil, F. & Neises, M. (2002). Sexueller Missbrauch von Kindern. Bedeutung und Stellenwert der klinischen Diagnostik. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 150, 1344–1356.
- Hildyard, K. L. & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse and Neglect*, 26, 679–695.
- Jonson-Reid, M., Drake, B., Chung, S. & Way, I. (2003). Cross-type recidivism among child maltreatment victims and perpetrators. *Child Abuse and Neglect*, 27, 899–917.
- Kendall-Tackett, K. A., Meyer Williams, L. & Finkelhor, D. (2005). Die Folgen von sexuellem Missbrauch bei Kindern: Review und Synthese neuerer empirischer Studien. In D. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch* (S. 179–212). Tübingen: DGVT
- Kindler, H. (2003). *Auswirkungen familialer Gewalt auf die kindliche Entwicklung. Vortrag auf dem Fachkongress September 2003 Kinderschutz-Zentrum in Mainz über »Gewalttätige Familienkonflikte – Das Kind im Blick«*. Verfügbar unter: http://www.kinderschutz-zentren.org/pdf/vortrag_kindler-mainz_03.pdf [02.07.2008].
- Kindler, H. (2006a). Was ist unter physischer Kindesmisshandlung zu verstehen? In H. Kindler, S. Lillig, H. Blüml, T. Meysen & A. Werner (Hrsg.), *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach §1666 BGB und allgemeiner sozialer Dienst, Kap. 5. DJI, München*. Verfügbar unter: <http://213.133.108.158/asd/3.htm> [01.07.2008].
- Kindler, H. (2006b). Was ist über die Folgen von Vernachlässigung bei Kindern bekannt? In H. Kindler, S. Lillig, H. Blüml, T. Meysen & A. Werner (Hrsg.), *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach §1666 BGB und allgemeiner sozialer Dienst, Kap. 24. DJI, München*. Verfügbar unter: <http://213.133.108.158/asd/24.htm> [02.07.2008].
- Kindler, H. (2006c). Was ist über die Folgen psychischer Misshandlung von Kindern bekannt? In H. Kindler, S. Lillig, H. Blüml, T. Meysen & A. Werner (Hrsg.), *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach §1666 BGB und allgemeiner sozialer Dienst, Kap. 25. DJI, München*. Verfügbar unter: <http://213.133.108.158/asd/25.htm> [03.07.2008].
- Kindler, H. (2006c). Was ist über die Folgen physischer Misshandlung von Kindern bekannt? In H. Kindler, S. Lillig, H. Blüml, T. Meysen & A. Werner (Hrsg.), *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach §1666 BGB und allgemeiner sozialer Dienst, Kap. 26. DJI, München*. Verfügbar unter: <http://213.133.108.158/asd/26.htm> [03.07.2008].
- Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Meysen, T., Werner, A. (Hrsg.), *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach §1666 BGB und allgemeiner sozialer Dienst (ASD)*, DJI, München. Verfügbar unter: http://213.133.108.158/asd/ASD_Inhalt.htm [18.08.2008].
- Landoldt, M. A. & Hensel, T. (2008). *Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Hogrefe, Göttingen.
- Libal, R. & Deegener, G. (2005). Häufigkeiten unterschiedlicher Gewalterfahrungen in Kindheit und Jugend sowie Beziehungen zum psychischen Befinden. In G. Deegener & W. Körner (Hrsg.), *Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch* (S. 59–93). Göttingen: Hogrefe.
- Müller, U. & Schröttle, M. (2004). *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.
- Münder, J., Mutke, B. & Schone, R. (2000). *Kindeswohl zwischen Jugendhilfe und Justiz. Professionelles Handeln in Kindeswohlverfahren*. Münster, Votum.
- Mullen, P., Martin, J. & Anderson, J. (1993). Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 163, 721–732.
- Mutke, B. (2001). Gefährdungen des Kindeswohls – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *IKK-Nachrichten*, 2, 4.
- Pfeiffer, C. & Wetzels, P. (1997). *Kinder als Täter und Opfer. Eine Analyse auf der Basis der PKS und einer repräsentativen Opferbefragung*. KFN-Forschungsbericht Nr. 68, Hannover.
- Pfeiffer, C., Wetzels, P. & Enzmann, D. (1999). *Innerfamiliäre Gewalt gegen Kinder und Jugendliche und ihre Auswirkungen*. KFN-Forschungsbericht Nr. 80, Hannover.
- Richter-Appelt, H. (1994). Sexuelle Traumatisierungen und körperliche Misshandlungen. In Rutschky R, Wolff R (Hrsg.), *Handbuch sexueller Gewalt* (S. 116–142). Hamburg: Klein.
- Schleiffer, R. (2002). *Vernachlässigung von Kindern mit einer Behinderung*. Verfügbar unter: http://www.kinderschutz-zentren.org/ksz_a-material-stuttgart-v3_2002.html [01.07.2008].
- Schone, R., Gintzel, U., Jordan, E., Kalscheuer, M. & Münder, J. (1997). *Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit*. Münster: Votum.
- Scottish Executive National Statistics Publication. (2006). Child protection statistics 2005/06. Available: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/149835/0039892.pdf> [01.07.2008].
- Silverman, W., Ortiz, C. & Visweswaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 156–183.
- Simons, M. & Herpertz-Dahlmann, B. (2008). Traumata und Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen – eine kritische Übersicht zu Klassifikation und diagnostischen Kriterien. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36, 151–161.

- Steil, R. & Straube, E. R. (2002). Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31, 1–13.
- Thyen, U., Kirchhofer, F. & Wattam, C. (2000). Gewalterfahrung in der Kindheit – Risiken und gesundheitliche Folgen. *Gesundheitswesen*, 62, 311–319.
- U.S. Department of Health & Human Sciences, (2007). Child maltreatment 2005. Available: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/pubs/cm05/cm05.pdf> [01.07.2008].
- Wetzel, P. & Pfeiffer, C. (1997). Kindheit und Gewalt: Täter- und Opferperspektiven aus Sicht der Kriminologie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 46, 143–152.

Andreas Maercker (Hrsg.)

Posttraumatische Belastungsstörungen

3., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage

21 Behandlung erwachsener Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs

K. Wenninger, A. Boos

- 21.1 Definition von sexuellem Kindesmissbrauch – 366**
- 21.2 Epidemiologie – 366**
- 21.3 Symptomatik erwachsener Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs – 367**
 - 21.3.1 Emotionale Reaktionen und Selbstwahrnehmung – 368
 - 21.3.2 Interpersonelle Probleme – 369
 - 21.3.3 Einfluss der Traumamerkmale auf die Symptomatik – 369
- 21.4 Diagnostik – 370**
- 21.5 Überblick zum therapeutischen Vorgehen – 371**
 - 21.5.1 Therapieziele – 371
 - 21.5.2 Die therapeutische Beziehung – 371
- 21.6 Verschiedene Therapieverfahren – 372**
 - 21.6.1 Angstbewältigung und konfrontative Verfahren – 372
 - 21.6.2 Kognitive Methoden – 374
 - 21.6.3 Imaginatives Neuschreiben und Verarbeiten – 375
 - 21.6.4 Gruppentherapie – 377
- 21.7 Borderline-Persönlichkeitsstörung – 378**
 - 21.7.1 Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung – 378
- Literatur – 379**

21.1 Definition von sexuellem Kindesmissbrauch

Sexueller Kindesmissbrauch stellt einen Angriff auf die körperliche und psychische Integrität des Kindes dar, der in der Regel mit Verwirrung, Hilflosigkeit oder starker Angst erlebt wird. Die Opfer eines solchen Traumas zeigen häufig schwerwiegende psychische Langzeitfolgen, zu denen die chronische posttraumatische Belastungsstörung zählt. Die unterschiedlich strengen Definitionen des Begriffes sexueller Missbrauch unterscheiden sich hinsichtlich verschiedener Dimensionen:

Kriterien einer operationalen Definition sexuellen Kindesmissbrauchs

- Zum einen wird ein Alterskriterium für das Opfer als Obergrenze festgelegt, welches üblicherweise zwischen 14 und 18 Jahren liegt.
- Zum anderen unterscheiden sich die Definitionen dahingehend, ob sie sich auf sexuelle Handlungen mit Körperkontakt beschränken («contact abuse»), oder ob auch Handlungen, bei denen es nicht zu Körperkontakt kommt, wie Masturbation oder Exhibitionismus in Anwesenheit des Kindes oder das Vorführen eines pornographischen Videos («noncontact abuse») eingeschlossen sind.
- Schließlich wird in einem weiteren Kriterium festgelegt, wann ein sexueller Kontakt als Missbrauch einzustufen ist. Hierzu wird üblicherweise ein Mindestaltersabstand (von in der Regel 5 Jahren) zwischen Opfer und Täter in die Definition aufgenommen, oder es wird die Ausübung von Druck oder Zwang durch den Täter bzw. ein entwicklungspsychologisches und sozial begründetes höheres Macht- und Autoritätspotenzial des Täters als Kriterium herangezogen.

Eine hilfreiche, sich an der empirischen Forschung orientierende Definition sexuellen Missbrauchs liefern Bange u. Deegener (1996, S. 105):

Unter der Lupe

Sexueller Missbrauch an Kindern ist jede sexuelle Handlung, die an oder vor einem Kind entweder gegen den Willen des Kindes vorgenommen wird oder der das Kind aufgrund körperlicher, psychischer, kognitiver oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen kann. Der Täter nutzt seine Macht- und Autoritätsposition aus, um seine eigenen Bedürfnisse auf Kosten des Kindes zu befriedigen.

21.2 Epidemiologie

Für die Bundesrepublik Deutschland liegen erste repräsentative Schätzungen der Prävalenz von Gewalterfahrungen in der Kindheit durch das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen vor (Wetzels, 1997). Den Schätzungen dieser Untersuchung zu Folge ist davon auszugehen, dass für das Jahr 1996 in der Generation der 16- bis 29-jährigen jungen Menschen 120.000 Männer (1,6%) und 520.000 Frauen (7%) vor dem 16. Lebensjahr sexuelle Gewalterfahrungen mit Körperkontakt machten. Wird die dabei zugrunde gelegte Definition von sexuellem Missbrauch mit Körperkontakt (ohne sonstige sexuelle Handlungen und unter Ausschluss jugendlicher Täter) auf sexuellen Missbrauch inklusive Exhibitionismus ausgeweitet, so muss man bei den jungen Männern von 510.000 (6,4%) und bei den jungen Frauen von 1,35 Mio. (18,2%) Betroffenen ausgehen.

Unter der Lupe

Der größte Teil der sexuellen Missbrauchsdelikte findet im sozialen Nahraum, aber außerhalb der Familie statt. Die Täter sind dem Kind in der Regel bekannt. Bei den meisten Delikten handelt es sich um Körperberührungen, ohne dass es zur Penetration kommt. Das durchschnittliche Alter bei Erstviktimsierung durch sexuellen Missbrauch liegt in Deutschland bei etwa 11 Jahren. Die Prävalenz für Jungen und Männer ist in allen Untersuchungen geringer als die für Mädchen und Frauen, man geht in der Regel von einem Verhältnis von 1:3 aus (Wetzels, 1997).

Prävalenzangaben für die amerikanische Bevölkerung schwanken zwischen 5% (Siegel et al., 1987) und 62% (Wyatt, 1985). Die in der amerikanischen Literatur am häufigsten zitierten Prävalenzwerte stammen aus der bisher einzigen landesweiten Erhebung in den USA von Finkelhor et al. (1990). Eine repräsentative Stichprobe von 2.626 Männern und Frauen wurde in einem halbstündigen anonymen Telefoninterview zu ihrer Einstellung und ihren eigenen Erfahrungen bzgl. sexuellen Kindesmissbrauchs befragt. Eine Anamnese sexuellen Kindesmissbrauchs wurde dabei durch vier konkrete Fragen erhoben. Es gaben 27% der Frauen und 16% der Männer an, vor ihrem 19. Lebensjahr sexuell missbraucht worden zu sein. Die Prävalenzraten für versuchten oder vollendeten Geschlechtsverkehr lagen für Frauen bei 13% und für Männer bei 9%. Die starke Schwankungsbreite der berichteten Prävalenzen kann nur unter Berücksichtigung des jeweiligen methodischen Vorgehens der Studien interpretiert werden. Sie hängt zusammen mit der Verwendung von unterschiedlich strengen Definitionen sexuellen Missbrauchs sowie verschiedenen Erhebungsmethoden, z. B. unterschiedlicher Anzahl und Konkretetheit der gestellten Fragen, unterschiedlichen Untersuchungspopulationen. In klinischen Stichproben mit stationär psychiatrischen Patienten finden sich übereinstimmend hohe Prävalenzraten von 40–50%. In der Allgemeinbevölkerung ergeben Studien mit städtischen Populationen höhere Raten als nationale Erhebungen in städtischen und ländlichen Gebieten. Vergleichsweise niedrige Prävalenzraten werden in Untersuchungen an Studenten berichtet (Wenninger, 1994).

Das Dunkelfeldproblem sexueller Gewalterfahrungen

Ein großer Teil sexuell missbrauchter Menschen berichtet weder ihnen bekannten oder vertrauten Personen von ihren Erfahrungen, noch werden die Strafverfolgungsbehörden oder professionelle Helfer in Kenntnis gesetzt. Insgesamt haben 42,5% der Untersuchungsteilnehmer der Studien von Wetzels (1997) bis zu der Untersuchung mit niemandem über das erfragte schlimmste Erlebnis gesprochen. Insgesamt wurden nur 9,5% aller schlimmsten Erfahrungen zur Anzeige gebracht, was einer Dunkelfeldrelation von 1:10 entspricht. Insbesondere exhibitionistische Taten und familienexterne Vorfälle

werden zur Anzeige gebracht, schwere Delikte dagegen gelangen häufig nicht zur Anzeige.

21.3 Symptomatik erwachsener Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs

Der heutige Wissensstand lässt keinen Zweifel mehr daran, dass eine sexuelle Traumatisierung in der Kindheit mit schwerwiegender Symptomatik im Erwachsenenalter verbunden sein kann; die Existenz eines sog. Missbrauchssyndroms mit für dieses Trauma spezifischen Symptomen hat sich jedoch nicht zeigen lassen (Rowan & Foy, 1993; Moggi, 1997). Vielmehr wurde eine Vielzahl sehr breit gestreuter Langzeitprobleme beobachtet, die sich am besten der Diagnosekategorie posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zuordnen lassen, da die charakteristischen Symptome der 3 Symptomgruppen (Intrusionen, Vermeidung/emotionale Taubheit, Übererregung; ► Kap. 2) bei Opfern sexuellen Kindesmissbrauchs beobachtet werden können. So werden z. B. häufig Alpträume oder Flashbacks beschrieben, in denen Missbrauchserfahrungen wiedererlebt werden. Im Bereich der Vermeidung und Einschränkung der allgemeinen Reagibilität sind Dissoziationssymptome besonders charakteristisch für Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs.

Unter der Lupe

Aus den nachfolgenden Ausführungen zur Symptomatik erwachsener Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs wird jedoch deutlich, dass PTBS kein hinreichendes Konzept für die beobachteten Langzeitwirkungen darstellt. Vielmehr gehen diese in 2 weiteren wesentlichen Bereichen, nämlich

- der negativen Selbstwahrnehmung und selbstdestruktiven Verhaltensweisen sowie
- der verstärkten Probleme im interpersonellen Bereich

über die PTBS hinaus (Beitchman et al., 1992; Briere & Runtz, 1993; Moggi, 1997 für Übersichten).

Allerdings lässt der Wissensstand der Autoren keine Beurteilung darüber zu, in welchem Prozentsatz der

Fälle Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs in der Lage sind, das Trauma so zu verarbeiten, dass sie keinen Leidensdruck im Erwachsenenalter aufweisen. Aus methodischen Gründen der Stichprobenselektion lassen die vorliegenden Untersuchungen über diesen Aspekt häufig keine Schlüsse zu. In einer ersten Studie zum Thema positive Verarbeitung gaben 47% der befragten Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs an, neben den negativen auch positive Konsequenzen des Missbrauchs für sich zu sehen (McMillen et al., 1995).

21.3.1 Emotionale Reaktionen und Selbstwahrnehmung

Die folgende Übersicht fasst mögliche emotionale Reaktionsweisen erwachsener Missbrauchsopter zusammen.

Psychische Symptomatik von erwachsenen Opfern sexuellen Kindesmissbrauchs

- Angst (chronische Angst, Angstanfälle)
- Somatisierungssymptome
- Depression (erhöhtes Suizidrisiko)
- Selbstdestruktives Verhalten (auch Substanzmissbrauch, Essstörungen)
- Dissoziative Symptome
- Interpersonelle Probleme (Vertrauensverlust, sexuelle Störungen)

Ängste, Somatisierung, Depression

Ängste im Erwachsenenalter sind ein charakteristisches Symptom nach sexuellem Kindesmissbrauch. Es wurden sowohl chronisch erhöhte Angstwerte als auch Angstanfälle (Briere & Runtz, 1988) berichtet. Darüber hinaus können Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs im Erwachsenenalter vermehrt Somatisierungssymptome entwickeln (Cunningham et al., 1988).

Eines der am häufigsten in der Literatur genannten Symptome im Zusammenhang mit sexuellem Kindesmissbrauch ist Depression (Boudewyn & Liem, 1995). Peters (1988) fand heraus, dass 85% einer nichtklinischen Stichprobe von Opfern sexuellen Kindesmissbrauchs in ihrem Leben mindes-

tens eine Episode einer schweren depressiven Störung (Major Depression) erlebt hatten. Dabei treten folgende Themen in den Vordergrund:

- dysfunktionale Überzeugungen,
- Selbstbeschuldigung und Selbstabwertung (Jehu, 1989) und
- erniedrigtes Selbstwertgefühl (Carson et al., 1988).

! In diesem Zusammenhang soll auf das erhöhte Suizidrisiko von Opfern sexuellen Kindesmissbrauchs hingewiesen werden (Bayatpour et al., 1992; Boudewyn & Liem, 1995).

Selbstdestruktives Verhalten

Weiter kann es zu Automutilationen kommen, die vom Aufkratzen der Haut bis hin zu selbstzugefügten schweren Brand- und Schnittverletzungen (ohne suizidale Intention) reichen können (Briere, 1988; Shapiro, 1987). Zu selbstdestruktivem Verhalten im weiteren Sinne können Alkohol- und Drogenmissbrauch, der ein weiteres sehr häufig auftretendes Langzeitproblem nach sexuellem Kindesmissbrauch darstellt (z. B. Peters, 1988), sowie Essstörungen (z. B. Smolak et al., 1990) gezählt werden.

Dissoziative Symptome

Schließlich sind Dissoziationssymptome, die als Vermeidungsverhalten verstanden werden können, besonders charakteristisch für diese Patientengruppe. Darunter fallen:

- »spacing out« (kognitives »Weggehen« aus der Situation in einen scheinbar neutralen Zustand),
- Derealisation,
- Depersonalisation,
- das Gefühl, nicht im eigenen Körper zu sein bzw. Taubheitsgefühle sowie
- Amnesien (Briere, 1989).

! Während partielle Amnesien für bestimmte Aspekte eines erlebten Traumas sehr häufig aufzutreten scheinen und nicht spezifisch für Missbrauchsopter sind, fanden verschiedene Autoren übereinstimmend, dass bei einer Untergruppe der Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs für einen umschriebenen Zeitabschnitt in ihrem Leben eine vollständige Amnesie für die Missbrauchserfahrungen vorlag (Briere & Conte, 1989; Williams, 1994).

Es liegt nahe, amnestische Symptome als Überreste von Bewältigungsstrategien zu verstehen, die vom Kind entwickelt wurden, um trotz des Missbrauchs weiterleben bzw. funktionieren zu können. Eine extreme Form dissoziativer Symptomatik findet sich bei der dissoziativen Identitätsstörung (vormals multiple Persönlichkeitsstörung genannt), die in klinischen Berichten in Zusammenhang mit sexuellem Kindesmissbrauch und Kindesmisshandlung gebracht wurde (Coons & Milstein, 1986).

21.3.2 Interpersonelle Probleme

Vertrauensverlust

Schwierigkeiten, anderen Vertrauen entgegenzubringen, ist eine der häufigsten Auswirkungen sexuellen Kindesmissbrauchs auf das soziale Funktionieren der Opfer. Dies hängt nicht zuletzt mit der Tatsache zusammen, dass es sich bei dem Täter oft um eine Person handelt, der das Opfer ursprünglich vertraut hat oder auf die es bzgl. der eigenen Versorgung angewiesen war. Neben Misstrauen werden außerdem verstärkte Gefühle von Ärger und Feindseligkeit berichtet (Briere, 1988; Edwards & Donaldson, 1989).

Reviktimisierung

Der Begriff der Reviktimisierung umschreibt den Zusammenhang zwischen sexualisierter Gewalt in der Kindheit und späteren sexuellen und oder körperlichen Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter. Sexueller Missbrauch ist als Risikovariante für sexualisierte Gewalterfahrungen, nichtsexuelle Übergriffe und eheliche Partnergewalt gut untersucht worden. Es zeigt sich hierbei ein eindeutig erhöhtes Risiko, auch im späteren Leben wieder Opfer von v. a. sexualisierter Gewalt zu werden. Diese Häufung ist ein robustes und wiederholt erbrachtes Ergebnis der empirischen Forschung (im Überblick: Breitenbecher, 2001; Messman & Long, 1996; Messman-Moore & Long, 2003). Eine Metaanalyse belegte, dass 15–79% aller Frauen mit Erfahrungen von sexuellem Missbrauch in der Kindheit später wieder sexualisierte Gewalterfahrungen erleiden (Roodman & Clum, 2001). Zudem existiert ein additiver Effekt anderer traumatischer Erfahrungen wie körperliche Misshandlung und Zeugenschaft elterlicher Partnergewalt. Die erste deutsche epidemiologische

Studie über sexuellen Missbrauch und körperliche Misshandlung bestätigt für Deutschland die Reviktimisierungshypothese (Wetzels, 1997): Frauen, die »multimodal« missbraucht wurden (sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und Zeuge elterlicher Partnergewalt), weisen für das Erwachsenenalter ein 13-mal höheres Risiko für Reviktimisierung auf. Eine mögliche Erklärung besteht darin, dass missbrauchte Kinder evtl. versuchen, ihrer Umgebung früh durch Weglaufen oder Heirat zu enttrinnen und sich dabei in Situationen begeben, die ein erhöhtes Risiko für Vergewaltigung oder Missbrauch in der Ehe mit sich bringen. Auch könnte ein Lerndefizit bzgl. der Wahrnehmung und Interpretation von Gefahrensignalen bestehen, da Selbstbestimmung und das Setzen eigener Grenzen nicht gefördert wurden. Gefühle der Wertlosigkeit und Selbstbeschuldigungen können schließlich den Teufelskreis der Reviktimisierung mit aufrechterhalten.

Sexualität

Empirische Untersuchungen zu Langzeitfolgen sexueller Traumatisierung im Kindesalter berichten neben einer niedrigeren Zufriedenheit in intimen Beziehungen im Vergleich zu Kontrollpersonen mit großer Übereinstimmung spätere Schwierigkeiten im Bereich der Sexualität, wie Angst vor Sex, Schuldgefühle über Lusterleben oder sexuelle Funktionsstörungen (Finkelhor et al., 1989; Tsai et al., 1979).

21.3.3 Einfluss der Traumamerkmale auf die Symptomatik

Studien berichten über folgende Zusammenhänge zwischen Traumamerkmalen und der Symptomatik:

- Der Ausprägungsgrad der Symptomatik korreliert positiv mit der Anzahl der Missbrauchsvorfälle und der Länge des Zeitraums, über den sich der Missbrauch erstreckte (Briere, 1988; Briere & Runtz, 1988; Tsai et al., 1979).
- Eine engere Beziehung zwischen Opfer und Täter ist mit stärkerer posttraumatischer Symptomatik assoziiert (Wyatt & Newcomb, 1990).
- Versuchter oder vollendeter Geschlechtsverkehr zieht stärkere psychische Auswirkungen nach sich als sexuelle Kontakte ohne Geschlechtsverkehr (Briere, 1988; Wyatt & Newcomb, 1990).

Unklar ist, ob ein Zusammenhang zwischen dem Alter des Kindes bei Beginn des Missbrauchs und dem Schweregrad der späteren Symptomatik besteht (Beitchman et al., 1992). Insgesamt handelt es sich bei den gefundenen Zusammenhängen um eher niedrige Korrelationen ($r=0,2-0,3$).

21.4 Diagnostik

Verschiedene Faktoren tragen dazu bei, dass Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs in der Therapie den Missbrauch häufig nicht von sich aus ansprechen:

- Traumaopfer bringen ihre Probleme, anlässlich derer sie eine Therapie aufsuchen (z. B. Schlafstörungen oder Depression), oft nicht in Verbindung mit dem Trauma.
- Gefühle der Stigmatisierung, von Schuld und Scham, erschweren darüber hinaus über die Erfahrungen zu sprechen.
- Dissoziationssymptome können ebenfalls dazu beitragen, dass der Missbrauch von der betroffenen Person nicht angesprochen wird.

! Aus diesen Gründen ist es wichtig, dass jede Eingangsdiagnostik anamnestische Fragen zu einem sexuellen Kindesmissbrauch einschließt.

Eine einzelne Überblicksfrage ist hierbei häufig nicht ausreichend. Die Formulierung der Fragen sollte nichtsuggestiv und möglichst konkret sein. Im Folgenden werden einige Beispiele gegeben:

Beispiele

Diagnostische Fragen bzgl. sexuellen Kindesmissbrauchs

- Hatten Sie vor Ihrem 16. Lebensjahr jemals sexuellen Kontakt mit einer Person, die mindestens 5 Jahre älter war als Sie? Unter sexuellem Kontakt verstehe ich z. B. Berührungen an den Genitalien oder den Brüsten, Geschlechtsverkehr oder versuchten Geschlechtsverkehr.
- Hatten Sie vor Ihrem 16. Lebensjahr jemals sexuellen Kontakt, zu dem Sie sich gedrängt oder gezwungen gefühlt haben?
- Hatten Sie vor Ihrem 16. Lebensjahr jemals oralen oder analen sexuellen Kontakt? Damit meine ich z. B., dass jemand seinen Penis in

Ihren Mund gesteckt hat oder seinen Penis, einen Finger oder Gegenstände in Ihren Anus eingeführt hat bzw. dies versucht hat?

- Waren Sie vor Ihrem 16. Lebensjahr jemals an sexuellen Handlungen beteiligt oder wurden mit solchen konfrontiert, ohne dass es zu Körperkontakt kam? Hiermit meine ich z. B., dass jemand seine Genitalien vor Ihnen entblößt hat oder in Ihrer Anwesenheit masturbierte.

Bevor eine solche Anamnese erhoben wird, sollte erwähnt werden, dass viele Menschen solche belastenden Erfahrungen in ihrer Kindheit machen und dass es Ihnen oft schwer fällt, darüber zu sprechen. Es sollte weiter darauf hingewiesen werden, dass es sich bei den Tätern auch um bekannte oder nahestehende Personen oder um Familienmitglieder handeln kann, da dies evtl. nicht dem Missbrauchs-konzept der betroffenen Person entspricht.

Wie zuvor erwähnt, sind **Gedächtnisbeeinträchtigungen** ein häufiges Phänomen bei Traumaopfern. Verschiedene Autoren weisen darauf hin, dass es für den Erfolg einer Therapie nicht notwendig ist, dass alle Details des sexuellen Missbrauchs erinnert werden. Es kann vielmehr kontraproduktiv sein, Erinnerungen zu forcieren, wenn die betroffene Person die Ressourcen und die notwendige Stabilität noch nicht besitzt, um diese Erinnerungen zu verarbeiten (Bolton et al., 1989).

! Auf keinen Fall sollte von Therapeutenseite das Vorliegen eines Missbrauchs vorgeschlagen werden, wenn die Patientin oder der Patient keine Erinnerungen an ein solches Trauma hat.

Eine weiterführende Diskussion des diagnostischen Vorgehens bei der Erhebung eines sexuellen Kindesmissbrauchs in der Vorgeschichte findet sich bei Courtois (1995).

Abschließend wird ein Überblick über die Informationen gegeben, die in der Eingangsdiagnostik erhoben werden sollten (Meichenbaum, 1994; Resnick & Newton, 1992).

Informationen, die in der Eingangsdiagnostik erhoben werden sollten

Traumabezogene Informationen

- Anamnese sexuellen Kindesmissbrauchs
- Auf den Missbrauch bezogene Variablen (z. B. Alter des Kindes, Anzahl der Täter, Dauer, Häufigkeit, Beziehung zum Täter, Reaktionen des Kindes auf der Verhaltens-, emotionalen und kognitiven Ebene)
- Anamnese anderer traumatischer Erfahrungen
- Derzeitige verfügbare Ressourcen (z. B. soziale Unterstützung, Bewältigungsfähigkeiten)
- Bisherige Bewältigungsversuche

Symptomatik

- PTBS (einschließlich Erhebung angstauslösender Stimuli)
- Komorbidität/andere Störungsbilder (z. B. Depression, Alkoholmissbrauch)
- Suizidalität
- Gegenwärtiges Funktionsniveau (z. B. in sozialen Beziehungen, am Arbeitsplatz)
- Allgemeine Anamnese psychischer Störungen

Für die Erhebung der Symptomatik ist die Verwendung standardisierter Instrumente (z. B. diagnostische Interviews und Fragebögen) hilfreich, wie sie in ► Kap. 6 vorgestellt werden.

21.5 Überblick zum therapeutischen Vorgehen

Die im Folgenden dargestellten Erkenntnisse beruhen zum Großteil auf Erfahrungen und Forschung mit weiblichen Opfern sexuellen Kindesmissbrauchs. Aus diesem Grund und zur besseren Lesbarkeit werden im Text nur die weiblichen Formen verwendet. Es ist davon auszugehen, dass die meisten therapeutischen Vorgehensweisen auf die Behandlung männlicher Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs übertragbar sind. Für eine ausführliche Diskussion spezieller Aspekte bei der Diagnostik und Therapie männ-

licher Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs wird auf Watkins & Bentovim (1992) verwiesen.

21.5.1 Therapieziele

In Entsprechung zu den oben dargestellten Problemfeldern lassen sich eine Reihe von Zielen für die Behandlung von Opfern sexueller Traumatisierung in der Kindheit formulieren. Grundsätzlich soll durch die Auseinandersetzung mit traumarelevanten Themen in der Therapie eine Integration des traumatischen Materials in die kognitive Repräsentation der Erfahrungswelt der Patientin gefördert werden (► Kap. 3). Die Patientin soll zu einem Verständnis der Bedeutung des Traumas und seiner Auswirkungen gelangen sowie Kontrolle über symptomatisches Verhalten gewinnen und alternative Bewältigungsstrategien erlernen.

Therapieziele in der Behandlung von Opfern sexuellen Kindesmissbrauchs

- Selbstdestruktive Verhaltensweisen abbauen
- Überwältigende negative Affekte (z. B. die im Zusammenhang mit Erinnerungen an das Trauma erlebte intensive Angst) reduzieren
- Maladaptive Überzeugungen (z. B. ein negatives Selbstbild) korrigieren
- Kompetenzen im Bereich interpersoneller Beziehungen aufbauen

21.5.2 Die therapeutische Beziehung

Die durch den Missbrauch erlebten Vertrauensbrüche und die Erfahrung des Ausgeliefertseins kann zu Herausforderungen in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung führen, der in der Behandlung von Opfern sexuellen Kindesmissbrauchs eine besondere Bedeutung zukommt. Als eine durch Sicherheit, Vertrauen und Unterstützung gekennzeichnete soziale Umgebung kann die Therapiesituation für die Patientin eine korrektive Erfahrung gegenüber ihren bisherigen sozialen Beziehungen darstellen (► Kap. 9; Roth & Batson, 1993).

Die Therapeutinnen stehen vor der Aufgabe, bei manchen Patientinnen mit Beziehungstest, starker Verslossenheit und anderen übergeneralisierten Verhaltensstrategien sowie starker Sensibilität gegenüber Selbstwertbedrohungen umgehen zu müssen:

! **Hilfreich im Umgang mit diesen Patientinnen können nach Zielke (1997) folgende Kompetenzen sein:**

- **Kompetenzen in der Gestaltung von Beziehungen, Toleranz für Irritationen und starke Emotionalität,**
- **angemessene Modulation von Engagement und Abstinenz, Kompetenz in der Nähe-Distanz-Regulierung,**
- **Erfahrung mit emotionsfördernden Verfahren,**
- **ein situationsunabhängiges therapiebezogenes Selbstwertsystem sowie**
- **ausreichende themenbezogene Selbsterfahrungen.**

In der Anfangsphase der Therapie steht der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung im Vordergrund. Gleichzeitig sollte ein weiterer Schwerpunkt auf der Normalisierung bzw. Depathologisierung der Symptome der Patientin durch Informationsvermittlung bzgl. der Folgen von sexuellem Kindesmissbrauch liegen. Hierbei kann es sich als hilfreich erweisen, Symptome als ursprüngliche Anpassungsleistung an die traumatisierende Umgebung zu konzeptionalisieren. So stellt z. B. die Dissoziation eine »Leistung« der Person dar, sich aus einer ausweglosen und unerträglichen Situation innerlich zurückzuziehen. Andere Symptome, wie z. B. Risikoverhalten, können ebenfalls aus der Lerngeschichte der Patientin erklärt werden. Dieses Konzept ist entlastend für Patientinnen, die ihre Symptome als Mängel verstehen, weist aber zugleich darauf hin, dass die entsprechenden Verhaltensweisen in der Umwelt der Erwachsenen nicht mehr adaptiv sind, und es somit zu dem erlebten Leidensdruck kommt.

21.6 Verschiedene Therapieverfahren

Die im Therapieverlauf üblicherweise eingesetzten kognitiv-behavioralen Therapieverfahren sind zum

großen Teil nicht spezifisch für die Behandlung von Opfern sexuellen Kindesmissbrauchs. So können z. B. zum Aufbau von Verhaltenskompetenzen Kommunikations-, Selbstsicherheits- und Problemlösetrainings eingesetzt oder Selbstkontroll- und Ärgermanagementstrategien vermittelt werden (Jehu, 1988). Diese Verfahren sind aus anderen therapeutischen Zusammenhängen bekannt und unterscheiden sich bei der Behandlung von Opfern sexuellen Kindesmissbrauchs nicht wesentlich von diesen. Die spezielle Anwendung einer Reihe kognitiv-behavioraler Verfahren, insbesondere der Konfrontation und der kognitiven Umstrukturierung, in der Behandlung von Opfern sexueller Traumatisierung in der Kindheit soll im Folgenden genauer beschrieben werden (► Kap. 13 u. 15). Auf die besonderen Herausforderungen an die Therapeutin bei der Behandlung von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen wird in ► Abschn. 21.7 eingegangen. Abschließend wird die Nützlichkeit eines gruppen-therapeutischen Ansatzes diskutiert.

21.6.1 Angstbewältigung und konfrontative Verfahren

Angstbewältigungstraining

Ziel des Angstbewältigungstrainings (Angstmanagementtrainings) ist es, der Patientin Copingstrategien für den Umgang mit dem häufig erlebten, extrem hohen Angstniveau an die Hand zu geben.

In der Therapie von Traumaopfern wurden verschiedene Angstmanagementstrategien eingesetzt, wobei das Stressimpfungstraining (»Stress Inoculation Training«, SIT; Veronen & Kilpatrick, 1983; ► Kap. 12) speziell für die Behandlung der Angstsymptomatik vergewaltigter Frauen entwickelt wurde. Das Stressimpfungstraining wurde in kaum veränderter Form in der Therapie von Opfern sexuellen Kindesmissbrauchs übernommen (»Coping Skills Training«; Jehu, 1988). Neben einer psychoedukativen Phase, in der ein lerntheoretisches Modell posttraumatischer Angst und das Therapierational vermittelt werden, beinhaltet das Training folgende Komponenten:

- **Atemkontrolltechniken und progressive Muskelrelaxation,**
- **Rollenspiele angstauslösender Situationen,**

- verdecktes Modelllernen durch Vorstellen erfolgreich gemeisterter Situationen,
- Gedankenstopp, wobei die Patientin Kontrolle über intrusive belastende Gedanken und Vorstellungen erlernt sowie
- geleiteter Selbstdialog nach Meichenbaum (1974), in dem negative Selbstgespräche durch einen unterstützenden und verstärkenden Selbstdialog ersetzt werden.

Weitere therapeutische Strategien

Für den Umgang mit intensiver Angst und der Dissoziationssymptomatik (z. B. Depersonalisation oder Derealisation), die in als bedrohlich wahrgenommenen Situationen plötzlich auftreten können, sind eine Reihe weiterer Techniken beschrieben worden (Briere, 1989). Die sog. Groundingtechniken haben zum Ziel, die Patientin zurück ins Hier und Jetzt zu bringen und den Realitätsbezug wieder herzustellen. Sie beinhalten z. B.:

- sich selbst oder Gegenstände zu berühren,
- die Aufmerksamkeit auf Gegenstände in der nahen Umgebung zu lenken,
- mit jemandem zu sprechen oder
- sich auf sensorische Eindrücke wie das Spüren der Fußsohlen auf dem Boden oder der Handinnenflächen auf der Stuhllehne zu konzentrieren.

Allerdings kann die Fähigkeit zur Dissoziation auch gezielt therapeutisch für den Umgang mit traumatischen Erinnerungen genutzt werden, indem die Patientinnen lernen können, sich vor Gefühlen zu schützen, die als zu bedrohlich oder intensiv erlebt werden. Techniken wie »das innere Kind in Sicherheit bringen« und der Einsatz »innerer Helfer« und »sicherer Orte« sollen der Patientin helfen, Stabilität zu gewinnen (► Kap. 9). Die sog. Bildschirmtechnik und die Einnahme einer Beobachterperspektive wird dazu genutzt, die Patientin in der Konfrontation mit dem Trauma vor zu schmerzlichen oder unerträglichen Gefühlen zu schützen (Reddemann, 2001).

Konfrontationsverfahren

Es herrscht weitgehende Einigkeit darüber, dass die Konfrontation mit angstauslösenden Stimuli eine wichtige, wenn nicht entscheidende Komponente in der Behandlung von Angststörungen, einschließlich der PTBS, darstellt.

! **Das Ziel konfrontativer Verfahren in der Therapie von Opfern sexuellen Missbrauchs ist es, zum einen die angstausslösende Wirkung objektiv ungefährlicher konditionierter Reize abzubauen, und zum anderen der Patientin zu ermöglichen, sich an den Missbrauch zu erinnern, ohne von intensiven Gefühlen der Angst und Hilflosigkeit überwältigt zu werden.**

Durchführung der Konfrontation

Bei der Konfrontation **in sensu** versetzt sich die Patientin in der Vorstellung in die Missbrauchssituation hinein und erzählt dabei ihren Hergang, wobei der Fokus unter anderem auf ihren eigenen emotionalen und physiologischen Reaktionen während des Missbrauchs liegt. Dieses Nacherleben der Situation wird so oft wiederholt, bis dabei Angst und Unbehagen der Patientin deutlich zurückgegangen sind. Die Hausaufgabe besteht darin, sich die Tonbandaufnahme der Sitzung täglich anzuhören.

Für die Konfrontation **in vivo** wird eine Hierarchie von Situationen erstellt, die die Patientin gegenwärtig vermeidet, objektiv aber als sicher einstuft, wie z. B. bei ausgeschaltetem Licht einzuschlafen oder alleine zu Hause zu sein. Die Patientin begibt sich in diese Situationen hinein und verweilt dort so lange, bis ihr Angstniveau deutlich abgesunken ist. Diese Verfahren werden auch als langandauernde Exposition (»prolonged exposure«) bezeichnet (► Kap. 12; Foa et al., 1991).

Roesler et al. (1992) setzten Videoaufzeichnungen ein, auf denen Patientinnen über ihren Missbrauch berichteten, und mit denen sie sich anschließend wiederholt konfrontierten. Jehu (1988) setzte **in vivo** Konfrontation in der Behandlung sexueller Dysfunktionen von Opfern sexuellen Kindesmissbrauchs ein. Er schlägt eine graduierte Herangehensweise vor, wobei eine schwierigere Situation erst aufgesucht wird, wenn die vorangegangene kein Unbehagen mehr auslöst.

Situationshierarchie nach Jehu (1988)

- Visuelle Selbstexploration (z. B. unter Verwendung eines Handspiegels) mit dem Ziel, ein negatives Körperbild abzubauen
- ▼

- Taktile Selbstexploration, wobei die Patientin sensitive Körperregionen kennenlernt und die Gefühle, die die Berührungen auslösen, zu tolerieren und zu genießen lernt
- Genitale Selbststimulation, wobei das Ziel darin besteht, sexuelle Erregung tolerieren und genießen zu lernen

Ähnliche praktische Übungen als Hausaufgaben in der Therapie sexueller Dysfunktionen von Opfern sexuellen Kindesmissbrauchs werden bei Becker (1989) und Sprei u. Courtois (1988) beschrieben.

! **Konfrontation mit den an das Trauma erinnernden Stimuli ist ein Bestandteil jedes therapeutischen Gesprächs über den Missbrauch, seine Umstände und seine Folgen.**

Es ist anzunehmen, dass Konfrontation ein wirksames Prinzip in jeder Behandlung darstellt, in der der sexuelle Kindesmissbrauch explizit angesprochen wird, auch wenn kein strukturiertes konfrontatives Behandlungsverfahren wie die langandauernde Exposition gewählt wird.

21.6.2 Kognitive Methoden

In den letzten Jahren rückten kognitive Variablen und ihr Zusammenhang mit der Symptomatik bei Traumaopfern vermehrt in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses (► Kap. 13). Dabei wurde zum einen gezeigt, dass das Erleben eines Traumas eine Reihe von grundlegenden Überzeugungen (z. B. die der eigenen Sicherheit) erschüttern kann und dass Traumaopfer z. T. maladaptive Überzeugungen in verschiedenen Themenbereichen aufweisen. Zum anderen wurde ein Zusammenhang solcher maladaptiver Kognitionen mit einer stärker ausgeprägten Symptomatik bestätigt. In Bezug auf Opfer sexuellen Missbrauchs sind insbesondere folgende Themenbereiche von Bedeutung (Coffey et al., 1996; Draucker, 1989; Jehu, 1989; Resick & Schnicke, 1992; Wenninger, 1994; Wenninger & Ehlers, 1998 ► Kap. 2, 14 u. 20):

- Selbstbeschuldigung und Selbstwert sowie
- Sicherheit, Vertrauen und Kompetenz.

Den Satz »Ich muss für den Sex verantwortlich gewesen sein, als ich klein war, da er über so lange Zeit fortgesetzt wurde« bejahten 86% einer Patientinnenstichprobe mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit; der Äußerung »Ich bin wertlos und schlecht« stimmten 78% zumindest teilweise zu (Jehu, 1989).

! **Ziel kognitiver Verfahren ist es, solche negativen Überzeugungen der Patientin zu identifizieren, ihren Zusammenhang mit dem Trauma und mit gegenwärtigen negativen Affekten zu verdeutlichen, sie zu hinterfragen und ggf. durch adaptivere Kognitionen zu ersetzen.**

Die angewendeten Verfahren basieren auf der von Beck et al. (1986) entwickelten kognitiven Therapie der Depression. Resick & Schnicke (1993; ► Kap. 22) beschrieben eine speziell auf Vergewaltigungsopfer zugeschnittene modifizierte Version der von Beck et al. entwickelten Therapie, in der die Themenbereiche Sicherheit, Vertrauen, Kompetenz, (Selbst)achtung und Intimität besonders berücksichtigt werden. Es ist anzunehmen, dass dieses Therapiekonzept auf Opfer sexuellen Kindesmissbrauchs übertragbar ist, da gezeigt werden konnte, dass bei ihnen maladaptive Kognitionen in denselben Themenbereichen auftreten wie bei Vergewaltigungsopfern (Wenninger & Ehlers, 1998).

Kognitive Umstrukturierung

Die Methode der kognitiven Umstrukturierung bei selbstbeschuldigenden und selbstabwertenden Überzeugungen von Opfern sexuellen Kindesmissbrauchs wurde von Jehu (1988) beschrieben. Folgendes Beispiel soll das Vorgehen veranschaulichen.

Beispiel

Kognitive Umstrukturierung bei selbstbeschuldigenden und selbstabwertenden Überzeugungen

- Erklärungsmodell für kognitive Umstrukturierung geben.
- Selbstbeschuldigende Überzeugung identifizieren: »Ich habe mich nicht körperlich gegen den Täter gewehrt, deshalb muss ich den Sex gewollt haben«.



- Kognitive Irrtümer erkennen: emotionales und nichtlogisches Schlussfolgern, Personalisierung/Fehlattribution.
- Alternative Denkweisen mithilfe von Informationen, logischer Analyse und Reattribution explorieren.
- Selbstbeschuldigende Überzeugung durch adaptive Sichtweise ersetzen: »Das Machtgefälle zwischen einem Erwachsenen und einem Kind macht es sehr schwierig für das Kind, Nein zu sagen. Ich habe als Kind gelernt, dass ich Erwachsenen gehorchen muss. Ich bin gezwungen worden, da der Täter mir befahl, ein braves Mädchen zu sein und ihm einen Gefallen zu tun. Ich wurde außerdem gezwungen, weil jedes Kind Aufmerksamkeit und Zärtlichkeit braucht, und meine Umwelt mir keine gesunde Art dieser Zuwendung gegeben hat (etc.)«.

Therapie sexueller Dysfunktionen. Beispiele für kognitive Umstrukturierung in der Therapie sexueller Dysfunktionen bei Opfern sexuellen Kindesmissbrauchs finden sich ebenfalls bei Jehu (1988). Dabei soll der Patientin der Zusammenhang zwischen dem erlebten Missbrauch und Überzeugungen wie »Für Liebe muss man immer zahlen« oder »Männer nutzen Frauen immer aus« verdeutlicht werden, welche einer positiv erlebten sexuellen Beziehung entgegenstehen. Nach einer Analyse der kognitiven Irrtümer (z. B. Übergeneralisierung) werden dann wiederum alternative Sichtweisen exploriert.

21.6.3 Imaginatives Neuschreiben und Verarbeiten

Die Technik des imaginativen Neuschreibens und Verarbeitens (»Imagery Rescripting and Reprocessing«; Smucker, 1997) wurde für erwachsene Opfer von sexuellem oder körperlichem Missbrauch in der Kindheit entwickelt, die aktuell unter sich wiederholenden Intrusionen und Flashbacks leiden.

- ! Die in diesem Verfahren angewendete Kombination von imaginierter Exposition, dem Aufbau von Bewältigungsbildern sowie von Selbstbehauptungs- und Selbstbesänftigungsmöglich-



keiten mit der verbalen Verarbeitung des Traumas und der Modifikation von dysfunktionalen kognitiven Schemata hat neben der Reduktion der PTBS die Veränderung wiederkehrender traumatischer Bilder zum Ziel und fördert den Aufbau adaptiver Schemata sowie die Möglichkeiten zur Selbstberuhigung.

Auch bei diesem Verfahren beginnt die Therapie mit der Vermittlung eines Rationals der Behandlung. Traumatische Erfahrungen, die Inhalt von intrusiven Erinnerungen, Flashbacks oder Alpträumen sind, werden dabei nach folgendem Vorgehen bearbeitet.

Zunächst kommt es zu einer imaginierten Exposition mit dem traumatischen Erlebnis. Dann wird die Patientin angeleitet die Erinnerungen zu verändern (► Übersicht):

Drei Phasen der Konfrontation mit den Erinnerungen und ihre Veränderung

1. Den Täter imaginativ konfrontieren.
2. Das Kind aus dem Missbrauch befreien und schließlich
3. das Kind liebevoll unterstützt.

Diese 3 Phasen der Konfrontation mit den Erinnerungen und ihre Veränderung finden jeweils in einer Sitzung statt. Der genaue Ablauf wird im Folgenden skizziert.

Durchführung des imaginierten Neuschreibens und Verarbeitens

Die **imaginierte Exposition** umfasst das visuelle und sensorische Wiedererleben des gesamten traumatischen Erlebnisses. Die Rolle der Therapeutin besteht darin, die Patientin beim Wiedererleben zu unterstützen und durch behutsames Nachfragen Gedanken und Gefühle der Patientin zu elaborieren.

- ! Es ist in diesem Zusammenhang wichtig, das gesamte Furchtnetzwerk mit seinen visuellen, verbalen, affektiven, sensorischen und kinästhetischen Reizen zu aktivieren, um eine umfassende Verarbeitung und Neubewertung zu erreichen.

Sobald die Patientin andeutet, dass sie das gesamte traumatische Erlebnis geschildert hat, wird dieser

Schritt beendet und die Therapeutin leitet zur nächsten Phase, der Konfrontation des Täters über. Zunächst wird die Patientin gebeten, noch einmal das traumatische Erlebnis zu schildern. An dem für die Patientin belastendsten Punkt wird die Imagination unterbrochen und durch Fragen in die **Täterkonfrontation** übergeleitet.

Beispiel

- Können Sie sich vorstellen, wie Sie als ERWACHSENE in Ihrer aktuellen Gestalt die Szene betreten?
- Kann Sie der Täter sehen?
- Wie reagiert er auf Ihre Anwesenheit?
- Was würden Sie, die Erwachsene, an dieser Stelle gerne tun oder sagen?
- Können Sie sich sehen, wie Sie diesen Handlungswunsch ausführen?
- Und wie reagiert der Täter auf Ihre Intervention?
- Was passiert nun?

Das Ziel dieser Phase ist der Aufbau von Bewältigungsbildern zur Beendigung der Viktimisierung. Zunächst ist es die Aufgabe der erwachsenen Patientin, das traumatische Erlebnis umzuschreiben und damit einen anderen, für das Kind günstigeren Ausgang zu entwickeln, indem sie zunächst den Täter konfrontiert und das Kind aus dem Missbrauch befreit.

Nach Entwicklung der Bewältigungsbilder – wenn also der Täter aus der Szene verschwunden ist, weil er entweder verjagt wurde oder tot ist und der Missbrauch des Kindes beendet ist –, regt die Therapeutin die Imagination »Die Erwachsene unterstützt das Kind liebevoll« mit Fragen an.

Beispiel

- Was würden Sie, die ERWACHSENE, gerne für das Kind tun oder ihm sagen?
- Können Sie sich dies tun oder sagen sehen?
- Wie reagiert das Kind? Wie reagieren Sie, die Erwachsene, auf die Reaktion des Kindes? Gibt es noch etwas, das Sie als Erwachsene für das Kind tun oder ihm sagen möchten, bevor Sie diese Imagination abschließen?
- Abschlussfragen: Was nehmen Sie mit? Wie war das für Sie, wie fühlen Sie sich jetzt?

In der Regel beginnen die Patientinnen in dieser Phase, das Kind zu umarmen, zu liebevollen oder auf

andere Art und Weise ihre Unterstützung und Zuneigung auszudrücken. Manche Patientinnen reden mit dem Kind und versichern ihm, dass es in Sicherheit ist. Anderen Patientinnen scheint die liebevolle nonverbale Beschäftigung mit dem Kind wichtiger zu sein.

- ! Sollte die Patientin nicht in der Lage sein, positive Gefühle gegenüber dem Kind zu erleben und diese auszudrücken, ist es wichtig, dass sie die vorhandenen negativen Gefühle (Ärger, Hass, Schuldvorwürfe) gegenüber dem Kind aus nächster Nähe ausdrücken kann. Hilfreich kann dabei sein, die Patientin zu fragen, ob sie dem Kind direkt in die Augen sehen kann, wenn sie die negativen Gefühle erlebt und gegenüber dem Kind ausdrückt. Dies leitet in der Regel eine von starken Gefühlen begleitete Neubewertung des Kindes und seiner Situation ein.

Sobald deutlich wird, dass die Erwachsene das Kind hinreichend unterstützt hat, wird diese Imagination beendet. Danach wird die Bedeutung der Imagination besprochen und verarbeitet.

- ! Es ist bei dem Aufbau der Bewältigungs- und Selbstbesänftigungsbilder unbedingt notwendig, dass die Therapeutin die Patientin sokratisch begleitet und auf das Führen oder gar das Suggestieren von Bewältigungsbildern verzichtet, da davon ausgegangen wird, dass selbst aufgebaute Bewältigungs- und Selbstbesänftigungsbilder wirkungsvoller sind als suggerierte Bilder.

Falls die Patientin nicht in der Lage ist selbst den Täter zu konfrontieren oder das Kind zu befreien, kann die Therapeutin fragen, ob die Patientin andere Menschen zu Hilfe holen möchte. Auch hierbei ist erforderlich, dass die Patientin diese Entscheidung selbst trifft.

Hat eine Patientin mehrere Traumata erlebt, wird zu Beginn eine Hierarchie dieser Erlebnisse nach ihrer aktuellen Belastung erstellt. Um einen möglichst hohen Grad an Generalisierung zu erreichen kann es sinnvoll sein, mit der schlimmsten oder einer der schlimmsten Erinnerungen zu beginnen. Bei sehr instabilen Patientinnen kann ein behutsames, graduiertes Vorgehen sinnvoll sein.

Als Hausaufgabe zwischen den Sitzungen werden die Patientinnen instruiert, sich den Kassettenmit-

schnitt der Sitzungen täglich anzuhören. Dabei ist es sinnvoll den Patientinnen zu erläutern, dass der Fortschritt und der Erfolg der Therapie von ihrer Bereitschaft abhängt, sich über einen begrenzten Zeitraum den schmerzlichen Erinnerungen zu stellen.

Ein weiterer Bestandteil der Behandlung ist es, mit der Patientin neue Möglichkeiten des Umganges mit schwierigen Emotionen, die in der Zeit zwischen den Sitzungen zu erwarten sind, zu erarbeiten und zu erproben. Besonders bei Patientinnen mit selbstverletzenden Verhaltensweisen oder Suizidalität sind solche Strategien notwendig.

Das imaginierte Konfrontieren und Umschreiben einer traumatischen Erinnerung wird so lange fortgesetzt, bis entweder die intrusiven Erinnerungen bzw. Alpträume verschwunden sind oder diese Symptome nur noch in einem erträglichen Maße vorhanden sind. Bei mehrfach traumatisierten Patientinnen wird das Vorgehen für jedes weitere traumatische Erlebnis wiederholt, bis eine deutliche Verbesserung der Symptomatik eingetreten ist. Vorhandene Generalisierungserfahrungen bzw. funktionale Neubewertungen sollten dabei exploriert und für das weitere Vorgehen genutzt werden. Als weitere Methoden bei der Verarbeitung des Missbrauchs werden die Patientinnen angehalten, einen therapeutischen Brief an den Täter zu schreiben, ein traumatisches Erlebnis niederzuschreiben und gegen Ende der Behandlung einen »Follow-up-Brief« an den Täter oder eine andere involvierte Person zu verfassen.

21.6.4 Gruppentherapie

Es gibt zahlreiche gruppentherapeutische Ansätze für die Behandlung der Langzeitfolgen sexuellen Kindesmissbrauchs (Abbott, 1995; Knight, 1990; Sinclair et al., 1995; Tsai & Wagner, 1978).

! **Der wesentliche Vorteil einer Gruppentherapie gegenüber der Einzeltherapie besteht darin, dass durch den Erfahrungsaustausch mit Betroffenen an einem sicheren Ort und in einer unterstützenden Atmosphäre insbesondere die Gefühle der Isolation, Stigmatisierung, des Andersseins und der Scham abgebaut werden können.**

Eine Reihe von Autoren empfehlen die parallele Durchführung einer Einzeltherapie, da die Möglich-

keiten in der Gruppentherapie begrenzt sind, mit einzelnen Teilnehmerinnen die für sie besonders relevanten Themen zu vertiefen (Abbott, 1995).

Vor Therapiebeginn muss die Therapeutin oder das Therapeutenteam eine Reihe von Entscheidungen treffen (Briere, 1989). Diese betreffen die Gruppensatzung, Ausschlusskriterien und die Gruppengröße. Empfehlenswert ist eine Gruppengröße zwischen 5 und 10 Teilnehmerinnen. Weiter muss die Anzahl und Dauer der Sitzungen sowie die Gruppenstruktur festgelegt werden. Unterschieden wird zwischen offenen und geschlossenen Gruppen, die themenzentriert oder prozessorientiert arbeiten können.

Üblicherweise können 3 Phasen in der gruppentherapeutischen Arbeit mit Opfern sexuellen Kindesmissbrauchs unterschieden werden.

Durchführung der Gruppentherapie

In der **Einführungsphase** liegt der Schwerpunkt auf der Schaffung einer sicheren und unterstützenden Umgebung sowie der Förderung von Vertrauen und Kohäsion innerhalb der Gruppe. Hierzu werden von der Therapeutin bzw. dem Therapeutenteam bestimmte Grundregeln vorgegeben (z. B. die Vertraulichkeit von allem, was in der Gruppe gesagt wird) und positives Verhalten durch Verstärkung und Modelllernen gefördert. Weiter werden Informationen über sexuellen Kindesmissbrauch und seine langfristigen Auswirkungen auf die Opfer mit dem Ziel der Normalisierung bzw. Depathologisierung der Symptome und der Entkräftung allgemeiner Mythen über Missbrauch gegeben (► Kap. 9). Schließlich erzählt jede Teilnehmerin in der Gruppe von ihrem Missbrauch, wobei sie dazu ermutigt wird, Details einzuschließen und auch über ihre subjektiven Reaktionen zu sprechen. Eine bestätigende Reaktion der anderen Gruppenteilnehmerinnen ist hierbei besonders wichtig.

In der **mittleren Therapiephase** steht zumeist die themenzentrierte Arbeit im Vordergrund. Hierbei werden die Auswirkungen des Missbrauchs auf die Teilnehmerinnen und ihr Umgang mit den jeweiligen Problembereichen thematisiert. Bearbeitete Themenbereiche sind z. B. Selbstwert, Sexualität, sexuelle Identität, Schuldgefühle, adäquate Maßnahmen sich zu schützen, die ambivalente Beziehung zum Täter und der Herkunftsfamilie oder der Umgang mit Ärger.

In der **Abschlussphase** werden Probleme und Ängste thematisiert, die in Zusammenhang mit dem Therapieende stehen, wie z. B. Ängste vor einer Symptomverschlimmerung nach Therapieende. Mit jeder Teilnehmerin wird ein individueller Plan aufgestellt, ob und in welcher Form sie nach Beendigung der Gruppentherapie an ihren Problemen weiterarbeiten möchte, wohin sie sich im Krisenfall wenden kann etc. Üblicherweise beinhaltet die letzte Sitzung neben einer rückblickenden Bewertung des Therapiegewinns der einzelnen Teilnehmerinnen auch eine Form des zeremoniellen Abschlusses der gemeinsamen Arbeit. In manchen Gruppen werden in der letzten Sitzung auf Wunsch der Teilnehmerinnen Telefonnummern ausgetauscht.

21.7 Borderline-Persönlichkeitsstörung

Das Hauptmerkmal der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist ein durchgängiges Muster von Instabilität hinsichtlich des Selbstbildes, der zwischenmenschlichen Beziehungen und der Stimmung sowie eine starke Impulsivität, u. a. bezogen auf selbstschädigende Verhaltensweisen. Wiederholte Suiziddrohungen, Suizidversuche und Automutilation sind markante Symptome des Störungsbildes. Sie können als Signale der Verzweiflung verstanden werden und als Reaktion auf reales oder eingebildetes Verlassenwerden bzw. Zurückgewiesenwerden durch andere, was als stark bedrohlich erlebt wird.

! **Brieres (1989) Einschätzung nach ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung eine der am häufigsten vergebenen Diagnosen für psychiatrisch-stationäre Patientinnen mit schwerwiegender posttraumatischer Symptomatik nach sexuellem Kindesmissbrauch.**

In der Tat belegt eine Reihe von Studien, dass ein hoher Prozentsatz der Patientinnen mit einer solchen Diagnose als Kind sexuell missbraucht wurde (Bryer et al., 1987; Herman et al., 1989). Die vorliegenden Untersuchungen lassen jedoch nicht auf einen monokausalen Zusammenhang zwischen sexuellem Kindesmissbrauch und einer späteren Borderlinediagnose schließen. Andere Variablen, z. B. Merkmale der Umwelt oder der Kind-Umwelt-Beziehung wie

körperliche Misshandlung oder Vernachlässigung, könnten ebenso zu der späteren Entwicklung eines solchen Störungsbildes beitragen.

Entsprechend geht Linehan (1994) in ihrer bio-sozialen Verhaltenstheorie zur Entstehung der Borderline-Persönlichkeitsstörung von einem multifaktoriellen Ansatz i. S. eines Diathese-Stress-Modells aus. Linehan zufolge werden Borderlinemerkmale entwickelt, wenn Personen, deren Vulnerabilität in einer biologisch begründeten defizitären Affektregulation besteht, auf eine sog. invalidierende Umgebung treffen. Eine solche Umgebung ist dadurch gekennzeichnet, dass sie

- emotionale – und hierbei besonders negative – Erfahrungen des vulnerablen Individuums missachtet und
- Schwierigkeiten bei der Lösung von Problemen herunterspielt.

Diese nichtunterstützenden Ursprungsfamilien tragen zu einer weiteren Entwicklung emotionaler Fehlregulationen bei und versäumen es dem Kind beizubringen, sich auf seine eigenen emotionalen Reaktionen als gültig und angemessen zu verlassen. Familien, in denen es zu sexuellem Kindesmissbrauch kommt, sind ein Beispiel für invalidierende Ursprungsfamilien.

21.7.1 Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Nachfolgend wird der Therapieansatz der dialektischen Verhaltenstherapie (Linehan, 1994) als ein prominenter und aktueller Ansatz in der Behandlung von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen vorgestellt (weiterführende Literatur bei Layden et al., 1993; Linehan, 1993, 1994).

Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung neigen zu dichotomem, rigidem Denken und zeigen sich unfähig zu einer Synthese verschiedener relativierter Sichtweisen. Aufgrund einer defizitären Affektregulation und einer diese verstärkenden Lerngeschichte haben sie Schwierigkeiten einzuschätzen, wann sie sich auf ihre eigenen emotionalen Reaktionen als zutreffend und angemessen verlassen können. Sie sind nicht in der Lage, ihre eigene Person in zwischenmenschliche Beziehungen

und Ereigniszusammenhänge einzuordnen und erleben sich als sehr vulnerabel, wobei suizidales Verhalten als Signal für Verzweiflung und als Reaktion auf Überforderung und vermeintliche Ablehnung durch andere verstanden werden kann.

Hieraus ergeben sich nach Linehan (1994) besondere Anforderungen an das Therapeutinnenverhalten. Diese bestehen insbesondere darin, eine Synthese bzw. ein Gleichgewicht herzustellen zwischen einer Reihe von Dimensionen (► Übersicht).

Zentrale Dimensionen in der Behandlung von Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen

- Akzeptanz vs. Veränderungsstreben
- Beharren auf einem festen Standpunkt und Acht geben auf das Einhalten von Grenzen und Regeln vs. mitfühlende Flexibilität, wenn die Situation es erfordert
- Wohlwollendes Fordern vs. Versorgung, wobei ein Mittelweg zwischen unnötiger Hilfestellung und notwendiger Versorgung gefunden werden muss
- Ausgewogenes Reagieren auf aktive Passivität vs. scheinbare Kompetenz

»Aktive Passivität« bezeichnet die Tendenz der Patientinnen, bei auftretenden Problemen hilflos zu reagieren und eine Lösung von der Umwelt zu fordern. Scheinbare Kompetenz dagegen bedeutet, dass Patientinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen häufig einen täuschend kompetenten Eindruck machen, wobei ihre Bewältigungsfähigkeiten jedoch nicht stabil sind. Zusammenfassend ist es Aufgabe der Therapeutin, sowohl die Fähigkeiten als auch die Defizite der Patientin zu erkennen und ihnen gerecht zu werden, wobei akzeptierend-versorgende wie auch änderungsorientierte Strategien flexibel zu integrieren sind.

Die Schwerpunkte der therapeutischen Interventionen liegen auf einer Reduzierung selbstdestruktiver Verhaltensweisen sowie auf der Vermittlung von Kompetenzen. Linehan (1994) schlägt eine feste Hierarchie der Behandlungsinhalte vor:

- Manifeste Suizidgefährdung (parasuizidales Verhalten, Suizidgedanken und -pläne),

- Verhaltensweisen der Patientin oder der Therapeutin, die den Verlauf oder die Fortführung der Therapie erschweren (z. B. Stunden ausfallen lassen oder zu spät kommen),
- Vermeidungs- und Fluchtverhalten, das eine vernünftige Lebensführung gefährdet (z. B. Substanzmissbrauch oder kriminelles Verhalten),
- Erwerb von Verhaltenskompetenzen (insbesondere Stresstoleranz, Selbstkontrolle, Problemlösefähigkeiten, soziale Kompetenz oder emotionale Regulation) sowie
- andere Ziele der Patientin.

Literatur

- Abbott, B. R. (1995). Group therapy. In C. Classen & I. D. Yalom (Eds.), *Treating women molested in childhood*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bange, D. & Deegener, G. (1996). *Sexueller Missbrauch an Kindern. Ausmaß, Hintergründe, Folgen*. Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union.
- Bayatpour, M., Wells, R. D. & Holford, S. (1992). Physical and sexual abuse as predictors of substance use and suicide among pregnant teenagers. *Journal of Adolescent Health, 13*, 128–132.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1986). *Kognitive Therapie der Depression*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, Urban & Schwarzenberg.
- Becker, J. V. (1989). Impact of sexual abuse on sexual functioning. In S. R. Leiblum & R. C. Rosen (Eds.), *Principles and practice of sex therapy: Update for the 1990s*. New York: Guilford.
- Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D. & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect, 16*, 101–118.
- Bolton, F. G., Morris, L. A. & MacEachron, A. E. (1989). *Males at risk: The other side of child sexual abuse*. Newbury Park: Sage.
- Boudewyn, A. C. & Liem, J. H. (1995). Childhood sexual abuse as a precursor to depression and self-destructive behavior in adulthood. *Journal of Traumatic Stress, 8*, 445–459.
- Breitenbecher, K. H. (2001). Sexual revictimization among women: a review of the literature focusing on empirical investigations. *Aggression and Violent Behavior, 6*, 415–432.
- Briere, J. (1988). The longterm clinical correlates of childhood sexual victimization. *Annals of the New York Academy of Sciences, 528*, 327–334.
- Briere, J. (1989). *Therapy for adults molested as children: Beyond survival*. New York: Springer.
- Briere, J. & Conte, J. R. (1989). *Amnesia in adults molested as children: Testing theories of repression*. Beitrag zum Jahrestreffen der American Psychological Association, New Orleans, USA.

- 21
- Briere, J. & Runtz, M. (1988). Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a nonclinical adult sample. *Child Abuse and Neglect*, 12, 51–59.
- Briere, J. & Runtz, M. (1993). Childhood sexual abuse: Long-term sequelae and implications for psychological assessment. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 312–330.
- Bryer, J. B., Nelson, B. A., Miller, J. B. & Krol, P. A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as a factor in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1426–1430.
- Carson, D. K., Council, J. R. & Volk, M. A. (1988). Temperament, adjustment, and alcoholism in adult female incest victims. *Violence and Victims*, 3, 205–216.
- Coffey, P., Leitenberg, H., Henning, K., Turner, T. & Bennett, R. T. (1996). Mediators of the long-term impact of child sexual abuse: Perceived stigma, betrayal, powerlessness, and self-blame. *Child Abuse and Neglect*, 20, 447–455.
- Coons, P. M. & Milstein, V. (1986). Psychosexual disturbances in multiple personality: Characteristics, etiology, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 106–110.
- Courtois, C. A. (1995). Assessment and diagnosis. In C. Classen & I. D. Yalom (Eds.), *Treating women molested in childhood*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cunningham, J., Pearce, T. & Pearce, P. (1988). Childhood sexual abuse and medical complaints in adult women. *Journal of Interpersonal Violence*, 3, 131–144.
- Draucker, C. B. (1989). Cognitive adaption of female incest survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 668–670.
- Edwards, P. W. & Donaldson, M. A. (1989). Assessment of symptoms in adult survivors of incest: A factor analytic study of the Responses to Childhood Incest Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 13, 101–110.
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A. & Smith, C. (1989). Sexual abuse and its relationship to later sexual satisfaction, marital status, religion, and attitudes. *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 379–399.
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I. A. & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 14, 19–28.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S. & Murdock, T. (1991). Treatment of post-traumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715–723.
- Herman, J. L., Perry, C. & Kolk, B. A. van der (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490–494.
- Jehu, D. (1988). *Beyond sexual abuse: Therapy with women who were childhood victims*. Chichester: Wiley.
- Jehu, D. (1989). Mood disturbances among women clients sexually abused in childhood. *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 164–184.
- Knight, C. (1990). Use of support groups with adult female survivors of child sexual abuse. *Social work*, 35, 202–206.
- Layden, M. A., Newman, C. F., Freeman, A. & Morse, S. B. (1993). *Cognitive therapy of borderline personality disorder*. Boston: Allyn & Bacon.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1994). Dialektische Verhaltenstherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), *Handbuch stationärer Verhaltenstherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- McMillen, C., Zuravin, S. & Rideout, G. (1995). Perceived benefit from child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 1037–1043.
- Meichenbaum, D. (1974). *Cognitive behavior modification*. Morristown: General Learning.
- Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder (PTBS)*. Waterloo: Institute Press.
- Messman-Moore, A. & Long, P. J. (2003). The role of childhood sexual abuse sequelae in the sexual revictimization of women. An empirical review and theoretical reformulation. *Clinical Psychology Review*, 23, 537–571.
- Moggi, F. (1997). Sexuelle Kindesmisshandlung: Traumatisierungsmerkmale, typische Folgen und ihre Ätiologie. In G. Amann & U. R. Wipplinger (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch*. Tübingen: dgvt.
- Peters, S. D. (1988). Child sexual abuse and later psychological problems. In G. E. Wyatt & G. J. Powell (Eds.), *Lasting effects of child sexual abuse*. Newbury Park: Sage.
- Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. *Leben lernen 141*. Stuttgart: Pfeiffer & Klett-Cotta.
- Resnick, H. S. & Newton, T. (1992). Assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in adult survivors of sexual assault. In D. F. Foy (ed.), *Treating PTBS: Cognitive-behavioral strategies*. New York: Guilford.
- Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748–756.
- Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park: Sage.
- Roesler, T. A., Czech, N., Camp, W. & Jenny, C. (1992). Network therapy using videotape disclosure for adult sexual abuse survivors. *Child Abuse and Neglect*, 16, 575–583.
- Roodman, A. A. & Clum, G. A. (2001). Revictimization rates and method variance: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 21, 183–204.
- Roth, S. & Batson, R. (1993). The creative balance: The therapeutic relationship and thematic issues in trauma resolution. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 159–178.
- Rowan, A. B. & Foy, D. W. (1993). Post-traumatic stress disorder in child sexual abuse survivors: A literature review. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 3–20.
- Shapiro, S. (1987). Self-mutilation and self-blame in incest victims. *American Journal of Psychotherapy*, 41, 46–54.

- Siegel, J. M., Sorenson, S. B., Golding, J. M., Burnam, M. A. & Stein, J. (1987). The prevalence of childhood sexual assault: The Los Angeles Epidemiologic Catchment Area Project. *American Journal of Epidemiology*, 126, 1141–1153.
- Sinclair, J. J., Larzelere, R. E., Paine, M., Jones, P., Graham, K. & Jones, M. (1995). Outcome of group treatment for sexually abused adolescent females living in a group home setting: Preliminary findings. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 533–542.
- Smolak, L., Levine, M. P. & Sullins, E. (1990). Are child sexual experiences related to eating-disordered attitudes and behaviors in a college sample? *International Journal of Eating Disorders*, 9, 167–178.
- Smucker, M. R. (1997). *Imagery Rescripting. Therapiemanual zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen nach sexuellem Missbrauch*. Thun: Vetter.
- Sprei, J. E. & Courtois, A. (1988). The treatment of women's sexual dysfunctions arising from sexual assault. In R. A. Brown & J. R. Field (Eds.), *Treatment of sexual problems in individual and couples therapy*. Costa Mesa: PMA.
- Tsai, M. & Wagner, N. N. (1978). Therapy groups for women sexually molested as children. *Archives of Sexual Behavior*, 7, 417–427.
- Tsai, M., Feldman-Summers, S. & Edgar, M. (1979). Childhood molestation: Variables related to differential impacts on psychosexual functioning in adult women. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 407–417.
- Veronen, L. J. & Kilpatrick, D. G. (1983). Stress management for rape victims. In D. Meichenbaum & M. E. Jaremko (Eds.), *Stress reduction and prevention*. New York: Plenum.
- Watkins, B. & Bentovim, A. (1992). The sexual abuse of male children and adolescents: A review of current research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 197–248.
- Wenninger, K. (1994). *Langzeitfolgen sexuellen Kindesmissbrauchs: Dysfunktionale Kognitionen, psychophysiologische Reagibilität und ihr Zusammenhang mit der Symptomatik*. Göttingen: Cuvillier.
- Wenninger, K. & Ehlers, A. (1998). Dysfunctional cognitions and adult psychological functioning in child sexual abuse survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 281–300.
- Wetzels, P. (1997). *Gewalterfahrungen in der Kindheit: Sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen*. Baden-Baden: Nomos.
- Williams, L. M. (1994). Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1167–1176.
- Wyatt, G. E. & Newcomb, M. (1990). Internal and external mediators of women's sexual abuse in childhood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 758–767.
- Wyatt, G. E. (1985). The sexual abuse of afro-american and white-american women in childhood. *Child Abuse and Neglect*, 9, 507–519.
- Zielke, M. (1997). Interaktionelle Besonderheiten in der therapeutischen Arbeit mit PatientInnen nach sexueller Gewalterfahrung und deren Bedeutung für die Supervision und Selbsterfahrung. In G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie. Ein Handbuch*. Tübingen: dgvt.

Andreas Maercker (Hrsg.)

Posttraumatische Belastungsstörungen

3., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage

22 Kognitive Verarbeitungstherapie für Opfer sexuellen Missbrauchs und andere Traumata

K. M. Iverson, P. A. Resick

- 22.1 Ausgangslage: gesundheitliche Probleme der Traumaüberlebenden – 384
- 22.2 Ziele der kognitiven Verarbeitungstherapie – 386
- 22.3 Übersicht über die Behandlungsstruktur – 388
- 22.4 Typische Probleme während der Therapie – 395
- 22.5 Empirische Belege – 397
- Literatur – 398

Sexueller Missbrauch ist mit großem individuellem Leid verbunden und stellt ein ernstes Problem für die Gesellschaft und das Gesundheitswesen dar (► Kap. 19 u. 20). Erfreulicherweise haben sich viele Arbeitsgruppen mit den psychologischen Folgen sexuellen Missbrauchs befasst und wirksame Behandlungsformen für die Opfer entwickelt. Dieses Kapitel stellt die kognitive Verarbeitungstherapie (»Cognitive Processing Therapy«, CPT) vor, die für erwachsene Opfer sexuellen Missbrauchs und anderer Traumata entwickelt wurde. Diese ist auf Englisch in mehreren Publikationen beschrieben worden (Resick & Schnicke, 1992; 1993; Resick, Monson & Chard, 2007¹).

Zunächst werden die häufigsten gesundheitlichen Probleme in der Folge sexuellen Missbrauchs beschrieben. Dann stellen die Autorinnen das Erklärungsmodell der kognitiven Verarbeitungstherapie und die Behandlung von Traumaopfern, insbesondere Opfern sexuellen Missbrauchs, dar. Im Anschluss folgt eine Erörterung typischer Behandlungssituationen bei der Arbeit mit Opfern sexuellen Missbrauchs. Abschließend geben sie einen Überblick über die empirische Befundlage zur CPT.

22.1 Ausgangslage: gesundheitliche Probleme der Traumaüberlebenden

Viele Überlebende von Traumata erholen sich ohne psychotherapeutische Behandlung von dem Trauma und erlangen dabei ihr vorheriges Funktionsniveau zurück (Bonanno, 2005). Doch ein bedeutsamer Anteil der Betroffenen leidet unter anhaltenden negativen Folgen, die mit einer dauerhaften Reduktion ihres psychologischen und sozialen Funktionsniveaus verbunden sind. Im Vergleich zu Nichttraumatisierten haben Personen, die in der Kindheit und Jugend sexuellen Missbrauch erlebten (Polusny & Follette, 1995) oder als Erwachsene Opfer sexueller Übergriffe wurden (Elliot, Mok & Briere, 2004; Resick, 1993) ein deutlich erhöhtes Risiko, psychologische Probleme zu

entwickeln. Dabei ist die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) die häufigste Folge sexueller Übergriffe (z. B. Kessler, Davis & Kendler, 1997; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995).

PTBS: eine Störung des Erholungsprozesses

Die Autorinnen gehen von dem Leitsatz aus, dass die Symptome der PTBS unmittelbar nach einem schweren Trauma als eine normale Reaktion verstanden werden können. Das bedeutet auch, dass die meisten Personen, die ein Trauma erleben, sich innerhalb einiger Monate nach dem Trauma wieder von diesem erholen. Doch bei einigen Betroffenen kommt es zu einer Störung dieses Erholungsprozesses (»Recovery«), die ein Fortdauern oder gar eine Verschlechterung der Wiedererlebens-, Erregungs- und Vermeidungssymptome bewirkt. Beispielsweise halten sich einige Betroffene extrem beschäftigt, aus Angst, von Gefühlen überwältigt zu werden, wenn sie zur Ruhe kommen. Andere glauben, dass die Auseinandersetzung mit ihrem Leid ein Eingeständnis ist, dass sie vergewaltigt oder angegriffen wurden. Oft behindern solche Überzeugungen oder solches Vermeidungsverhalten die emotionale Verarbeitung und Integration des traumatischen Erlebnisses.

! Daher ist es eine Voraussetzung der Behandlung der PTBS herauszufinden, welche Faktoren den natürlichen Erholungsprozess stören.

Nach einem sexuellen Missbrauch oder anderen Traumata führt die Bearbeitung dieser Faktoren zu einem Rückgang der PTBS wie auch der Begleitsymptome (Resick et al., 2007).

PTBS ist jedoch nicht die einzige Folge einer Traumatisierung. Viele Opfer sexuellen Missbrauchs leiden unter

- Depression,
- Angst,
- Substanzmissbrauch,
- sexuellen Dysfunktionen,
- Beziehungsproblemen,
- selbstschädigendem Verhalten und
- Suizidalität (Polusny & Follette, 1995; Resick, 1993).

Da eine erschöpfende Darstellung der Literatur zu den psychischen Störungen im Zusammenhang mit

¹ Das Manual der Kognitiven Verarbeitungstherapie (Resick, Monson & Chard, 2007) ist online erhältlich in der Mitglieder-Sektion der International Society for Traumatic Stress website (www.ISTSS.org) oder von der Zweitautorin (Patricia.Resick@va.gov).

sexuellem Missbrauch den Rahmen des Kapitels überschreiten würde, werden im Folgenden nur die häufigsten gesundheitlichen Folgen zusammengefasst.

Angst. Von sexuellem Missbrauch Betroffene berichten oft von Angstsymptomen und Sorge (Polusny & Follette, 1996; Resick, 1993). Angstsymptome werden häufig von traumabezogenen Reizen getriggert; auch von Reizen, die zuvor neutral waren, aber unmittelbar vor oder während des Traumas zugegen waren. In einigen Fällen generalisieren Angst und Sorge auf Situationen, die keinen direkten Bezug zum Missbrauch hatten. Eine Patientin wurde durch einen Mann vergewaltigt, mit dem sie zuvor ein paar Mal ausgegangen war. In der Folge hatte sie in allen Situationen Angst, in denen sie mit einem Mann alleine war; dies betraf Verabredungen, Situationen am Arbeitsplatz und selbst das Zusammensein mit männlichen Freunden, die sie seit Jahren kannte und denen sie vertraut hatte. In dem Bemühen um Sicherheit begann sie, all diese Situationen zu meiden. Häufig entwickeln die Betroffenen auch Schwarz-Weiß-Denken wie: »*Alle Männer sind gefährlich*« oder »*Alleine bin ich mit keinem Mann sicher*«. Solche Überzeugungen können zu Angst und Sorge zahlreicher interpersoneller Situationen führen.

Depression. Viele Menschen, die ein Trauma erlebt haben, leiden unter Depression, Traurigkeit und/oder Pessimismus und Hilflosigkeit in Bezug auf ihre Zukunft (Boudreaux, Kilpatrick, Resnick, Best & Sanders, 1998; Resick, 1993). Viele Überlebende quält nach einem Übergreif die Frage: »*Warum ich?*«. In dem Versuch, sich diese Frage zu beantworten, entwickeln sie u. U. globale Annahmen über sich selbst als schwach oder andere als gefährlich, die ihr Gefühl von Hilflosigkeit verstärken. Depression ist z. B. eine wahrscheinliche Konsequenz für einen Mann, der sich selbst die Schuld an dem sexuellen Missbrauch gibt, den er in der Kindheit erlitten hat, und der sich hoffnungslos und hilflos fühlt, weitere Traumata zu verhindern oder zu bewältigen. Zudem ist das Risiko für suizidale Gedanken und Handlungen für Personen, die in der Kindheit oder im Erwachsenenalter sexuellen Missbrauch erlebten, besonders hoch (Ullman, 2004).

Dissoziation. Dissoziative Symptome sind unter Personen, die sexuellem Missbrauch erlebte haben, weit verbreitet – insbesondere wenn der Missbrauch in der Kindheit erfolgte (Cloitre, Scarvalone & Difere, 1997). Peritraumatische Dissoziation, das heißt Dissoziation während oder unmittelbar nach dem Trauma, ist einer der stärksten Prädiktoren für PTBS (Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003). Ähnlich wie Angstsymptome werden auch dissoziative Symptome auf zuvor neutralen Reize konditioniert (z. B. bestimmte Gerüche, Geräusche, Bilder und körperliche Empfindungen). Einige von sexuellem Missbrauch Betroffene dissoziierten z. B. während des Geschehens in dem Versuch, dieses zu bewältigen. Diese Betroffenen müssen erleben, dass sie in sexuellen Kontakten auch dann ungewollt dissoziieren, wenn keine Gefahr besteht. Dissoziation kann auch eine übliche Reaktion auf Gedanken an das Ereignis sein. Daher kann die mit der Dissoziation verbundene emotionale Distanzierung die Auseinandersetzung mit traumatischen Erinnerungen behindern und damit die Effektivität von Therapien beeinträchtigen, die emotionale Verarbeitung erfordern.

Übermäßige Vermeidung. Überlebende von Traumata lernen oft Verhaltensweisen, die ihnen Entlastung von eigenen schmerzhaften Erlebnisweisen verschaffen (Polusny & Follette, 1996; Resick et al., 2007). Vermeidung kann als emotionale Vermeidung erfolgen, die von vollständiger Taubheit des emotionalen Erlebens bis hin zu schädlichen Verhaltensweisen wie dem Zudecken des emotionalen Schmerzes durch Substanzmissbrauch reicht. Vermeidung erfolgt auch als die Vermeidung von Situationen, die schmerzliche Gedanken und Gefühle anstoßen. Solche Vermeidung belastender Erlebnisse verschafft eine vorübergehende Entlastung von schmerzlichen Emotionen und wird dadurch negativ verstärkt, mit der möglichen Folge noch stärkerer Nutzung von Vermeidungsstrategien. Andauernde Vermeidung kann jedoch auf lange Sicht mit größerem Leid verbunden sein, da die Verarbeitung des Erlebten der Anerkennung und Durcharbeitung der damit verbundenen Gedanken und Gefühle bedarf (Resick & Schnicke, 1993).

Die kognitiven Verarbeitungstherapie wurde als Behandlungsmethode für PTBS bei Opfern sexuellen Missbrauchs entwickelt (Resick & Schnicke, 1992;

1993; Resick et al., 2007). Es hat sich gezeigt, dass die CPT auch bei Traumaüberlebenden mit komplexen klinischen Störungsbildern und umfassender Komorbidität (einschließlich Angststörungen, Depression, dissoziative Störungen und Substanzmissbrauch) erfolgreich eingesetzt werden kann.

Unter der Lupe

Assimilation erfolgt, wenn neue Informationen, einschließlich der Informationen zu dem Trauma, mit bestehenden Überzeugungen zur eigenen Person oder der Welt übereinstimmen.

Beispielsweise kann eine Frau mit einer Vorgeschichte sexuellen Kindesmissbrauchs ein späteres sexuelles Trauma mühelos assimilieren, da die Information zu ihren bestehenden Schemata passt (z. B. »*Ich bin schlecht oder schmutzig und daher passieren mir schlechte Dinge*«). Assimilation kann auch erfolgen, wenn die Erinnerungen der Person oder ihre kausale Bewertung des Traumas verzerrt werden, um besser zu den bestehenden Überzeugungen zu passen. Wenn etwa jemand, der durch einen Bekannten vergewaltigt wurde, zuvor der Überzeugung war, dass niemand, den er kennt, ihn vergewaltigen würde, kommt der Betroffene vielleicht zu dem Schluss, dass der Übergriff ein Missverständnis war oder auf die eigenen Signale zurückzuführen ist.

Unter der Lupe

Wenn im Gegensatz dazu das Ereignis von bestehenden Schemata abweicht, muss die Person das Ereignis mit den Überzeugungen über sich selbst und die Welt abgleichen oder diese Überzeugungen verändern, um die neuen Informationen zu akzeptieren. Dieser Prozess wird **Akkommodation** genannt.

Einer der Grundsätze der CPT ist, dass Überakkommodation oder Übergeneralisierung eine häufige Traumafolge ist, die zu psychologischen Problemen führt. Dies ist der Fall, wenn die Betroffenen ihre Überzeugungen über sich und die Welt zu stark verändern und in dem Versuch, Sicherheit und Kontrolle zu erlangen, starre Ansichten entwickeln. Beispiele für solche starren Ansichten sind: »*Ich werde nie wieder auf meine Einschät-*

zung vertrauen« oder »*Jeder wird versuchen, mich auszunutzen*«. Solche Überzeugungen können zu Misstrauen und verminderten Wertschätzung für sich selbst und andere führen (Resick & Schnicke, 1992). Zudem können überakkomodierte Überzeugungen die Verarbeitung der natürlichen Gefühle wie Angst oder Traurigkeit behindern, die durch das Ereignis ausgelöst wurden und das Erleben von sekundären Gefühlen wie Scham verstärken.

Aus einer sozial-kognitiven Perspektive ist der Ausdruck von Emotionen daher ein Eckstein erfolgreicher Gesundung nach einem Trauma.

! Die Traumatisierten müssen die natürlichen, von dem traumatischen Ereignis ausgelösten Emotionen erleben, um die vollständige Durcharbeitung des Traumagedächtnisses zu ermöglichen und die Löschung der Angstreaktion zu erleichtern.

Gemäß dieser theoretischen Grundlage führt die Durcharbeitung des traumatischen Erlebnisses mit der vollen Bandbreite des emotionalen Erlebens zu einer natürlichen Ableitung des starken negativen Affektes und einer Ablösung alter Traumaschemata durch neue Informationen. Dies wiederum bewirkt die Erholung von dem Trauma.

Fünf Bereiche ließen sich identifizieren, in denen traumatische Erlebnisse zu gestörten Schemata führen (McCann & Pearlman, 1990):

1. Sicherheit,
2. Vertrauen,
3. Macht und Kontrolle,
4. Selbstachtung und
5. Intimität.

22.2 Ziele der kognitiven Verarbeitungstherapie

Unter der Lupe

Die vorrangigen Ziele der CPT sind:

- negative Gefühle zu reduzieren, die mit dem Trauma verbunden sind,
- ein Gefühl von Sicherheit und Kontrolle im eigenen Umfeld wieder herzustellen und
- ein ausgewogeneres Überzeugungssystem zu sich selbst und der Welt zu fördern.

Diese Ziele werden mittels kognitiver Therapie und schriftlichen, narrativen Techniken verfolgt.

! Die kognitive Therapie ist wesentlich für die CPT und basiert auf der Annahme, dass die Interpretation eines Ereignisses und nicht das Ereignis selbst die emotionale Reaktion bestimmt.

Die kognitiven Anteile der CPT umfassen das Hinterfragen problematischer Kognitionen, die sehr wahrscheinlich durch das (sexuelle) Trauma verzerrt oder scheinbar bestätigt wurden. Therapeut und Patientin entschlüsseln die Bedeutung des sexuellen Übergriffes bzw. denn Sinn, den die Patientin in das Trauma hineingedeutet hat. Der Therapeut setzt den sokratischen Dialog ein (■ Tab. 22.1), um heraus-

■ **Tab. 22.1.** Beschreibung und Beispiele sokratischen Dialogs

| Art der sokratischen Frage | Kurzbeschreibung | Beispiele |
|---|--|---|
| Sachliche und konzeptuelle Klärung | Klärungsfragen sind »Sagen Sie mir mehr dazu«-Fragen, die Patienten helfen, die Tatsachen des Ereignisses wie auch Überzeugungen und Annahmen tiefergehend zu betrachten. | <i>Was geschah dann? Was meinen Sie damit? Können Sie mir ein Beispiel nennen? Meinen Sie, dass ...? Können Sie das anders formulieren?</i> |
| Annahmen prüfen | Prüfende Fragen unterstützen die Patienten, über die Annahmen und ungeprüften Überzeugungen nachzudenken, auf denen sie ihre Argumente aufbauen. Sie ermöglichen den Patienten sich mit dem »warum« und »wie« ihrer Überzeugungen und Annahmen auseinanderzusetzen. | <i>Was könnten wir sonst annehmen? Wie sind Sie zu dieser Schlussfolgerung gekommen? Wie haben Sie diese Annahme ausgewählt? Wie können Sie diese Annahme bestätigen oder widerlegen? Wenn dies einem Freund von Ihnen zugestoßen wäre, hätten sie dieselben Gedanken über ihn/sie?</i> |
| Begründungen und Belege prüfen | Das Prüfen von Begründungen und Belegen hilft den Patienten, ihre Schlussfolgerungen zu untersuchen, statt die Begründungen als gegeben hinzunehmen. Wenn die Patienten beginnen, die tatsächlichen Belege hinter ihren Überzeugungen zu erforschen können sie oft herausfinden, dass die Begründung ungültig ist. | <i>Warum? Woher wissen Sie das? Können Sie mir dafür ein Beispiel geben? Sind dies die einzigen möglichen Erklärungen? Welche Belege gibt es, die diese Aussage stützen?</i> |
| Sichtweisen und Perspektiven hinterfragen | Indem die Möglichkeit anderer Sichtweisen und Perspektiven thematisiert wird, können die Patienten wahrnehmen, dass es andere, ebenso gültige Sichtweisen hinsichtlich ihrer Sicherheit und Kontrolle in der Welt gibt. | <i>Gibt es alternative Möglichkeiten, dies zu betrachten? Wer profitiert davon? Was sind die Stärken und Schwächen von...? Warum ist dieser Weg darüber nachzudenken besser als...? Wie könnten wir dies auf eine andere Weise betrachten?</i> |
| Implikationen und Konsequenzen prüfen | Die meisten Menschen sind sich nicht bewusst, dass negative Sichtweisen zu negativen Implikationen und Konsequenzen führen. Helfen Sie den Patienten diese potenziellen Effekte zu analysieren, um zu entscheiden, ob sie sinnvoll, wünschenswert und effektiv für sie sind. | <i>Was können wir annehmen würde geschehen? Was sind die Implikationen oder Konsequenzen dieser Annahme? Wie passt das zu dem, was wir in den vorherigen Sitzungen herausgefunden haben? Was würde es bedeuten, wenn Sie diese Überzeugung aufgeben?</i> |
| Fragen zu Fragen | Wenn Patienten schwierige Fragen stellen, um schmerzhaft Themen zu vermeiden, können Therapeuten mit Gegenfragen reagieren (z. B. »Wurden Sie je vergewaltigt?« oder »Waren Ihre anderen Patienten auch so schwierig?«). | <i>Ich frage mich, warum Sie diese Frage stellen? Was meinen Sie damit? Ich bin neugierig, was eine Antwort, so oder so, für Sie bedeuten würde? Machen Sie sich Sorgen, dass ich Ihre Erfahrung nicht verstehe?</i> |

zuarbeiten, welche Ansichten die Patientin zu ihrer Rolle in dem sexuellen Übergriff in Relation zu der Rolle der Angreifers hegt. Er versucht, die Patientin bei der Entwicklung einer realistischeren Sichtweise der Ereignisse zu unterstützen. Der sokratische Dialog dient dazu, die Richtigkeit und Vollständigkeit jener Gedanken und Ansichten zu hinterfragen, die den assimilierten oder überakkomodierten Überzeugungen zugrunde liegen.

Im Laufe der CPT-Behandlung erlernt die Patientin, ihre automatischen Gedanken zu identifizieren, jene Gedanken anzufechten, die sie als unrichtig oder nicht hilfreich erkennen und sie mit zutreffenderen, logischeren oder adaptiveren Gedanken zu ersetzen (Beck & Emery, 1985). Dieser Wechsel im Denken führt zu einer angemesseneren Balance im Akkomodationsniveau der traumatischen Erinnerungen und schließlich zu einer Reduktion der PTBS-Symptomatik (Resick, 2001; Resick et al., 2007). Zunächst werden jene assimilierten Überzeugungen hinterfragt, die das traumatische Ereignis selbst betreffen, z. B. »*Ich bin schuld an dem, was passiert ist*«. Insbesondere werden die Patienten angeleitet, ihre Überzeugungen zum Zustandekommen des Ereignisses zu hinterfragen. Später im Behandlungsverlauf werden sie aufgefordert, sich mit überakkomodierten Überzeugungen wie »*Menschen werden nur versuche, Dir zu schaden*« zu befassen, indem sie erkunden, wie die traumatischen Ereignisse ihre Überzeugungssysteme zu Sicherheit, Vertrauen, Macht und Kontrolle, Selbstachtung und Intimität beeinflusst haben (McCann & Pearlman, 1990).

Die narrative Komponente der CPT umfasst das Schreiben eines detaillierten Traumaberichtes, der während der Sitzung wie auch zu Hause zwischen den Sitzungen laut vorgelesen wird. Neben dem Ausdruck von Affekten wird der Bericht genutzt, um Verfestigungen im Trauma zu identifizieren:

1. Jene Momente, die in Konflikt zu zuvor bestehenden Überzeugungen stehen (z. B. »*Ich dachte, jemand mit dem ich zusammen auf die Schule gehe, wäre sicher*«),
2. Aspekte des Traumas, die besonders schwer zu akzeptieren sind (z. B. »*Wenn es nicht meine Schuld war, bedeutet das, dass es wieder passieren könnte*«) und

3. überakkomodierte Überzeugungen, die aus dem Trauma entstammen (z. B. »*Mir ist dann klar geworden, dass ich keiner Autoritätsperson trauen kann*«).

Diese bedeutungsvollen Momente werden dann mit kognitiver Restrukturierung bearbeitet. In jeder Sitzung werden Übungen als Hausaufgaben gegeben, um die Generalisierung des Gelernten zu fördern.

22.3 Übersicht über die Behandlungsstruktur

Üblicherweise finden 1–2 einzeltherapeutische CPT-Sitzungen von 50–60 min/Woche statt. Gruppensitzungen sollten 90–120 min dauern (Resick & Schnicke, 1992; Resick et al., 2007). Jede Sitzung beginnt mit einer Besprechung der Hausaufgabe, die in der vorangegangenen Sitzung gegeben wurde und einer Einführung in den neuen Stoff der Sitzung. Mindestens 5–10 min werden auf die Erklärung der Hausaufgabe für die kommende Woche verwendet. Auch wenn es für Therapeuten oft eine Versuchung ist, mit einer allgemeinen Frage zu der Stimmung der Patienten in der letzten Woche einzusteigen, empfehlen die Autorinnen, mit der Besprechung der Hausaufgaben zu beginnen. Wenn die Patientin über andere Themen sprechen möchte, sollte der Therapeut das Thema entweder nutzen, um die neue Fertigkeiten zu vermitteln oder es erst am Ende der Sitzung behandeln, wenn die Inhalte der Sitzung abgeschlossen sind.

! Es ist wichtig daran zu denken, dass Personen mit PTBS sehr geschickt darin werden, schmerzhaft Gefühle zu vermeiden, so dass es die Aufgabe des Therapeuten ist, Empathie mit einer klaren Anleitung der Rückkehr zum Inhalt der Sitzung auszubalancieren.

Falls die Patientin die Hausaufgaben nicht gemacht hat, sollte der Therapeut sie mit ihr zusammen am Anfang der Therapiesitzung vollenden und die Aufgabe für die kommende Woche zusammen mit der nächsten Hausaufgabe erneut auftragen.

Therapieinhalt: Sitzung für Sitzung

Der folgende Überblick fasst die Themen der einzelnen Sitzungen kurz zusammen, die anschließend genauer erläutert werden.

1. Sitzung: Einführung und Edukationsphase

1. Die Patientin wird aus kognitiv-behavioraler Perspektive über PTBS aufgeklärt.
2. Wenn sie mehrere Traumata erlebt hat, wird das schlimmste Trauma identifiziert und sie wird gebeten, einen 5-minütigen Bericht darüber abzugeben.
3. Der Patientin wird einen Überblick über die Behandlung, die zugrunde liegende Argumentation und die Bedeutung der Verfestigungen gegeben.
4. Hausaufgabe: Eine Aufstellung der Auswirkungen des Traumas schreiben.

2. Sitzung: Die Bedeutung des Ereignisses

1. Inhalt und Konzepte aus der vorangegangenen Sitzung werden wiederholt.
2. Die Patientin liest die Hausaufgabe vor und die Identifikation der Verfestigungen beginnt.
3. Die Bedeutung des Traumas wird auf der Basis der Auswirkungsaufstellung besprochen.
4. Identifikation von:
 - a) Assimilation (Veränderung von Erinnerungen, damit sie zu früheren Überzeugungen und Schemata passen),
 - b) Überakkommodation (Übergeneralisierung von Überzeugungen infolge der Erinnerungen) und
 - c) Akkomodation (Veränderung von Überzeugungen, um die traumatischen Erinnerungen zu integrieren).
5. Der Patientin wird geholfen, einige Verbindungen zwischen Ereignissen, Gedanken und Gefühlen zu sehen.
6. Einführung des ABC-Arbeitsblattes (► Arbeitsblatt 1) als Unterstützung für Punkt 5 dieser Sitzung und gemeinsames Ausfüllen eines Bogens.
7. Hausaufgabe: Auf ABC-Arbeitsblättern Gedanken und Gefühle eintragen. Mindestens ein Bogen soll sich auf das Trauma beziehen.

3. Sitzung: Identifikation von Gedanken und Gefühlen

1. Besprechung der ABC-Arbeitsblätter und Hervorheben des Unterschiedes zwischen Gedanken und Gefühlen
 - a) Gedanken vs. Gefühle benennen.
 - b) Der Patientin helfen zu verstehen, dass eine Veränderung im Denken die Intensität und Art der Gefühle verändern kann.
 - c) Beginnen, Selbstbeschuldigung und Schuldgefühle mittels sokratischen Dialogs zu hinterfragen.
2. Das traumabezogene ABC-Blatt besprechen (wenn er nicht ausgefüllt wurde: mündlich).
3. Verfestigungen zur Selbstbeschuldigung mittels sokratischen Dialogs hinterfragen.
4. Hausaufgabe: Einen detaillierten Traumabericht schreiben und ihn täglich lesen. Täglich die ABC-Arbeitsblätter ausfüllen.

4. Sitzung: Erinnerung an den sexuellen Übergriff

1. Die Patientin den Traumabericht vorlesen lassen. Dabei den Ausdruck von Gefühlen ermutigen.
2. Identifikation von Verfestigungen.
3. Assimilation, insbesondere zu Selbstbeschuldigungen, mittels sokratischen Dialogs hinterfragen.
4. Hausaufgabe: Den Traumabericht mit soviel sensorischen Details wie möglich ergänzen und ihn täglich lesen. Täglich die ABC-Arbeitsblätter ausfüllen.

5. Sitzung: Identifikation der Verfestigungspunkte

1. Die Patientin den erweiterten Traumabericht vorlesen lassen. Dabei den Ausdruck von Gefühlen ermutigen und neue Details besprechen, die im zweiten Bericht hinzugekommen sind.
2. Nachdem die Patientin das Ereignis durchgearbeitet hat, wird sie eingeladen, ihre Annahmen und Schlussfolgerungen infrage zu stellen. Auf Selbstbeschuldigung und andere Formen der Assimilation wird ein Schwerpunkt gelegt.



3. Das Arbeitsblatt zum Infragestellen (► Arbeitsblatt 2) wird vorgestellt, dass dabei helfen soll, Verfestigungen zu hinterfragen.
4. Hausaufgabe: Unter Verwendung des Arbeitsblattes zum Infragestellen von Überzeugungen (► Arbeitsblatt 3) mindestens eine Verfestigung pro Tag beleuchten.

6. Sitzung: Herausfordernde Fragen

1. Besprechung der Arbeitsblätter zum Infragestellen von Überzeugungen).
2. Die Infragestellung der Verfestigungen mittels sokratischen Dialogs fortsetzen.
3. Erklären, was problematische Denkmuster sind.
4. Hausaufgabe: Problematische Denkmuster auf dem Arbeitsblatt zu problematischen Denkmustern protokollieren (► Arbeitsblatt 4). Mindestens eines soll sich auf den sexuellen Übergriff beziehen.

7. Sitzung: Problematische Denkmuster

1. Besprechung des Arbeitsblattes zu problematischen Denkmustern, insbesondere jener, die den sexuellen Übergriff betreffen.
2. Vorstellung des Arbeitsblattes zum Infragestellen von Überzeugungen unter Verwendung eines Beispiels zum sexuellen Übergriff.
3. Einführung des ersten der 5 Problembereiche: Das Thema Sicherheit in Bezug auf sich selbst und andere.
4. Hausaufgabe: Jeden Tag Verfestigungspunkte identifizieren – mindestens einen zu Sicherheitsgefühlen – und auf dem Arbeitsblatt zum Infragestellen von Überzeugungen. Thema: Sicherheit (► Arbeitsblatt 5) hinterfragen.

8. Sitzung: Probleme des Sicherheitsgefühls

1. Besprechung der Arbeitsblätter zur Infragestellungen von Überzeugungen mit Schwerpunkt auf Verfestigungen zu Sicherheitsgefühlen.
2. Unterstützung der Patientin in der Identifikation und Hinterfragung problematischer Kognitionen mithilfe des Arbeitsblattes zum Infragestellen von Überzeugungen und Entwicklung alternativer Überzeugungen mithilfe des sokratischen Dialogs.

3. Einführung des zweiten der 5 Problembereiche: Das Thema Vertrauen in Bezug auf sich selbst und andere.
4. Hausaufgabe: Jeden Tag Verfestigungspunkte identifizieren – mindestens einen zu Vertrauensproblemen – und auf dem Arbeitsblatt zum Infragestellen von Überzeugungen. Thema: Vertrauen (► Arbeitsblatt 6) hinterfragen.

9. Sitzung: Vertrauensprobleme

1. Besprechung der Arbeitsblätter zum Infragestellen von Überzeugungen mit Schwerpunkt auf Verfestigungen zu Vertrauensproblemen und Entwicklung alternativer Überzeugungen.
2. Einführung des dritten der 5 Problembereiche: Das Thema mit Macht und Kontrolle in Bezug auf sich selbst und andere.
3. Hausaufgabe: Jeden Tag Verfestigungspunkte identifizieren – mindestens einen zu Problemen mit Macht und Kontrolle – und auf dem Arbeitsblatt zum Infragestellen von Überzeugungen. Thema: Macht und Kontrolle (► Arbeitsblatt 8) hinterfragen.

10. Sitzung: Probleme mit Macht und Kontrolle

1. Besprechung der Arbeitsblätter zum Infragestellen von Überzeugungen. Thema: Macht und Kontrolle und Erklären der Verbindung zwischen Macht und Kontrolle und Selbstbeschuldigung. Hinterfragen von Verfestigungen zu Problemen mit Macht und Kontrolle.
2. Einführung des vierten der 5 Problembereiche: Das Thema Selbstachtung in Bezug auf sich selbst und andere. Das Behandlungsmodul zur Selbstachtung wird vorgestellt und das Selbstwertgefühl der Patientin vor und nach dem sexuellen Übergriff besprochen.
3. Hausaufgabe: Jeden Tag Verfestigungspunkte identifizieren – mindestens einen zur Selbstachtung – und auf dem Arbeitsblatt zum Infragestellen von Überzeugungen. Thema: Selbstachtung (► Arbeitsblatt 9) hinterfragen. Täglich üben, Komplimente zu geben und zu empfangen. Jeden Tag mindestens ein Mal etwas Gutes für sich selbst tun.



11. Sitzung: Selbstachtungsprobleme

1. Besprechen der Erfahrung mit dem Geben und Erhalten von Komplimenten und dem Sich-Gutes-Tun.
2. Besprechung der Arbeitsblätter zum Infragestellen von Überzeugungen. Thema: Selbstachtung. Der Patientin wird geholfen, Probleme mit der Selbstachtung und diesbezügliche Annahmen zu identifizieren.
3. Einführung des letzten der 5 Problembereiche: Probleme mit Intimität in Bezug auf sich selbst und andere.
4. Hausaufgabe: Jeden Tag Verfestigungspunkte identifizieren – mindestens einen zu Problemen mit Intimität – und auf dem Arbeitsblatt zum Infragestellen von Überzeugungen. Thema: Intimität (► Arbeitsblatt 10) hinterfragen. Die Aufstellung der Auswirkungen des Traumas von der aktuellen Perspektive aus neu schreiben. Weiterhin täglich üben, Komplimente zu geben und zu empfangen.

Jeden Tag mindestens ein Mal etwas Gutes für sich selbst tun.

12. Sitzung: Intimitätsprobleme

1. Besprechung der Arbeitsblätter zum Infragestellen von Überzeugungen. Thema: Intimität. Der Patientin wird geholfen, Probleme mit Intimität und diesbezügliche Annahmen sowie verbleibende Verfestigungen zu identifizieren.
2. Die Patientin soll die neue Aufstellung der Auswirkungen des Traumas vorlesen.
3. Gemeinsam den Behandlungsverlauf und die Fortschritte der Patientin besprechen.
4. Der Patientin wird geholfen, Ziele für die Zukunft und Strategien zur Zielerreichung zu entwickeln.

Der Patientin wird ein Vorrat an Arbeitsblättern ausgehändigt und sie wird daran erinnert, dass sie nun ihre eigene Therapeutin ist und die gelernten Fertigkeiten in allen Lebensbereichen einsetzen kann.


Sitzungen 1 und 2: Einführung und Psychoedukation. In der ersten CPT-Sitzung gibt der Therapeut einen psychoedukativen Überblick über die Entwicklung und Aufrechterhaltung der PTBS gemäß des kognitiven Verständnisses. Er unterrichtet die Patientin über die Bedeutung der Flucht-Kampf-Starre-Reaktion für die Angstkonditionierung, den Einfluss von Gedanken und Überzeugungen auf Gefühle und den Unterschied zwischen natürlichen und sekundären Emotionen (Resick et al., 2007). Dann hilft der Therapeut der Patientin, ihr schlimmstes Trauma zu identifizieren, auf das sich die Therapie zuerst konzentrieren wird. Er gibt der Patientin eine überzeugende Begründung für die Behandlung und hebt dabei die Bedeutung der Verfestigungen für das Fortbestehen der PTBS hervor. Am Ende der ersten Sitzung wird die Patientin gebeten, als Hausaufgabe eine Aufstellung der Auswirkungen des Traumas zu schreiben, die ihre Beschreibung der Bedeutung des sexuellen Übergriffs sowie ihre Überzeugungen darüber umfasst, warum das Ereignis passiert ist. Dies kann wie folgt formuliert werden:


»Bitte schreiben Sie mindestens eine Seite darüber, was Sie glauben, warum das traumatische Ereignis passierte. Es geht nicht darum, Einzelheiten zu dem Ereignis zu schreiben. Schreiben Sie über die Gründe, die Sie in Gedanken für das schlimmste Ereignis gefunden haben. Berücksichtigen Sie auch die Auswirkungen, die dieses traumatische Ereignis auf ihre Überzeugungen zu sich selbst in den folgenden Bereichen hatte: Sicherheitsgefühl, Vertrauen, Macht und Kontrolle, Selbstachtung und Intimität. Bringen Sie diesen Bericht in der kommenden Sitzung mit. Lesen Sie außerdem das Informationsblatt zu Verfestigungen, das ich Ihnen gegeben habe, damit sie das Konzept besser verstehen, um das es geht.«

In Sitzung 2 wird die Aufstellung der Auswirkungen des Traumas mit einem Schwerpunkt auf der Identifikation von problematischen Überzeugungen, Annahmen und Kognitionen besprochen. Der Therapeut sucht nach Hinweisen auf Assimilation, Akkomodation oder Überakkommodation und nutzt den sokratischen Dialog, um der Patientin zu helfen, den Einfluss des sexuellen Übergriffs auf frühere Überzeugungen zu untersuchen.

Der sokratische Dialog umfasst sechs spezielle Techniken:

1. Klärung,
2. Prüfung von Annahmen,
3. Prüfung von Begründungen und Belegen,
4. Hinterfragung von Sichtweisen oder Perspektiven,
5. Prüfung von Implikationen und Konsequenzen und
6. Fragen zu Fragen (Resick et al., 2007).

Obige  Tab. 22.1 fasst kurze Beschreibungen und Beispiele für verschiedene Arten sokratischer Fragen zusammen.


Der Therapeut kann während der Behandlung je nach Bedarf von einer Kategorie in eine andere wechseln. Seine Strategien im Laufe der Therapie bauen aufeinander auf, so dass die Patienten lernen, jede der Strategien auch ohne Anleitung durch den Therapeuten einzusetzen. ABC-Arbeitsblätter, die helfen, Ereignisse, Gedanken und Gefühle zu benennen und die Patientin unterstützen, diesen Prozess zu erlernen, werden am Ende der 2. Sitzung für die Hausaufgabe eingeführt. Zwei Beispiele gibt  Arbeitsblatt 1 wieder: Ein ABC-Arbeitsblatt zu einer überakkomodierten Überzeugung einer Patientin bzgl. ihres Vertrauens in andere nach ihrer Vergewaltigung und ein ABC-Arbeitsblatt zu der Interpretation einer Alltagssituation.

Sitzung 1 und 2 vermitteln also die Grundprinzipien der weiteren Behandlung. Diese legt ihren Schwerpunkt darauf, den Patientinnen beizubringen, ihre Aussagen zu sich selbst sowie Überzeugungen und Annahmen zu hinterfragen und extreme Überzeugungen in ausgewogenere, zutreffendere und adaptivere umzuwandeln.

Sitzung 3–5: Durcharbeitung des Traumas. Diese umfassen die Arbeit mit den ABC-Arbeitsblättern, das Schreiben und Lesen des Berichts zum schlimmsten Trauma und die Hinterfragung von Verfestigungspunkten des traumatischen Ereignisses. Die 3. Sitzung beginnt mit einer Besprechung der ABC-Arbeitsblätter, wobei der Patientin vor allem geholfen wird, Gedanken und Gefühle zu identifizieren und zu unterscheiden und die Beziehung zwischen Ereignissen, Gedanken und Gefühlen zu verstehen. Im Laufe dieser Sitzung hilft der Therapeut der Pa-

tientin zu verstehen, dass die Veränderung der Gedanken Änderungen in der Intensität oder Art der erlebten Gefühle bewirken kann. Zudem hinterfragt er mittels sokratischen Dialogs Selbstvorwürfe und Schuldgefühle. Am Ende der 3. Sitzung bekommt die Patientin die Hausaufgabe, einen Bericht zum schlimmsten traumatischen Ereignis zu schreiben, der so viele Informationen wie möglich zu sensorischen Details, Gedanken und Gefühlen beinhaltet. Sie soll diesen Bericht so bald wie möglich schreiben und ihn dann jeden Tag lesen. Patienten, die leicht dissoziieren, wenn sie sich an das Trauma erinnern, muss der Therapeut eine überzeugende Begründung geben, warum es wichtig für sie ist, zu lernen, nicht zu dissoziieren. Einige Patienten müssen Groundingtechniken lernen – z. B. sich auf ihre Atmung konzentrieren oder ein neutrales Objekt wie die Lehne eines Stuhles anfassen (Resick et al., 2007). Die Patienten sollen außerdem bis zur nächsten Sitzung mit den ABC-Arbeitsblättern weiterarbeiten.

In der 4. und 5. Sitzung liegt der Schwerpunkt auf dem Lesen und Durcharbeiten des Traumberichtes. Der Therapeut setzt den sokratischen Dialog ein, um Details zu klären und die Annahmen der Patientin zu hinterfragen. Die 4. Sitzung beginnt damit, dass die Patientin ihren Traumbericht vorliest. Dabei verfolgt der Therapeut das Ziel, den emotionalen Ausdruck und die Durcharbeitung während der Übung zu erhöhen. Zusätzlich nutzt der Therapeut den sokratischen Dialog, um mit Fragen wie: *»Was hätten Sie sonst tun können?«, »Was wäre geschehen, wenn Sie das getan hätten?«* Verfestigungen zu hinterfragen, die während des Berichts auftauchen. Er konzentriert sich dabei insbesondere auf jene Verfestigungen, die sich auf Selbstbeschuldigungen oder den Versuch beziehen, das Trauma durch das Nachdenken über Möglichkeiten es zu verhindern oder zu stoppen »ungeschehen zu machen«. Diese werden als Denkfehler aufgrund nachträglicher Einsicht bezeichnet.

 Solche Versuche, dem Ereignis einen anderen Ausgang zu geben, sind Hinweise auf die Schwierigkeiten der Patienten, die Realität der Situation zu akzeptieren.

Es wird angenommen, dass sie die PTBS aufrecht erhalten (Resick et al., 2007). Zum Abschluss der 4. Sit-

zung wird als Hausaufgabe gegeben, den Traumabbericht um alle Einzelheiten zu ergänzen, die im ersten Bericht nicht enthalten waren, diesen Bericht täglich zu lesen und weiterhin die ABC-Arbeitsblätter zu nutzen. In der 5. Sitzung liest die Patientin den erweiterten Bericht vor. Der Therapeut hilft ihr, Unterschiede zwischen dem ersten und zweiten Bericht zu erkunden. Dies umfasst den Ausdruck weiterer Emotionen, die kognitive Umstrukturierung von Verfestigungen und das Unterscheiden zwischen Gefühlen und Gedanken zum Zeitpunkt des Ereignisses im Vergleich zu den aktuellen Gefühlen und Gedanken. Der Therapeut führt dann das Arbeitsblatt zur Infragestellung ein und wählt eine Verfestigung aus, auf die er die Fragen vom Arbeitsblatt anwendet. Die Patientin soll als Hausaufgabe jeden Tag mithilfe dieses Arbeitsblattes eine Verfestigung untersuchen und, wenn erforderlich, den Traumabbericht weiterhin täglich lesen.

Sitzung 6–7: Lernen zu Hinterfragen. Diese beiden Sitzungen sind darauf ausgelegt, der Patientin beizubringen, bestimmte Fragen zu ihren Annahmen und Aussagen zu stellen, um sie infrage zu stellen. Am Anfang der 6. Sitzung werden die Notizen zu den Arbeitsblättern zum Infragestellen von Überzeugungen besprochen. Das Ziel ist, die Patientin dabei zu unterstützen, anzweifelhafte Fragen (d. h. sokratische Fragen) zu stellen, um ihre eigenen Verfestigungen zu analysieren und zu konfrontieren. Beispielsweise berichtet die Patientin die Verfestigung: *»Ich kann mich nie wieder auf mein Urteil über andere Menschen verlassen«*. Am Ende der 6. Sitzung wird das Arbeitsblatt zu problematischen Denkmustern eingeführt. In der 7. Sitzung ist es die Aufgabe des Therapeuten, die Patientin bei der Identifikation ihrer problematischen Denkmuster zu unterstützen. Diese umfassen:

1. voreilige Schlüsse,
2. Übertreibung oder Untertreibung einer Situation,
3. Vernachlässigung wichtiger Gesichtspunkte des Traumas,
4. Vereinfachung von Ereignissen zu gut/schlecht oder richtig/falsch,
5. Übergeneralisierung eines einzelnen Ereignisses und
6. emotionale Beweisführung.

Indem das Bewusstsein der Patientin für ihre Neigung gesteigert wird, Situationen auf eine bestimmte, ungünstige Weise zu interpretieren, nimmt sie dies im Alltag besser wahr und baut letztlich ihre automatischen Reaktionen auf solche Interpretationen ab.

In vielen Fällen von PTBS infolge eines sexuellen Übergriffes hegen Patienten die Fantasie, dass sie den Übergriff oder Missbrauch hätten verhindern können und sie denken die wahrscheinlichen Konsequenzen solcher alternativer Reaktionen nicht durch. Ein Patientin könnte etwa denken: *»Ich hätte mehr tun sollen um die Vergewaltigung zu verhindern«*. Der Therapeut kann darauf mit der Frage reagieren: *»Denken sie, dass er aufgehört hätte, wenn sie lauter geschrien hätten?«* oder *»War jemand in der Nähe, der Ihnen hätte helfen können?«*. Falls die Antwort ja ist, muss der Therapeut mittels sokratischen Dialogs urteilsfrei herausarbeiten, was die Patientin davon abgehalten hat zu schreien. ein Beispiel für ein Arbeitsblatt zur Infragestellung gibt ▶ Arbeitsblatt 2, wie es in Sitzung 5 eingeführt und während der gesamten Behandlung verwendet wird. Das Beispiel illustriert den Einsatz des Arbeitsblatt, um einem männlichen Patienten zu helfen nach einem sexuellen Übergriff seine kognitiven Verzerrungen über seine Männlichkeit zu untersuchen.

8.–12. Sitzung: Typische Problembereiche. In diesen Sitzungen werden systematisch die typischen Themen kognitiver Verzerrungen behandelt (McCann & Pearlman, 1990): Sicherheit, Vertrauen, Macht und Kontrolle, Selbstachtung und Intimität.

Jedes dieser Themen kann auf das Selbst und auf Andere bezogen sein. Beispielsweise kann jemand die dysfunktionale Überzeugung haben, dass er geringe Entscheidungskompetenzen hat (*»Ich treffe immer eine schlechte Wahl«*) oder seine Aufmerksamkeit auf andere ausrichten (*»Andere Menschen werden dich nur im Stich lassen«*). Diese abschließenden Sitzungen konzentrieren sich darauf, überakkomodierte Überzeugungen zu diesen Themen zu identifizieren und infrage zu stellen. Zusammen erkunden Patientin und Therapeut wie der sexuelle Übergriff positive Überzeugungen über den Haufen geworfen hat, die die Patientin zuvor hatten, oder wie dieser negative Überzeugungen scheinbar bestätigt hat (Resick, 2001). Häufige Überakkomodationen sind:

- »Ich kann nirgends sicher sein«,
- »Niemand ist vertrauenswürdig« oder
- »Niemand will jetzt noch etwas mit mir zu tun haben«.

Der Therapeut hilft der Patientin solche Überzeugungen zu untersuchen und ausgewogenere Überzeugungen zu entwickeln (z. B. »Es mag einige Menschen geben, die andere verletzen, aber es ist unrealistisch anzunehmen, dass alle Männer mich vergewaltigen wollen«). Die Arbeitsblätter zur Infragestellung von Überzeugungen werden in den Sitzungen 8–12 verwendet, um es der Patientin zu ermöglichen, mehr Einsicht und kognitive Flexibilität in Hinsicht auf ihre Gedanken, Überzeugungen und Annahmen zu gewinnen. In ► Arbeitsblatt 3 wird ein allgemeines Beispiel zum Einsatz der Arbeitsblätter zur Identifikation, Hinterfragung und Veränderung kognitiver Verzerrungen dargestellt. Der Therapeut unterstützt die Patientin, ihre eigenen Überzeugungen infrage zu stellen, mit dem Ziel, Gefühle von Sicherheit, Vertrauen, Macht und Kontrolle, Selbstachtung und Intimität zu fördern (► Arbeitsblatt 3).

Am Ende der Behandlung bekommt die Patientin die Aufgabe, die Aufstellung der Auswirkungen des Traumas neu zu schreiben. Danach erkunden Therapeut und Patientin gemeinsam, wie sich das Denken der Patientin in Bezug auf das Trauma und die Verfestigungen verändert hat. Gemeinsam identifizieren sie jene Überzeugungen, die weiterer Arbeit bedürfen. Üblicherweise vereinbart der Therapeut eine Anschlussitzung und gibt der Patientin zusätzliche Arbeitsblätter mit, damit sie den Prozess des Hinterfragens von Überzeugungen und der Entwicklung ausgeglichener und realistischer Denkmuster fortsetzen kann.

Alternativen in der Durchführung der CPT

CPT ohne den schriftlichen Traumabericht. Resick et al. (2008) führten eine Vergleichsstudie durch, in der sie die vollständige 12-stündige CPT mit ihren einzelnen Elementen verglichen. Untersucht wurden Frauen mit sexueller oder physischer Missbrauchserfahrung, die zufällig einer der 3 Bedingungen zugewiesen wurden:

1. der vollständigen CPT,
2. einer rein kognitiven Therapie (CPT-C) oder

3. einer Version, die nur mit dem schriftlichen Bericht arbeitete (CPT-W).

Alle 3 Versionen erbrachten eine signifikante Verbesserung der PTBS-Symptome. Die CPT-C-Version war signifikant besser als die CPT-W-Version. Das vollständige CPT-Programm unterschied sich nicht signifikant von den beiden anderen Bedingungen. Dies weist darauf hin, dass das Hinzunehmen des schriftlichen Berichts die Ergebnisse der rein kognitiven Therapie nicht verbesserte. Weiterhin zeigen die Ergebnisse, dass es in der CPT-C-Version schnellere Verbesserung und weniger Abbrüche gab.

Unter der Lupe

Therapeuten könnten deshalb in Betracht ziehen, CPT-C für einige Patienten als eine Alternative zum vollen Programm einzusetzen. Dies bietet sich etwa an, wenn eine Patientin viel Widerstand dagegen zeigt, detailliert über das Trauma zu sprechen und ein Abbruchrisiko besteht, wenn sie angehalten wird, den Bericht zu schreiben.

Therapeuten können ihren Patienten auch die Begründung für beide Programme geben und ihnen dann erlauben, selbst zu entscheiden, welche Therapie sie als hilfreicher empfinden werden.

Das CPT-C-Protokoll beinhaltet ebenfalls eine 12-stündige Therapie und ist dem vollen Programm sehr ähnlich. Der Hauptunterschied ist der Verzicht auf den schriftlichen Bericht und die zusätzliche Gewichtung auf die kognitiven Fertigkeiten mit weiterer Anwendung der ABC-Arbeitsblätter (Sitzung 4) und der Arbeitsblätter zur Infragestellungen von Überzeugungen (Sitzung 7). CPT-C ermutigt die Patienten weiterhin, ihre natürlichen, traumabezogenen Emotionen zu bearbeiten und zu benennen und Emotionen infrage zu stellen, die sekundär zu negativen Bewertungen und Gedanken sind (Resick et al., 2007). Da das CPT-C-Protokoll keinen schriftlichen Bericht mehr beinhaltet, der sonst hilfreich bei der Identifikation der Verfestigungen ist, muss der Therapeut mehr klärende Fragen stellen, um das traumatische Ereignis zu verstehen. Auch muss er mehr Zeit darauf verwenden, mittels sokratischen

Dialogs assimilierte und überakkomodierte Überzeugungen zu identifizieren und die Patienten darin zu unterstützen, den Zusammenhang zwischen einer Änderung im Selbst-Dialog und der Veränderung in der emotionalen Reaktion wahrzunehmen. Weitere Details zur Durchführung der CPT-C können dem Behandlungsmanual von Resick et al. (2007) entnommen werden.

CPT in Gruppen. Die CPT wurde ursprünglich als Gruppenprogramm entwickelt und ist dabei sowohl als alleinige Behandlung (Resick & Schnicke, 1992) als auch in der Kombination mit einer Einzel-CPT wirksam (Chard, 2005).

Unter der Lupe

Eine CPT in Gruppen (von 6–10 Teilnehmern) ist nicht nur effektiv, sondern hat den zusätzlichen Vorteil von sozialer Unterstützung, Normalisierung und Validierung.

Die Gruppenmitglieder können untereinander ihre Verfestigungen mittels kognitiver Therapie hinterfragen, was den Fertigkeitserwerb und die Generalisierung der Fertigkeiten fördert (Resick et al., 2007). Der Inhalt der CPT für Gruppen ist sehr ähnlich zu dem einzeltherapeutischen Vorgehen. Der wichtigste Unterschied bezieht sich auf die Implementierung des schriftlichen Berichts. In Anbetracht der erfolgsversprechenden Ergebnisse mit der CPT-C mag es nicht notwendig sein, einen schriftlichen Bericht einzuschließen und man kann statt dessen das CPT-C-Protokoll zur Strukturierung der Sitzungen verwenden (für mehr Informationen zur CPT-C s. vorheriger Absatz). Eine zweite Möglichkeit ist, die Gruppenteilnehmer den Bericht schreiben, aber nicht in der Sitzung austauschen zu lassen, um sekundäre Traumatisierung unter den Gruppenteilnehmern zu vermeiden. Stattdessen können sie ihre Erfahrung mit dem Schreiben der Berichte austauschen, einschließlich ihrer Fähigkeit, die Emotionen zu erleben und zu benennen und die Verfestigungen zu erkennen. Eine dritte Möglichkeit ist, die Teilnehmer den Bericht in Einzelsitzungen vorlesen zu lassen und damit auch den Therapeuten Raum zu geben, kognitiv therapeutisch mit den Verfestigungen zu arbeiten, die im Bericht auftauchen. Weitere prak-

tische Gesichtspunkte der Durchführung der CPT im Gruppensetting diskutieren Resick u. Schnicke (1992) und Resick et al. (2007).

22.4 Typische Probleme während der Therapie

Die Behandlung von Patienten nach sexuellen Übergriffen kann eine komplexe und belohnende Aufgabe sein. Die Autorinnen erörtern im Folgenden einige typische Probleme, die man in der Arbeit mit diesen Patienten bedenken sollte.

Sicherheit. Die Sicherheit der Patienten sollte immer vor der Aufnahme der Traumabehandlung erfasst und sichergestellt werden. Wenn für eine Patientin das Risiko einer Gefährdung ihrer Person oder einer anderen Person besteht, sollte die Behandlung des Traumas nicht beginnen, bevor Sicherheit hergestellt wurde. Wenn jemand in immanenter Gefahr ist, wie etwa eine Person, die sich in einer missbräuchlichen Beziehung befindet, dann sollte der Therapeut ihr helfen, angemessene Ressourcen der Gemeinde zu nutzen und einen umfassenden Sicherheitsplan etablieren (zu Richtlinien für Sicherheitspläne für Missbrauchsopfer vgl. Davies, Lyon & Monti-Catania, 1998).

Vermeidung. Wie bereits oben bemerkt, ist für Therapeuten das Bewusstsein darüber wichtig, dass Personen mit einer Geschichte sexueller Übergriffe oder anderer Traumata Vermeidungsverhalten zeigen, das die Therapie behindert und/oder der Therapie gegenüber ambivalent ist. Das Verständnis dieses Prozesses durch den Therapeuten erhöhte seine Fähigkeit, die Patienten zu validieren und zu ermutigen und die Behandlung effektiv zu gestalten. Die Patienten suchen verzweifelt Hilfe für ihre Symptome und fürchten möglicherweise zugleich die Konfrontation mit schmerzlichen Erinnerungen, Gedanken und Gefühlen zu dem Übergriff. Vor dem Beginn der CPT ist es daher wichtig, dass der Therapeut eine überzeugende Begründung für die Behandlung bereitstellt, die der Patient versteht und der er vor der Aufnahme der Behandlung zustimmen kann. Als Teil der anfänglichen Psychoedukationsphase sollte der Therapeut Vermeidung als ein

typisches Symptom von Überlebenden sexueller Übergriffe einführen, das einen verständlichen, jedoch ineffektiven Bewältigungsversuch darstellt.

! Gemäß des CPT-Modells erhält Vermeidungsverhalten die PTBS und andere Symptome (Resick et al., 2007) und es sollte in der Therapie kontinuierlich benannt und bearbeitet werden.

Typische Beispiele von Vermeidung in der Therapie beinhalten unter anderem:

- das Absagen von Sitzungen oder das Eintreffen in einer Krise, die von der Traumaarbeit ablenkt;
- die Nichtcompliance mit den Hausaufgaben;
- der Versuch, den Behandlungsfokus zu verändern und andere Themen aufzubringen oder
- der Konsum von Alkohol nach schwierigen Sitzungen oder Hausaufgaben.

Beziehung von Opfer und Täter. Die Beziehung des Opfers zum Täter stellt einen wichtigen Kontextfaktor in der Erholung von einem sexuellen Übergriff dar und beeinflusst oft die Entscheidung des Opfers, Hilfe zu suchen. Sexuelle Übergriffe durch vertraute Partner sind verbreitet und häufiger als die Vergewaltigung durch einen Fremden oder Übergriffe durch Bekannte (McFarlane et al., 2005). Frauen, die durch einen Partner sexuell angegriffen wurden, erleben im Verlauf der Beziehung oft zahlreiche Übergriffe (Bergren, 1995). Es gibt auch Hinweise darauf, dass sexuelle Übergriffe, die durch einen Partner verübt wurden, für die Opfer besonders traumatische sein können (Temple, Weston & Marshall, 2007). Im Fall von sexuellen Übergriffen durch Partner sind die Opfer besonders geneigt,

- sich für die wiederholte Verletzung selbst zu beschuldigen,
- kognitive Verzerrungen bzgl. ihrer Entscheidungen und ihres Verhaltens in der Beziehung zu erleben und
- die Schwierigkeiten zu minimieren, die mit dem Aushalten der missbräuchlichen Situation verbunden sind.

Der sokratische Dialog kann für Opfer von Missbrauch durch einen Partner besonders hilfreich sein, da ihre Erfahrungen so oft von anderen herabgespielt wurden oder ihnen gesagt wurde »geh doch einfach«. Der sokratische Dialog ermöglicht es ihnen,

ihre Überzeugungen in nicht abwertender Weise zu untersuchen. Daher benötigen manche Opfer von Missbrauch durch den Partner mehr als 12 CPT-Sitzungen um davon zu profitieren.

Unter der Lupe

Dabei sollten die Therapeuten immer aufmerksam für die aktuelle Sicherheit sein und diese fortlaufen erfassen.

Selbstbeschuldigung, Schuldgefühle und Scham.

Eine typische emotionale Reaktion auf sexuelle Übergriffe ist das Empfinden von Schuld und Scham, das meist auf Selbstvorwürfen über den Übergriff oder der Überzeugung beruht, durch das Ereignis dauerhaft beschmutzt oder beschädigt worden zu sein. Die Opfer kritisieren oft im Nachhinein ihr Verhalten vor, während und nach dem sexuellen Übergriff. Schuld und Scham sind vorherrschend, wenn Patienten sich selbst beschuldigen, bei dem sexuellen Trauma eine bedeutsame Rolle gespielt zu haben. Solche Assimilationen bestärken kognitive Verzerrungen, dass der Betroffene selbst in irgendeiner Weise verdorben oder mit Makeln behaftet oder irgendwie für das Trauma verantwortlich ist. Es ist z. B. häufig, dass Opfer glauben, der Übergriff habe sie versehrt (z. B. »*ich bin Ausschussware*« oder »*Ich werde mich nie wieder sauber fühlen*«). Solche Kognitionen tragen zu mehr Verurteilungen und negativen Kognitionen über die eigene Person bei und können zu einem chronischen Schamgefühl führen. Die Behandlung von Patienten mit diesen Überzeugungen erfordert, den Glauben infrage zu stellen, dass die Vergewaltigung sie grundlegend versehrt oder kontaminiert habe. Der Therapeut kann etwa fragen: »*Würden Sie Ihre beste Freundin oder Schwester in dieser Situation als versehrt ansehen?*«. Der sokratische Dialog wird genutzt, um die Patienten beim Hinterfragen dieser Überzeugungen zu unterstützen. Wenn die Patienten eine ausgewogenere Interpretation des sexuellen Übergriffs entwickeln, lässt ihr Schamgefühl nach.

Auch wenn sexuelle Übergriffe meist Verbrechen gegen Frauen sind, können auch Männer Opfer sexueller Übergriffe werden (Elliot et al., 2004). Männliche Opfer können aufgrund des gesellschaftlichen Drucks auf Männer, »stark« und weniger ver-

letzlich zu sein, in besonderem Ausmaß Scham und Schuld empfinden. Gefühle von Schuld, Scham, Isolation und Ärger werden wahrscheinlich durch das soziale Stigma männlicher Opfer verstärkt. Manche Männer stellen aufgrund ihrer körperlichen Reaktion während des Übergriffs ihre Geschlechterrolle oder ihre sexuelle Identität infrage.

! Es ist wichtig, dass der Therapeut hervorhebt, dass das Erleben physiologischer Reaktionen nicht bedeutet, dass dem Patienten der Missbrauch gefallen hat.

Der sokratischer Dialog und die Psychoedukation können eingesetzt werden, um maladaptive Überzeugungen unter männlichen Überlebenden sexueller Übergriffe in derselben Weise zu verändern wie bei weiblichen Überlebenden.

22.5 Empirische Belege

Die CPT wurde ursprünglich für Opfer sexueller Übergriffe entwickelt und viele Studien haben die Effizienz der CPT für Überlebende von Vergewaltigungen und anderen sexuellen Übergriffen untersucht. In der ersten Studie haben Resick u. Schnicke (1992) CPT in einem Gruppensetting mit weiblichen Überlebenden sexueller Übergriffe durchgeführt und fanden sie verglichen mit einer Warteliste-Kontrollgruppe (WL) effektiv zur Reduktion von PTBS und anderen traumabezogenen Symptomen. In einer randomisierten klinischen Studie mit weiblichen Vergewaltigungsoffern, die die CPT mit anhaltender Exposition (PE; Foa & Rothbaum, 1998; ► Kap. 12) und einer WL-Kontrollgruppe verglich, erzielten sowohl die CPT als auch die PE relativ zu der WL eine signifikante Verbesserung der PTBS-Symptome. Die Teilnehmer der WL wurden dann zufällig auf die beiden Behandlungen verteilt, wodurch die Ergebnisse repliziert werden konnten. Die CPT war besonders effektiv in der Verringerung von Schuldaspekten unter Vergewaltigungsoffern. Zusätzlich zeigten Teilnehmer der CPT signifikante Rückgänge in depressiven Symptomen, Ärger, Dissoziation und anderen Indikatoren komplexer PTBS (Resick, Nishith & Griffin, 2003).

Chard (2005) entwickelte eine Adaptierung der CPT für Opfer von sexuellem Kindesmissbrauch.

Diese Adaptierung der CPT beinhaltet eine Kombination von Gruppen- und Einzelsettings. Die Durchführung der schriftlichen Traumaberichte erfolgt in den Einzelsitzungen, die kognitiven Interventionen im Rahmen der Gruppe. Die Adaptation ergänzt zudem Gruppenmodule zu Entwicklungsthemen, kommunikativen Fertigkeiten und der Suche nach sozialer Unterstützung. Verglichen mit der WL zeigten die Teilnehmer, die mit einer 17-wöchigen CPT-Intervention behandelt wurden, klinisch signifikante Verbesserungen ihrer PTBS, die oft zu einer vollständigen Remission führten. Diese Verbesserungen bestanden zudem auch noch bei der Nachuntersuchung 1 Jahr später (Chard, 2005).

Die CPT wurde mit Personen mit einer Vielfalt sexueller Traumata wie auch begleitender Störungsbilder entwickelt und getestet. Sie wurde jedoch auch für die Behandlung anderer Traumata evaluiert. Beispielsweise war die CPT in der Behandlung männlicher und weiblicher Veteranen mit kriegsbezogener PTBS einer WL überlegen (Monson et al., 2006). Weiterhin wurde sie für inhaftierte männliche Jugendliche (15- bis 18-Jährige) eingesetzt (Ahrens & Rexford, 2002). Relativ zu einer WL zeigten die mit CPT behandelten Jugendlichen signifikante Verbesserungen der PTBS-Symptome wie auch anderer traumabezogener Symptome. In einer Effektivitätsstudie evaluierten Schultz, Resick, Huber u. Griffin (2006) die CPT mit männlichen und weiblichen Flüchtlingen aus Bosnien-Herzegowina und Afghanistan. Die CPT wurde in der Muttersprache der Patienten durchgeführt und reduzierte effektiv die PTBS-Symptome.

In Forschungsanwendungen erfüllen die Patienten die Kriterien einer vollen PTBS-Diagnose, doch die Behandlung wurde im klinische Setting auch für Patienten angewendet, die unter partieller PTBS litten. Auch wenn PTBS die häufigste Folge sexueller Übergriffe darstellt (Kessler et al., 1995), erfüllen manche Patienten nicht die Kriterien der PTBS, sondern leiden unter einer anderen Störung (z. B. einer einfachen Phobie oder Depression). In diesem Fall sollten empirisch gesicherte Behandlungsmethoden für diese spezifischen Störungsbilder eingesetzt werden. Es ist dennoch wichtig darauf hinzuweisen, dass Depression oft zusammen mit PTBS auftritt und dass die Symptome beider Störungsbilder sich für gewöhnlich mit der CPT verbessern (Resick et al.,

2003, 2008). Auch konnte die CPT zur Behandlung von PTBS mit komorbiden Panikattacken erfolgreich mit einer Panikkontrollbehandlung kombiniert werden (Falsetti, Resnick & Davis, 2005). Zu guter Letzt konnte auch die Effizienz der CPT zur Verringerung von PTBS bei Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung belegt werden (Clarke, Rizvi & Resick, 2008).

Unter der Lupe

Sexuelle Übergriffe sind ein weitverbreitetes Problem, das für die Betroffenen mit erheblichem Leid verbunden ist. Manche Betroffenen entwickeln in der Folge ernste psychische Probleme wie PTBS, Depression und übermäßige Schuldgefühle. Der Einsatz der CPT ermöglicht es Therapeuten, den Betroffenen zu helfen, sich in relativ kurzer Zeit wieder zu erholen. Das Ziel der CPT ist, die Patienten darin zu unterstützen, von einer Assimilation Abstand zu nehmen und ihre Schemata an die neuen Informationen zu akkomodieren (und das Trauma zu akzeptieren) ohne zu überakkomodieren. Zusammenfassend soll festgehalten werden, dass das CPT-Modell zur Behandlung Überlebender sexuellen Missbrauchs auf einem soliden theoretischen Fundament steht, stabile empirische Bestätigung hat und Therapeuten kohärente Behandlungsrichtlinien und Strategien für die belohnende Arbeit mit dieser Population bietet.

Literatur

- Ahrens, J. & Rexford, L. (2002). Cognitive processing therapy for incarcerated adolescents with PTSD. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 6, 201–216.
- Beck, A. T. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Bergren, R. K. (1995). Surviving wife rape: How women define and cope with the violence. *Violence Against Women*, 1, 117–138.
- Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 135–138.
- Boudreaux, E., Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Best, C. L. & Saunders, B. E. (1998). Criminal victimization, posttraumatic stress disorder, and comorbid psychopathology among a community sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 665–678.
- Chard, K. M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 965–971.
- Clarke, S. B., Rizvi, S. L. & Resick, P. A. (2008). Borderline personality characteristics and treatment outcome in cognitive-behavioral treatments for female rape victims. *Behavior Therapy*, 39, 72–78.
- Cloitre, M., Scarvalone, P., Difede, J. (1997). Post-traumatic stress disorder, self and interpersonal dysfunction among sexually revictimized women. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 435–450.
- Davies, J., Lyon, E. & Monti-Catania, M. (1998). Safety planning with battered women: Complex lives/difficult choices. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Elliott, D. M., Mok, D. S. & Briere, J. (2004). Adult sexual assault: Prevalence, symptomatology, and sex differences in the general population. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 203–211.
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S. & Davis, J. (2005). Multiple channel exposure therapy: Combining cognitive-behavioral therapies for the treatment of posttraumatic stress disorder with panic attacks. *Behavior Modification*, 19, 70–94.
- Foa, E. B. & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the Trauma of Rape: A Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD*. New York: Guilford.
- Hollon, S. D. & Garber, J. (1988). Cognitive therapy: In L. Y. Abramson (Ed.), *Social cognition and clinical psychology: A synthesis* (pp. 204–253). New York: Guilford.
- Kessler, R. C., Davis, C. & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27, 1101–1119.
- Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.
- McCann, I. L. & Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation*. New York: Brunner/Mazel.
- McFarlane, J., Malecha, A., Watson, K., Gist, J., Batten, E., Hall, I. & Smith, S. (2005). Intimate partner sexual assault against women: Frequency, health consequences, and treatment outcomes. *Obstetrics and Gynecology*, 105, 99–108.
- Monson, C. M., Schnurr, P. P., Resick, P. A., Friedman, M. J., Young-Xu, Y. & Stevens, S. P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 898–907.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52–73.
- Polusny, M. A. & Follette, V. M. (1995). Long-term correlates of childhood sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied and Preventive Psychology*, 4, 143–166.
- Resick, P. A. (1993). The psychological impact of rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 223–255.
- Resick, P. A. (2001). *Stress and trauma*. East Sussex, UK: Psychology Press.

- Resick, P. A., Galovski, T. E., Uhlmansiek, M. O., Scher, C. D., Clum, G. A. & Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 243–258.
- Resick, P. A., Monson, C. M. & Chard, K. M. (2007). *Cognitive processing therapy: Veteran/military version*. Washington, DC: Department of Veterans' Affairs.
- Resick, P. A., Nishith, P. & Griffin, M. G. (2003). How well does cognitive-behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD? An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial. *CNS Spectrums, 8*, 340–355.
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C. & Feurer, C. A. (2002). 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. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 867–879.
- Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 748–56.
- Resick, P. A. & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims. A treatment manual*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Schultz, P. M., Resick, P. A., Huber, L. C. & Griffin, M. G. (2006). The effectiveness of cognitive processing therapy for PTSD with refugees in a community setting. *Cognitive and Behavioral Practice, 13*, 322–331.
- Shipherd, J. C., Street, A. E. & Resick, P. A. (2006). Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder. In V. M. Follette & J. I. Ruzek (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma, second edition* (pp. 96–116). New York: Guilford.
- Temple, J. R., Weston, R. & Marshall, L. L. (2007). Differing effects of partner and nonpartner sexual assault on women's mental health. *Violence Against Women, 13*, 285–297.
- Ullman, S. E. (2004). Sexual assault victimization and suicidal behavior in women: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior, 9*, 331–351.

Arbeitsblatt 1

22

| Beispiel für ein ABC-Blatt mit 2 Ereignissen | | |
|---|--------------------------------------|--|
| Auslösendes Ereignis | Überzeugung | Konsequenz |
| A | B | C |
| »Etwas ist passiert« | »Ich sage zu mir selbst« | »Ich fühle mich ... /ich mache ...« |
| »Ich wurde während einer Verabredung vergewaltigt.« | »Ich kann einfach niemandem trauen.« | »Ich fühle mich verängstigt und misstrauisch. Ich vermeide es, irgend jemandem nah zu kommen.“ |

Sind meine genannten Gedanken realistisch? *Nein. Ich kenne einige Leute, die mein Vertrauen nicht gebrochen haben.*

Meine Brüder sind vertrauenswürdig. _____

Was kann ich mir in der Zukunft bei solchen Gelegenheiten sagen? *nicht zutreffend* _____

| Auslösendes Ereignis | Überzeugung | Konsequenz |
|---|--------------------------------------|--|
| A | B | C |
| »Etwas ist passiert« | »Ich sage zu mir selbst« | »Ich fühle mich ... /ich mache ...« |
| »Mein Freund hat meinen Anruf nicht beantwortet.« | »Er macht sich nichts mehr aus mir.« | »Ich fühle mich niedergeschlagen und traurig.« |

Sind meine genannten Gedanken realistisch? *Nein. Nur weil er mich nicht anruft, bedeutet das nicht, dass er sich nichts mehr aus mir macht. Er hat sonst nicht getan, das mich annehmen lässt, dass er sich nichts mehr aus mir macht.*

Was kann ich mir in der Zukunft bei solchen Gelegenheiten sagen? *Vielleicht interpretiere ich zuviel in diese Sache hinein. Es mag eine andere Erklärung geben.*

Arbeitsblatt 2

Beispiel eines Arbeitsblattes zum Infragestellen

Unten finden Sie eine Sammlung von Fragen, die Ihnen helfen sollen, ihre problematischen Überzeugungen infrage zu stellen. Nicht alle Fragen werden auf die von Ihnen zur Bearbeitung ausgewählte Überzeugung zutreffen. Beantworten Sie für diese Überzeugung so viele Fragen wie möglich.

Überzeugung: *»Ich bin kein ganzer Mann mehr, weil ich angegriffen wurde.«*

1. Was sind Belege für und gegen diesen Gedanken?

DAFÜR: *Ich fühle mich ständig niedergeschlagen, ich habe viel weniger Interesse an Sex und ich habe Angst in der Gegenwart anderer.*

DAGEGEN: *Ich kümmere mich noch immer um meine Familie und meine Arbeitsverpflichtungen. Der Charakter einer Person sollte nicht an dem gemessen werden, was ihr wiederfahren ist. Leute scheinen zu mir aufzuschauen und suchen bei mir Rat.*

2. Ist die Überzeugung eine Gewohnheit oder basiert sie auf Fakten?

Es ist eine Angewohntheit von mir, so zu denken. Der sexuelle Übergriff hat mich dazu gebracht, anders über mich zu denken.

3. Sind Ihre Interpretationen der Situation zu weit von der Realität entfernt, um zutreffend zu sein?
Ich glaube, meine Interpretationen sind vermutlich durch meine Erfahrungen verzerrt. Wie ich in Frage 2 sagte: es ist jetzt schwerer für mich, meinen Selbstwert objektiv zu sehen.

4. Denken Sie in Alles-oder-nichts-Mustern?
Ja.

5. Verwenden Sie Wörter oder Phrasen die extrem oder übertrieben sind? (z. B. immer, für immer, nie, brauchen, müssen, nicht können oder jedes mal)
Die Formulierung »kein ganzer« könnte als extrem angesehen werden.

6. Reißen Sie die Situation aus Ihrem Kontext und konzentrieren Sie sich nur auf einen Aspekt des Ereignisses?

Ja, wie bei Frage 3, ich habe vergessen, dass die Tatsache, dass ich von einem anderen Mann angegriffen wurde, nicht bedeutet, dass dies beeinflusst, wer ich als Mensch bin.

7. Ist die Quelle der Information verlässlich?

Nein, ich habe mir diese Dinge in den letzten Jahren seit dem Übergriff gesagt – dies ist vertraut aber nicht notwendigerweise verlässlich.

Verwechseln Sie eine geringe mit einer hohen Wahrscheinlichkeit?

Das ist eine bei mir nicht anwendbare Frage.

9. Gründen Ihre Entscheidungen und Annahmen auf Gefühlen statt Fakten?

Ja. Diese Interpretation basiert auf meinem Gefühl von Verwundbarkeit aufgrund des Übergriffs. Nur weil ich mich manchmal verwundbar fühle, bedeutet das nicht, dass ich tatsächlich kein ganzer Mann mehr bin.

10. Konzentrieren Sie sich auf belanglose Faktoren?

Ja, dass ich angegriffen wurde ist kein Spiegelbild dessen, wer ich bin oder meiner Männlichkeit.

Arbeitsblatt 3

22

| Arbeitsblatt zum Infragestellen von Überzeugungen | | | | |
|---|---|--|---|---|
| A. Situation | B. Gedanken | D. Gedanken infrage stellen | E. Problematische Muster | F. Alternativer Gedanke |
| Beschreiben Sie das Ereignis, den Gedanken oder die Überzeugung, die zu unangenehmen Emotionen geführt hat. | Schreiben Sie den/die Gedanken auf, die zu Spalte A in Bezug stehen. Bewerten Sie, wie sehr Sie von dem Gedanken überzeugt sind – von 1–100% (Wie sehr sind Sie von diesem Gedanken überzeugt?) | Verwenden Sie Infragestellungsfragen um die automatischen Gedanken aus Spalte B zu untersuchen. Ist der Gedanke ausgewogen und sachlich oder extrem? | Verwenden Sie das Arbeitsblatt zu problematischen Denkmustern, um zu entscheiden, ob dies eines Ihrer problematischen Denkmuster ist. | Was kann ich anstelle des Gedankens aus Spalte B sagen? Wie kann ich das Ereignis anders interpretieren als in Spalte B? Bewerten Sie, wie sehr Sie von dem alternativen Gedanken überzeugt sind – von 1–100% |
| <i>Meine Freundin möchte, dass ich mit ihr auf eine Party gehe.</i> | <i>Niemand wird mit mir reden wollen. – 70%</i> | Belege dafür? <i>Ich bin nervös.</i> Belege dagegen? <i>Ich habe auf Partys schon mit Leuten gesprochen.</i> Gewohnheit oder Tatsache? <i>Gewohnheit, weil ich damit aufgewachsen bin, mich zu kritisieren.</i> Interpretation nicht zutreffend? <i>Nein, da ich es nicht weiß, bevor ich es ausprobiert habe.</i> Quelle unzuverlässig? <i>Ja, ich erwarte das Schlimmste ohne dass es einen Beleg dafür gibt.</i> | Voreilige Schlüsse: <i>Ich habe geschlossen, das niemand mit mir reden wird, nur weil ich deswegen nervös bin.</i> Über- oder untertreiben: <i>Übertrieben, das »niemand« mit mir wird reden wollen – vermutlich wird jemand wollen.</i> Gefühlsmäßiges Schlussfolgern: <i>Ja, weil ich nervös bin, glaube ich, dass meine Gedanken wahr sind.</i> | Ich bin nervös, auf der Party Leute zu treffen, aber ich bin in sozialen Situationen schon gut zurechtgekommen. – 70% Ich habe wenig Grund anzunehmen, dass die Leute nicht mit mir werden reden wollen. – 70% |
| | C. Gefühle | | | G. Neueinschätzung der Gedanken |
| | Geben Sie an, wie sehr Sie Trauer, Ärger etc. empfinden – von 1–100% <i>Angst – 75%</i> <i>Trauer – 60%</i> <i>Scham – 50%</i> | | | Bewerten Sie Ihre Gedanken von Spalte B neu 40% |
| | | | | H. Gefühle |
| | | | | Wie fühlen Sie sich jetzt? 0–100% <i>Angst – 55%</i> <i>Trauer – 10%</i> <i>Scham – 20%</i> |

Arbeitsblatt 4

Problematische Denkmuster

Im Folgenden sind verschiedene Arten fehlerhafter Denkmuster aufgeführt, die Menschen in verschiedenen Lebenssituationen benutzen. Diese Muster werden oft zu automatischen, gewohnheitsmäßigen Gedanken, die uns zu selbstzerstörerischem Verhalten veranlassen können.

Bitte finden Sie, wenn Sie an Ihre »Verfestigungspunkte« denken, Beispiele für jedes dieser Muster. Schreiben Sie den »Verfestigungspunkt« unter das zugehörige Muster und beschreiben Sie, wie er in dieses Muster passt. Denken Sie darüber nach, wie Sie dieses Muster beeinflusst.

| Nummer | Frage | Antwort |
|--------|--|--|
| 1. | Ziehen von Schlussfolgerungen, wenn kein Beweis vorhanden oder die Ausgangslage sogar widersprüchlich ist. | Wenn ich mich anderen öffne oder vertraue, werde ich verletzt werden. Männer kümmern sich nur um sich selbst und nutzen schwache Frauen aus. |
| 2. | Übertreiben oder Minimierung der Bedeutung eines Ereignisses. | Wenn ein Mann nett zu mir ist, will er nur das eine. Weil es keine erkennbaren Verletzungen gab, muss die Vergewaltigung nicht so schlimm gewesen sein. |
| 3. | Nichtbeachten von wichtigen Aspekten der Situation. | Da ich nicht kämpfte oder schrie, muss die Vergewaltigung meine Schuld gewesen sein. Da ich das Fenster nicht verschloss, muss die Vergewaltigung meine Schuld gewesen sein. |
| 4. | Übermäßige Vereinfachung von Ereignissen als gut/böse, falsch/richtig. | Ich habe es falsch gemacht, nicht allen gleich von der Vergewaltigung zu erzählen. Ich bin ein schlechter Mensch, weil ich Jack nicht gestoppt habe. Ich bin ein schlechter Mensch, weil ich mich nicht selbst gerettet habe. Ich habe es von Anfang an falsch gemacht, Jack zu vertrauen. Ich bin ein schlechter Mensch, weil ich nicht so schnell oder so gut mit Nägeln kratzen kann wie Susan. Ich bin ein schlechter Mensch, weil ich allein mit Scott in einen Park ging. |
| 5. | Übergeneralisierung eines einzelnen Ereignisses | Kein Gelände ist jemals sicher. Keinem Mann kann vertraut werden. Alle Männer lügen, um zu bekommen, was sie wollen. |
| 6. | Gedankenübertragung | Weil ich mich wie ein schlechter Mensch fühle, müssen andere auch das gleiche denken. Da die Leute nicht fragen, wie es mir geht, interessieren sie sich nicht für mich. |

Arbeitsblatt 5

Infragestellen von Überzeugungen. Thema: Sicherheit

| Spalte A | Spalte B | Spalte C | Spalte D | Spalte E | Spalte F |
|---|--|---|--|---|--|
| Situation | Automatischer Gedanke | Infragestellen des automatischen Gedankens | Problematische Denkmuster | Alternative Gedanken | Entkatastrophisieren |
| Beschreiben Sie die Ereignisse, Gedanken oder Überzeugungen, die zu unangenehmen Gefühlen führen. | Schreiben Sie automatische Gedanken auf, die den Gefühlen in Spalte A vorausgehen. Schätzen Sie Ihren Glauben an jeden der automatischen Gedanken unten von 0–100% ein. | Benutzen Sie das Arbeitsblatt »Infragestellen unangemessener Überzeugungen«, um Ihre automatischen Gedanken von Spalte B zu überprüfen. | Benutzen Sie das Arbeitsblatt »Problematischer Denkmuster«, um Ihre automatischen Gedanken von Spalte B zu überprüfen. | Was kann ich anstelle von Spalte B sagen? Wie kann ich das Ereignis anstelle von Spalte B interpretieren? Schätzen Sie Ihren Glauben an die alternativen Gedanken von 0–100% ein. | Was ist das Schlimmste, das sich jemals wirklich ereignen könnte? Ich könnte verletzt werden. Selbst wenn das passiert, was könnte ich tun? |

Arbeitsblatt 5 (Fortsetzung)

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| <p>Einen Ort kennen zu müssen, bevor ich dahin gehe (z.B. was für Leute, wie das Gebäude angelegt ist, was anziehen ist).</p> | <p>Wenn eine schlimme Situation auftreten würde, wäre ich vorbereitet oder könnte verhindern, dass mir etwas zustößt?</p> | <p>Beweis dafür: Keiner Beweis dagegen: Ich gehe an ziemlich sichere Orte und gehe nicht zu Orten, über die ich noch nichts von meinen Freunden gehört habe.</p> | <p>Übergeneralisierung: Die Tatsache, dass ich zu Hause vergewaltigt worden bin, bedeutet nicht, dass jeder Ort unsicher ist.</p> | <p>Einen neuen Ort ausprobieren kann Spaß machen, und ich gehe immer mit einer Gruppe.</p> | <p>Schreien, kämpfen, wegrennen, meine Selbstverteidigungsfähigkeiten benutzen.</p> |
| <p>85% Ich bin vielleicht nicht in der Lage, mich zu schützen. Ich bin hilflos und verletzlich, und könnte verletzt werden. Ich mache mich wieder selbst runter.</p> | <p>Gewohnheit: Ich bin niemals verletzt worden, wenn ich zu neuen Orten gegangen bin. Entschuldigung: Vorbereitet zu sein, als ich vergewaltigt wurde, hätte es auch nicht verhindert.</p> | <p>Emotionale Argumentation: Wenn ich mich vorbereitet fühle, dann wird meine Angst weniger. Schlussfolgerungen ziehen: Die Tatsache, dass ich vergewaltigt worden bin, bedeutet nicht, dass ich anfälliger bin als andere.</p> | | | |
| <p>Gefühl(e): Welches Gefühl tritt auf? Schätzen Sie die Stärke des Gefühls von 0–100% ein.</p> | <p>Angst 85%</p> | | | | <p>Ergebnis: Bestimmen Sie Ihren Glauben an die automatischen Gedanken von Spalte B von 0–100% erneut. 40% Welches Gefühl tritt auf? Schätzen Sie die Stärke des Gefühls von 0–100% ein.</p> |
| <p>Angst 40%</p> | | | | | |

Arbeitsblatt 6

| Infragestellen von Überzeugungen. Thema: Vertrauen | | | | | |
|---|---|--|--|---|---|
| Spalte A | Spalte B | Spalte C | Spalte D | Spalte E | Spalte F |
| Situation | Automatischer Gedanke | Infragestellen des automatischen Gedankens | Problematische Denkmuster | Alternativer Gedanken | Entkatastrophisieren |
| Beschreiben Sie die Ereignisse, Gedanken oder Überzeugungen, die zu unangenehmen Gefühlen führen. | Schreiben Sie automatische Gedanken auf, die den Gefühlen in Spalte A vorausgehen. Schätzen Sie Ihren Glauben an jeden der automatischen Gedanken unten von 0–100% ein. | Benutzen Sie das Arbeitsblatt »Infragestellen unangemessener Überzeugungen« (Arbeitsblatt 7), um Ihre automatischen Gedanken von Spalte B zu überprüfen. | Benutzen Sie das Arbeitsblatt »Fehlerhafte Denkmuster«, um Ihre automatischen Gedanken von Spalte B zu überprüfen. | Was kann ich anstelle von Spalte B sagen? Wie kann ich das Ereignis anstelle von Spalte B interpretieren? Schätzen Sie Ihren Glauben an die alternativen Gedanken von 0–100% ein. | Was ist das Schlimmste, das sich jemals wirklich ereignen könnte? Wenn »B« wahr wäre. |

Arbeitsblatt 6 (Fortsetzung)

| | | | | | |
|---|---|---|--|---|--|
| Gott ließ mich allein, als ich vergewaltigt wurde. | Gott mag nur gute Menschen. Guten Menschen passieren gute Dinge. Eine schlimme Sache passierte mir, also muss ich schlecht sein. | Tatsache: Gott macht Dinge in meinem täglichen Leben, also verließ er mich nicht. | Übertreibung: Gute und schlimme Dinge passieren allen Menschen, nicht nur mir. | Gott verließ mich nie. Ich konnte ihn nur nicht sehen. | Selbst wenn das passierte, was könnte ich tun? |
| | 85% | | | Gott beschützt mich vor schlimmeren Verletzungen. | Etwas machen, damit schlimme Dinge gut werden, um anderen zu helfen. |
| | | | | Gott gab mir eine gute Unterstüztungsgruppe mit meiner Familie, Freunden und dem YMCA. | |
| Gefühl(e) Welches Gefühl tritt auf? Schätzen Sie die Stärke des Gefühls von 0–100% ein. | | | | | Ergebnis: Schätzen Sie den Glauben an automatische Gedanken in Spalte B erneut von 0–100% ein. |
| Traurig – 98% | | | | | 30% |
| Wütend – 85% | | | | | Welches Gefühl tritt auf? Schätzen Sie die Stärke des Gefühls von 0–100% ein. |
| | | | | | Traurig – 45% |
| | | | | | Wütend – 30% |

Arbeitsblatt 7

Infragestellen unangemessener Überzeugungen

Im Folgenden finden Sie eine Liste von Fragen, die genutzt werden sollen, um Ihnen zu helfen, Ihre unangemessenen oder problematischen Überzeugungen infrage zu stellen. Wählen Sie bitte eine Überzeugung von Ihnen aus und beantworten Sie dann so viele Fragen, wie Sie können, für diese Überzeugung.

Überzeugung:

Ich verschloss mein Fenster nicht. Es war meine Schuld. Ich bin ein schlechter Mensch.

| Nummer | Frage | Antwort |
|--------|---|--|
| 1. | Was ist der Beweis für und gegen diese Ansicht? | Dafür: Ich sollte mein Fenster geschlossen haben. Dagegen: Ich hatte vorher keinen Grund mein Fenster zu verschließen oder daran zu glauben, dass jemand, dem ich vertraute, mich vergewaltigen würde. Ich hatte Jack nicht eingeladen. |
| 2. | Verwechseln Sie eine Gewohnheit mit einer Tatsache? | Ja, die Tatsache ist, es ist nicht meine Schuld. |
| 3. | Sind Ihre Interpretationen der Situation zu weit entfernt von der Realität, um genau zu sein? | Ja, ich konnte physisch nicht kämpfen oder wegrennen. |
| 4. | Denken Sie in Alles-oder Nichts-Begriffen? | Ja. |
| 5. | Benutzen Sie Wörter oder Ausdrücke, die stark oder übertrieben sind? (Z. B. immer, für immer, niemals, brauche, sollte, muss, kann nicht, jedes Mal) | Ja. |
| 6. | Nehmen Sie ein einzelnes Detail aus einer Gesamtsituation heraus? | Ja, nur weil ich mein Fenster nicht verschloss und etwas Schlimmes passierte, bedeutet nicht, dass ich es verursachte. |
| 7. | Machen Sie Entschuldigungen? (Z. B. Ich habe keine Angst. Ich möchte nur ausgehen. Andere Leute erwarten von mir, vollkommen zu sein, oder ich möchte nichts aufwühlen, weil ich keine Zeit dazu habe.) | Ja, ich gebe mir selbst die Schuld anstatt Jack, dann habe ich nicht mit dem Vertrauensverlust umzugehen. Wenn ich mir selbst die Schuld gebe, kann ich noch vertrauen. |
| 8. | Ist die Informationsquelle verlässlich? | Nein, Jack belog andere und mich. |
| 9. | Denken Sie in Bestimmtheitsbegriffen anstelle von Wahrscheinlichkeiten? | Ja, schlimmere Dinge hätten passieren können, wenn manches anders gewesen wäre. |
| 10. | Vertauschen Sie eine geringe Wahrscheinlichkeit mit einer hohen Wahrscheinlichkeit? | Ja. |
| 11. | Begründen sich ihre Beurteilungen mehr auf Gefühle als auf Tatsachen? | Ja, Tatsache ist, es ist nicht meine Schuld. |
| 12. | Achten Sie eher auf unwichtige Faktoren? | Ja, das Fenster. |

Arbeitsblatt 8

Infragestellen von Überzeugungen. Thema: Macht und Kontrolle

| Spalte A Situation | Spalte B Automatischer Gedanke | Spalte C Infragestellen des automatischen Gedankens | Spalte D Problematische Denk- muster | Spalte E Alternative Gedanken | Spalte F Entkatastrophisieren |
|---|--|--|---|---|--|
| Beschreiben Sie die Ereignisse, Gedanken oder Überzeugungen, die zu unangenehmen Gefühlen führen. | Schreiben Sie automatische Gedanken auf, die den Gefühlen in Spalte A vorausgehen. Schätzen Sie Ihren Glauben an jeden der automatischen Gedanken unten von 0–100% ein. | Benutzen Sie das Arbeitsblatt zu »Infragestellen unangessener Überzeugungen«, um Ihre Gedanken von Spalte B zu überprüfen. | Benutzen Sie das Arbeitsblatt »Problematische Denkmuster«, um Ihre automatischen Gedanken von Spalte B zu überprüfen. | Was kann ich anstelle von Spalte B sagen? Wie kann ich das Ereignis anstelle von Spalte B interpretieren? Schätzen Sie Ihren Glauben an die alternativen Gedanken von 0–100% ein. | Was ist das Schlimmste, das sich jemals wirklich ereignen könnte? Ich hätte schlimmer verletzt werden können. |



Arbeitsblatt 8 (Fortsetzung)

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <p>Überzeugung: Es war meine Schuld, dass ich vergewaltigt wurde.</p> | <p>Ich dachte, ich wäre eigentlich ein guter Mensch, der Jack hilft. 80%</p> <p>Ich hätte wissen müssen, dass man Jack nicht trauen konnte, ich hatte ein schlechtes Urteilsvermögen. Es war meine Schuld.</p> | <p>Beweis dafür: Keiner</p> <p>Beweis dagegen: Jack war mein Freund vor der Vergewaltigung. Kein Verbrechen wurde in meiner Nachbarschaft verübt. Ich hatte andere vertraute Menschen in meinem Leben, die mir niemals weh taten.</p> <p>Gewohnheit: Es war meine Schuld.</p> <p>Tatsache: Ich kann die Handlungen anderer Menschen nicht steuern, also ist es nicht meine Schuld.</p> | <p>Ich bin immer noch ein guter Mensch. Ich konnte nicht kämpfen oder wegrennen. Ich habe vertraute jetzt Freunde, die mir nicht weh getan haben. Ich war verliebt, und ich glaubte an ihm, aber es war seine Schuld, das auszunutzen.</p> | <p>Selbst wenn das passiert, was könnte ich machen? Hilfe suchen und mich erholen.</p> |
| <p>Gefühl(e): Welches Gefühl tritt auf? Schätzen Sie die Stärke des Gefühls von 0–100% ein. Traurig – 80% Wütend – 85%</p> | <p>Übervereinfachung: Nur weil ich ein guter Mensch war, bedeutet das nicht, dass ich nach der Vergewaltigung kein guter Mensch mehr bin.</p> <p>Nichtbeachten: Jack gab mir keinen Grund, ihm vor der Vergewaltigung nicht zu vertrauen, deshalb war es nicht mein Urteilsvermögen oder meine Schuld ...</p> | <p>Ergebnis: Schätzen Sie den Glauben an automatische Gedanken in Spalte B erneut von 0–100% ein. Gedanke 1: 30% Gedanke 2: 30%</p> <p>Welches Gefühl tritt auf? Schätzen Sie die Stärke des Gefühls von 0–100% ein. Traurig – 25% Wütend – 30%</p> | | |

Arbeitsblatt 9

Infragestellen von Überzeugungen. Thema: Selbstachtung

| Spalte A | Spalte B | Spalte C | Spalte D | Spalte E | Spalte F |
|---|--|---|---|---|---|
| Situation | Automatischer Gedanke | Infragestellen des automatischen Gedankens | Problematische Denkmuster | Alternative Gedanken | Entkatastrophenisieren |
| Beschreiben Sie die Ereignisse, Gedanken oder Überzeugungen, die zu unangenehmen Gefühlen führen. | Schreiben Sie automatische Gedanken auf, die den Gefühlen in Spalte A vorausgehen. | Benutzen Sie das Arbeitsblatt »Infragestellen unangemessener Überzeugungen«, um Ihre automatischen Gedanken von Spalte B zu überprüfen. | Benutzen Sie das Arbeitsblatt »Problematische Denkmuster«, um Ihre automatischen Gedanken von Spalte B zu überprüfen. | Was kann ich anstelle von Spalte B sagen? Wie kann ich das Ereignis anstelle von Spalte B interpretieren? Schätzen Sie Ihren Glauben an die alternativen Gedanken von 0–100% ein. | Was ist das Schlimmste, das sich jemals wirklich ereignen könnte? Ich hätte meine Freunde verlieren können. |



Arbeitsblatt 9 (Fortsetzung)

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| <p>Ich muss anderen gefallen und machen, was ich kann, um sie nicht zu verletzen, egal wie ich mich fühle.</p> | <p>Wenn ich andere verletze, weil ich mache, was ich fühle, dann könnte ich Freunde verlieren.</p> | <p>Beweise dafür: Die Vergewaltigung.</p> <p>Beweise dagegen: Ich habe anderen vorher nicht weh getan, oder falls ich es habe, sind sie immer noch meine Freunde.</p> <p>Gewohnheit: Ich vertraute Dan, und er tat mir weh. Andere vertrauen mir, und ich könnte ihnen weh tun.</p> <p>Tatsache: Ich habe mir selbst geschadet, weil ich nicht ehrlich war.</p> | <p>Schlussfolgerungen ziehen: Ich weiß nicht, ob ich Freunde verlieren werde.</p> <p>Übertreiben: Ich werde andere verletzen, wie ich verletzt worden bin, wenn ich meinen Gefühlen folge.</p> <p>Gedanken lesen: Sie werden verletzt sein, und ich werde nicht geachtet.</p> | <p>Selbst wenn das passiert, was könnte ich machen?</p> <p>Fragen, warum so weitermachen, und Vertrauen haben, dass ich tat, was am besten für mich war.</p> |
| <p>Gefühl(e): Welches Gefühl tritt auf? Schätzen Sie die Stärke des Gefühls von 0–100% ein.</p> <p>Traurig – 90%</p> | | | <p>Ergebnis: Schätzen Sie den Glaube an automatische Gedanken in Spalte B erneut von 0–100% ein.</p> <p>40%</p> <p>Welches Gefühl tritt auf? Schätzen Sie die Stärke des Gefühls von 0–100% ein.</p> <p>Traurig – 40%</p> | |

Arbeitsblatt 10

Infragestellen von Überzeugungen: Thema: Intimität

| Spalte A | Spalte B | Spalte C | Spalte D | Spalte E | Spalte F |
|--|--|---|---|--|--|
| Situation | Automatischer Gedanke | Infragestellen des automatischen Gedankens | Problematische Denkmuster | Alternative Gedanken | Entkatastrophisieren |
| Beschreiben Sie die Ereignisse Gedanken oder Überzeugungen, die zu unangenehmen Gefühlen führen. | Schreiben Sie automatische Gedanken auf, die den Gefühlen in Spalte A vorausgehen. | Benutzen Sie das Arbeitsblatt »Infragestellen unangemessener Überzeugungen«, um Ihre automatischen Gedanken von Spalte B zu überprüfen. | Benutzen Sie das Arbeitsblatt »Problematische Denkmuster«, um Ihre automatischen Gedanken von Spalte B zu überprüfen. | Was kann ich anstelle von Spalte B sagen? Wie kann ich das Ereignis anstelle von Spalte B interpretieren? | Was ist das Schlimmste, das ich jemals wirklich ereignen könnte? Ich könnte sie verlieren. |
| ▼ | Schätzen Sie Ihren Glauben an jeden der automatischen Gedanken unten von 0–100% ein. | Schätzen Sie Ihren Glauben an die alternativen Gedanken von 0–100% ein. | | | |

Arbeitsblatt 10 (Fortsetzung)

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| <p>Michelle und ich gerieten in einen großen Streit auf der Arbeit.</p> <p>Sie ist nicht meine Freundin, sie mag mich nicht.</p> <p>90%</p> <p>Sie hat mich nicht respektiert.</p> <p>85%</p> <p>Ich bin ganz allein, und keinen interessiert das.</p> <p>97%</p> | <p>Beweis dafür: Sie sagte, sie wollte keinen Teil davon.</p> <p>Beweis dagegen: Sie redet ohne zu denken. Wir haben uns vorher gestritten, und wir sind noch immer Freunde.</p> | <p>Missachten von Beweisen: Nur, weil wir uns streiten, heißt nicht, dass wir keine Freunde mehr sein werden.</p> <p>Schlussfolgerungen ziehen: Nur weil Michelle und ich uns vielleicht streiten, bedeutet nicht, dass ich ganz alleine bin.</p> | <p>Es gibt Menschen, die mich lieben. Ich bin nicht allein. Ich brauche ihren Respekt nicht, um mich zu respektieren.</p> | <p>Selbst wenn das passierte, was könnte ich machen? Fragen warum, und weiter machen.</p> |
|---|--|---|---|---|

Gefühle:
Welches Gefühl tritt auf? Schätzen Sie die Stärke des Gefühls von 1–100% ein.

Traurig – 95%
Wütend – 90%
Ängstlich – 95%

Ergebnis:
Schätzen Sie den Glauben an automatische Gedanken in Spalte B erneut von 0–100% ein.

50%

Welches Gefühl tritt auf? Schätzen Sie die Stärke des Gefühls von 0–100% ein.

Traurig – 40%
Wütend – 50%
Ängstlich – 40%

23 Posttraumatische Belastungsstörungen bei körperlichen Erkrankungen und medizinischen Eingriffen

V. Köllner

23.1 Körperliche Erkrankungen als traumatisches Ereignis – 416

23.2 Differenzialdiagnose – 416

23.3 Epidemiologie, Prädiktoren und Verlauf – 417

23.3.1 Epidemiologie – 417

23.3.2 Prädiktoren – 417

23.3.3 Verlauf – 418

23.4 Krankheitsbilder – 419

23.4.1 Transplantations- und Intensivmedizin – 419

23.4.2 Wechselwirkungen zwischen PTBS und Herzerkrankungen – 419

23.4.3 Tumorerkrankungen – 420

23.4.4 Chronischer Schmerz – 420

23.4.5 Frauenheilkunde und Geburtshilfe – 421

23.4.6 Angehörige lebensbedrohlich Erkrankter – 421

23.5 Therapie – 422

23.5.1 Exemplarische Darstellung einer Verhaltenstherapie – 423

Literatur – 424

23.1 Körperliche Erkrankungen als traumatisches Ereignis

Durch die Einführung einer revidierten Traumadefinition des DSM-IV (APA, 1994; ► Kap. 1) erweiterten sich Kategorien potenziell traumatischer Erlebnisse. Waren bis dahin vor allem äußere Gewalterlebnisse als Traumata definiert, wurde es nun ermöglicht, eine schwere körperliche Erkrankung als potenziell traumatisches Ereignis in Betracht zu ziehen. Die Traumadefinition nach DSM-IV beinhaltet zwei Kriterien (► Kap. 2):

- Das A1-Kriterium beschreibt die auslösenden Ereignisse. Im Kommentar zum A1-Kriterium werden ausdrücklich lebensbedrohliche Krankheiten oder die Information, »dass das eigene Kind an einer lebensbedrohlichen Krankheit leidet« (APA, 1994, p. 515) als Beispiele für traumatische Erfahrungen genannt.
- Im A2-Kriterium kommt das subjektive Erleben des Betroffenen hinzu: »Die Reaktion der Person auf das Ereignis muß intensive Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen umfassen« (APA, 1994, p. 515).

In der Folge dieser Neufassung entstanden in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre die ersten Forschungsarbeiten zu Traumafolgestörungen v. a. in der Transplantations- und Intensivmedizin, der Kardiologie und der Onkologie. Mit einiger Verzögerung fand auch die psychische Belastung der Angehörigen dieser Patienten Beachtung. Die unterschiedlichen Traumakriterien in der ISD-10 und der DSM-IV sind bei der Begutachtung von Folgestörungen nach einer schweren Erkrankung oder einem Unfall von erheblicher Bedeutung (► Kap. 7). Vonseiten der Kostenträger wird nicht selten das Vorliegen einer Traumafolgestörung mit Hinweis auf die ICD-10-Kriterien pauschal abgelehnt, so dass es in einem Gutachten notwendig sein kann, explizit zu begründen, warum die DSM-IV-Kriterien zur Anwendung kamen.

! Die Neufassung der Traumadefinition im DSM-IV ermöglicht es, eine schwere körperliche Erkrankung bei einem selbst oder einer nahe stehenden Person als traumatisches Ereignis anzusehen



(A1-Kriterium). Notwendig ist zusätzlich, dass es bei der Diagnosemitteilung oder im Krankheitsverlauf zu mindestens einer Situation kommt, in der die betroffene Person mit Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen reagiert (A2-Kriterium).

23.2 Differenzialdiagnose

Die akute Belastungsreaktion (F43.0) beinhaltet neben Intrusionen, Vermeidungsverhalten, vegetativer Übererregung und Angstsymptomen auch dissoziative Symptome wie Derealisation und Depersonalisation. So beschreiben Patienten nach der Mitteilung einer Krebsdiagnose nicht selten, sie wären sich vorgekommen wie in einem Film: »das war nicht ich, der gerade gesagt wurde, dass sie Krebs hat«. Die Symptomatik tritt unmittelbar nach der traumatischen Situation auf und klingt meist nach Stunden oder Tagen wieder ab. Da eine akute Belastungsreaktion und insbesondere dissoziative Symptome mit einem erhöhten Risiko für eine PTBS einhergehen (Flatten et al., 2003; Kangas et al., 2005), sollten entsprechende Symptome erfasst und die Betroffenen nachbeobachtet werden, um ggf. Therapie anbieten zu können.

Das in ► Kap. 6 dargestellte Vorgehen zur Diagnosestellung einer PTBS (F43.1) gilt ebenso für Patienten im medizinischen Kontext. Nicht selten tritt eine PTBS mit verzögertem Beginn auf, d. h. die Symptomatik wird erst nach Abschluss der medizinischen Akutbehandlung und Rehabilitation manifest, wenn der Patient wieder in seinem häuslichen Umfeld ist. Wegen der in ► Abschn. 23.3 geschilderten Problematik einer validen Erfassung der PTBS-Diagnose bei Patienten im medizinischen Kontext ist zur Diagnosesicherung ein strukturiertes Interview (z. B. SKID) zu fordern (Einsle & Köllner, 2009), während sich Fragebögen sowohl zum Screening als auch zur Verlaufsmessung eignen.

In der Literatur wird zunehmend über das Störungsbild einer subsyndromalen PTBS berichtet (Krauseneck et al., 2005). Hierbei liegen wesentliche Symptome einer PTBS vor, die diagnostischen Kriterien werden jedoch nicht voll erfüllt. Auch für diese subsyndromalen Störungsbilder ist ein negativer Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen nachweisbar (Köllner et al., 2007; Shelby et al., 2008).

Diagnostisch sollten sie als Anpassungsstörung (F43.2) klassifiziert werden (Maercker et al., 2007).

23.3 Epidemiologie, Prädiktoren und Verlauf

23.3.1 Epidemiologie

Zur Prävalenz akuter Belastungsreaktionen bei körperlichen Erkrankungen gibt es nur wenige Studien. Für Tumorpatienten werden Prävalenzen zwischen 2,4% (Mehnert & Koch, 2007) und 25% (Flatten et al., 2003) angegeben. Nach akutem Myokardinfarkt fanden Roberge et al. (2008) bei 4% der Betroffenen eine akute Belastungsreaktion, nach akutem Lungenversagen (ARDS) mit Langzeitbeatmung wurden bis zu 44% beschrieben (Davydow et al., 2008). Problematisch ist, dass nicht alle Studien einen genauen Erhebungszeitpunkt angeben und nicht exakt zwischen Belastungsreaktion und PTBS trennen. Eine solche Unterscheidung ist allerdings nicht immer einfach, da im Verlauf einer chronischen Erkrankung multiple traumatische Situationen auftreten können. So können z. B. künstliche Beatmung und Aufenthalt auf einer Intensivstation (ITS) bei ARDS mehrere Monate dauern oder bei einer Tumorerkrankung können sowohl die Mitteilung der Erst diagnose als auch die Nachricht von Metastasen dissoziative Symptome oder Intrusionen auslösen. Es ist also nicht immer möglich, Beginn und Ende der traumatischen Erfahrung genau zu definieren. Hinzu kommt bei Operationen oder anderen medizinischen Interventionen, dass das traumatische Ereignis meist mit Vorankündigung erfolgt. Während man von einem Verbrechen oder einer Naturkatastrophe in der Regel überraschend betroffen wird, ist der Termin einer Operation mehrere Wochen im Voraus bekannt.

Unter der Lupe

In Verlaufsstudien konnte gezeigt werden, dass die Belastung durch Intrusion oder Hyperarousal vor dem Eingriff am höchsten ist, um nach überstandener Operation abzufallen und im Langzeitverlauf bei den meisten Patienten niedrig zu bleiben (Köllner et al. 2002, 2004b).

Für eine PTBS finden sich nach Herz-, Lungen- oder Lebertransplantation recht einheitliche Prävalenzangaben zwischen 10% und 15%, während die Häufigkeitsangaben bei anderen Grunderkrankungen zwischen einzelnen Studien stark schwanken. Für Patienten nach ITS-Aufenthalt wegen einer kritischen Erkrankung werden Prävalenzen zwischen 5% und 63% berichtet (Jackson et al., 2007), für Herzerkrankungen von 0–38% (Spindler & Pedersen, 2005) und für Tumorpatienten zwischen 0% und 35% (Mehnert, 2004). Diese unterschiedlichen Prävalenzen sind u. a. auf methodische Unterschiede zwischen den Studien zurückzuführen:

- Studien, die nur Fragebögen einsetzten, berichten höhere Prävalenzen als Studien, welche die Diagnose mit einem strukturierten Interview absicherten.
- Studien, die zwischen einer auf die somatische Grunderkrankung bezogenen und einer durch andere Lebensereignisse verursachten PTBS unterschieden, berichteten niedrige Werte für die krankheitsbezogene PTBS.
- Nicht in allen Studien wird die Zeit seit der Erkrankung/dem Eingriff angegeben, so dass teilweise Symptome einer akuten Belastungsreaktion miterfasst wurden.
- Nicht in allen Studien wird zwischen dem Vollbild und einer subsyndromalen PTBS unterschieden.

Um verlässliche Daten zur Prävalenz zu gewinnen, sind Studien notwendig, die die diagnostischen Kriterien in einem strukturierten Interview getrennt nach Symptomen bezogen auf die somatische Erkrankung und andere Lebensereignisse erfassen. Dabei sollte ein Abstand von mindestens 3 Monaten nach dem Ereignis eingehalten werden, Vollbild und subsyndromale PTBS sollten getrennt dokumentiert werden.

23.3.2 Prädiktoren

Für Patientinnen nach Brustkrebs zeigte sich, dass geringe soziale Unterstützung, fortgeschrittenes Krankheitsstadium, kurze Zeit seit der Diagnosestellung und eine höhere Anzahl traumatischer Ereignisse in der Vorgeschichte Prädiktoren für das Auftreten einer PTBS bzw. einer hohen Ausprägung

stressbezogener Symptome darstellen (Mehnert, 2004). Posttraumatische Reifung scheint die negative Auswirkung einer PTBS auf die Lebensqualität abmildern zu können (Morrill et al., 2008).

Bei Patienten nach Myokardinfarkt erwiesen sich ebenfalls geringe soziale Unterstützung und frühere traumatische Ereignisse als Risikofaktoren für eine PTBS. Weitere Prädiktoren waren jüngeres Alter, weibliches Geschlecht, Herzinfarkte oder psychische Erkrankungen in der Vorgeschichte, Sedierung sowie das Erleben von Todesangst und quälenden Schmerzen während des Infarkts (Spindler & Pedersen, 2005; Wiedemar et al., 2008). Bei Patienten nach ITS-Behandlung hatten psychische Erkrankungen in der Vorgeschichte, Sedierung mit Benzodiazepinen, angstbesetzte Erinnerungen an den Aufenthalt sowie eine organische Psychose (Durchgangssyndrom) einen stärkeren prädiktiven Wert als weibliches Geschlecht und jüngeres Alter, während die Krankheitschwere keinen prädiktiven Wert hatte (Davydow et al., 2008).

Krankheitsübergreifend sagen eine akute Belastungsreaktion und dissoziative Symptome das Auftreten einer PTBS voraus (Spindler & Pedersen, 2005; Kangas et al., 2005). In Studien, die sowohl Fragebögen als auch strukturierte Interviews einsetzten, zeigte sich, dass Patienten, bei denen sich die PTBS-Diagnose im Interview bestätigte, über mindestens ein Ereignis berichteten, bei dem die A1- und A2-Traumakriterien erfüllt waren, während Patienten, die nur in Fragebögen auffällig waren, eher über langanhaltende Belastungen unterhalb der Traumaschwelle berichteten (Einsle & Köllner, 2009).

Beispiel

Fallstudie

Der Ersatz des Aortenbogens gehört zu den schwierigsten und langwierigsten gefäßchirurgischen Eingriffe und wird in vollständigem Herz-Kreislauf-Stillstand und tiefer Hypothermie durchgeführt. Häufigste Indikation ist eine bedrohliche Erweiterung der Aorta (Aneurysma). Bei einem Einriss der Aortenwand (Dissektion) wird der Eingriff als Notoperation durchgeführt. Eine Dissektion geht mit Vernichtungsschmerz im Brustkorb und starken Kreislaufsymptomen einher, nahezu alle Patienten verspüren die unmittelbare Lebensgefahr. Untersucht wurde,



ob der dramatische Verlauf einer Dissektion zu einer höheren psychischen Belastung führt als die identische, elektiv durchgeführte Operationen.

Befragt wurden 80 Patienten nach Elektiv- und 70 Patienten nach Notfalleingriff mit der »Impact of Event-Scale« (IES-R), dem Fragebogen zur Erfassung von Anpassungsstörungen (ADNM) sowie der »Hospital Anxiety and Depression Scale« – deutsche Version (HADS-D).

Die Dissektionsgruppe war signifikant stärker belastet durch Symptome von Vermeidung, Hyperarousal, gedanklichem Verhaftetsein, Fehlanpassung und ereignisbezogener Angst. Sie lag mit 14,3% über dem Cutoff für eine PTBS und 22,2% über dem für eine Anpassungsstörung. Bei den elektiv Operierten waren dies 6,2% bzw. 7,6%. Hinsichtlich Depressivität und allgemeiner Angst fanden sich keine Gruppenunterschiede.

Notfalleingriffe wirkten stärker traumatisierend als elektiv durchgeführte Operationen. Dieser Unterschied zeigte sich nur in den stressspezifischen Skalen, nicht aber bei allgemeiner Angst oder Depressivität. PTBS und Anpassungsstörung wirkten sich auch im Langzeitverlauf (im Mittel 5,5 Jahre nach dem Eingriff) noch beeinträchtigend auf die Lebensqualität aus. Traumatisierend wirkte weniger der operative Eingriff und die nachfolgende Zeit auf der Intensivstation, sondern v. a. das dramatische Ereignis der Dissektion (Schurig et al., 2008).

23.3.3 Verlauf

Es gibt nur wenige Langzeitstudien, die den Verlauf der PTBS-Symptomatik nach einem medizinischen Eingriff verfolgen. Dew et al. (2001) fanden bei der Untersuchung von 191 Patienten 7 Monate sowie 1 und 3 Jahre nach Herztransplantation PTBS-Prävalenzen von 9,6%, 15,5% und 17,0%. Bei Patienten nach akutem Lungenversagen und künstlicher Beatmung lag die Prävalenz bei Entlassung bei 44%, nach 5 Jahren bei 25% und nach 8 Jahren bei 24% (Davydow et al., 2008). Diese Daten zeigen, dass innerhalb des ersten Jahres eine erhebliche Varianz des Spontanverlaufs besteht, möglicherweise aufgrund von Veränderungen im Verlauf der somatischen Erkrankung. Danach ist eher eine Konstanz der Symptomatik wahrscheinlich, wenn keine Behandlung erfolgt.

Diese Hypothese wird durch Querschnittstudien untermauert, wo sich bei bis zu 10-jährigen Katamnese-dauern kein Effekt der seit der Erkrankungen bzw. des Eingriffs vergangenen Zeit auf die PTBS-Symptomatik feststellen ließ (Jones et al., 2007; Schurig et al., 2008; Stock et al., 2006).

23.4 Krankheitsbilder

23.4.1 Transplantations- und Intensivmedizin

Richtungweisend für die Erforschung der Bedeutung der PTBS in der Organmedizin waren die Studien der Arbeitsgruppe um Amanda Dew und Arthur Stukas aus Pittsburgh.

Beispiel

Fallstudie

Untersucht wurden 191 Patienten im Langzeitverlauf nach Herztransplantation auf psychische Komorbidität und deren Auswirkung auf das Operationsergebnis. Alle Diagnosen wurden mit strukturierten Interviews gesichert. Bereits in den ersten Interviews nach 2 und 7 Monaten zeigte sich ein vergleichsweise hoher Anteil an Patienten mit PTBS. Diese erwies sich nach Depression und Anpassungsstörung mit einer Prävalenz von 17% nach 3 Jahren als dritthäufigste psychische Störung. Patienten mit einer PTBS hatten ein um das 14-fache erhöhtes Mortalitätsrisiko, verursacht durch eine Abstoßungsreaktion. Eine PTBS war somit stärkster Prädiktor für Mortalität im ersten Jahr nach der Transplantation. Als mögliche Ursache wurde Non-compliance bei Kontrolluntersuchungen und Medikamenteneinnahme als Folge des PTBS-bedingten Vermeidungsverhaltens angenommen.

Die PTBS trat so gut wie immer im ersten Jahr nach der Transplantation auf und verlief meist chronisch. Risikofaktoren waren weibliches Geschlecht, psychische Vorerkrankungen und geringe soziale Unterstützung. Als traumatisches Ereignis wurden v. a. bedrohliche Episoden während der oft mehrjährigen Wartezeit auf ein Spenderherz angegeben. (Dew et al., 1999; 2001). Lediglich 12% der Patienten mit PTBS hatten psychotherapeutische Unterstützung erhalten.

Zur Häufigkeit einer PTBS nach anderen Transplantationsarten sind weniger belastbare Daten vorhanden; zumindest bei der Lungentransplantation kann von ähnlich hohen Prävalenzen ausgegangen werden. Sowohl eine voll ausgebildete als auch eine subsyndromale PTBS wirken sich negativ auf die Lebensqualität der Betroffenen aus (Köllner et al., 2003). Auch in dieser Studie waren Ereignisse während der Wartezeit (akute Herzinsuffizienz mit Luftnot und Todesangst, Fehlalarme zur Transplantation) das häufigste Trauma.

! Eine PTBS tritt bei etwa 15% der Patienten nach Herztransplantation auf. Sie führt nicht nur zu einer schlechteren Lebensqualität, sondern ist auch mit einer deutlich erhöhten Mortalität verbunden. Die meisten der in Studien gefundenen Fälle waren bisher nicht diagnostiziert und unbehandelt. Der Früherkennung im Rahmen eines psychotherapeutischen Screenings kommt daher eine besondere Bedeutung zu.

Sowohl in der Transplantations- als auch in der Intensivmedizin sind vorübergehende organische Psychosen (Durchgangssyndrome) nicht selten, wobei sich im Nachhinein Erinnerungen an die reale Situation und erschreckende halluzinierte Bilder vermischen können. Einen Erfahrungsbericht gibt z. B. Claussen (1996). Auch solche Bilder können Inhalt intrusiven Wiedererlebens sein.

Invasive Therapiemaßnahmen wie das Einsetzen eines Kunstherzens zur Überbrückung der Wartezeit auf eine Transplantation scheinen von den Patienten nicht als traumatisch erlebt zu werden (Bunzel et al., 2007), wenn eine kognitive Bewertung als hilfreich oder lebensrettend möglich ist. Eine Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit durch Sedierung oder ein Durchgangssyndrom scheint diese Fähigkeit einzuschränken und somit das Risiko für ein traumatisierendes Erleben der Situation zu erhöhen.

23.4.2 Wechselwirkungen zwischen PTBS und Herzerkrankungen

Bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und PTBS scheint es eine wechselseitige Beeinflussung zu geben: Einerseits können lebensbedrohliche kardiale Ereignisse, wie ein Herzinfarkt oder Schockserien durch einen

implantierten Cardioverter-Defibrillator (AICD), eine PTBS auslösen, andererseits scheint eine PTBS das Risiko für Herzkrankheiten (speziell koronare Herzkrankheit und Herzrhythmusstörungen) zu vergrößern und zu einer erhöhten kardial bedingten Sterblichkeit zu führen. So ging bei Vietnamveteranen eine PTBS mit höheren Cholesterinwerten als Risikofaktor für eine koronare Herzkrankheit (KHK) einher (Kagan et al., 1999). Inzwischen konnte auch in einer prospektiven Studie nachgewiesen werden, dass es bei Veteranen mit PTBS zum gehäuften Auftreten tödlicher und nichttödlicher Herzinfarkte kam (Kubzansky et al., 2007). Felliti et al. (1998) fanden in der »Adverse Childhood Experiences (ACE) Study«, dass Traumatisierung in der Kindheit mit einem schlechteren Gesundheitsverhalten im Erwachsenenalter und einer erhöhten Prävalenz von KHK, chronisch obstruktiver Lungenerkrankungen (COPD) und Malignomerkrankungen einherging. Gander u. Känel (2006) berichteten in einem systematischen Review, dass 14,7% (0–25%) der Patienten nach Herzinfarkt an einer auf die Krankheit bezogenen PTBS litten. Diese Patienten hatten ein höheres Risiko für Re-Infarkte und andere kardiovaskuläre Komplikationen. Bei der Untersuchung immunologischer Parameter (u. a. Zytokine und C-reaktives Protein) fanden sich Hinweise auf einen pro-inflammatorischen Effekt der PTBS, was wiederum die Progression der KHK begünstigt.

Bei Patienten mit einem AICD zeigte eine prospektive Studie über 5 Jahre, dass eine auf die Erkrankung bezogene PTBS mit einer deutlich erhöhten Mortalität einhergeht, die Hazard-Ratio betrug unabhängig von anderen Risikofaktoren 3.45 (1.57–7.60, $p=0.002$; Ladwig et al., 2008).

! **Traumatische Ereignisse im Verlauf einer KHK und schweren Herzrhythmusstörungen können eine PTBS auslösen, die wiederum den Verlauf der Grunderkrankung ungünstig beeinflusst – bis hin zu erhöhter Mortalität. Als Ursachen werden sowohl schlechtere Compliance durch Vermeidungsverhalten als auch psychophysiologische Veränderungen als Folge von Hyperarousal und Intrusionen angenommen.**

23.4.3 Tumorerkrankungen

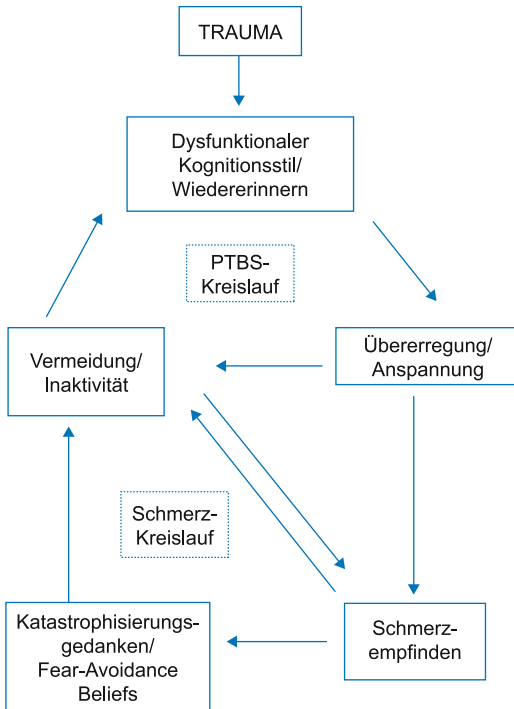
Die am besten hinsichtlich PTBS untersuchte Gruppe von Karzinompatienten sind Frauen mit Brustkrebs. Die wesentlichen Befunde wurden bereits unter ▶ Abschn. 23.2 u. 23.3 dargestellt. Einen weiteren Zusammenhang zwischen der psychischen Belastung durch Krebs und Traumatisierung fanden Baider et al. (2006): Israelische Brustkrebspatientinnen, deren Eltern Holocaustüberlebende waren, zeigten als Folge der Krebserkrankung eine stärkere Belastung durch Depression und psychischen Stress als Patientinnen ohne eine entsprechende familiäre Vorbelastung.

Bei 110 Patienten nach Stammzelltransplantation zur Behandlung einer Leukämie oder eines Lymphoms waren mit Fragebögen (PTSS-10 23,4%, IES-R 7,2%) deutlich höhere PTBS-Prävalenzen nachweisbar als im strukturierten Interview (2,7%). Patienten, die nur in Fragebögen auffällig waren, schienen eher an einer Anpassungsstörung als Folge unspezifischer Belastung zu leiden (die sich ebenfalls negativ auf die Lebensqualität auswirkte), während eine PTBS im Interview nur bei Patienten nachweisbar war, die klar abgrenzbare traumatische Ereignisse berichteten (Einsle & Köllner, 2009).

Eine weitere gut untersuchte Gruppe sind Jugendliche und junge Erwachsene nach Krebserkrankung in der Kindheit. Rourke et al. (2007) konnten bei nahezu 16% dieser Gruppe mittels strukturiertem Interview eine PTBS nachweisen. Prädiktor schien eher die subjektive Bewertung der Krankheit als objektive Faktoren des Krankheitsverlaufs zu sein. Beim Vergleich von Jugendlichen nach Krebserkrankung mit einer gesunden Vergleichsgruppe zeigte sich, dass stressbezogene Syndrome (Anpassungsstörung, PTBS) mit 18,6% gegenüber 7,3% signifikant häufiger nachweisbar waren (Schrag et al., 2008). Prädiktoren waren hier die Art des Krebses und der Behandlung, das Erkrankungsalter und psychische Störungen vor der Krebserkrankung.

23.4.4 Chronischer Schmerz

Die Wechselwirkung zwischen chronischem Schmerz und PTBS ist erst seit wenigen Jahren Gegenstand



■ **Abb. 23.1.** Das »perpetual avoidance model« zum Zusammenhang von chronischem Schmerz und PTBS. (Aus Liedel & Knaevelsrud, 2008)

intensiverer Forschung. Nach Otis et al. (2003) konnte bei 34–80% der Patienten mit einer PTBS ein chronisches Schmerzsyndrom nachgewiesen werden, während die PTBS-Prävalenz bei chronischen Schmerzen mit 10–50% niedriger liegt. Patienten, die im Rahmen der Traumatisierung eine körperliche Verletzung erlitten, haben ein höheres Risiko, ein komorbides Schmerzsyndrom zu entwickeln. Liedl u. Knaevelsrud (2008) beschreiben den Zusammenhang zwischen Schmerz und PTBS mit dem »perpetual avoidance model« (■ Abb. 23.1), das den Zusammenhang vor allem über Vermeidungsverhalten und Hyperarousal beschreibt. Dementsprechend entwickeln sie ein verhaltenstherapeutisches Behandlungskonzept, das Biofeedback (zur Reduktion des Hyperarousals) und körperliche Aktivierung (zum Abbau von Vermeidungsverhalten) einschließt.

Fallstudien sprechen dafür, dass intrusive Symptome auch Schmerz beinhalten können, der demjenigen während des ursprünglichen Traumas entspricht. In diesem Fall führte Traumakonfrontation

dazu, dass sich neben den übrigen Symptomen auch der Schmerz zurückbildete (Meiser & Köllner, 2007). Dieser Zusammenhang bedarf allerdings noch der weiteren Überprüfung.

23.4.5 Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Neben Brustkrebs wurde eine kompliziert verlaufende Geburt als möglicher Auslöser einer PTBS diskutiert. Söderquist et al. (2006) fanden in einer Längsschnittstudie bei 1.640 Frauen in 3% der Fälle eine auf die Geburt bezogene PTBS, die im Zeitverlauf über 11 Monate meist stabil blieb. Prädiktoren waren erhöhte Angst und intrusive Vorstellungsbilder bereits vor der Geburt, vorangegangene psychische Erkrankungen und geburtshilfliche Komplikationen, eine vaginale Geburt mit instrumenteller Unterstützung oder eine notfallmäßig durchgeführte Sektio sowie Berichte über eine negative Beziehung zum geburtshilflichen Personal (Söderquist et al., 2002). Auch wenn die Prävalenz einer PTBS nach einer Geburt eher niedrig ist, so erscheint angesichts der erheblichen negativen Konsequenzen für die Mutter und die Beziehung zum Kind ein regelmäßiges Screening sinnvoll, um rechtzeitig therapeutische Unterstützung anbieten zu können.

Vier Monate nach Schwangerschaftsabbruch wegen fetaler Anomalien litten 44% von 217 untersuchten Müttern und 22% von 169 Vätern unter auffällig erhöhter Belastung durch PTBS-Symptome. Prädiktoren waren u. a. ausgeprägter Zweifel während der Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch, inadäquate Unterstützung durch den Partner, geringes Alter, fortgeschrittene Schwangerschaft und Religiosität (Korenromp et al., 2007).

23.4.6 Angehörige lebensbedrohlich Erkrankter

Während zunächst nur die Patienten im Fokus des wissenschaftlichen Interesses standen, zeigte sich in den letzten Jahren, dass insbesondere nach sehr invasiven Prozeduren im Bereich der High-tech-Medizin Angehörige höhere Belastungswerte und

PTBS-Prävalenzen aufwiesen als die Patienten selbst. So fanden Dew et al. (2004) bei Angehörigen (»care-giver«) der oben beschriebenen Stichprobe herztransplantierte Patienten 22,5% PTBS und 34,5% Anpassungsstörungen. Auch im Langzeitverlauf nach Stammzelltransplantation zeigte sich eine höhere Symptombelastung bei den Partnern als bei den Patienten (Lautenschläger et al., 2003). Bunzel et al. (2007) fanden bei keinem der untersuchten Patienten (männlich 36, weiblich 2), denen ein Kunstherz eingesetzt worden war, aber bei 27% der Partner (weiblich 26, männlich 1) eine PTBS. Höhere PTBS-Scores traten vor allem bei Partnerinnen von Patienten auf, die hohe Werte hinsichtlich Hyperarousal und Vermeidung aufwiesen. Eine mögliche Erklärung für diese Befunde ist, dass die Patienten eher Männer und die Angehörigen Frauen sind, die eine höhere Vulnerabilität hinsichtlich PTBS haben. Ein anderer Erklärungsansatz ist, dass Bilder von dem Eingriff und der Situation des Patienten danach eher von den Angehörigen wahrgenommen werden als vom Patienten selbst, der möglicherweise zusätzlich die aktuelle Bedrohung verdrängt und eher die unterstützenden Aspekte des Eingriffs wahrnimmt. Hinzu kommt, dass soziale Unterstützung v. a. dem Patienten und weniger den Angehörigen angeboten wird.

Hoch belastet sind Eltern krebskranker Kinder. Yalug et al. (2008) fanden eine im SKID gesicherte PTBS bei 34,6% von 104 untersuchten Eltern, wobei Mütter häufiger betroffen waren. Weitere Prädiktoren waren der vorangegangene Verlust eines Familienmitgliedes, eine schlechtere Prognose und invasivere Behandlung des Kindes, psychische Erkrankungen in der Vorgeschichte und ein höherer Bildungsstand. In einer Längsschnittstudie 1, 8 und 16 Wochen nach Krebsdiagnose zeigte sich eine abfallende PTBS-Prävalenz (33%, 28% und 22%; Pöder et al., 2008). Jurbergs et al. (2009) verglichen die Ausprägung von PTBS-Symptomen bei Eltern krebskranker Kinder mit einer Vergleichsgruppe (Eltern gesunder Kinder) und fanden eine signifikante Erhöhung der Symptombelastung nur bei denjenigen Eltern, deren Kinder ein Rezidiv der Krebserkrankung erlitten hatten. Studien zum Langzeitverlauf sind notwendig, um abschätzen zu können, wie sich diese Symptome nach Abschluss der Behandlung entwickeln.

! Eine PTBS tritt häufig bei Patienten auf, die im Verlauf einer körperlichen Erkrankung Ereignisse erleiden, die die Traumakriterien A1 und A2 erfüllen. Eine komorbide PTBS verschlechtert die Lebensqualität und kann den medizinischen Verlauf bis hin zu erhöhter Mortalität negativ beeinflussen. Bei unterschwelligen Belastungen kommt es eher zu Anpassungsstörungen, die sich ebenfalls negativ auf die Lebensqualität auswirken. In der klinischen Routine werden beide Störungsbilder zu selten diagnostiziert und behandelt.

Angehörige von Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen oder invasiven Interventionen scheinen mindestens ebenso häufig an einer PTBS zu leiden wie die Patienten selbst. Sie sollten in entsprechende Betreuungsprogramme einbezogen werden.

23.5 Therapie

Bisher gibt es nur sehr wenige Studien, die sich mit der Behandlung einer PTBS beschäftigen, die als Folge einer körperlichen Erkrankung oder eines medizinischen Eingriffs entstanden ist. Duncan et al. (2007) konnten in einer kleinen, nicht kontrollierten Pilotstudie einen positiven Effekt therapeutischen Schreibens (»guided written disclosure«) auf PTBS-Symptome – nicht aber auf Depressivität – bei Eltern von Kindern mit Krebs nachweisen.

Die klinische Erfahrung spricht dafür, dass zur Behandlung von Patienten im medizinischen Kontext die gleichen Verfahren wirksam sind und eingesetzt werden sollten, für die eine Evidenz hinsichtlich Wirksamkeit bei der PTBS insgesamt vorliegt. Da sich krankheitsübergreifend geringe soziale Unterstützung als starker Prädiktor für die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer PTBS erwies, könnten therapeutische Gruppen hilfreich sein, da sie die Möglichkeit von sozialer Unterstützung und Disclosure miteinander verbinden (Köllner et al., 2004a). Vielen Patienten fällt es leichter, in einer Gruppe gleichermaßen Betroffener über traumatische Erlebnisse zu berichten als in ihrem persönlichen Umfeld. Sinnvoll scheint es auch, Selbsthilfegruppen einzubeziehen, da Betroffene oft nichts über dieses Störungsbild wissen und in den Kliniken kein routinemäßiges

Screening erfolgt. Ein Beispiel für gute Information der Betroffenen und den Aufbau eines therapeutischen Netzwerkes ist der Bundesverband der Organtransplantierten (www.bdo-ev.de).

23.5.1 Exemplarische Darstellung einer Verhaltenstherapie

Das praktische Vorgehen bei der Verhaltenstherapie einer PTBS nach Herzklappenersatz soll anhand eines Fallbeispiels dargestellt werden.

Beispiel

Fallbeispiel¹: Eine 59-jährige Verkäuferin wurde 2 Jahre nach Mitralklappenersatz in der Psychosomatischen Poliklinik vorgestellt. Dem überweisenden Kardiologen war aufgefallen, dass die Patientin nur selten zu Untersuchungsterminen erschien und bei eigentlich gutem Operationsergebnis starke Einschränkungen in der Lebensqualität aufwies, die medizinisch nicht erklärbar waren: sie war inzwischen berentet worden, unternahm keine Urlaubsreisen mehr, hatte ihr Hobby (Wandern) aufgegeben und sich sozial zurückgezogen.

Die psychosomatische Diagnostik ergab eine PTBS. Auslösend war eine Situation, in der die Patientin mehrere Stunden alleine in ihrem Zimmer auf Normalstation gelegen und extreme Todesangst gehabt hatte. Sie war nach erfolgreicher Operation (OP) zunächst auf die Intensivstation verlegt worden. Wegen einer Nachblutung erfolgte noch am gleichen Tag eine Re-OP, eine perioperativ festgestellte Rhythmusstörung wurde durch einen mehrstündigen Eingriff im Herzkatheterlabor erfolgreich behandelt. In der Wahrnehmung des Behandlungsteams handelte es sich um einen erfolgreichen und sicheren Behandlungsverlauf und die Patientin bekam auf Normalstation ein Einzelzimmer, damit sie sich von den Strapazen erholen konnte. In der Wahrnehmung der Patientin, die bis dahin keine Erfahrungen mit Herzchirurgie oder Intensivmedizin hatte, war sie jedoch

in 2 Tagen dreimal am Herz operiert worden – in ihrer Bewertung mehr, als ein Mensch aushalten kann. Sie fühlte sich folglich ins »Sterbezimmer« abgeschoben und war entsetzt darüber, dass sie weder ihre Heimat wiedersehen noch sich von ihrem Mann verabschieden konnte. In dieser Situation kam es zu Gefühlen von Todesangst, Entsetzen und Ohnmacht. In der Folge vermied sie alles, was sie an die Klinik oder die Herzoperation erinnerte. Hierzu gehörten eine stationäre Rehabilitation und körperliche Aktivität (Herzklopfen). Da sie niemand erklären konnte, warum es ihr trotz erfolgreicher Operation so schlecht ging, zog sie sich sozial zurück. Mehrmals pro Woche kam es zu intrusivem Wiedererinnern der Situation im Krankenzimmer.

Das Erarbeiten dieser Zusammenhänge, die Validierung ihres subjektiven Erlebens und Psychoedukation über PTBS wirkten bereits entlastend – erstmals hatte die Patientin ein Erklärungsmodell für ihren Zustand. In der Folge wurden drei Konfrontationssitzungen in sensu und eine Exposition in vivo (Intensivstation und Einzelzimmer auf der Normalstation) durchgeführt und es kam zur Rückbildung der Intrusionen und des Hyperarousals. In der nachfolgenden mehr kognitiv orientierten Therapiephase wurde die Patientin dabei unterstützt, ihr Vermeidungsverhalten im Alltag zu reduzieren, sich einer Herzsportgruppe anzuschließen und wieder Wanderungen und kleinere Urlaubsreisen zu unternehmen. Die Therapiedosis betrug 25 Sitzungen, die Dauer 6 Monate. In einer Katamnese nach 2 Jahren erwies sich der Therapieerfolg als stabil.

Nicht in allen Fällen ist eine ausführliche Traumakonfrontation notwendig:

Fallbeispiel

Ein 52-jähriger Patient fiel 6 Monaten nach einer Lungentransplantation in der Transplantationsambulanz auf, weil er häufig Kontrolltermine absagte und über Schlaf- und Konzentrationsstörungen klagte. Im psychosomatischen Erstgespräch berichtete er erst auf die explizit gestellte Frage, ob er vor oder nach der Transplantation Situationen erlebt habe, die Todesangst, Entsetzen oder

1 Diagnostik und Therapie erfolgten durch Frau Dr. rer. med. Dipl.-Psych. F. Einsle, Dresden



Ohnmacht ausgelöst hätten: »Es gibt da etwas, was mich nicht mehr loslässt: Auf der Intensivstation habe ich merkwürdige Dinge erlebt. Nachts hat das Pflegepersonal Orgien mit sexuellen Ausschweifungen geführt und sich nicht mehr um die Patienten gekümmert. Das Schlimmste war für mich, dass ein ungarischer Priester währenddessen zu den Nachtischen der bewusstlosen Patienten ging, um Wertesachen zu stehlen. Dass ein Priester sich an hilflosen Menschen vergeht und bei den Orgien mitmacht, war für mich als religiösen Menschen das allerschlimmste. In diesem Chaos fühlte ich mich völlig ausgeliefert und hatte auch Todesangst. Das Bild des Priesters geht mir nicht mehr aus dem Kopf, obwohl ich versuche, nicht mehr daran zu denken. Seit dieser Zeit habe ich Angst, in die Klinik zu kommen. Manchmal habe ich allerdings Zweifel, ob das alles so gewesen sein kann. Ich habe mich nie getraut, mit jemand darüber zu sprechen, ich wollte die Klinik, die mein Leben gerettet hat, nicht schlechtmachen.«

Auch in diesem Fall führte Psychoedukation über PTBS und Durchgangssyndrom zu einer schnellen Entlastung, da der Patient endlich eine befriedigende Erklärung für seine Erlebnisse bekam. Er konnte es gut akzeptieren, dass seine Erlebnisse nicht real waren. Zusätzlich wurde ein Besuch auf der ITS (inkl. Gespräch mit dem Pflegepersonal) organisiert, hierbei ging es weniger um Angstexposition als um kognitive Umstrukturierung mittels Überprüfung zuvor formulierter Hypothesen. Nach dem Gespräch mit den Schwestern, von denen er einige wiedererkannte, war er überzeugt, dass seine Erlebnisse nicht real gewesen waren. Die Erinnerungsbilder an den kriminellen Priester gingen zurück, Schlaf und Konzentrationsfähigkeit verbesserten sich und er erschien wieder regelmäßig zu den Kontrollterminen. Insgesamt waren 5 kognitiv-verhaltenstherapeutische Sitzungen durchgeführt worden, eine Nachbefragung nach 6 Monaten ergab einen stabilen Therapieerfolg.

! Es gibt bisher keine Studien zur Therapie von Patienten mit einer PTBS im Kontext schwerwiegender körperlicher Erkrankungen. Klinische Erfahrung und Fallberichte sprechen dafür, dass Verfahren, deren Wirksamkeit bei der Behandlung der PTBS allgemein erwiesen ist, auch bei dieser Patientengruppe wirksam sind.

Literatur

- APA (American Psychiatric Association). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Baider, L., Goldzweig, G., Ever-Hadani, P. & Peretz, T. (2006) Psychological distress and coping in breast cancer patients and healthy women whose parents survived the Holocaust. *Psychooncology*, 15, 635–646.
- Bunzel, B., Laederach-Hofmann, K., Wieselthaler, G., Roethy, W. & Wolner, E. (2007). Mechanical circulatory support as a bridge to heart transplantation: what remains? Long-term emotional sequelae in patients and spouses. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 26, 384–389.
- Claussen, P. C. (1996). Herzwechsel – Ein Erfahrungsbericht. Wien: Hanser.
- Davydow, D. S., Desai, S. V., Needham, D. M. & Bienvenu, O. J. (2008). Psychiatric morbidity in survivors of the acute respiratory distress syndrome: a systematic review. *Psychosomatic Medicine*, 70, 512–519.
- Davydow, D. S., Gifford, J. M., Desai, S. V., Needham, D. M. & Bienvenu, O. J. (2008). Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*, 30: 421–434.
- Dew, M. A., Kormos, R. L., Roth, L. H., Murali, S., DiMartini, A. & Griffith, B. P. (1999). Early post-transplant medical compliance and mental health predict physical morbidity and mortality one to three years after heart transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 18, 549–562.
- Dew, M. A., Kormos, R. L., DiMartini, A. F., Switzer, G. E., Schulberg, H. C., Roth, L. H. & Griffith, B. P. (2001). Prevalence of depression and anxiety-related disorders during the first three years after heart transplantation. *Psychosomatics*, 42, 300–313.
- Dew, M. A., Myaskovsky, L., DiMartini, A. F., Switzer, G. E., Schulberg, H. C. & Kormos, R. L. (2004). Onset, timing and risk for depression and anxiety in family caregivers to heart transplant recipients. *Psychological Medicine*, 34, 1065–1082.
- Duncan, E., Gidron, Y., Rabin, E., Gouchberg, L., Moser, A. M. & Kapelushnik, J. (2007). The effects of guided written disclosure on psychological symptoms among parents of children with cancer. *Journal of Family Nursing*, 13, 370–384.
- Einsle, F. & Köllner, V. (2009) *Accurately Diagnosing Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Cardiology and Oncology; Which Diagnostic Tools Should Be Used?* submitted
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D. et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245–258.
- Flatten, G., Jünger, S., Gunkel, S., Singh, J. & Petzold, E. R. (2003). Traumatische und psychosoziale Belastungen bei Patienten mit akuter Tumorerkrankung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 53, 191–201.

- Gander, M. L. & Känel, R. von (2006). Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder: frequency, outcome, and atherosclerotic mechanisms. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 13, 165–172.
- Jackson, J. C., Hart, R. P., Gordon, S. M., Hopkins, R. O., Girard, T. D. & Ely E. W. (2007). Post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress symptoms following critical illness in medical intensive care unit patients: assessing the magnitude of the problem. *Critical Care*, 11, R27.
- Jones, R. C., Chung, M. C., Berger, Z. & Campbell, J. L. (2007). Prevalence of post-traumatic stress disorder in patients with previous myocardial infarction consulting in general practice. *The British Journal of General Practice*, 57, 808–810.
- Jurbergs, N., Long, A., Ticona, L. & Phipps, S. (2009) Symptoms of posttraumatic stress in parents of children with cancer: are they elevated relative to parents of healthy children? *Journal of Pediatric Psychology*, 34, 4–13.
- Kagan, B. L., Leskin, G., Haas, B., Wilkins, J. & Foy, D. (1999). Elevated lipid levels in Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 45, 374–377.
- Kangas, M., Henry, J. L. & Bryant, R. A. (2005). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 360–364.
- Köllner, V., Gulielmos, V., Dill, H.-M., Joraschky, P. & Maercker, A. (2002). Verringern minimalinvasive Verfahren die psychische Belastung durch Herzoperationen? *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 11, 187–189.
- Köllner, V., Archonti, C., Schäfers, H. J., Sybrecht, G. W. & Wilkens, H. (2004). Psychische Betreuung von Patienten und Angehörigen in der Transplantationsmedizin – Erfahrungen mit einer verhaltensmedizinischen Gruppe. *Psychotherapeut*, 49, 37–45.
- Köllner, V., Einsle, F., Schade, I., Maulhard, T., Gulielmos, V. & Joraschky, P. (2003). Psychosoziale Belastung und Lebensqualität bei Patienten nach Herz- oder Lungentransplantation. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49, 262–274.
- Köllner, V., Krauß, S., Einsle, F., Knaut, M., Matschke, K. & Joraschky, P. (2004). Post-traumatic stress disorder related to cardiac surgery. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11, Supplement, 180.
- Köllner, V., Georgi, B., Spitzer, S. G. & Joraschky, P. (2007). Stress response symptoms before and after cardiac catheterization – indications of an adjustment disorder? *Psychosomatic Medicine*, 69, A47.
- Korenromp, M. J., Page-Christiaens, G. C., van den Bout, J., Mulder, E. J., Hunfeld, J. A., Potters, C. M., Erwich, J. J., Binsbergen, C. J. van, Brons, J. T., Beekhuis, J. R., Omtzigt, A. W. & Visser, G. H. (2007). A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for fetal anomalies. *Prenatal Diagnosis*, 27, 709–716.
- Krauseneck, T., Rothenhäusler, H.-B., Schelling, G. & Kapfhammer, H.-P. (2005). Posttraumatische Belastungsstörungen bei somatischen Erkrankungen. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 73, 206–217.
- Kubzansky, L. D., Koenen, K. C., Spiro, A. 3rd, Vokonas, P. S. & Sparrow, D. (2007). Prospective study of posttraumatic stress disorder symptoms and coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Archives of General Psychiatry*, 64, 109–116.
- Ladwig, K. H., Baumert, J., Marten-Mittag, B., Kolb, C., Zrenner, B. & Schmitt, C. (2008). Posttraumatic stress symptoms and predicted mortality in patients with implantable cardioverter-defibrillators. *Archives of General Psychiatry*, 65, 1324–1330.
- Lautenschläger, K., Geissler, G., Einsle, F., Ehninger, G. & Köllner, V. (2003). Anxiety and depression in partners of patients after stem cell transplantation. *Psychooncology*, 12, S84–S85.
- Liedl, A. & Knaevelsrud, C. (2008). PTBS und chronische Schmerzen: Entstehung, Aufrechterhaltung und Zusammenhang. *Der Schmerz*, 22, 644–651.
- Maercker, A., Einsle, F. & Köllner, V. (2007). Adjustment disorders as stress response syndromes: A new diagnostic concept and its exploration in a cardiology patient sample. *Psychopathology*, 40, 135–146.
- Mehnert, A. (2004). Akute und posttraumatische Belastungsstörungen bei Patientinnen mit Brustkrebs. Dissertation, Universität Hamburg
- Mehnert, A. & Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study. *Psychooncology*, 16, 181–188.
- Meiser, E. M. & Köllner, V. (2007). Verhaltenstherapeutische Behandlung einer Patientin mit posttraumatischer Belastungsstörung und somatoformer Schmerzstörung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 28, 527–539.
- Morrill, E. F., Brewer, N. T., O'Neill, S. C., Lillie, S. E., Dees, E. C., Carey, L. A. & Rimer, B. K. (2008). The interaction of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in predicting depressive symptoms and quality of life. *Psychooncology*, 17, 948–953.
- Roberge, M. A., Dupuis, G. & Marchand, A. (2008) Acute stress disorder after myocardial infarction: prevalence and associated factors. *Psychosomatic Medicine*, 70, 1028–1034.
- Otis, J. D., Keane, T. M. & Kerns, R. D. (2003). An examination of the relationship between chronic pain and posttraumatic stress disorder. *Journal of Rehabilitation, Research and Development*, 40, 397–406.
- Pöder, U., Ljungman, G. & Essen, L. von (2008) Posttraumatic stress disorder among parents of children on cancer treatment: a longitudinal study. *Psychooncology*, 17, 430–437.
- Rourke, M. T., Hobbie, W. L., Schwartz, L., Kazak, A. E. (2007). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in young adult survivors of childhood cancer. *Pediatric Blood Cancer*, 49, 177–182.
- Schrag, N. M., McKeown, R. E., Jackson, K. L., Cuffe, S. P. & Neuberg, R. W. (2008). Stress-related mental disorders in childhood cancer survivors. *Pediatric Blood Cancer*, 50, 98–103.
- Schurig, S., Schäfers, H. J., Einsle, F., Bernardy, K. & Köllner, V. (2008). Werden Notoperationen anders verarbeitet als Wahleingriffe? Psychische Belastung nach Ersatz des Aortenbogens unter elektiven oder Notfall-Bedingungen. *Psychotherapie, Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 58, 101.

- Shelby, R. A., Golden-Kreutz, D. M. & Andersen, B. L. (2008). PTSD diagnoses, subsyndromal symptoms, and comorbidities contribute to impairments for breast cancer survivors. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 165–172.
- Söderquist, J., Wijma, K. & Wijma, B. (2002). Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 23*, 31–39.
- Söderquist, J., Wijma, B. & Wijma, K. (2006). The longitudinal course of post-traumatic stress after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 27*, 113–119.
- Spindler, H. & Pedersen, S. S. (2005). Posttraumatic stress disorder in the wake of heart disease: prevalence, risk factors, and future research directions. *Psychosomatic Medicine, 67*, 715–723.
- Stock, C., Einsle, F., Bornhäuser, M., Geißler, G., Joraschky, P. & Köllner, V. (2006). Psychische Belastung und Lebensqualität im Langzeitverlauf nach Stammzelltransplantation. *Psychotherapie, Psychosomatik Medizinische Psychologie, 56*: 108
- Wiedemar, L., Schmid, J. P., Müller, J., Wittmann, L., Schnyder, U., Saner, H., Känel, R. von (2008). Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder in patients with acute myocardial infarction. *Heart & Lung, 37*, 113–121.
- Yalug, I., Corapcioglu, F., Fayda, M., Aksu, G., Basar, E., Yalug, K. & Aker, T. (2008). Posttraumatic stress disorder and risk factors in parents of children with a cancer diagnosis. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology, 25*, 27–38.

24 Gerontopsychotraumatologie

P. Kuwert, C. Knaevelsrud

24.1 Epidemiologie – 429

- 24.1.1 Chronische PTBS – 429
- 24.1.2 Aktuelle Traumata und PTBS – 430
- 24.1.3 Verzögert auftretende PTBS – 430
- 24.1.4 Komorbidität – 431

24.2 Diagnostische Besonderheiten – 431

24.3 Traumatherapie bei Älteren – 432

- 24.3.1 Zugänglichkeit und Inanspruchnahme von Psychotherapie – 432
- 24.3.2 Gerontopsychiatrische Grundlagen – 432
- 24.3.3 Gerontopsychotherapeutische Ansätze der PTBS-Therapie – 434

Literatur – 438

Während Traumafolgestörungen bei jüngeren Menschen in den letzten Jahrzehnten zunehmend Fokus klinischen und wissenschaftlichen Interesses geworden sind, ist das Wissen über Ausmaß und Konsequenzen von Traumatisierungen Älterer bemerkenswert gering ausgeprägt. Die meisten psychotraumatologischen Studien haben bislang entweder nicht genügend ältere Menschen eingeschlossen, um Alterseffekte beurteilen zu können, oder konzentrierten sich ausschließlich auf jüngere Studienteilnehmer. Dies ist insofern problematisch, da der bisherige Wissenstand darauf hindeutet, dass sowohl **altersspezifische Entwicklungsaufgaben bzw. Stressoren** als auch **kollektive, generationentypische Traumatisierungen** zu einer spezifischen Ausprägung und Verarbeitung von Traumafolgestörungen und speziell der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) im höheren Lebensalter beitragen (Cook, 2001). Die folgende Übersicht gibt typische Stressoren wieder, die ältere Menschen in sehr unterschiedlichem Ausmaß belasten können.

Potenzielle Stressoren im höheren Lebensalter

- Geringer werdende Mobilität
- Finanzielle Probleme
- Verlust von sozialen Kontakten
- Umzug in betreute Wohnformen
- Körperliche Erkrankungen
- Geringere sensorische Kapazität
- Multiple Medikamente mit Wechsel- und Nebenwirkungen
- Verwitung
- Berentung als Statusverlust
- Mögliche kognitive Störungen

Traumafolgestörungen können mit diesen Stressoren i. S. eines Teufelskreises negativ interagieren und die körperliche sowie psychosoziale Lebensqualität erheblich beeinträchtigen. Allerdings fehlen bisher kontrollierte Studien, die den Zusammenhang zwischen PTBS und spezifischen Altersbelastungen untersuchen. Unklar ist, ob PTBS sich bei Älteren unterschiedlich manifestiert bzw. traumatische Ereignisse unterschiedlich verarbeitet werden. Bisherige Forschung legt nahe, dass das Symptomprofil auch im höheren Alter stabil bleibt.

Fallbeispiel 1

Aufgrund einer progredienten Herzinsuffizienz ist der Bewegungsradius von Herrn M. zunehmend eingeschränkt. Deswegen kann er Hobbys, wie z. B. die regelmäßigen Treffen mit Skatfreunden, kaum noch wahrnehmen, eine Tagesstrukturierung fällt schwer. Vermehrt tauchen traumatische Erinnerungen an seine damalige Vertreibung aus Ostpreußen auf, verbunden mit Alpträumen und erheblichen Schlafstörungen. Seine Frau, ebenfalls heimatvertrieben, möchte er damit nicht belasten. Beide schieben die anstehende Entscheidung über den Umzug in ein Altersheim hinaus. Sie werden dann das Haus verlassen, das sie sich als »neue Heimat« nach dem Krieg gebaut hatten. Herr M. erlebt sich mit seinen Symptomen nicht als psychisch krank, »*das geht doch allen so, die dieses Schicksal erlebt haben. Viele hat es doch viel härter als mich getroffen.*«

Fallbeispiel 2

Frau V. ist Opfer eines Handtaschenraubes geworden. Sie hat sich an den »weißen Ring« gewendet, wo ihr u. a. empfohlen wurde, den Gang in die Fußgängerzone (dem Ort des Überfalls) nicht zu vermeiden. Ihre Freundin, mit der sie gemeinsam Ausflüge in die Innenstadt unternommen hatte, erleidet einen Schlaganfall. Frau V. zieht sich zurück, der Gang »nach draußen« wird zu einem subjektiv unüberwindbaren Hindernis.

- ❗ **Es gilt zu bedenken, dass die heute ältere Generation noch mit einem hohen Grad an Stigmatisierung psychischer Probleme aufgewachsen ist. Zusätzlich wird im ersten Fallbeispiel deutlich, dass generationentypische, kollektive Traumafolgen (beispielhaft in Europa der 2. Weltkrieg) zu einer Geringschätzung individuellen Leides zugunsten gefühlter Normalität (»Das war damals so!«) führen können. Der Gang zum Psychiater bzw. Psychotherapeuten wird so häufig zu einer kaum überwindbaren Hürde, was adäquate Diagnostik und Therapie verhindert.**

Gleichzeitig betonen heutige Altersbilder auch individuelle Entwicklungsmöglichkeiten und Ressourcen: Als mögliche psychologische Gewinne des Altersprozesses können Reife, Lebenswissen, Weisheit, die Fähigkeit zur Wohlbefindensregulation und ef-

fektive Bewältigungskompetenzen gesehen werden, so dass frühere Defizitmodelle oder unrealistisch idealisierende Altersbilder insgesamt von einer multidimensionalen Gewinn-Verlust-Perspektive auf den Altersprozess abgelöst wurden (Forstmeier & Maercker, 2008).

Dem müssen psychotraumatologische Modelle Rechnung tragen, zudem die gestiegene Lebenserwartung es ermöglicht, nach der Berentung potenziell 30 und mehr Lebensjahre ohne wesentliche Einschränkungen zu verbringen. Im Folgenden wird zuerst ein epidemiologischer Überblick gegeben, anschließend geht das Kapitel auf diagnostische und therapeutische Spezifika der gerontologischen Psychotraumatologie ein.

24.1 Epidemiologie

Erst 2008 konnten für den deutschsprachigen Raum erstmalig zwei repräsentative epidemiologische Studien zu Trauma- und PTBS-Prävalenzen Älterer vorgelegt werden (Maercker, Forstmeier, Wagner et al., 2008; Spitzer et al., 2008). Spitzer et al. erhoben im Rahmen einer repräsentativen Studie an der Bevölkerung Vorpommerns (»Study of Health in Pomerania«, SHIP) eine Traumaprävalenz Älterer von 76,5%, in der Untersuchung von Maercker et al. wurde in einer gesamtdeutschen Stichprobe aus 250 verschiedenen Orten eine Häufigkeit traumatischer Erlebnisse mit 47,4% belegt. In beiden Untersuchungen war der Anteil von Kriegstraumatisierungen in dieser Altersgruppe sehr hoch.

Die aktuellen PTBS-Prävalenzen wurden mit 1,5% in der erstgenannten und mit 3,4% in der zweiten Studie angegeben. Maercker et al. dokumentierten zusätzlich partielle PTBS-Syndrome und kamen unter Einschluss der subsyndromalen Formen auf eine Einmonatsprävalenz für sämtliche Formen der PTBS von 7,2%. Interessanterweise konnte die letztgenannte Studie einen signifikanten Anstieg der PTBS-Prävalenz im Alter dokumentieren, während in der Untersuchung von Spitzer et al. die PTBS-Prävalenz mit höherem Alter trotz erhöhter Traumaexposition abnahm. Es besteht somit weiterer Bedarf nach epidemiologischen Untersuchungen, die medierende Variablen einbeziehen, um solche Effekte zu erklären.

Zusammenfassend ist aber die PTBS mit den o. g. Prävalenzen eine durchaus häufige Erkrankung im höheren Lebensalter, insbesondere in den Ländern, wo kollektive Traumaerfahrungen entsprechende Kohorteneffekte verursachen. Das wird auch durch Schweizer Studienergebnisse unterstützt, die mit 0,7% weitaus geringere PTBS-Prävalenzen bei Älteren fanden (Maercker, Forstmeier,ENZLER et al., 2008). In diesem Kontext besonders relevante Risikopopulationen sind Holocaustüberlebende, Kriegstraumatisierte und Flüchtlinge bzw. Vertriebene.

Für eine nähere Betrachtung erscheint es sinnvoll, die drei folgenden Prägnanztypen einer PTBS bei Älteren lebensspannenbezogen zu differenzieren (Maercker, 2002):

1. chronische PTBS nach früherer (distanter) Traumatisierung,
2. aktuelle bzw. beginnend chronische PTBS bei proximaler Traumatisierung im höheren Lebensalter und
3. verzögert auftretende PTBS mit Wiederaufleben von Symptomen nach früherer Traumatisierung (»delayed onset«).

24.1.1 Chronische PTBS

Eine chronische PTBS kann auf allen bekannten Traumaarten beruhen, wobei der Zeitpunkt der Traumatisierung in vergangenen Lebensabschnitten liegt. Als altersspezifischer Kohorteneffekt sind in der Generation der Über-65-Jährigen insbesondere die Auswirkungen kollektiver Extremtraumatisierungen zu bedenken, wobei nationalsozialistische Verbrechen und der 2. Weltkrieg im europäischen Raum eine herausragende Stellung einnehmen. In dem Gebiet der ehemaligen Ostblockstaaten sind zusätzlich die Opfer politischer Verfolgung zu nennen. Aus der Perspektive einer psychohistorischen Traumaforschung gelingt es erst im letzten Jahrzehnt beginnend, die individuellen Auswirkungen dieser Kollektivtraumata im Hinblick auf PTBS-Prävalenzen und andere Traumafolgestörungen in der jetzt älteren Generation zu untersuchen (► Exkurs). Die Gründe für eine so drastisch verspätete psychotraumatologische Aufarbeitung sind noch nicht abschließend diskutiert worden.

Traumatisierungen des 2. Weltkrieges

Seit wenigen Jahren findet in Deutschland – ausgehend von ersten Publikationen der Arbeitsgruppe um Radebold (Radebold, 2003) – ein zunehmender Diskurs zu den Langzeitfolgen kindlicher Kriegstraumatisierungen nach dem 2. Weltkrieg statt (Beutel et al., 2007; Fischer et al., 2006; Franz et al., 2007; Heuft et al., 2007; Kuwert et al., 2007; Kuwert, Spitzer, Dudeck et al., 2008; Maercker & Herrle, 2003). Kriegereignisse führen zu komplexen und sequenziellen Traumatisierungen, die körperliche Verletzungen, Todesängste, Heimatverlust, gewaltvollen Tod von Bezugspersonen, emotionale Vernachlässigung und Mangelereben (Hunger, Armut) beinhalten können. Speziell die damaligen Kinder stellen eine verletzliche Untergruppe dar, deren Nöte im Kriegsgeschehen meist kaum Beachtung und Schutz fand. Die globale, von Deutschland und Japan aktiv betriebene Katastrophe des 2. Weltkrieges steht seit über 60 Jahren für das bislang schlimmste kollektive Trauma der Neuzeit, was in der beispiellosen, systematischen Ermordung ganzer Bevölkerungsgruppen in der Shoah gipfelte. Für Holocaustüberlebende und deren Kinder sind Langzeit- und transgenerationale Folgen belegt (Freyberger & Freyberger, 2007; Yehuda et al., 2008). Offensichtlich scheint es seit wenigen Jahren beginnend möglich, unter Anerkennung der Unvergleichlichkeit des Holocaustes auch andere Untergruppen von Kriegstraumatisierten differenziert zu untersuchen, ohne in den Ver-

dacht der Bagatellisierung des systematischen Massenmordes durch deutsche SS- und Wehrmachtangehörige zu geraten. Jüngere Veröffentlichungen beschäftigten sich mit distinkten Untergruppen, so mit der Belastung ehemaliger Kindersoldaten (Kuwert, Knaevelsrud et al., 2008; Kuwert, Spitzer et al., 2008) und Frontkrankenschwestern (Teegen & Handwerk, 2006).

Die heutigen PTBS-Prävalenzen betragen bei den o. g. Studien zwischen 4% und 11%. »Ausgebombte« (Heuft et al., 2007) und Vertriebene (Teegen & Meister, 2000; Fischer et al., 2006; Kuwert et al., 2007) scheinen eine besonders belastete Untergruppe der Kriegstraumatisierten darzustellen, wobei über posttraumatische Symptome hinaus eine erhöhte Ängstlichkeit und verminderte Lebensqualität bzw. verminderte Resilienz in einer repräsentativen Erhebung belegt werden konnte (Kuwert, Brähler & Decker, 2008). Weiterhin werden in der historischen Literatur hohe Vergewaltigungszahlen aus der Endphase des 2. Weltkrieges berichtet, systematische psychotraumatologische Untersuchungen zu diesem Themenkomplex stehen noch aus (Kuwert & Freyberger, 2007). Aktuell gibt es beginnend Initiativen in den osteuropäischen Ländern, die Folgen kindlicher Traumatisierungen des 2. Weltkrieges zu untersuchen. Für eine differenzierte psychotraumatologische Perspektive, auch vor dem Hintergrund eines umfassenden Versöhnungsgedankens, sollte eine Internationalisierung des wissenschaftlichen Diskurses weiterhin angestrebt werden.

24.1.2 Aktuelle Traumata und PTBS

Die spezifischen Akuttraumatisierungen und Folgestörungen Älterer sind empirisch kaum untersucht worden. Ein besonders tabuisiertes Thema stellt der Missbrauch älterer Pflegebedürftiger dar, sowohl i. S. von Gewaltanwendung, als auch Vernachlässigung. Die PTBS wurde bei dieser spezifischen Traumatisierungsform bislang kaum untersucht (Comijs et al., 1999). Hier besteht auch methodischer Forschungsbedarf, da es an adäquaten Instrumenten fehlt, um schwerer erkrankte und z. T. kognitiv beeinträchtigte, pflegebedürftige Menschen im Hinblick auf posttraumatische Symptome zu untersu-

chen. In der jüngst publizierten Untersuchung von Spitzer et al. war das mit Abstand häufigste Aktualtrauma der plötzliche Verlust eines geliebten Menschen (Spitzer et al., 2008). Hier befindet man sich an der Schnittstelle zwischen PTBS und komplizierter Trauer, einer hinsichtlich ihrer Bedeutung bislang unterschätzten und bei Älteren kaum untersuchten Diagnosekategorie (► Kap. 25).

24.1.3 Verzögert auftretende PTBS

Ein häufiges Phänomen in der PTBS-Diagnostik Älterer ist die Selbstbeobachtung Betroffener, dass

nach Jahrzehnten der Störungsfreiheit im Alter vermehrt posttraumatische Symptome auftreten (Maercker, 2002). In einigen – allerdings retrospektiven – Untersuchungen konnte das vermehrte Anfluten posttraumatischer Symptome im Rahmen des Altersprozesses belegt werden (Kruse & Schmitt, 1999; Port et al., 2001; Solomon & Ginzburg, 1999). Hier mag es sich um ein Resultat verschiedener Einflussfaktoren handeln, wobei insbesondere die vermehrte Zeit, sich Erinnerungen zu überlassen, aber auch die in der obigen Übersicht genannten Stressoren im Rahmen des Altersprozesses eine Rolle spielen könnten. Für diese Kategorie fehlen prospektive Studien, so dass das Wissen hierzu unzureichend ist.

24.1.4 Komorbidität

Im höheren Lebensalter besteht eine erhöhte somatische Komorbidität, die mit posttraumatischen Symptomen i. S. eines Teufelskreises negativ interagieren kann (► Fallbeispiel 1). Als altersspezifische psychische Komorbidität sind in erster Linie demenzielle Störungen unterschiedlichen Schweregrades zu berücksichtigen. Da bei den ohnehin spärlichen Studien zur PTBS Älterer in der Regel kognitive Defizite ein Ausschlusskriterium bildeten, weiß man über die Interaktion der häufigen Erkrankungen PTBS und Demenz nur wenig. Phänomenologische Überschneidungen wie z. B. Unterscheidungen zwischen paranoider Ideation und übermäßiger Wachsamkeit bzw. die Abgrenzung intrusiver Symptome wie Flashbacks von Halluzinationen bedürfen einer genauen Differenzialdiagnostik (Busuttill, 2004). Kasuistisch ist bekannt, dass an Demenz leidende, kriegstraumatisierte Menschen z. B. Pflegehandlungen als erneute Vergewaltigungsversuche missinterpretieren können (Böhmer, 2005). Auch psychotische Symptome sind häufiger thematisch von erlebten Kriegstraumatisierungen geprägt (Böwing et al., 2007). Inwiefern die spezifischen mnestischen Störungen bei PTBS den Verlauf demenzieller Störungen beeinflussen, ist eine interessante, aber bislang ungeklärte Frage (Cook et al., 2003).

24.2 Diagnostische Besonderheiten

Eine Erhebung traumatischer Ereignisse im Kindes- und Jugendalter heute älterer Patienten ist durch den Verlauf der Zeit bzw. der zwischenzeitlich stattgefundenen Ereignisse erschwert. Trotzdem sollte sie integraler Bestandteil der Anamnese sein. Viele Ältere sprechen eigene traumatische Erfahrungen nicht von sich aus an. Häufig auch, weil es kein Bewusstsein für einen möglichen Zusammenhang zwischen den traumatischen Erfahrungen und der aktuellen Psychopathologie besteht.

Grundsätzlich können im Rahmen der PTBS-Diagnostik Älterer die üblichen Instrumente Anwendung finden, deren Vor- und Nachteile im ► Abschn. 6.1 u. 6.2 differenziert dargestellt sind. Die »Clinical Administered PTBS Scale« (CAPS; Blake et al., 1995), ein etabliertes Erhebungsverfahren zur Diagnostik der PTBS, erwies sich als reliables psychometrisches Instrument in der Diagnostik älterer Patienten mit PTBS (Hyer et al., 1996). Allerdings ist bei Messinstrumenten, die mehrere Fragen zu körperlichen Symptomen beinhalten, eine Unterscheidung zwischen psychischer und körperlicher Ursache der Angstsymptomatik schwierig. So können verschiedene somatische Erkrankungen (u. a. kardiovaskuläre oder neurologische Erkrankungen) Angstzustände verursachen. Auch als Nebenwirkungen medikamentöser Interventionen sind Angstzustände bekannt. Dies kann potenziell dazu führen, dass psychisch bedingte Angststörungen übersehen werden (Flint, 2004). Unterschiedliche »cut-offs« (Grenzwerte in der diagnostischen Einordnung) müssen daher berücksichtigt werden, zudem es bislang keine spezifischen PTBS-Instrumente gibt, die diese Effekte berücksichtigen. Bei der differenzierten Bewertung der Testergebnisse sollten folgende Faktoren eine spezifische Berücksichtigung finden (Cook & O'Donnell, 2005):

- Ältere Menschen verschweigen bzw. dissimulieren häufiger posttraumatische Symptome, da Sie sich aufgrund ihrer Sozialisation eher schämen, unter psychischen Beeinträchtigungen zu leiden. Generell kann als Kohorteneffekt beobachtet werden, dass Selbstöffnung weniger positiv bewertet wird als bei Jüngeren.
- Aus der Genderforschung ist bekannt, dass insbesondere ältere Männer ein Rollenbild gelernt

haben, das psychische Belastung mit Schwäche gleichsetzt. (»... zäh wie Leder, hart wie Kruppstahl ...«).

- Auch muss Berücksichtigung finden, dass die mittlerweile durchaus populär gewordene Traumaperspektive auf historische Ereignisse (man denke an die Debatte zu 9/11) in den prägenden Jahren der heute Älteren noch nicht entwickelt war: Der Begriff »posttraumatische Belastungsstörung« wurde erst 1980 in die diagnostische Nomenklatur eingeführt. Dies kann auch aus Unkenntnis zu einer Bagatellisierung eigener traumatischer Erfahrung führen.
- Die größere Lebensspanne Älterer führt zu einer höheren Prävalenz multipler, zeitlich distinkter Traumatisierungen. Deswegen muss die Anamneseerhebung über aktuelle Traumatisierungen hinaus auch distante Traumata erfassen (die häufig die Verarbeitung aktueller Traumatisierungen mit determinieren).

24.3 Traumatherapie bei Älteren

24.3.1 Zugänglichkeit und Inanspruchnahme von Psychotherapie

Ältere Menschen sind in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung deutlich unterrepräsentiert. Allerdings gibt es kaum systematische Untersuchungen in diesem Bereich. De Beurs et al. (1999) zeigten in ihrer Studie, dass 88,5% der befragten älteren Menschen mit einer diagnostizierten Angststörung zwar einen Allgemeinarzt, nur 2% hingegen einen Psychotherapeuten oder Psychiater konsultieren. Die niedrige Rate der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Unterstützung durch Ältere ist verschiedenen Aspekten geschuldet.

Unter der Lupe

Einerseits gibt es kaum verbreitete spezifische Konzepte für die psychotherapeutische Behandlung Älterer. Auch in psychotherapeutischen Weiterbildungen findet dieses Thema keinen Platz. Vorurteile, wie



- die Annahme, dass Ältere in geringerem Maße von Psychotherapien profitieren,
- die Unterstellung von Veränderungsresistenz bzw.
- die Gleichsetzung von Alter mit Senilität

tragen dazu bei, dass ältere Patienten verhältnismäßig selten in eine ambulante Psychotherapie aufgenommen werden. Andererseits hegen häufig nicht nur Therapeuten, sondern auch Betroffene selbst solche Vorurteile. Stereotypen dieser Art können nicht nur zu selbst erfüllenden Prophezeiungen sondern auch zu Fehldiagnosen und unangemessen negativen Heilungsprognosen führen (American Psychological Association, 2004).

Zusätzlich spielen Berührungsängste der Betroffenen vermutlich eine wichtige Rolle. Ein ausgeprägtes, hohes Selbstideal (*»Ich brauche keine Hilfe«, »Ich möchte niemandem zur Last fallen«*) erschwert die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen. Dies trifft besonders für diejenigen zu, die in den 1930er und 1940er Jahren sozialisiert wurden, als psychische Beeinträchtigungen und Erkrankungen als stark stigmatisierend galten und die Einstellungen zu psychologischen Hilfsangeboten entsprechend negativ gefärbt waren. Zank (2002) zeigte in ihrer Untersuchung, dass bei Älteren die Angst vor einer Stigmatisierung durch eine Psychotherapie besonders ausgeprägt ist. Bezüglich einer Aufarbeitung traumatischer Ereignisse kommt hinzu, dass solche Erfahrungen häufig mit ausgeprägten Scham- und Schuldgefühlen einhergehen und dadurch eine zusätzliche Hürde bei der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Unterstützung darstellt (Kubany et al., 1996). Neben begrenzter Zugänglichkeit besteht häufig auch kein ausreichendes Wissen bezüglich Unterstützungsstrukturen.

24.3.2 Gerontopsychiatrische Grundlagen

Zur Spezifik der Alterspsychotherapie gehört ein fundiertes Wissen über körperliche Erkrankungen

im Alter und deren Behandlungsstandards. Aufgrund der erwähnten parallelen körperlichen und potenziell auch sozialen Probleme ist eine enge Vernetzung des Unterstützungsnetzwerkes (Hausarzt, Fachärzte, Sozialamt etc.) hilfreich (American Psychological Association, 2004). Patienten äußern Ängste, dass ein in der Regel deutlich jüngerer Therapeut die berichteten traumatischen Erfahrungen übertrieben und unglaublich empfindet (Heuft, 1999). Wissen über lebensgeschichtliche Zusammenhänge, Normen und Werte verschiedener Altersgruppen können dazu beitragen die transgenerationalen Hürden zu überwinden. So sind etwa politische Überzeugungen eher ein Resultat historischer Erfahrung (Aufwachsen in den 1930er/1940er Jahren vs. Aufwachsen in den 1960er/1970er Jahren in der DDR) als ein altersspezifischer Kohorteneffekt.

Der häufig eklatante Altersunterschied zwischen Patient und Therapeut impliziert spezifische Übertragungs- und Gegenübertragungsprobleme, die von schwierigen Eltern-/Großelternbeziehungen (auf beiden Seiten!) geprägt sein können. Eine Auseinandersetzung mit eigenen Ängsten, Vorstellungen von Alter, Tod und Sterben sowie den Umgang mit der begrenzten Lebenszeit dieser Patientengruppe hilft auf therapeutischer Seite potenzielle Berührungspunkte abzubauen.

Eine optimale altersspezifische PTBS-Intervention sollte häufig vorliegende komorbide psychische und somatische Symptome berücksichtigen. Eine altersbedingte Abnahme fluiden Intelligenz, langsamerer Lernprozesse und sensorische Beeinträchtigungen bedingen notwendigerweise ein reduziertes Arbeitstempo, häufigere Wiederholungen und das Einbeziehen verschiedener Medien (schriftliche Materialien). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die meisten altersbezogenen kognitiven Veränderungen (u. a. längere Reaktionszeiten, Verlangsamung bzgl. der Informationsverarbeitung) moderat sind und keine signifikanten Beeinträchtigungen im Alltag verursachen (American Psychological Association, 2004).

Unter der Lupe

Knight et al. (2002) plädieren bei Älteren für eine eher aktive und zielorientierte und sowie edukative therapeutische Haltung. Das bedeutet, anstatt Fragen mit dem Fokus auf selbstabgeleiteter Erkenntnis können klarere genauere Behandlungsstrukturen und Ratschläge hilfreicher sein. Um die Abspeicherung und Abrufung wichtiger Informationen zu unterstützen, sollten ältere Patienten ermutigt werden, für sie wichtige Aspekte zu dokumentieren.

Die Exploration bestehender sozialer Kontakte bzw. gegebenenfalls die Initiierung und Stärkung sozialer Unterstützungsmöglichkeiten hilft, Behandlungseffekte zu vertiefen. Angehörige sollten so früh wie möglich in den therapeutischen Prozess eingebunden werden.

Die soziale Reintegration ist vor allem vor dem Hintergrund der empfundenen Isolation und Einsamkeit und sowie des Unverständnisses ein wichtiger Bestandteil. Die Reaktionen des sozialen Umfeldes (Bagatellisierung: »Es ist doch schon so lange her«, Vorwürfe: »Warum habt ihr/haben Eure Eltern damals nicht früher reagiert«, peinliche Betroffenheit) beeinflussen die Bewältigung der traumati-

Besonderheiten der Gerontopsychotherapie

- Enge Vernetzung des Unterstützungsnetzwerkes
- Berücksichtigung komorbider psychischer und somatischer Symptome
- Auseinandersetzung mit eigenen Ängsten, eigenen Vorstellungen von Alter, Tod und Sterben und den Umgang mit der begrenzten Lebenszeit dieser Patientengruppe
- Anpassung an langsamere Lernprozesse und sensorische Beeinträchtigungen
- Soziale Reintegration
- Wissen über lebensgeschichtliche Zusammenhänge, Normen und Werte verschiedener Altersgruppen
- Berücksichtigung spezifischer Übertragungs- und Gegenübertragungspänomene

schen Erfahrung maßgeblich. Insbesondere vor dem Hintergrund transgenerationaler Effekte der PTBS, vielfach nachgewiesen für Kinder von Holocaustüberlebenden, ist die Einbezugnahme auch von Kindern und Enkelkindern in den therapeutischen Prozess anzuraten.

24.3.3 Gerontopsychotherapeutische Ansätze der PTBS-Therapie

Grundsätzlich finden die drei evidenzbasierten Therapieverfahren Expositionstherapie (► Kap. 12), kognitive Therapie (► Kap. 13) und EMDR (► Kap. 17) auch in der PTSD-Therapie Älterer Verwendung, wobei altersspezifische Wirksamkeitsnachweise noch ausstehen. Für die Therapie der PTBS in Erwachsenenpopulationen gibt es mittlerweile eine Reihe empirisch gut evaluierter und wirksamer kognitiv-behavioraler Behandlungsansätze. Bradley et al. (2005) fanden in ihrer Metaanalyse eine Durchschnittseffektstärke von $d=1.65$ für kognitiv-behaviorale Interventionen. Die vorgelegte Metaanalyse bezog sich allerdings primär auf Interventionsstudien von PTBS nach einmaligen Traumata. Zu Behandlungsansätzen bei älteren, komplex traumatisierten Patienten mit PTBS gibt es bisher keine adäquaten psychotherapeutischen oder psychopharmakologischen Interventionsstudien. Konzepte zur Behandlung älterer Traumaüberlebender wurden bisher ausschließlich in Form von Fallstudien und unkontrollierten Studien veröffentlicht. In der Behandlung älterer Überlebender mit PTBS wurden meistens Konzepte aus der allgemeinen PTBS-Intervention übernommen, allerdings ohne ausreichende empirische Basis.

Snell u. Padin-Rivera (1997) kombinieren Psychoedukation mit antidissoziativen Interventionen und Gedankenstopptechniken. Ziel ist die Entpathologisierung der Symptome und eine Reorientierung in der Gegenwart während des Auftretens von Flashbacks. Bisher wurden zu diesem Konzept allerdings keinerlei empirische Daten veröffentlicht. Boehnlein u. Sparr (1993) untersuchten die Wirksamkeit einer supportiven Gruppentherapie mit 8 ehemaligen Kriegsgefangenen des 2. Weltkrieges. Über einen Zeitraum von zwei Jahren traf sich die Gruppe jeweils zweimal pro Monat. Nach einem Jahr konnte keine Symptomverbesserung bzgl. PTBS und allge-

meiner psychopathologischer Belastung festgestellt werden. Dennoch berichteten einige der Teilnehmer von subjektiven Verbesserungen im sozialen Interagieren.

Nach dem Wissen der Autoren bestehen derzeit keine PTBS-Pharmakostudien, die spezifisch auf ältere Patienten mit PTBS ausgerichtet sind. Klinisch gelten die üblichen Empfehlungen der Gerontopharmakologie, also eine niedrigere Anfangsdosis und langsamere Aufdosierung der in ► Kap. 14 ausführlich beschriebenen Substanzen.

Lebensrückblickstherapie

Die Lebensrückblickstherapie (LRT; »Life-review-therapy«) bietet eine Erweiterung therapeutischer Ansätze speziell für das höhere Lebensalter. In der LRT wird die Lebensgeschichte in einem therapeutisch angeleitenden Prozess chronologisch erinnert, strukturiert und bewertet. Die LRT, die ebenfalls zu den narrativen Therapien zählt (für eine ausführliche Beschreibung der narrativen Therapie wird auf ► Kap. 18 verwiesen), wurde bereits in der Behandlung von älteren depressiven Patienten als wirksam erachtet (Metaanalyse; Scogin & McElreath, 1994) und fand durch Maercker (2002) eine Anpassung an ältere Menschen mit PTBS-Symptomatik. Hier wird neben der allgemeinen biografischen Arbeit der Fokus auf die Bearbeitung des Traumas gelegt. Neben der Erarbeitung einer kohärenten Lebensgeschichte soll die Integration des belastenden Erlebnisses in die Lebensgeschichte des älteren Menschen erfolgen.

Unter der Lupe

Ziel dieses Ansatzes ist

- Symptomreduktion und Förderung des Wohlbefindens,
- Vergangenheitsbewältigung,
- Wiederherstellung des Selbstwertgefühls,
- Trauerarbeit sowie
- bessere Lebensqualität und -bewältigung.

Damit wird sie dem Bedürfnis gerecht, dass eigene Leben zu bilanzieren und darin einen Sinn zu finden (Maercker, 2002).

In der LRT wird das traumatische Erlebnis wiedererzählt und nicht in sensu wiedererlebt. Dies

trägt einerseits der Tatsache Rechnung, dass das Erstellen eines kohärenten Narrativs und nicht primär das sensorische Wiedererleben als zentraler therapeutischer Agens gilt. Andererseits kann die Gesundheit älterer Patienten bereits eingeschränkt sein und es muss von einer erhöhten komorbiden respiratorischen bzw. kardiologischen Vulnerabilität ausgegangen werden. Hankin (2003) argumentiert, dass vor diesem Hintergrund eine In-sensu-Konfrontation, die meist mit starken physiologischen Reaktionen einhergeht, eher kontraindiziert sei. Allerdings soll an dieser Stelle betont werden, dass es dazu keinerlei empirische Grundlagen gibt und ein Mangel an Wirksamkeitsstudien nicht per se bedeutet, dass solche Ansätze nicht überprüft werden sollten.

Die Integration neuer Medien und Technologien bietet sich in dem Kontext der Gerontopsychotherapie ganz besonders an. Bereits vor 10 Jahren wurde die Integration telemedizinischer Ansätze zur besseren Versorgung und Erreichbarkeit Älterer diskutiert (Gallo & Lebowitz, 1999). Erst mit der Verbreitung des Internets auch in dieser Altersgruppe (ca. 5,1 Mio sog. »Silver Surfer«; Eimerer et al., 2008) bieten neben dem Telefon auch die neuen Medien Unterstützungsmöglichkeiten. Allerdings scheint ein direkter therapeutischer Kontakt dabei wichtig zu sein. In einer randomisierten kontrollierten Studie untersuchten Acierno et al. (2004) die Wirksamkeit einer videogestützten Kurzintervention in einer Stichprobe von insgesamt 116 älteren Kriminalitätsoffern. Die Behandlung vermittelte neben Psychoedukation und Normalisierung der Symptomatik verhaltenstherapeutische Bewältigungsstrategien und Möglichkeiten eigenes Sicherheitsverhalten zu identifizieren. Die Teilnehmer erhielten entweder die übliche Rechtsberatung oder aber die Rechtsberatung inklusive des Lehrvideos. Trotz des Wissenszuwachses zeigten sich keine signifikanten Verbesserungen in der Angst- und Depressionssymptomatik.

Integrative Testimonialtherapie

Exemplarisch soll hier ein Modellprojekt vorgestellt werden, in dem traumatisierte Kriegskinder, die im Alter unter den psychischen Folgen ihrer Erlebnisse leiden, behandelt werden. Die Integrative Testimonialtherapie («Integrative Testimony Therapy«, ITT; www.lebenstagebuch.de) kombiniert den biogra-

fischen Ansatz mit der Zeugnistherapie und fokussiert zusätzlich auf traumabezogene dysfunktionale Kognitionen. Ziel der ITT ist

1. Einordnung der traumatischen Erinnerungen in das autobiografische Gedächtnis,
2. Veränderung von problematischen Interpretationen und Bewertungen der traumatischen Erfahrungen und deren Konsequenzen, und
3. Verbesserung der Lebensqualität in den wertorientierten Bereichen.

Die Therapie findet über das Internet statt. In sechs Behandlungswochen schreiben Patienten in jeweils 45 min insgesamt elf Texte. In der persönlichen Rückmeldung des Therapeuten erhalten die Patienten Instruktionen für die darauf folgenden Texte.

In insgesamt sieben Texten werden die einzelnen Lebensphasen betrachtet und chronologisch niedergeschrieben. Allen Schreibanleitungen wird eine Aufstellung charakteristischer Lebensereignisse und -erfahrungen, die mit dieser Lebensphase einhergehen bzw. historisch in dieser Lebensphase aufgetreten sind (z. B. Weimarer Republik, Bau der Mauer, Fall der Mauer) beigefügt. Bevor die Lebensphase beschrieben wird, in der das Trauma stattgefunden hat, widmen die Patienten ihrem traumatischen Ereignis zwei Texte. In diesen Texten wird das Erlebte mit allen sensorischen Details, körperlichen und emotionalen Reaktionen beschrieben.

In der letzten Phase verfassen die Patienten einen Brief an das damalige Kind, das sie zum Zeitpunkt der traumatischen Erfahrung waren. Negative Überzeugungen und Selbstvorwürfe als Folge des traumatischen Ereignisses stellen sich häufig als zentrale handlungsweisende Schemata heraus. Mithilfe der Erarbeitung und Bewusstwerdung eigener Fähigkeiten und Kompetenzen werden persistierende dysfunktionale Kognitionen bearbeitet.

Beispiel: Herr H.

Bei einem Bombardement der Alliierten auf seine Heimatstadt im Jahr 1943 befand sich der heute 79-jährige Herr H. mit seiner Familie im Luftschuttkeller. Das Haus stürzte aufgrund einer einschlagenden Bombe zusammen. Herr H. und seine Familie lagen für mehrere Stunden verschüttet unter den Trümmern. Herr H, damals vierjährig,



berichtet von Angstschreien von Menschen, die Angst gehabt hätten, zu ersticken und panisch versucht hätten, mit ihren Händen einen Weg freizugraben.

Das Gefühl der Enge, der Panik und der Luftknappheit spüre er noch heute in beklemmenden Situationen oder in geschlossenen Räumen. Häufig erlebe Herr H. die Stunden im Keller wieder und sehe die »erstarrten Gesichter«. Er leide auch heute noch unter Schlafstörungen, da die Erlebnisse immer wieder in seinen Träumen auftauchen und er beim Einschlag der Bombe oder bei den Schreien der Menschen aufwache.

Die ITT betrachtet sowohl die Biografie von Herrn H. als auch sein Trauma zum Zeitpunkt der entsprechenden Lebensphase. Um eine Einbettung des Traumas zu erleichtern, werden die Texte zum Trauma, hier der Verschüttung, vor der entsprechenden Lebensphase geschrieben. Daher beginnt Herr H. mit dem Traumanarrativ.

Erste Phase – Traumanarrativ (gemäßigte Exposition):

T *Die Beschreibung des Traumas ist ein wichtiger Bestandteil für dessen Verarbeitung. Doch weil die Erinnerungen an das Geschehene sehr belastend sind, werden Sie häufig weggeschoben und verdrängt ... Versuchen Sie sich daher intensiv auf die damalige Situation zu konzentrieren. Ziel ist, das traumatische Ereignis so detailliert wie möglich, mit allen Wahrnehmungen zu beschreiben ... Versuchen Sie, sich beim Schreiben auf die für Sie am belastendsten Erinnerungen zu konzentrieren, an die Szenen, die Ihnen immer wieder in den Kopf kommen und in Alpträumen auftauchen.*

P *Ein Geräusch ist zu hören, es kommt näher. Ein dumpfer Schlag, ich kann nichts mehr hören. Alles wackelt, alle schreien. Ich kann nichts mehr sehen. Wieder laute und ganz schlimme Schreie. Ich will das nicht hören. Ich will nicht. Ich weiß nicht, ob ich schreie oder ganz stumm bin ... Das Atmen wird schwerer, meine Mama versucht mich zu beruhigen, aber ich weiß, dass sie am liebsten auch schreien möchte ... Jetzt ist nur noch Staub in der Luft ... Ich weiß nicht, wie lange ich noch leben möchte!*

Zweite Phase – Biographiearbeit:

Nachdem Herr H. die Bombardierung beschrieben hat, beginnt er, seine Biografie niederzuschreiben. Dabei erhält er genaue Anhaltspunkte zu den einzelnen Lebensphasen, die ihm helfen sollen, sein Leben zu erinnern und die Ereignisse in seiner Biografie zu ordnen. Es stehen aber nicht nur die bloßen Ereignisse im Vordergrund, sondern auch seine Gefühle und Gedanken in den jeweiligen Situationen. Herr H. hat nach dem Krieg eine für die damaligen Verhältnisse normale Kindheit gehabt. Er ging zur Schule und machte seinen Abschluss. Im Alter von 25 Jahren hat er geheiratet und zusammen mit seiner Frau 2 Söhne bekommen. Er arbeitete als Schlosser in einem großen Betrieb und blieb dort bis zu seiner Berentung vor 8 Jahren. Er lebt mit seiner Frau zusammen in einer kleinen Wohnung in seiner Heimatstadt. Seine beiden Söhne, ebenfalls jetzt verheiratet, leben in der Nähe, so dass er seine Enkelkinder oft sehen kann.

Die Symptome, die er nach dem Bomberangriff entwickelt hatte, begleiteten ihn kontinuierlich in seinem Leben, allerdings in unterschiedlicher Intensität. In den letzten Jahren nach der Berentung jedoch nahmen seine Schlafstörungen und auch das Wiedererleben stark an Intensität zu.

T *... In den kommenden Wochen geht es darum, Ihre Biografie anhand einzelner Lebensphasen zu rekonstruieren. Das Ziel dieser Arbeit ist, die teilweise bruchstückhaften Erinnerungen und Ihre traumatischen Erfahrungen zu verarbeiten und in Ihre Biografie einbetten zu können ...*

... In Ihrem letzten Text bezüglich Ihrer Biografie sind Sie in der Gegenwart angekommen ... In dieser Lebensphase haben Sie sich entschieden, eine Therapie anzufangen. Wie geht es Ihnen dabei? Was waren Ihre Hoffnungen? ...

P *... In diesem Jahr bin ich viel mit meinen Enkelkindern unterwegs. Wir fahren oft zusammen ins Grüne. Ich liebe meine Enkelkinder. Weihnachten waren alle bei uns und es war nach so vielen Jahren zum ersten Mal wieder der Weihnachtsmann bei uns zu Hause. Ich war so glücklich in diesem Moment ... Ich möchte wieder ein ganz normaler Opa für meine Enkelkinder sein. Ich möchte mit ihnen verstecken und fangen spielen können, ohne Angst zu haben und ohne Beklemmungen*

zu bekommen. Ich will auch, dass meine Enkel verstehen, warum ich so bin, wie ich bin und sie meine Geschichte kennen ...

Dritte Phase – kognitive Restrukturierung:

Herr H. ist mit seiner Biografie in der Gegenwart angekommen. Er hat sein Leben mit allen für ihn wichtigen und prägenden Ereignissen niedergeschrieben – zusammen mit seinen Gefühlen, Gedanken und Wahrnehmungen.

In der jetzigen Phase geht es darum, einen würdigen Abschluss für die letzten 6 Wochen zu finden. Diese Texte sollen einen Brief bilden, in dem Herr H. aus seiner jetzigen Sicht, mit all seinen Erlebnissen und Erfahrungen aufbauende und unterstützende Worte an das Kind von damals findet, das mit solch schrecklichen Erlebnissen konfrontiert war.

- T ... Um Ihre Gedanken und Gefühle, wie Schuld und Hilflosigkeit besser einordnen zu können, geht es in Ihren beiden folgenden Texten darum, einen Brief zu schreiben, in dem Sie Ihre Verschüttung aus einer anderen Perspektive betrachten. ... Verfassen Sie aus Ihrer heutigen Sicht einen aufbauenden Brief an sich selbst, als das damalige Kind.
- ... Dieser Brief soll dem Kind Rat geben in seinem Umgang mit dem Bombenangriff und mit seinen Gefühlen, die es währenddessen hatte. Gefühle, die das Kind in seinem weiteren Leben begleitet und geängstigt haben.
- ... Bevor Sie den Brief beenden, bitte ich Sie, für sich zu überlegen, wie Sie den Bombenangriff jetzt in Ihrem Leben einordnen. Wie Sie Ihre Gefühle und Gedanken jetzt beschreiben würden und wie Sie zukünftig damit umgehen wollen.
- P Lieber M., die Verschüttung in Deiner Kindheit hat Dich Dein ganzes Leben lang begleitet. Du hast die Angst und die Hilflosigkeit immer in Dir gespürt, sie hat Dich immer begleitet und immer beeinflusst. Du hast überlebt, weil Du Dich damals richtig verhalten hast — hast gewartet, gehofft und warst ganz starr und steif – eingewickelt in Tüchern, so dass kein Staub zu Dir durchdringen konnte ... Du hast nicht nur die Verschüttung überlebt, sondern auch den Krieg. Das alles hat Dich stark gemacht. Diese Stärke

hast Du in Deinem ganzen Leben immer wieder bewiesen. Auch wenn es schwer war und Du ganz verzweifelt, wie damals unter all dem Schutt warst, hast Du gekämpft. Darauf kannst Du stolz sein. Danke.

Ein wichtiger therapeutischer Aspekt ist neben der biografischen Aufarbeitung der traumatischen Erfahrung, das Dokumentieren und Niederschreiben des Erlebten. Cienfuegos u. Monelli (1983) haben die Relevanz der Zeugenschaft im Rahmen der von ihnen entwickelten »Testimony Therapy« nachgewiesen. Die Transkripte der Therapien, die von dem Patienten und dem Therapeuten unterschrieben wurden, konnten je nach Bedarf des Patienten veröffentlicht und an Menschenrechtsorganisationen, Familie oder Freunde weitergegeben werden. Auch bei der ITT spielt dieser Aspekt eine wichtige Rolle. Patienten können sich am Ende der Therapie ihre Lebensgeschichte ausdrücken und entscheiden, ob sie diese mit ihren Angehörigen teilen wollen.

Indikationen

Die Indikation für eine spezifische Form der psychotraumatologischen Alterspsychotherapie ist abhängig von u. a. folgenden Faktoren:

- primäre und sekundäre manifeste klinische Störungen,
- Schwere und Dauer der Störung (akute vs. chronische PTBS),
- kognitive Leistungsfähigkeit/Einschränkungen,
- bestehende Bewältigungskompetenzen und
- motivationale und kulturelle Voraussetzungen (Cook, Gallagher-Thompson & Hepple, 2005).

Hinzu kommen bisherige Psychotherapieerfahrungen und -reaktionen. Für den therapeutischen Ansatz ist eine Differenzierung bzgl. des Zeitpunktes des traumatischen Ereignisses hilfreich. Ein traumatisches Ereignis in den frühen Lebensjahren, was entweder chronisch oder nach zeitlicher Verzögerung auftritt, bedarf eines eher biografisch orientierten Ansatzes. Ein Trauma, das erst im hohen Alter eintritt erlebt wird (z. B. Erleben eines Herzinfarktes, Überfall etc.) kann auch ohne eine biografische Aufarbeitung gut behandelt werden. Entsprechend der Chronizität und Schwere der Symptoma-



tik liegt der Fokus eher auf der Verbesserung des psychosozialen Funktionsniveaus anstatt der Symptomreduktion.

Unter der Lupe

Die Zahl der Patienten mit PTBS wird aufgrund der demografischen Entwicklung zunehmen. Es bedarf differenzialdiagnostischer Aufmerksamkeit um traumabedingte Symptome im Alter zu erkennen und einzuordnen. Es existieren bereits validierte diagnostische Instrumente, die sich auch zum Einsatz geriatrischer Populationen eignen. Fallstudien geben erste Hinweise, dass ein biografischer Ansatz vor allem bei Patienten mit traumatischen Erlebnissen in der Kindheit und Jugend hilfreich sein kann.

Literatur

- Acierno, R., Rheingold, A. A., Resnick, H. S. & Stark-Riemer, W. (2004). Preliminary evaluation of a video-based intervention for older adult victims of violence. *Journal of Traumatic Stress, 17* (6), 535–541.
- American Psychological Association. (2004). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist, 59*, 236–260.
- Beutel, M., Decker, O. & Brähler, E. (2007). Welche Auswirkungen haben Flucht und Vertreibung auf Lebensqualität und Befindlichkeit? Repräsentative Erhebung mit den vor 1946 Geborenen in Deutschland. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 53* (3), 203–215.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S. & Keane T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress, 8*, 75–90.
- Boehmer, M. (2005). Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. Ansätze für eine frauenorientierte Altenarbeit. Frankfurt/Main: Mabuse.
- Boehnlein, J. K. & Sparr, L. F. (1993). Group therapy with WWII ex-POWs: long-term posttraumatic adjustment in a geriatric population. *American Journal of Psychotherapy, 47* (2), 273–282.
- Böwing, G., Schmidt, K. U. & Schröder, S. G. (2007). Erfüllen kriegstraumatisierte, gerontopsychiatrische Patienten PTSD-Kriterien? *Psychiatrische Praxis, 34*, 122–128.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry, 162*, 214–227.
- Busutil, W. (2004). Presentations and management of post traumatic stress disorder and the elderly: a need for investigation. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 19*, 429–439.
- Cienfuegos, A. J. & Monelli, C. (1983). The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *American Journal of Orthopsychiatry, 53*, 43–51.
- Comijs, H. C., Penninx, B. W., Knipscheer, K. P. & Tilburg W. van (1999). Psychological distress in victims of elder mistreatment: The effects of social support and coping. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 54* (4), 240–245.
- Cook, J. M. (2001). Post-traumatic stress disorder in older adults. *PTSD Research Quarterly, 12* (3), 1–8.
- Cook, J., Gallagher-Thompson, D. & Hepple, J. (2005). Psychotherapy with older adults. In: G. O. Gabbard, J. Beck & J. Holmes (Eds.), *Oxford Textbook of Psychotherapy* (pp. 381–392). New York: Oxford University Press.
- Cook, J. M., Ruzek, J. I. & Cassidy, E. (2003). Practical geriatrics: possible association of posttraumatic stress disorder with cognitive impairment among older adults. *Psychiatric Services, 54* (9), 1223–1225.
- Cook J. M. & O'Donnell, C. (2005). Assessment and psychological treatment of posttraumatic stress disorder in older adults. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology, 18* (2), 61–71.
- De Beurs, E., Beekman, A. T., Balkom, A. J. van, Deeg, D. J., Dyck, R. van, Tilburg, W. van (1999). Consequences of anxiety in older persons: its effect on disability, well-being and use of health services. *Psychological Medicine, 29* (3), 583–593.
- Eimeren, B. Van, & Frees, B. (2008). Ergebnisse der ARD/ZDF-Onlinestudie 2008. Internetverbreitung: Größter Zuwachs bei Silver-Surfern. *Media Perspektiven, 7*, 330–344, http://www.ard-zdf-onlinestudie.de/fileadmin/Online08/Eimeren_I.pdf.
- Fischer, C. J., Struwe, J. & Lemke, M. R. (2006). Langfristige Auswirkungen traumatischer Ereignisse auf somatische und psychische Beschwerden. Am Beispiel von Vertriebenen nach dem 2. Weltkrieg. *Der Nervenarzt, 77*, 58–63.
- Flint, A. J. (1994). Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *American Journal of Psychiatry, 151* (5), 640–649.
- Forstmeier, S. & Maercker, A. (2008). *Probleme des Alterns*. Göttingen: Hogrefe.
- Franz, M., Hardt, J. & Brähler, E. (2007). Vaterlos: Langzeitfolgen des Aufwachsens ohne Vater im zweiten Weltkrieg. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 53* (3), 216–227.
- Freyberger, H. J. & Freyberger, H. (2007). 60 Jahre danach: Posttraumatische Belastungsstörungen, salutogene Faktoren und gutachterliche Einschätzungen bei Holocaust-Überlebenden im Langzeitverlauf. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 53* (4), 380–392.
- Gallo, J. J. & Lebowitz, B. D. (1999). The epidemiology of common late-life mental disorders in the community: themes for the new century. *Psychiatric Services, 50*, 1158–1166.
- Hankin, C. S. (2003). Chronische posttraumatische Belastungsstörungen im Alter. In A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung*. (2. Auflage, S. 310–324) Berlin: Springer.
- Heuft, G. (1999). Die Bedeutung der Trauma-Reaktivierung im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 32*, 225–230.

- Heuft, G., Klaiberg, A., Schneider, G. & Brähler, E. (2007). Ausgebombt – Psychische und psychosomatische Spätfolgen des II. Weltkrieges bei den vor 1946 Geborenen im Jahre 2004. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53 (3), 228–243.
- Hyer, L., Summers, M. N., Boyd, S., Litaker, M. & Boudewyns, P. (1996). Assessment of older combat veterans with the Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 587–593.
- Knight, B. G., Robinson, G. S. & Satre, D. D. (2002). Ein lebensspannenpsychologischer Ansatz der Alterspsychotherapie. In: A. Maercker (Hrsg.), *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie* (S. 87–110). Berlin: Springer (2002).
- Kruse, A. & Schmitt, E. (1999). Reminiscence of traumatic experiences in (former) Jewish emigrants and extermination camp survivors. In: A. Maercker, M. Schützwohl & Z. Solomon (Hrsg.), *Posttraumatic stress disorder. A lifespan developmental perspective*. Göttingen: Hogrefe.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Abueg, F. R., Manke, F. P., Brennan, J. M. & Stahura, C. (1996). Development and validation of the Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI). *Psychological Assessment*, 8, 428–444.
- Kuwert, P., Brähler, E., Glaesmer, H. & Decker, O. (2009). Long-term effects of displacement in World War II on present-state mental health in the elderly – a population-based study. *International Psychogeriatrics*, (in press).
- Kuwert, P. & Freyberger, H. J. (2007). The unspoken secret: sexual violence in World War II. *International Psychogeriatrics*, 19 (4), 782–784.
- Kuwert, P., Knaevelsrud, C., Rosenthal, J., Dudeck, M., Freyberger, H. J. & Spitzer, C. (2008). Lebensqualität und Kohärenzgefühl bei ehemaligen deutschen Kindersoldaten des II. Weltkrieges. *Psychiatrische Praxis*, 35 (8), 399–403.
- Kuwert, P., Spitzer, C., Träder, A., Freyberger, H. J. & Ermann, M. (2007). 60 years later: Posttraumatic stress symptoms and current psychopathology in former German children of World War II. *International Psychogeriatrics*, 19 (5), 955–961.
- Kuwert, P., Spitzer, C., Dudeck, M., Vogel, M., Freyberger, H. J. & Ermann, M. (2008). Psychische Beschwerden, interpersonelle Probleme, Lebensqualität und Kohärenzgefühl bei ehemaligen deutschen Kriegskindern. *Psychosomatik, Psychotherapie, medizinische Psychologie*, 58, 257–263.
- Kuwert, P., Spitzer, C., Rosenthal, J. & Freyberger, H. J. (2008). Trauma and posttraumatic stress in former child soldiers of World War II. *International Psychogeriatrics*, 20 (5), 1014–1018.
- Maercker, A. (2002). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. Berlin: Springer.
- Maercker, A. & Herrle, J. (2003). Long-term effects of the Dresden bombing: relationships to control beliefs, religious belief, and personal growth. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (6), 579–587.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Enzler, A., Krüsi, G., Hörler, E., Maier, C. & Ehlert, U. (2008). Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 113–120.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Der Nervenarzt*, 79 (5), 577–586.
- Port, C. L., Engdahl, B. & Frazier, P. (2001). A longitudinal and retrospective study of PTSD among older prisoners of war. *American Journal of Psychiatry*, 158 (9), 1474–1479.
- Radebold, H. (2003). Kindheiten im II. Weltkrieg und ihre Folgen. *Psychosozial*, 92.
- Scogin, F. & McElreath, L. (1994). Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 69–74.
- Snell, F. I. & Padin-Rivera, E. (1997). Post-traumatic stress disorder and the elderly combat veteran. *Journal of Gerontological Nursing*, 23 (10), 13–19.
- Solomon, Z. & Ginzburg, K. (1999). Aging in the shadow of war. In: A. Maercker, M. Schützwohl & Z. Solomon (Eds.), *Posttraumatic stress disorder. A lifespan developmental perspective*. Göttingen: Hogrefe.
- Spitzer, C., Barnow, S., Völzke, H., John, U., Freyberger, H. J. & Grabe, H. J. (2008). Trauma and posttraumatic stress disorder in the elderly: Findings from a German community study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (5), 693–700.
- Teegen, F. & Handwerk, U. (2006). Deutsche Frontkrankenschwestern im II. Weltkrieg. Traumatische Erfahrungen, patho- und salutogenetische Entwicklungen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 19, 127–138.
- Teegen, F. & Meister, V. (2000). Traumatische Erfahrungen deutscher Flüchtlinge am Ende des II. Weltkrieges und heutige Belastungsstörungen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und Psychiatrie*, 13, 112–124.
- Yehuda, R., Bell, A., Bierer, L. M. & Schmeidler, J. (2008). Maternal, not paternal, PTSD is related to increased risk for PTSD in offspring of Holocaust survivors. *Journal of Psychiatric Research*, 42 (13) 1104–1111.
- Zank, S. (2002). Einstellungen alter Menschen zur Psychotherapie und Prädiktoren der Behandlungsbereitschaft bei Psychotherapeuten. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 23 (2), 181–193.

Andreas Maercker (Hrsg.)

Posttraumatische Belastungsstörungen

3., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage

25 Komplizierte Trauer

R. Rosner, B. Wagner

- 25.1 Trauma und Trauer – 442**
- 25.2 Was ist normale Trauer? – 442**
- 25.3 Was ist komplizierte Trauer? – 443**
- 25.4 Zwei Diagnosevorschläge für die komplizierte Trauer – 444**
- 25.5 Differenzialdiagnostik – 446**
 - 25.5.1 Komplizierte Trauer und PTBS – 446
 - 25.5.2 Komplizierte Trauer und Depression – 447
- 25.6 Klinische Diagnostik – 448**
 - 25.6.1 Interviewverfahren – 448
 - 25.6.2 Fragebögen – 448
- 25.7 Therapie – 449**
 - 25.7.1 Frühere Ansätze und Wirksamkeitsstudien – 449
 - 25.7.2 »Complicated Grief Treatment« – 450
 - 25.7.3 Kognitive Verhaltenstherapie – 451
 - 25.7.4 Integrative kognitive Verhaltenstherapie – 452
 - 25.7.5 Internetbasierte Psychotherapie bei komplizierter Trauer – 453
- Literatur – 454**

25.1 Trauma und Trauer

Trauer nach dem Tod einer nahe stehenden Person ist ein normaler, wenn auch häufig sehr schmerzhafter und langwieriger Prozess. Trauer an sich ist daher, trotz ihrer sehr unterschiedlichen Erscheinungsformen und Verläufe keine psychische Störung. Allerdings zeigt ein kleiner Teil der Trauernden eine Symptomatik, die zu Einschränkungen im täglichen Leben führt, die länger andauert und intensiver und schmerzhafter erlebt wird als bei den meisten Trauernden. Für diese Form der abnormen Trauer wurden unterschiedliche Begriffe verwendet, z. B. der Begriff »komplizierte Trauer«. Dieser ist durch eine in Einzelaspekten der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ähnliche Symptomatik gekennzeichnet, unterscheidet sich allerdings in relevanten Aspekten, und zwar vor allem durch den erlebten Trennungsschmerz. Komplizierte Trauer kann teilweise als eine Traumafolgestörung zu verstehen sein – nämlich wenn Verlust und Tod im Rahmen eines traumatischen Ereignisses auftreten. Komplizierte Trauer kann sich aber auch nach nicht im engeren Sinne traumatischen Verlusten entwickeln.

Im Folgenden werden zunächst die normale Trauer und dann die komplizierte Trauer dargestellt. Es folgen Therapieansätze und Behandlungsmöglichkeiten für Patienten, die an komplizierter Trauer leiden.

25.2 Was ist normale Trauer?

Trauer ist eine individuelle Ausdrucksform nach dem Verlust einer nahestehenden Person und kann als ein natürliches und nicht-pathologisches Phänomen bezeichnet werden, das sich nur in Ausnahmefällen zu einer komplizierten Trauer entwickelt. Schätzungsweise entwickeln nur 5–15% aller Trauerfälle eine komplizierte Trauer (Jacobs, 1999). Die Reaktionen nach einem Verlust sind sowohl kulturell als auch individuell sehr unterschiedlich. Der normale Trauerprozess beinhaltet starke Gefühle von Traurigkeit, Sehnsucht nach der verstorbenen Person und wird durch die Todesumstände, intrapsychische und soziale Faktoren beeinflusst.

Definition

Normale Trauer

Eine normale Trauerreaktion beinhaltet meistens eine Kombination negativer Symptome, wie z. B. sozialer Rückzug, häufiges Weinen und Intrusionen, die innerhalb eines bestimmten Zeitkriteriums trotz ihrer Negativität als normal beschrieben werden können.

! Trauer ist ein normales nichtpathologisches Phänomen, das sich nur in Ausnahmefällen zu einer komplizierten Trauerreaktion entwickelt.

Aufgrund dessen ist es häufig schwierig, klare Kriterien bzgl. der Dauer und Intensität verschiedener Symptome für die Diagnose einer komplizierten Trauer festzulegen. Obwohl normale Trauer als sehr schmerzhaft und einschneidend erlebt wird, können sich die Trauernden nach einiger Zeit wieder ihren sozialen Beziehungen und ihrem Alltag zuwenden. Dennoch stellt sich die Frage, wie eine normale Trauerreaktion verläuft. In den vergangenen Jahren gab es eine Reihe von Theorien, die den normalen Trauerprozess zu erfassen versuchten. Allen voran wurden die Phasenmodelle der Trauer als Erklärungsansatz einer »idealen« Trauerverarbeitung genannt (Bowlby, 1961; Freud 1917; Kübler-Ross, 1973; Parkes, 1972). Obwohl diese Phasenmodelle bisher selten empirisch nachgewiesen werden konnten, ist anzunehmen, dass der Trauerprozess einem systematischen Verlauf unterliegt:

1. Nicht-wahr-haben-wollen und Schock,
2. Trennungsschmerz, Zorn und Depression und
3. Akzeptanz.

Exkurs

In der »Yale Bereavement Study« (Maciejewski et al. 2007) wurde versucht, diese Phasentheorien nachzuweisen.

Trauernde wurden über einen Zeitraum von 24 Monaten bzgl. folgender Faktoren untersucht:

- Nicht-wahr-haben-wollen,
- Sehnsucht nach der verstorbenen Person,
- Zorn,
- Depression und
- Akzeptanz.



Diese Faktoren spiegeln die einzelnen nacheinander abfolgenden Phasen der bisher angenommenen Trauerverarbeitung wider. Die Ergebnisse der Studie entsprechen im Wesentlichen dem zeitlichen Verlauf der Trauerindikatoren in den Phasenmodellen, in dem Sinne, dass die Faktoren ihre höchste Ausprägung in der Reihenfolge des Modells erreichten. Allerdings waren die negativen Aspekte der Trauer grundsätzlich geringer ausgeprägt als das Gefühl der Akzeptanz, das bereits in den ersten Monaten dominierte (und nicht etwa das Nicht-wahr-haben-wollen). Alle negativen Symptome zeigten ihren Höhepunkt innerhalb der ersten sechs Monate nach dem Tod und nahmen dann stetig ab.

Unter der Lupe

Phasenmodelle einer normalen Trauerverarbeitung, nach denen Trauer gemäß bestimmten aufeinander folgenden Phasen des Nicht-wahr-haben-wollens, Trennungsschmerzes und der Akzeptanz verläuft, konnten in bisherigen Studien zumindest im Ansatz bestätigt werden.

Ein neueres Modell der Trauerverarbeitung, das die Balance zwischen Trauerarbeit und wiederherstellungsorientierter Zuwendung neuer Aufgaben aufzeigt, ist das **Duale-Prozess-Modell** (Stroebe & Schut, 1999). Danach spielen zwei Verarbeitungsprozesse eine wichtige Rolle und wechseln sich während des Trauerverarbeitungsprozesses kontinuierlich ab:

1. verlustorientiertes Verarbeiten (z. B. Trauerarbeit, Auflösen der Bindung zur verstorbenen Person) und
2. wiederherstellungsorientiertes Bewältigen (z. B. neue Rollen und Beziehungen aufnehmen, neue Dinge unternehmen).

Das Duale-Prozess-Modell beschreibt die fortwährende Oszillation zwischen verlustorientierter und wiederherstellungsorientierter Bewältigung.

Individuelle Unterschiede erschweren also eine allgemeingültige Definition einer normalen Trauer. Vor allem die Frage, ab wann eine Trauerverarbeitung pathologisch wird, wurde in zahlreichen Stu-

dien untersucht (s. Überblick bei Kersting et al., 2001). Die Ergebnisse geben sehr unterschiedliche Zeitgrenzen an: In früheren Studien (Lindemann, 1944) hielt man den Trauerprozess bereits nach einigen wenigen Monaten für abgeschlossen, in anderen Studien lag das Zeitkriterium wiederum bei 13 Monaten (Byrne u. Raphael, 1994; Middleton et al., 1996). In einer weiteren Studie konnte gezeigt werden, dass auch 10 Jahre nach dem Verlust einer nahestehenden Person, die Hinterbliebenen sich noch häufig mit der verstorbenen Person beschäftigten oder von ihr träumten (Zisook, Shuchter & Lyons, 1987). Das heißt, Trauernde können auch in einem normalen Trauerprozess unter Umständen eine lang anhaltende negative Symptomatik erleben.

25.3 Was ist komplizierte Trauer?

Wissenschaftler und Praktiker haben in den vergangenen Jahren die komplizierte Trauer mit einer Reihe von Termini und Subtypen beschrieben. Vor allem zwei Forschergruppen (Horowitz et al., 1997; Horowitz et al., 2003; Prigerson et al., 1995b) bemühten sich in den letzten Jahren darum, valide diagnostische Kriterien zu entwickeln, die der Vielfalt der Symptomatik gerecht werden. So wurde der Prozess einer nicht normal verlaufenden Trauerreaktion mit folgenden Termini besetzt:

- **pathologische** Trauer (Horowitz, 1993),
- **komplizierte** Trauer (Horowitz et al., 1997; Horowitz et al., 2003; Prigerson et al., 1995a) und
- **traumatische** Trauer (Jacobs, 1999; Prigerson et al., 1997; Shear et al., 2001).

Als problematisch kann angesehen werden, dass die beiden Arbeitsgruppen den Begriff der komplizierten Trauer zu häufig den neuen Umständen oder Entwicklungen entsprechend änderten. So nannte Horowitz die **komplizierte** Trauer zunächst **pathologische** Trauer (Horowitz 1993) und schloss sich später der Definition von Prigerson et al. an, die die Definition **komplizierte** Trauer (Prigerson et al., 1995a, b) wählten, da diese die ungeklärten Aspekte und Komplikationen des Trauerprozesses besser widerspiegelte. Von 1997–2001 wurde in den Veröffentlichungen vor allem von **traumatischer** Trauer gesprochen (Prigerson et al., 1997; Shear et al., 2001).

Veränderung des Terminus

- Pathologische Trauer (Horowitz 1993)
- Komplizierte Trauer (Horowitz et al. 1997; Prigerson et al. 1995a)
- Traumatische Trauer (Prigerson et al. 1997)
- Prolongierte Trauer (Prigerson, Vanderwerker u. Maciejewski 2007)

Nach den Ereignissen des 11. September 2001 entschied sich die Forschergruppe von Prigerson et al., wieder zu dem Begriff der **komplizierten** Trauer zurückzukehren, da die Terminologie »traumatisch« zu viel Ähnlichkeit mit der PTBS aufzeigte. Seit 2007 entschied sich die Forschergruppe von Prigerson et al. erneut zu einer Umbenennung der Terminologie (Prigerson et al., 2007). In neueren Veröffentlichungen wird nun die **komplizierte** Trauer **prolongierte** Trauer genannt. Die Verwirrung um die vielen verschiedenen Termini spiegelt vor allem eines wider: die offensichtliche Schwierigkeit, der nicht normal verlaufenden Trauer eine Normierung zu geben, und sei es nur eine einheitliche Begrifflichkeit. Im Folgenden wird in diesem Artikel der Ausdruck **komplizierte** Trauer verwendet.

Die Diagnose komplizierte Trauer ist bisher weder im DSM-IV noch im ICD-10 als eigenständige diagnostische Kategorie aufgenommen. Allerdings konnten zahlreiche Studien in den vergangenen Jahren aufzeigen, dass sich komplizierte Trauer deutlich in der Symptomatologie von Depression (Boelen & Bout, 2005) und PTBS (Boelen, Hout & Bout, 2008) unterscheidet.

! Die Diagnose der komplizierten Trauer ist bisher nicht als eigenständige diagnostische Kategorie im DSM-IV oder in der ICD-10 aufgenommen.

Derzeit wird diskutiert, die komplizierte Trauer in die nächste Version des DSM mit aufzunehmen. Welche Vorteile brächte eine Aufnahme der komplizierten Trauer in die bestehenden diagnostischen Klassifikationssysteme? Ein wichtiges Argument für die Schaffung eigenständiger diagnostischer Kriterien ist die Verbesserung empirisch validierter diagnostischer Instrumente. Diese könnten sowohl dazu beitragen, Risikofaktoren zu identifizieren, als auch Interventionen für entsprechende Risikogruppen zu

entwickeln und zu überprüfen. Beispielsweise könnten effektivere Therapien für bestimmte Trauergruppen entwickelt werden und »normal« Trauernde identifiziert werden, die für ihren Trauerprozess keine Psychotherapie oder professionelle Unterstützung benötigen. Eine Reihe von Studien konnte nachweisen, dass diejenigen die einen normalen Trauerprozess durchleben, durch eine Therapie häufig sogar Schaden nehmen (Bonanno, 2004). Dies weist auf die besondere Bedeutung der Verbesserung der diagnostischen Möglichkeiten hin. Allerdings gibt es auch kritische Argumente gegen eine Aufnahme der komplizierten Trauer in die nächste Ausgabe des DSM. Kritiker befürchten vor allem eine Pathologisierung der normalen Trauer.

Obwohl die positiven Aspekte eines einheitlichen Diagnosekriteriums überwiegen, erschwert die individuelle und kulturelle Vielfalt der Symptomatik eine Eingrenzung der komplizierten Trauer. So unterscheiden sich z. B. Trauerreaktion und Bewältigung dahingehend, welche Beziehung zur verstorbenen Person bestand. Eltern, die ihr Kind verloren haben oder der Verlust eines Ehepartners können jeweils andere Formen des Trauerprozesses hervorrufen. Ein weiterer wichtiger Faktor sind die unterschiedlichen Stressfaktoren nach dem Verlust, wie z. B. die ökonomische oder familiäre Situation. Ein weiteres Problem stellt die Überlappung von Trauer und Trauma dar.

25.4 Zwei Diagnosevorschläge für die komplizierte Trauer

Zwei Forschergruppen (Horowitz et al., 1997; Prigerson et al., 1995b) haben sich besonders in den vergangenen Jahren in den Bemühungen nach eigenständigen diagnostischen Kriterien hervorgetan. Im Folgenden werden beide Ansätze kurz dargestellt.

Definition der komplizierten Trauer nach Horowitz et al.

Die Forschergruppe um Horowitz ist vor allem durch ihre Arbeiten im Bereich der PTBS bekannt. Dies erklärt auch die theoretische Nähe der Definition der komplizierten Trauer zum Stress-Reaktions-Modell. Nach Horowitz et al. entwickeln sich sowohl die komplizierte Trauer, als auch die Anpassungsstö-

Diagnostische Kriterien nach Horowitz et al. (1997)

■ Komplizierte Trauer

A) Ereigniskriterium

Der Trauerfall muss mindestens 14 Monate zurückliegen; der Trauerfall schließt den Verlust des Gatten oder der Gattin, eines nahen Verwandten oder des Intimpartners ein.

B) Anzeichen und Symptomkriterien

In den letzten drei Monaten sollen täglich mindestens drei der folgenden sieben Anzeichen mit einer Intensität auftreten, die das tägliche Funktionieren beeinträchtigen:

B1: Intrusive Phänomene

- Intrusive Fantasien, ungewollte Gedanken, welche die Beziehung mit dem oder der Verstorbenen zum Inhalt haben

- Erinnerungsattacken oder emotionale Schübe (»spells«) in Bezug auf die Beziehung mit der verstorbenen Person

- Intensive Sehnsucht oder der Wunsch, dass die verstorbene Person anwesend sei.

B2: Anzeichen von Vermeidung und Anpassungsprobleme

- Einsamkeit oder das Gefühl innerer Leere
- Exzessives Vermeiden von anderen Personen, von Plätzen oder Aktivitäten, die mit der verstorbenen Person in Verbindung standen
- Unüblich starke Schlafschwierigkeiten
- Verlust des Interesses an Arbeit, sozialen Aktivitäten, Erziehung und sozialen Verpflichtungen in einem maladaptiven Ausmaß

zung und die PTBS aufgrund eines vorangegangenen Stressors (► Übersicht). In einer ersten Langzeitstudie (Horowitz et al., 1984) konnten folgende Symptomcluster für die komplizierte Trauer gefunden werden:

- Intrusionen,
- Vermeidungsverhalten und
- Anpassungsprobleme an den Verlust.

Definition der komplizierten Trauer nach Prigerson et al.

Parallel zu den Entwicklungen von Horowitz et al. begann eine zweite Forschergruppe (Prigerson et al., 1995a) die Symptome der komplizierten Trauer empirisch zu evaluieren, nachdem sie ein Symptomcluster gefunden hatte, das sich qualitativ von der Depression und Angst nach dem Tod einer nahestehenden Person unterschied. Sie entwickelte im Anschluss daran ein Messinstrument, das »Inventory of Complicated Grief« (ICG; Prigerson et al., 1995b). Im Jahre 1997 wurde eine Konsensuskonferenz (Prigerson et al., 1999) einberufen, um die diagnostischen Kriterien für komplizierte Trauer weiter zu spezifizieren (Jacobs, 1999; ► Übersicht).

Vergleich der beiden diagnostischen Ansätze

Die diagnostischen Kriterien, die von den beiden Forschergruppen vorgeschlagen wurden, unterscheiden sich in einer Reihe von Inhalten. So spielt bei den Kriterien von Prigerson et al. die Trennungsangst und die Sehnsucht nach der verstorbenen Person eine wichtige Rolle, während bei Horowitz et al. die Vermeidung eines der Hauptkriterien ist. Prigerson et al. hatten hingegen das Vermeidungsverhalten nicht mit in die Konsensuskriterien aufgenommen. Ein weiterer wichtiger Unterschied ergibt sich durch das Zeitkriterium. Während bei Prigerson et al. die Symptombdauer mindestens 2 Monate bestehen muss, fordern Horowitz et al. einen Zeitraum von mindestens 14 Monaten nach dem Verlust. In einer deutschsprachigen epidemiologischen Studie wurden beide Diagnosekriterien im Bezug auf ihre Prävalenz erhoben (Forstmeier & Maercker, 2007). Die Ergebnisse zeigten, dass die Diagnosekriterien von Prigerson et al. konservativer definiert sind, als das Kriterium von Horowitz et al. Das heißt, die Wahrscheinlichkeit, eine Diagnose für komplizierte Trauer nach Horowitz et al. zu erhalten, ist wesentlich höher als nach Prigerson et al. Diese Unterschiede zeigen auf, dass die beiden Diagnosekri-

Diagnostische Kriterien nach Jacobs u. Prigerson (1999)**■ A-Kriterium**

Die Person hat den Tod einer ihr nahe stehenden Person erfahren. Die Reaktion beinhaltet drei der vier unten angeführten Symptome, die mindestens manchmal vorkommen:

- intrusive Gedanken bzgl. der verstorbenen Person
- sich nach der verstorbenen Person sehnen, nach ihr verlangen
- nach der verstorbenen Person suchen
- Einsamkeit in der Folge des Verlustes

■ B-Kriterium

Als Reaktion auf den Verlust sind mindestens vier der folgenden acht Symptome klar und andauernd feststellbar:

- Gefühl, das Leben sei zwecklos oder die Zukunft sinnlos
- Gefühl emotionaler Taubheit, sich niemandem und keiner Sache zugehörig fühlen, emotional nicht mehr reagieren können
- Schwierigkeiten, den Tod akzeptieren zu können, Unglauben

- Gefühl, das Leben sei sinnlos und leer
- Gefühl, ein Teil von einem selbst sei gestorben
- zerbrochenes Lebensgefühl und Lebensperspektive (kein Gefühl der Sicherheit, Vertrauen oder Kontrolle).
- Übernahme von Verhaltensweisen oder Symptomen der verstorbenen Person oder Verhalten, das mit der verstorbenen Person eng verbunden ist
- exzessive Reizbarkeit, Ärgerreaktionen, Bitterkeit oder Ärger gegenüber der verstorbenen Person

■ C-Kriterium

Die genannten Störungen oder Symptome dauern während mindestens zweier Monate an.

■ D-Kriterium

Die Störung verursacht klinisch relevante Einbußen psychischen Funktionierens in sozialen Bereichen, im Beruf oder in anderen wichtigen Lebensbereichen

terien sich deutlich unterscheiden und eine einheitlichere Diagnostik für die Forschung und Praxis wünschenswert wäre.

25.5 Differenzialdiagnostik

Obwohl es eine häufige Überlappung von komplizierter Trauer und komorbiden Störungen gibt, konnte gezeigt werden, dass komplizierte Trauer sich von trauerspezifischer Depression, Angst oder PTBS unterscheidet (Boelen, Bout & Keijsers, 2003). Im Folgenden soll ein Überblick über die differenzialdiagnostischen Unterschiede gegeben werden.

25.5.1 Komplizierte Trauer und PTBS

Ähnlich wie bei der PTBS ist ein ätiologisches Ereignis, das Trauma bzw. der Tod einer nahestehenden Person, Teil des Syndroms. Aus diesem Grund stellt sich die grundlegende Frage, inwieweit sich der Tod

einer nahestehenden Person und ein traumatisches Erlebnis voneinander unterscheiden. Der Zusammenhang zwischen Trauma und Tod eines Menschen kann im Hinblick auf die Differenzialdiagnostik unterschiedlich interpretiert werden (Stroebe, Schut & Finkenauer, 2001). Ein Versuch einer Klassifizierung ist, dass der Verlust einer nahestehenden Person einem traumatischen Ereignis zugeordnet wird und aus diesem Grund pathologische Trauerreaktionen unter die Klassifizierung einer PTBS fallen (Figley, Bride & Mazza, 1997). Ein weiterer Vorschlag von Green berücksichtigt, dass es eine große Überlappung zwischen einer PTBS und einer komplizierten Trauer geben kann, und er schlägt deshalb vor, dass die Diagnose der komplizierten Trauer auf der Art und Weise der Todesumstände basiert (Green, 2000).

Definition

Schließlich gibt es noch die Definition, nach der komplizierte Trauer als Folge von traumatischen und nichttraumatischen Verlusten entstehen kann (Horowitz et al., 1997). Diese Definition bildet heute die Grundlage in der wissenschaftlichen Forschung im Bereich der komplizierten Trauer.

Betrachtet man die Symptomatik der komplizierten Trauer fallen vor allem die PTBS-ähnlichen Symptome auf, wie z. B. intrusive Symptome an die verstorbene Person, das Vermeiden von Erinnerungen an die verstorbene Person und Gefühlsstarre seit dem Verlust.

Das Vermeidungsverhalten bezieht sich allerdings im Gegensatz zur PTBS nicht nur auf ein spezifisches Ereignis (z. B. traumatisches Ereignis, Todesumstände), sondern schließt sowohl das Vermeiden an Erinnerungen ein, die mit der verstorbenen Person in Zusammenhang stehen, als auch das Vermeiden, wieder mit dem Leben voranzugehen. Sehr häufig werden z. B. in Familien Gespräche über die verstorbene Person vermieden. Kaum eine Rolle bei der komplizierten Trauer spielt das PTBS-Symptom der Übererregtheit und die Angst vor dem Wiedererleben des traumatischen Ereignisses. Im Gegensatz dazu werden die Hauptsymptome der komplizierten Trauer, wie z. B. die starke Sehnsucht oder das Verzehren nach der verstorbenen Person, nicht notwendigerweise nach einem Trauma ebenso erlebt.

! Sowohl PTBS als auch komplizierte Trauer haben Intrusionen als wichtiges Kernsymptom, auch wenn sie sich qualitativ unterscheiden können.

Intrusionen der PTBS beinhalten negative und belastende Erinnerungen des traumatischen Ereignisses, wohingegen die Intrusionen bei der komplizierten Trauer normalerweise die verstorbene Person beinhalten, die auch als positiv und tröstend erlebt werden können. Diese positiven Intrusionen können für den Trauernden so überwältigend sein, dass sie ihn daran hindern können, sich der neuen Situation ohne die verstorbene Person anzupassen und neu zu orientieren.

! Eine Reihe von Studien konnten zeigen, dass es wenig Überlappung gibt zwischen der Diagnose einer PTBS und der einer komplizierten Trauer (Forstmeier & Maercker, 2007; Silverman, Johnson & Prigerson, 2001).

Silverman et al. (2001) stellten vier Monate nach dem Verlust bei 18% der Trauernden die Diagnose der komplizierten Trauer und bei 7% die einer PTBS.

25.5.2 Komplizierte Trauer und Depression

Die komplizierte Trauer beinhaltet häufig Symptome einer depressiven Verstimmung, die eine Differenzialdiagnostik zwischen den beiden Störungsbildern häufig erschweren. Ferner wird oft davon ausgegangen, dass Depression und komplizierte Trauer gemeinsam auftreten. Obwohl eine Unterscheidung schwierig sein kann, konnte inzwischen nachgewiesen werden, dass komplizierte Trauer und Depression einen unterschiedlichen klinischen Verlauf und eine andere Symptomatik aufweisen (Boelen & Bout, 2005). So zeigen z. B. EEG-Befunde bei an komplizierter Trauer leidenden Personen eine andere Schlafphysiologie, als bei Menschen, die an einer Depression erkrankt sind (McDermott, Prigerson u. Reynolds 1997). Des Weiteren konnte bei komplizierter Trauer keine Wirkung von trizyklischen Antidepressiva nachgewiesen werden (Jacobs, Nelson u. Zisook, 1987). Diese Befunde lassen auf eine unterschiedliche zugrunde liegende Neurophysiologie der komplizierten Trauer schließen.

Unter der Lupe

Dennoch treten die komplizierte Trauer und die Depression häufig komorbid auf. Dies belegt auch eine Studie von Melhem et al. (2001), in der 52% der Personen, die an komplizierter Trauer litten, auch die Diagnose einer Depression erhielten.

Eine Intervention sollte daher entsprechend angepasst werden.

! Das heißt aber auch, dass eine pharmakologische Behandlung die komplizierte Trauersymptomatik nicht reduzieren kann.

25.6 Klinische Diagnostik

Obwohl es scheinbar zahlreiche Messinstrumenten zur Abbildung von Trauerprozessen gibt, leidet dieser Bereich der Diagnostik an einer Reihe von Problemen. Zum einen wurden nur wenige Instrumente theoriegeleitet entwickelt, d. h. sie basieren auf klinischen Beobachtungen und Erfahrungen. Zur Psychometrie der Verfahren liegt häufig wenig vor. Diese bedeutet, dass die Verfahren häufig keine klare Faktorenstruktur haben, die Items nicht aufgrund von Itemkennwerten revidiert und angepasst wurden und dass divergente und konvergente Validität nicht gut geklärt sind. Entsprechend eignen sich die wenigsten Verfahren zur Unterscheidung zwischen komplizierter und normaler Trauer. Innerhalb der Verfahren zur normalen Trauer dürfte das »**Revised Texas Interview of Grieving**« (Faschingbauer et al., 1987) das am besten evaluierte Verfahren sein. Für eine Übersicht zum Thema Messinstrumente bei Trauer allgemein empfiehlt sich der Artikel von Kersting et al. (2003).

In den letzten Jahren wurden basierend auf den Konstrukten komplizierte Trauer, traumatische Trauer und prolongierte Trauer unterschiedliche Messinstrumente entwickelt, die zwischen den jeweils pathologischen Formen und normalen Formen der Trauer unterscheiden sollen. Diese Verfahren sollen hier besprochen werden.

25.6.1 Interviewverfahren

Im Bereich der Interviewverfahren sind aktuell zwei Interviews verbreitet, die sich auf die jeweiligen Kriterien zur komplizierten und traumatischen Trauer beziehen:

- Entsprechend dem oben dargestellten Modell von Horowitz et al. (1997) wurden Items zu den Symptomgruppen gebildet, die »**Complicated Grief-Symptoms-Questions**« (CGQ), und an das Interviewformat des **strukturierten klinischen Interviews für DSM-IV** (SKID) angegliedert (Horowitz et al., 1997). Dieses CGQ-strukturierte diagnostische Interview mit 30 Fragen, als Ergänzung des »**Structured Clinical Interviews**« für die »DSM-III-R-Non-Patient Edition« (SCID-NP; Spitzer, Williams & Gibbon,

1990), wurde ins Deutsche übertragen. In einer deutschen Erhebung konnte das Stress-Reaktions-Modell der komplizierten Trauer bestätigt werden (Langner & Maercker, 2005).

- Bei dem zweiten Interviewverfahren, dem »**Traumatic Grief Evaluation of Response to Loss**« (Prigerson & Jacobs, 2001), handelt es sich um ein strukturiertes klinisches Interview, das die Diagnose einer traumatischen Trauer basierend auf den Kriterien von Prigerson, Shear et al. (1999) ermöglicht. In der ersten Version lag dabei die geforderte Beeinträchtigungsdauer bei zwei Monaten. Die Beeinträchtigungsdauer wurde in verschiedenen Veröffentlichungen modifiziert, da die Werte nach sechs Monaten als stabiler bewertet wurden (z. B. Boelen, Keijser, Hout & Bout, 2007). Prigerson (2004) empfiehlt die Diagnose einer komplizierten Trauer, wenn fünf oder mehr Symptome vorliegen. Eine umfangreiche Evaluation dieses Messinstruments steht derzeit noch aus.

25.6.2 Fragebögen

Das in den letzten Jahren am häufigsten verwendete Maß, das »**Inventory of Complicated Grief**« (ICG; (Prigerson et al., 1995b; deutsche Version: Rosner, 2002) ist angelehnt an die von Prigerson et al. veröffentlichten Kriterien zur komplizierten Trauer (Prigerson et al., 1995). Hier handelt es sich um einen Fragebogen mit 19 Items, der eine zufriedenstellende interne Konsistenz von 0.94 und eine Test-Retest-Reliabilität von 0.80 aufweist. Werte über 25, die in der Evaluationsstichprobe die oberen 20% der Werteverteilung beschreiben, gelten dabei als Indikator für eine traumatische Trauer. Die abgefragten Symptome beinhalten andauernde Beschäftigung mit

- dem Verlust,
- Sehnsucht,
- Suchverhalten,
- Unfähigkeit den Verlust zu akzeptieren,
- Ärger,
- Bitterkeit,
- Neid,
- Unglauben,
- intensiver Einsamkeit,

- innerer Leere,
- Benommenheit,
- Schwierigkeiten anderen Personen zu vertrauen,
- Vermeidung von Erinnerungsreizen,
- Hören der Stimme oder
- Sehen des Verstorbenen.

Als Zeitkriterium wird hier eine Zeitspanne von zwei Monaten angegeben. Prigerson u. Jacobs (2001) veröffentlichten eine revidierte und erweiterte Form des ICG mit 29 Items. Auch hier existieren Versionen mit unterschiedlichen Zeitkriterien.

! International ist das ICG in der Fragebogenform das am weitesten verbreitete Instrument. Allerdings liegen auch hier verschiedene Versionen vor und eine zufriedenstellende psychometrische Evaluation im deutschen Sprachraum steht noch aus.

25.7 Therapie

25.7.1 Frühere Ansätze und Wirksamkeitsstudien

Die Effektivitätsforschung zur komplizierten Trauer leidet unter der Begriffsvielfalt und der mangelnden Differenzierung zwischen pathologischer und normaler Trauer. Entsprechend unterscheiden die veröffentlichten Metaanalysen zur Behandlungseffektivität bei Trauer nicht zwischen Befunden zu pathologischen Prozessen und normalen Prozessen.

In den Jahren 1999 und 2000 erschienen drei Metaanalysen zum Thema Behandlungseffektivität (Allumbaugh & Hoyt, 1999; Kato & Mann, 1999; Fortner, 2000) und 2004 wurde ein narrativer Übersichtsartikel veröffentlicht (Forte et al. 2004). Insgesamt waren die Effektstärken bei den Metaanalysen, die nur randomisierte kontrollierte Studien berücksichtigten, klein ($d=0.11$ bei Kato & Mann, 1999; $d=0.13$ bei Fortner, 2000). Eine weitere Metaanalyse zeigte zwar einen mittleren Effekt, beinhaltete aber auch unkontrollierte Studien ($d=0.43$ bei Allumbaugh & Hoyt, 1999). Da sich aber Kennzeichen und Intensität der Trauer insbesondere im ersten Jahr nach dem Verlust meist von selbst stark zurückentwickeln (Wortman & Silver, 1989), ist es insbesonde-

re im Bereich der Trauer notwendig, kontrollierte Studien durchzuführen: Eine Intervention muss gegenüber dem normalen Verlauf bessere Ergebnisse zeigen.

Kato u. Mann (1999) berücksichtigten in ihrer Metaanalyse 13 kontrollierte Studien und konnten zeigen, dass die Interventionen in verschiedenen Symptombereichen unterschiedlich wirksam waren: während sich für somatische Symptome insgesamt eine kleine Effektstärke von 0.27 fand, blieben Trauer- und Depressionssymptome mit einer Effektstärke von 0.05 praktisch unverändert. In der gleichen Arbeit analysierten die Autoren die Studien auch getrennt nach Interventionstyp, wobei sich noch die besten Ergebnisse für solche Gruppentherapien fanden, in denen die gegenseitige Unterstützung durch Betroffene im Vordergrund stand (»support groups«; $d=0.30$). Betrachtet man die untersuchten acht Studien jedoch genauer, dann erbrachten sechs davon praktisch keinen messbaren Behandlungserfolg und bei einer der beiden anderen errechnete sich der Behandlungserfolg nicht zuletzt dadurch, dass die Wartelistenkontrollgruppe sich nicht über die Zeit verbesserte, was eher ungewöhnlich ist. Interessant ist bei diesen Ergebnissen noch, dass im direkten Vergleich zur Gruppentherapie die in zwei Studien untersuchte Behandlungsbedingung »gemeinsame soziale Aktivitäten« sich als wenig hilfreich erwies und sich dabei sogar eine negative Effektstärke fand ($d=-0.35$).

In einer neueren Literaturübersicht (Rosner & Hagl, 2007), die auf einer Metaanalyse aller Studien bis zum Jahr 2006 beruht (Rosner, Hagl & Kruse, 2008) wurden mehr als 50 Studien mit randomisiertem und kontrolliertem Design berücksichtigt. Insgesamt zeigte sich, dass sich die allgemeine Effektivität der Interventionen nicht wesentlich verbessert hat. Ebenso wie in den oben erwähnten Metaanalysen liegen die Effekte immer noch im kleinen Bereich, obwohl sich die Zahl der vorhandenen Studien mehr als verdoppelt hat. Dies ist nicht weiter verwunderlich, da die meisten Studien einem Präventionsansatz folgen und im Präventionsbereich Effekte generell kleiner sind als im Bereich der Psychotherapie. In einer typischen Studie aus dieser Gruppe wird allen Trauernden eine psychotherapeutische Intervention angeboten, egal ob die Trauernden Symptome über das normale Maß hinaus zeigen,

eine Beeinträchtigung in verschiedenen psychosozialen Bereichen zeigen oder besonders lange trauern (z. B. mehrere Jahre nach dem Verlust). Studien, die vom Design her einer indizierten Prävention zuzuordnen sind, zeigen eine etwas höhere Effektivität. Studien dieser Gruppe verwenden üblicherweise »ein« erschwerendes Kriterium. Die Patienten sollten etwa eine bestimmte generelle Symptomschwere haben oder sollten etwa die Kriterien für eine Major Depression erfüllen. Manche Studien verwenden auch einen bereits bekannten Prädiktor der komplizierten Trauer als Aufnahmekriterium. So weiß man, dass es bei sog. traumatischen Todesfällen (also plötzlich und unerwartet oder durch Gewalteinwirkung) oder nach einem Suizid bei den Hinterbliebenen häufiger zu schweren oder komplizierten Trauerverläufen kommt. Bei Personen, die in diese Gruppen fallen, könnte man von »indizierter Prävention« sprechen.

Die besten Effektstärken werden dann gefunden, wenn die Patienten die Kriterien für komplizierte Trauer erfüllen. Leider finden sich in dieser Kategorie bisher nur wenige Studien. Einer Einteilung für Interventionen nach Verlusten stellt [Abb. 25.1](#) dar.

Eine beispielhafte Darstellung besonders erfolgreicher Interventionen (also Interventionen, für die sich große Effektstärken im Vergleich mit unbehandelten Kontrollen fanden) aus allen drei Bereichen findet sich bei Rosner u. Hagl (2007). Im Folgenden sollen nun einige aktuelle, vielversprechende Inter-

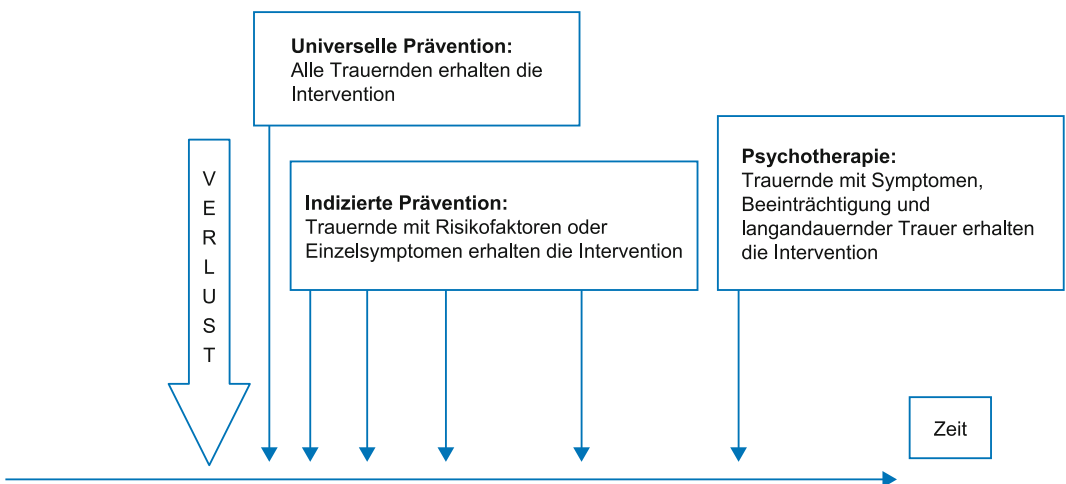
ventionen aus dem Bereich der Psychotherapie komplizierter Trauer vorgestellt werden. Entsprechend dem aktuellen Entwicklungsstand zur komplizierten Trauer muss aber kritisch angemerkt werden, dass zu kaum einer vorgeschlagenen Intervention mehr als eine Studie vorliegt, und daher die Wirksamkeit insgesamt noch nicht abschätzbar ist.

25.7.2 »Complicated Grief Treatment«

Der Ansatz des »Complicated Grief Treatment« (CGT) besteht aus drei Therapiephasen (Shear et al., 2001, 2005), mit insgesamt 14–18 Doppelstunden.

- In Phase 1 (etwa drei Sitzungen) steht das Sammeln von Informationen, der Aufbau der therapeutischen Beziehung, Psychoedukation und die Planung der Intervention im Vordergrund.
- Phase 2 besteht aus Exposition, strukturierter Verhaltensänderung und einer aktiven Arbeit an den Erinnerungen.
- Phase 3 beinhaltet entweder weiter Exposition oder Interventionen aus der interpersonalen Therapie (IPT).

In Phase 1 wird die Beziehungsgeschichte erhoben und eine umfangreiche Diagnostik durchgeführt. Weiterhin werden der Patient und eine nahestehende Person, meist ein Familienmitglied, über die Behandlung aufgeklärt und der Therapeut entwickelt



■ **Abb. 25.1.** Schematische Darstellung von Prävention und Intervention nach Verlusten. (Aus Rosner & Hagl, 2007, S. 50)

zusammen mit dem Patienten individuelle Ziele und Pläne, wie diese Ziele erreicht werden können.

! **Besonders wichtig ist, dass der Therapeut die Tiefe der Trauer und die Ziele des Patienten bzgl. seiner Trauerintensität anerkennt.**

Die Autoren (Shear, Zuckoff & Frank, 2001) betonen, dass manche »traumatisch-trauernden« Personen nur ungern in Behandlung gehen und/oder daher ungern dem Behandlungsrational folgen. Aus diesem Grund werden Aspekte der sog. motivationsfördernden Interviewmethoden verwendet, um eine mögliche Ambivalenz aufzudecken und aufzulösen. Diese Vorgehensweise wird während der gesamten Therapie beibehalten. Da sich Patienten mit komplizierter Trauer häufig von Freunden und Verwandten isoliert haben, wird in einer der Sitzungen eine nahestehende Person hinzugezogen, die an einigen der Expositionsübungen teilnimmt. Dieses Vorgehen dient der Stärkung und Wiederherstellung des sozialen Unterstützungssystems.

Die zweite Phase der CGT dauert ca. sechs Sitzungen und enthält die eigentliche aktive Behandlung der Trauersymptome. Shear et al. verwenden dabei eine Exposition in sensu, angelehnt an Foa u. Rothbaum (1998), die sich meist auf den Tod und seine Begleitumstände bezieht. Diese wird mit einer Intervention zur Verhaltensänderung kombiniert, die ähnlich einer Konfrontation in vivo durchgeführt wird. Beide Interventionen verlaufen geplant und strukturiert. Ähnlich zu dem von Foa u. Rothbaum vorgeschlagenen Vorgehen werden die einzelnen prolongierten Expositionen innerhalb kurzer Zeit immer wieder wiederholt, solange, bis die emotionale Intensität des Erlebens nachlässt. Während die ersten Expositionen für den Patienten sehr schmerzhaft sind, verringert sich die Belastung meist relativ schnell und die Exposition wird nur noch für die am intensivsten erlebten Gedanken und Erinnerungen wiederholt. Mit der erfolgreichen Exposition kommt es zu einer kohärenteren und vollständigeren Narration des Verlustereignisses. Dies führt wiederum zu einer Verringerung der Verwirrung über den Tod und letztlich zur Akzeptanz des Geschehens. Schuld, Scham und andere für den Patienten unangenehme Emotionen und Kognitionen, die während der Exposition auftauchen, werden dadurch neu bewertet.

Eine ähnliche, aber fast entgegengesetzte Problematik ist die Besessenheit, mit der manche Trauernden immer wieder an der Erinnerung des Verstorbenen hängen. Dieses Verhalten schützt zwar vor Verlustgefühlen, verhindert aber, dass sich der Trauernde auf neue soziale Aktivitäten und Beziehungen einlässt. Die Expositionsübungen zielen in diesem Fall auf Trennungsgänge und Schuldgefühle ab. Ein weiteres Ziel der Behandlung ist der Aufbau von positiven und tröstenden Erinnerungen an den Verstorbenen. Manchmal entwickeln sich diese positiven Erinnerungen nach den Expositionsübungen spontan, manchmal müssen diese therapeutisch stimuliert werden. Im letzteren Falle bittet der Therapeut den Patienten, Bilder des Verstorbenen mitzubringen. Erinnerungen werden besprochen und der Therapeut betont positive und tröstende Erinnerungen. Negative Erinnerungen werden dann berücksichtigt, wenn sie Trost spenden.

In Phase 3 wird weiter mit Exposition gearbeitet oder es werden IPT-Interventionen bezogen auf Rollenübergänge verwendet.

Shear et al. (2005) nutzte als Kontrollbedingung die IPT. Beim Vergleich der beiden Therapieformen mit 49 Patienten in der Komplizierten-Trauer-Intervention und 46 Patienten in der IPT-Bedingung zeigten sich hohe Abbruchraten (um die 26% in beiden Bedingungen). In der Completer-Analyse zeigte sich eine Überlegenheit der CGT. Allerdings profitierten nur 51% der Teilnehmer von der Intervention.

25.7.3 Kognitive Verhaltenstherapie

Boelen et al. (2006, 2007) erarbeiten ein kognitives Modell der komplizierten Trauer und leiten aus dem Modell ihre Interventionen ab. Zentral sind dabei drei Prozesse, die in Zusammenhang mit der komplizierten Trauersymptomatik und im Rahmen einer Verbesserung der Symptomatik bearbeitet werden müssen:

- Prozess 1: Elaboration und Integration des Verlustes,
- Prozess 2: dysfunktionale Überzeugungen und Interpretationen und
- Prozess 3: ängstliches und depressives Vermeidungsverhalten.

In der ersten Phase werden eine Reihe trauerspezifischer Informationen erhoben, wie etwa, ob der Verlust als vorübergehend oder als dauerhaft empfunden wird, oder welche Charakteristika die Intrusionen haben. Maladaptive Kognitionen werden erfasst. Gleichzeitig erfolgt eine Psychoedukation und die Normalisierung der Symptome. Zentral für die Behandlung ist die Erfassung, welche und wie die drei Prozesse die Symptomatik aufrechterhalten. Als Behandlungsfokus wird der Prozess gewählt, der den größten Beitrag zur Aufrechterhaltung der Symptomatik liefert. Sollte dies Prozess 1 sein, wählen die Autoren Exposition in sensu (ähnlich Foa & Rothbaum, 1998). Um eine emotionale Überflutung zu vermeiden, gehen die Therapeuten graduiert vor und verwenden auch Schreibaufgaben. In-vivo-Exposition wird bei Bedarf verwendet, also wenn eine Vermeidung von Erinnerungstriggern vorliegt. Sollten dysfunktionale Gedanken den Behandlungsfokus bilden, werden die üblichen Methoden einer kognitiven Umstrukturierung verwendet.

Boelen et al. untersuchten ihre Intervention in einer Studie an 54 kompliziert Trauernden. Diese wurden entweder einer kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) oder einer supportiven Therapie zugeordnet. Innerhalb der KVT gab es nochmals zwei unterschiedliche Behandlungsabfolgen: Gruppe 1 erhielt sechs Stunden kognitive Umstrukturierung gefolgt von sechs Stunden Exposition. Gruppe 2 erhielt zuerst die Exposition und dann die Umstrukturierung.

Unter der Lupe

Beide KVT-Interventionen waren der supportiven Therapie sowohl in Bezug auf die Trauersymptome, als auch der allgemeinen psychischen Belastung überlegen. Innerhalb der KVT zeigte sich die Kombination aus Exposition und KVT der umgekehrten Reihenfolge überlegen.

25.7.4 Integrative kognitive Verhaltenstherapie

Basierend auf den Interventionen von Shear et al. und dem Ansatz von Wagner et al. (2006) sowie auf den Befunden der Metaanalyse wurde eine integrative-kognitive Verhaltenstherapie entwickelt, die sich

derzeit in der Erprobungsphase befindet (Rosner, 2009). Das stationäre Manual enthält zusätzlich zur KVT kunsttherapeutische Elemente und besteht aus insgesamt elf Doppelstunden. Das ambulante Manual besteht aus 20 Einzelstunden, gefolgt von bis zu drei Auffrischungsstunden und kann mit Einzelinterventionen aus der systemischen Therapie und der Gestalttherapie erweitert werden. Vorläufige Ergebnisse zur Evaluation der Intervention sind vielversprechend.

Ähnlich der Intervention von Shear et al. (2001) und Wagner et al. (2006) lassen sich drei Phasen unterteilen. In Phase 1 wird intensiv an einem Beziehungsaufbau gearbeitet und der Stellenwert einer möglicherweise vorliegenden Ambivalenz gegenüber einer Veränderung geklärt. Um die Beziehung zu verbessern, werden neben den bekannten Methoden auch Bilder und Erinnerungsstücke an den Verstorbenen gemeinsam in der Therapiestunde betrachtet. Im stationären Setting wird hier eine kunsttherapeutische Stunde eingeschoben, in der in einem Bild, einer Skulptur oder einem Musikstück der Verlust deutlich gemacht wird. Gleichzeitig wird der Verlust aktualisiert, indem von Anfang an in der Vergangenheit über den Verstorbenen gesprochen wird. Ähnlich wie Shear et al. (2005), konnten auch die Autorinnen feststellen, dass die Änderungsmotivation bei vielen Patienten im ambulanten Bereich gering ist. Entweder wird gefürchtet, dass man die Beziehung zum Verstorbenen entwertet, oder die Patienten fürchten, dass sie dann den Verlust erst wirklich spüren würden. Eine mögliche Ambivalenz kann hier mit motivationsfördernden Interviewmethoden aufgedeckt werden. Andere Methoden, die hier zum Einsatz kommen können, sind z. B. Genogramme, wenn es z. B. Familienaufträge zum Umgang mit Trauer gibt, oder gestalttherapeutische Stuhlarbeit, bei der die Ambivalenz zwischen verschiedenen Personen oder unterschiedlichen eigenen Anteilen verdeutlicht wird.

Zu Beginn von Phase 2 sollten die Therapeuten bereits wissen wo der Behandlungsschwerpunkt liegt. Hier ergeben sich vier mögliche Schwerpunkte:

1. Bearbeitung von Schuldgefühlen,
2. Anpassung an veränderte Lebensbedingungen,
3. Erklärung der Funktion der Trauer als Aufrechterhaltung der Bindung zum Verstorbenen und
4. Erklärung und Bearbeitung der Vermeidungssymptomatik.

Je nach Fokus kommen unterschiedliche Interventionen zum Einsatz. Schuldgefühle werden etwa mit Methoden der KVT bearbeitet (z. B. erstellen eines Schuldkuchens; Ehlers, 1999). In jedem Falle wird eine Exposition in sensu (zur Durchführung s. Ehlers, 1999) bzgl. der schmerzhaftesten Aspekte des Verlustes durchgeführt. Dies sind häufig Aspekte, die mit dem eigentlichen Tod zusammenhängen, wie etwa, dass der Patient nicht beim eigentlichen Tod anwesend war oder etwa schwierige Umstände bei der Beerdigung.

Neben der Konfrontation ist aber auch eine Umbewertung des Geschehens für viele Patienten hilfreich. Ziel ist hier der Aufbau positiver und tröstlicherer Erinnerungen. Dazu können etwa in der Vorstellung die belastenden Erinnerungsszenen mit einem tröstlicheren Geschehen ersetzt werden. Weitere Inhalte können sein:

- aktiver Abschied,
- Zeit mit dem Toten oder
- anderes Verhalten bei der Beerdigung.

Alternativ oder ergänzend können auch strukturierte Schreibaufgaben durchgeführt werden, die dann Aspekte beinhalten wie, was man dem Verstorbenen noch mitteilen wollte oder welche Ratschläge man für fiktive Personen formulieren würde, die genau das gleiche erlebt haben. Mithilfe einer gestalttherapeutischen Stuhlarbeit kann ein Gespräch mit dem Verstorbenen geführt werden, in dem Botschaften ausgetauscht werden und ein Abschluss gefunden werden kann. Konfrontation in vivo wird analog zu den Empfehlungen von Shear et al. (2005) durchgeführt.

In Phase 3 steht die veränderte Beziehung zu dem Verstorbenen im Vordergrund. Themen sind hier:

- wie die Beziehung aufrechterhalten werden kann (z. B. eine Stiftung gründen, Baum pflanzen, Kerzen zu bestimmten Zeiten anzünden) und
- welche Eigenschaften oder Botschaften des Verstorbenen der Patient leben möchte (z. B. auf die eigenen Interessen besser achten, Mitgefühl für schwierige Personen entwickeln).

Je nach Bedarf können in der Folge noch Auffrischungssitzungen, z. B. kurz vor dem Todestag, vereinbart werden.

25.7.5 Internetbasierte Psychotherapie bei komplizierter Trauer

Wagner et al. (2006) untersuchten 51 Personen mit der Diagnose komplizierte Trauer nach einem im Durchschnitt rund fünf Jahre zurückliegenden Verlust. Die Grundlage für die Entwicklung der internetbasierten Therapie für komplizierte Trauer (Wagner, Knaevelsrud & Maercker, 2005, 2006) war das Behandlungsmanual von »Interapy« für die posttraumatische Belastungsstörung (Lange et al. 2003). Ähnlich wie bei der PTBS besteht das Therapiemanual aus drei Phasen:

1. Konfrontation mit den Todesumständen,
2. kognitive Umstrukturierung und
3. »Social Sharing«.

Inhaltlich werden vor allem in der Phase der kognitiven Umstrukturierung Schuldgefühle in Bezug auf den Tod und die Mitverantwortlichkeit am Tode des Verstorbenen reflektiert. Die Patienten werden in dieser Behandlungsphase gebeten, einen unterstützenden Brief an einen Freund zu schreiben, der genau das gleiche erlebt hat wie sie. Ein weiterer Bestandteil dieser Phase ist das Entwickeln von Ritualen oder Aktivitäten, um dem Verstorbenen zu gedenken. Es geht hier vor allem darum, dem Verstorbenen einen festen Platz im Alltag zu geben und Prioritäten neu zu ordnen. Weiterhin soll der Patient Möglichkeiten überlegen, wie er sein Leben wieder genießen und mehr am Sozialleben teilnehmen kann. Die Teilnehmer schreiben dabei insgesamt zehn Aufsätze in einem Zeitraum von fünf Wochen. Zu diesen Schreibaufgaben erhalten sie innerhalb eines Arbeitstages per E-Mail ein individuelles Feedback durch den Therapeuten. Als Ergebnismaß wurde der Brief-Symptom-Index (BSI), die Impact-of-Event-Skala in der revidierten Version (IES-R) und eine Subskala aus dem von Horowitz entwickelten Interview zur komplizierten Trauer verwendet, die mangelnde Anpassung erfasst. Bei dieser Studie handelt es sich um die einzige Arbeit mit einer großen Effektstärke, bei der eine formalisierte Diagnostik zur komplizierten Trauer nach den Kriterien von Horowitz (Horowitz et al., 1997) vorlag. Die Ergebnisse einer randomisierten Kontrollgruppenstudie zeigte eine signifikante Verbesserung der Trauer-

symptomatik, die auch in einer Follow-up-Messung nach 1,5 Jahren (Wagner & Maercker, 2007) aufrecht erhalten werden konnte.

Aus den Erkenntnissen dieses Behandlungsmanuals für Patienten, die an komplizierten Trauerreaktionen leiden, wurde ein Präventionsprogramm für Risikogruppen für komplizierte Trauer entwickelt (Wagner & Maercker, 2009). Diese Intervention umfasst insgesamt fünf Schreibaufgaben, die sich über einen Zeitraum von drei Wochen erstreckt. Die Behandlung hatte folgende Behandlungsschwerpunkte:

1. Kommunikation innerhalb der Partnerschaft und Familie;
2. Infragestellung von Schuldgefühlen;
3. Verantwortlichkeit am Tod und
4. Bindung zur verstorbenen Person.

Spezifische Schreibaufgaben, wie z. B. das Modul **Spurensuche**, sollten die Bindung zur verstorbenen Person fördern. Diese **Imprint**-Technik von Neimeyer (2002) hatte zur Aufgabe, die Spuren, die die Beziehung zur verstorbenen Person beim Klienten hinterlassen hat, zu reflektieren und ihre biografische Bedeutung hervorzuheben. Die Teilnehmer werden hier gebeten, über ihr eigenes Verhalten, ihre Persönlichkeit und ihr Denken nachzudenken und auszumachen, was sie von der verstorbenen Person übernommen haben, und dies in einem Essay niederzuschreiben. Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Kommunikation innerhalb der Familie und in zwischenmenschlichen Beziehungen. Eine vorausgehende Psychoedukation beschreibt ausführlich die unterschiedlichen Kommunikationsmuster und Verhaltensweisen von Männern und Frauen nach dem Verlust einer nahestehenden Person. Die Klienten werden aufgefordert, ihren eigenen Kommunikationsstil innerhalb ihrer Familie und mit Freunden zu reflektieren. Die Klienten werden sich so ihrem eigenen Anteil in der sozialen Interaktion mit anderen deutlicher bewusst und lernen sich selbst mehr zu öffnen, aber sich auch über die eigenen Grenzen besser im Klaren zu sein. Diese Intervention zeigte nach Abschluss der Postmessung eine signifikante Verbesserung der Trauer- und Depressionssymptomatik.

Da es sich bei beiden Studien um eine über das Internet durchgeführte Intervention handelt, ist da-

von auszugehen, dass es sich um eine stark selektierte Patientengruppe handelt, die ein doch sehr spezifisches Behandlungsangebot annimmt. So gab es etwa eine Reihe von Ausschlusskriterien, die durch den nur virtuellen persönlichen Kontakt zwischen Therapeut und Patient nötig wird. Darüber hinaus ist das Angebot einer Therapie über das Internet weitgehend orts- und zeitunabhängig und ermöglicht den Patienten über das Nachlesen der Behandlungsprotokolle jederzeit wieder einen Zugang zum eigenen Therapieprozess.

! Generell ist eine Psychotherapie in der Folge eines Verlustes nicht immer sinnvoll, denn dies wäre eine Pathologisierung eines zwar schmerzhaften, aber nicht krankheitswertigen Prozesses. Psychotherapeutische Interventionen sind in diesem Fall nicht effektiv. Erst wenn eine komplizierte Trauer oder eine andere psychische Störung vorliegt, ist eine Intervention sinnvoll. Alle bisher vorliegenden effektiven Interventionen ähneln sich in wichtigen Komponenten. So werden in allen Interventionen neben einer Konfrontation in sensu Methoden der kognitiven Umstrukturierung verwendet.

Literatur

- Allumbaugh, D. L. & Hoyt, W. T. (1999). Effectiveness of grief therapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology* 46, 370–380.
- Boelen, P. A. (2006). Cognitive-behavioral therapy for complicated grief: theoretical underpinnings and case descriptions. *Journal of Loss Trauma*, 11, 1–30.
- Boelen, P. A. & Bout, J. van den (2005). Complicated Grief, Depression, and Anxiety as Distinct Postloss Syndromes: A Confirmatory Factor Analysis Study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2175.
- Boelen, P. A., Bout, J. van den & Keijsers, J. de (2003). Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: A replication study with bereaved mental health care patients. *American Psychiatric Association: Washington, DC*, pp. 1339–1341.
- Boelen, P. A., Hout, M. A. van den & Bout, J. van den (2008). The factor structure of posttraumatic stress disorder symptoms among bereaved individuals: A confirmatory factor analysis study. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1377–1383.
- Boelen, P. A., Keijsers, J. de, Hout, M. A. van den & Bout, J. van den (2007). Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 277–284.

- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. *American Psychology*, 59, 20–28.
- Bowlby, J. (1961). Processes of Mourning. *International Journal of Psychoanalytic*, 42, 317–340.
- Byrne, G. J. A. & Raphael, B. (1994). A longitudinal study of bereavement phenomena in recently widowed elderly men. *Psychological Medicine (Print)*, 24, 411–421.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Hogrefe, Göttingen.
- Faschingbauer, T. R., Zisook, S. & Vaul, R. de (1987). The Texas Revised Inventory of Grief. In S. Zisook (Ed.), *Biopsychosocial aspects of bereavement* (pp. 137–152). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Figley, C. R., Bride, B. E. & Mazza, N. (1997). *Death and trauma: The traumatology of grieving*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Foa, E. B. & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford.
- Forstmeier, S. & Maercker, A. (2007). Comparison of two diagnostic systems for complicated grief. *Journal of Affective Disorders*, 99, 203–211.
- Forte, A., Hill, M., Pazder, R. & Feudtner, C. (2004). Bereavement care interventions: a systematic review. *BMC Palliative Care*, 3, 3.
- Fortner, B. V. (2000). [The effectiveness of grief counseling and therapy: A quantitative review. Unpublished masters thesis]. University of Memphis, Memphis.
- Freud, S. (1917). *Trauer und Melancholie, Freud Studienausgabe (Vol. X)*. Fischer, Frankfurt.
- Green, B. L. (2000). Traumatic loss: Conceptual and empirical links between trauma and bereavement. *Journal of Loss Trauma*, 5, 1–17.
- Horowitz, M. J., Bonanno, G. A. & Holen, A. (1993). Pathological grief: diagnosis and explanation. *Psychosomatic Medicine*, 55, 260–273.
- Horowitz, M. J., Marmar, C., Weiss, D. S. et al. (1984). Brief psychotherapy of bereavement reactions. The relationship of process to outcome. *Archives of General Psychiatry*, 41, 438–448.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A. et al. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 904–910.
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A. et al. (2003). Diagnostic Criteria for Complicated Grief Disorder. *Focus*, 1, 290–298.
- Jacobs, S. (1999). *Traumatic grief: Diagnosis, treatment, and prevention*. Philadelphia: Taylor & Francis.
- Jacobs, S. C., Nelson, J. C. & Zisook, S. (1987). Treating depressions of bereavement with antidepressants. A pilot study. *Psychiatry Clinics of North America*, 10, 501–510.
- Kato, P. M. & Mann, T. (1999). A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinic Psychology Review*, 19, 275–296.
- Kersting, A., Fisch, S., Suslow, T. et al. (2003). Messinstrumente zur Erfassung von Trauer – Ein kritischer Überblick. *Psychotherapeutische und Psychologische Medizin*, 53, 475–484.
- Kersting, A., Reutemann, M., Ohrmann, P. et al. (2001). Traumatische Trauer – ein eigenständiges Krankheitsbild? *Psychotherapeut*, 46, 301–308.
- Kübler-Ross, E. (1973). *On death and dying*. London: Routledge.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M. et al. (2003). Interapy: a controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 901–909.
- Langner, R. & Maercker, A. (2005). Complicated grief as a stress response disorder: evaluating diagnostic criteria in a German sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 235–242.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141–148.
- Maciejewski, P. K., Zhang, B., Block, S. D. & Prigerson, H. G. (2007). An empirical examination of the stage theory of grief. *Journal of American Medicine Association*, 297, 716.
- McDermott, O., Prigerson, H. G. & Reynolds, C. F. (1997). EEG sleep in complicated grief and bereavement-related depression: A preliminary report. *Biological Psychiatry*, 41, 710–716.
- Melhem, N. M., Rosales, C., Karageorge, J. et al. (2001). Comorbidity of axis I disorders in patients with traumatic grief. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 84–87.
- Middleton, W., Burnett, P., Raphael, B. & Martinek, N. (1996). The bereavement response: a cluster analysis. *British Journal of Psychiatry*, 169, 167.
- Neimeyer, R. A. (2002). Traumatic loss and the reconstruction of meaning. *Journal of Palliative Medicine*, 5, 935–942.
- Parkes, C. M. (1972). *Bereavement: Studies of grief in adult life*. New York: International Universities Press.
- Prigerson, H. G. (2004). Complicated grief: When the path of adjustment leads to a dead-end. *Bereavement Care*, 23, 38–40.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V. et al. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 154, 616–623.
- Prigerson, H. G., Frank, E., Kasl, S. V. et al. (1995a). Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: Preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses. *American Journal of Psychiatry*, 152, 22–30.
- Prigerson, H. G. & Jacobs, S. C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. A. W. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: consequences, coping and care* (pp. 613–647). Washington, DC: American Psychological Association.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F. et al. (1995b). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatric Research*, 59, 65–79.
- Prigerson, H. G., Shear, M. K., Jacobs, S. C. et al. (1999). Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67.
- Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C. & Maciejewski, P. K. (2007). *Prolonged grief disorder as a mental disorder: inclusion in DSM. Handbook of bereavement research and practice: 21st century perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Rosner, R. (2002). [Deutsche Version des Fragebogens zur komplizierten Trauer (nach der Kurzversion von Prigerson & Jacobs)]. LMU, München: unveröffentlichtes Manuskript.

- Rosner, R. (2009). Therapiemanual der komplizierten Trauer. LMU München: unveröffentlichtes Manuskript.
- Rosner, R. & Hagl, M. (2007). Was hilft bei Trauer nach interpersonellen Verlusten? Eine Literaturübersicht zu Behandlungsstudien bei Erwachsenen. *Psychodynamische Psychotherapie*, 6, 47–54.
- Rosner, R., Kruse, J. & Hagl, M. (2008). [Quantitative and qualitative review of interventions for the bereaved.] LMU München: unveröffentlichtes Manuskript.
- Shear, M. K., Frank, E., Foa, E. et al. (2001). Traumatic grief treatment: A pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1506–1508.
- Shear, M. K., Zuckoff, B. S. & Frank, E. (2001). The syndrome of traumatic grief. *CNS Spectrums*, 6, 339–346.
- Shear, M. K., Frank, E., Houck, P. R., Reynolds, C. F. 3rd. (2005). Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *Journal of American Medicine Association*, 293, 2601–2608.
- Silverman, G. K., Johnson, J. G., Prigerson, H. G. (2001). Preliminary explorations of the effects of prior trauma and loss on risk for psychiatric disorders in recently widowed people. *Israel Journal of Psychiatry*, 38, 202–215.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. & Gibbon, M. (1990). First MB: Structured clinical interview for DSM-III-R-Non-Patient Edition (SCID-NP, Version 1.0). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stroebe, M. & Schut, H. (1999). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: Rationale and Description. *Death Stud* 23:197–224.
- Stroebe, M., Schut, H. & Finkenauer, C. (2001). The traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. *Israel Journal of Psychiatry*, 38, 185–201.
- Wagner, B. & Maercker, A. (2007). A 1.5-year follow-up of an internet-based intervention for complicated grief. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 625–629.
- Wagner, B. & Maercker, A. (2009). Internet-based preventive intervention (CBT) for complicated grief: A pilot study. *Psicologia Applicata alla Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, Suppl A, 30, B47–B53.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2005). Internet-based treatment for complicated grief: Concepts and case study. *Journal of Loss Trauma*, 10, 409–432.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Studies*, 30, 429–453.
- Wortman, C. B. & Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinic Psychology*, 57, 349–357.
- Zisook, S., Shuchter, S. R. & Lyons, L. E. (1987). Adjustment to widowhood. In S. Zisook (Ed.), *Biopsychosocial aspects of bereavement* (pp. 51–74). Washington, DC: American Psychiatric Press.

26 Militär

Soldaten in militärischen Einsätzen

K.-H. Biesold, K. Barre

26.1 Hintergrund – 458

26.1.1 Herausforderungen für die Einsatzmedizin – 458

26.2 Historie der Kriegstraumatisierungen – 459

26.2.1 Wandel der Erscheinungsformen – 459

26.3 Militärische Einsätze – 462

26.3.1 Einsatzformen – national/international – 462

26.3.2 Belastungsreaktionen im militärischen Umfeld – 462

26.3.3 Stressoren bei »peace-keeping missions« – 463

26.4 Das medizinisch-psychologische Stresskonzept der Bundeswehr – 464

26.4.1 Das Drei-Phasen-Drei-Ebenen-Konzept der Stressbewältigung – 464

26.5 Therapie im Rahmen der Bundeswehr – 469

26.5.1 Therapeutische Einrichtungen in Bundeswehrkrankenhäusern – 469

26.5.2 Traumatherapie am Beispiel des Bundeswehrkrankenhauses
Hamburg – 469

26.6 Versorgungsrecht für Soldaten der Bundeswehr – 473

26.6.1 Wehrdienstbeschädigung – 473

26.6.2 Einsatzversorgungsgesetz – 474

26.6.3 Einsatz-Weiterverwendungsgesetz – 474

26.6.4 Begutachtung von Wehrdienstbeschädigungen – 474

Literatur – 475

26.1 Hintergrund

Mit Beendigung des »Kalten Krieges« Ende der 1980er Jahre änderte sich die weltpolitische Lage grundlegend und infolge dessen kam es nach der deutschen Wiedervereinigung zu dem politischen Entschluss, mehr internationale Verantwortung zu übernehmen. Dies führte zu erheblichen Veränderungen im außen- und sicherheitspolitischen Raum und damit auch im militärischen Alltag der Soldaten.

Die Bundeswehr nimmt nun seit Anfang der 1990er Jahre im Rahmen ihres erweiterten Aufgabenspektrums an internationalen friedenssichernden, militärischen Einsätzen und UN-Beobachtermissionen teil. Begonnen haben die Auslandsmissionen mit dem für die Bundeswehr rein sanitätsdienstlichen UN-Einsatz in Kambodscha 1992/1993 (**United Nations Transitional Authority in Cambodia, UNTAC**), wo ein Feldhospital für die insgesamt ca. 20.000 im Land eingesetzten UN-Soldaten und UN-Mitarbeiter in der Hauptstadt Phnom Penh betrieben und auch die einheimische Zivilbevölkerung mitversorgt wurde. Es folgte von März 1993 bis März 1994 der Einsatz zur Unterstützung der friedenschaffenden und -sichernden UN-Operation **UNOSOM** in Somalia. Bereits seit 1994 bis heute stellt die Bundeswehr auch ein kleines Kontingent für eine UN-Beobachtermission in Georgien (**UNOMIG**). Bei den ebenfalls immer noch laufenden Einsätzen auf dem Balkan (**SFOR/EUFOR** in Bosnien-Herzegowina seit Dezember 1996 und **KFOR** im Kosovo seit Juni 1999) sind derzeit (Stand Januar 2009) insgesamt 2.320 Soldaten eingesetzt. Den Schwerpunkt des militärischen Engagements im Ausland bildet seit Dezember 2001 der Afghanistan-Einsatz (**ISAF**) mit derzeit ca. 3.500 Soldaten (Aufstockung des Mandats bis zu 4.500 Soldaten möglich), die in Usbekistan (Flugbasis Termez), der Hauptstadt Kabul und mit Schwerpunkt in der Nordregion in Mazar-e-Sharif, Kunduz und Feyzabad in regionalen Wiederaufbauteams eingesetzt sind. Weitere ca. 750 Soldaten sind im Sudan (**UNMIS**), Libanon (**UNIFIL**), Äthiopien und Eritrea (**UNMEE**) und am Horn von Afrika (**OEF/Atalanta**) zur Sicherung der Seewege eingesetzt.

26.1.1 Herausforderungen für die Einsatzmedizin

Bedingt durch die Aufgaben, die im Transformationsprozess der Streitkräfte aus den neuen Einsatzgrundsätzen für die Bundeswehr folgen, wurden auch Veränderungen in der sanitätsdienstlichen Organisation und der medizinischen Versorgung erforderlich. In der modernen Wehrmedizin des 21. Jahrhunderts sind es drei große Themenbereiche, die die Einsatzmedizin dominieren:

1. **Notfallmedizin und Einsatzchirurgie** mit der Optimierung schneller lebensrettender Maßnahmen in der »golden hour« bis hin zu den modernen Entwicklungen der »damage-control-surgery« und der »medical evacuation« mit einer optimierten Rettungskette vom Einsatzort bis ins Heimatland.
2. **Hygiene und Infektiologie** mit Erforschung weltweiter Gesundheitsrisiken durch »medical intelligence« und der Anwendung aktueller tropenmedizinischer Diagnose- und Therapiestandards.
3. **Psychotraumatologie** mit präventiven, diagnostischen und therapeutischen Strategien zum Erhalt oder zur Wiederherstellung der seelischen Gesundheit nach militärischen Einsätzen.

Während Notfallmedizin, Einsatzchirurgie und Infektiologie in erster Linie der Verhütung von Gesundheitsschäden bzw. der optimalen Behandlung von Verletzungen **während** des Einsatzes dienen, kommen die psychischen Auswirkungen nach dem Erleben extremer Belastungen nicht selten erst **nach dem Ende** der Einsätze, manchmal mit monate- und jahrelanger Latenz zur Erscheinung.

Körperliche Traumatisierungen sind in der Regel unmittelbar sichtbar und meist auch rasch in ihren Ausmaßen überschaubar.

Unter der Lupe

Die Folgen seelischer Verletzungen werden aber von den Betroffenen nicht selten zunächst gar nicht registriert oder nicht akzeptiert und von Vorgesetzten, Kameraden und auch von den behandelnden Ärzten nicht wahrgenommen. Dies



erschwert die Erfassung der Erkrankten, verhindert mitunter die rechtzeitige, adäquate therapeutische Hilfestellung und macht verlässliche epidemiologische Aussagen ohne gezielte Untersuchungen fast unmöglich.

26.2 Historie der Kriegstraumatisierungen

Die Geschichte der Psychotraumatologie ist eng verknüpft mit der Geschichte militärischer Auseinandersetzungen. Seit Jahrhunderten haben Kriege stets großes Leid über die Menschen – Zivilbevölkerung und Soldaten – gebracht und zu einer großen Anzahl seelischer Schäden geführt.

Shay, ein amerikanischer Psychiater, der jahrzehntelang Vietnamveteranen behandelt hat, zitiert in seinem Buch »Achill in Vietnam« (Shay, 1998), in dem er das Schicksal der Vietnamveteranen mit dem des Achill in Homers Ilias vergleicht, einen Auszug aus Shakespeares **König Heinrich der Vierte**. In diesen zitierten Versen beschreibt eine Soldatenfrau die typischen Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), wie sie auch in der heutigen ICD-10 bzw. im DSM-IV zu finden sind (zitiert ► Kap. 2).

Die psychosozialen Folgen von Kriegererlebnissen sind zwar seit Jahrhunderten bekannt, jedoch ist wie auch bei anderen psychisch-psychosomatischen Krankheitsbildern im Laufe der Jahrzehnte ein Symptomenwandel bzw. eine Veränderung der Erscheinungsform zu verzeichnen. Manchmal entsteht gar der Eindruck, dass jede Epoche, jeder Krieg ein neues, sein eigenes »Syndrom« produziert.

26.2.1 Wandel der Erscheinungsformen

Da-Costa-Syndrom

Die ersten medizinwissenschaftlichen Veröffentlichungen über die psychosozialen und gesundheitlichen Folgen seelischer Traumatisierungen infolge von Kriegererlebnissen bei Soldaten stammen aus der Zeit der Sezessionskriege Ende des 19. Jahrhunderts. **Da Costa** beschrieb 1871 einen psychosomatischen

Symptomenkomplex mit Herzschmerzen, Herzrasen, Müdigkeit, Schwindel, Atemnot, den er bei den Soldaten des amerikanischen Bürgerkrieges beobachtete und der später nach ihm benannt wurde (**Da-Costa-Syndrom**). In diesem Zusammenhang wurden auch andere Begriffe wie »soldiers heart«, »irritable heart« und »effort syndrome« geprägt.

Kriegszitterer, »shell shock«, Schützengrabenneurose

Nach anfänglicher Kriegsbegeisterung kam es bei den Soldaten im 1. Weltkrieg durch die Konfrontation mit der grausamen Wirklichkeit des Krieges rasch zum Auftreten einer großen Zahl seelischer Traumatisierungen. In den Stellungskriegen an der Westfront gab es unzählige Gefallene und mit dem Einsatz neuer Waffen wie Maschinengewehren und Giftgas traten zunehmend auf:

- psychogene Bewegungsstörungen (»**Kriegszitterer**«),
- Lähmungen und Amnesien,
- Dämmerzustände,
- Verwirrtheiten,
- Sprachstörungen,
- Blindheit und
- Taubheit.

Man führte diese Phänomene zunächst ursächlich auf die Wirkung des Granatbeschusses zurück und bezeichnete sie als »**shell-shock**«. Die »**Kriegsneurotiker**« wurden in Deutschland jedoch nicht als Kranke anerkannt, sondern man hielt sie für erblich vorbelastet und konstitutionell minderbelastbar. Die Behandlungsmethoden (elektrische Schläge, sog. »Kaufmann-Kur«, Eiswasserbäder, Gewalt, Isolierung) waren zum Teil grausam und dienten dazu, die Soldaten wieder an die Front zurück zu treiben. In England, Frankreich und USA versuchte man durch Selektion die geeigneten Männer für die Front auszusuchen und behandelte psychogene Störungen entweder frontnah, oder man führte die Soldaten in die Heimat zurück und behandelte sie in speziellen Einrichtungen (Shephard, 2000).

Psychogene Körperstörungen, »combat fatigue«

Während im 1. Weltkrieg dissoziative Krankheitsbilder dominierten, kam es im 2. Weltkrieg bei den

deutschen Soldaten als Reaktion auf die Kriegserlebnisse zu einem Symptomenwandel. Das Krankheitsbild der Kriegszitterer trat kaum noch auf. Die psychisch traumatisierten Soldaten wiesen überwiegend **somatoforme und psychosomatische Krankheitsbilder** auf, bei denen vor allem gastrointestinale Symptome wie

- Übelkeit,
- Erbrechen und
- Oberbauchbeschwerden

zu verzeichnen waren. Wegen der hohen Anzahl an Erkrankten wurden gegen Kriegsende in der Deutschen Wehrmacht sogar ca. 50 »Magenbataillone« aufgestellt. **Kriegsmüdigkeit**, d. h. Erschöpfungszuständen, versuchte man anfänglich durch Früherkennung und vorübergehenden Rückzug in Ruheräume zu begegnen. Im Laufe des Krieges nahmen »Nerven- und Geisteskrankheiten« zu und es wurden Therapiemethoden aus dem 1. Weltkrieg (»galvanische Rolle«) wieder eingeführt (Zimmermann, 2005).

Unter der Lupe

Eine »psychische Reaktion« auf die Auswirkungen des Krieges offen zu benennen war im Dritten Reich aus gesellschaftlichen und politischen Gründen praktisch unmöglich und wäre als Feigheit oder Verrat angesehen worden.

So gibt es keine verlässlichen Daten darüber, wie hoch die Prävalenz psychogener Krankheitsbilder in Deutschland war, wie viele der Soldaten aus Verzweiflung Fahnenflucht begingen, sich selbst verstümmelten oder suizidierten.

Die amerikanischen Streitkräfte entließen während des 2. Weltkrieges insgesamt ca. 500.000 Soldaten aus psychiatrischen Gründen wegen Kampferschöpfung (»**combat fatigue**«) aus dem Militärdienst. Die britischen Streitkräfte führten Gefechtpausen ein und vertraten im Übrigen das Konzept einer unmittelbaren, frontnahen Behandlung, die auch gute Erfolge zeigte.

Posttraumatische Belastungsstörung

Während des Koreakrieges (1950–1953) mussten 3% der amerikanischen Soldaten psychiatrisch be-

handelt werden, während des Vietnamkrieges nur noch 1,2%. Es wurde versucht die Stressfaktoren für die Soldaten durch begrenzte Einsatzzeiten und u. a. durch ein gut funktionierendes Sanitätssystem zu reduzieren.

Die Problematik der Kriegstraumatisierungen trat erst nach Ende des Krieges an das Tageslicht. 1988 wurde eine Studie veröffentlicht, die belegte, dass ca. 500.000 Veteranen, das entsprach 15% der eingesetzten amerikanischen Soldaten, an den Folgen des Krieges in Form einer **PTBS** litten. Spätere Studien des **National Centre for Post Traumatic Stress Disorder** (NCPTSD), erstellt für das **United States Department of Veterans Affairs** (USDVA), gaben an, dass die PTBS-Prävalenzzahlen deutlich höher lagen (30,9% bei männlichen, 26,9% bei weiblichen Vietnamveteranen). Die Anzahl chronifizierter Fälle blieb hoch und viele der PTBS-Erkrankten bekamen Suchtprobleme, wurden vorbestraft oder obdachlos (Kulka et al., 1990).

Als Folge der Erfahrungen aus dem Vietnamkrieg hat das USDVA zahlreiche Behandlungszentren für Patienten mit PTBS eingerichtet, betreibt in eigenen Forschungseinrichtungen umfangreiche wissenschaftliche Recherchen, hat Informationsmaterial für Betroffene, Angehörige und Behandler entwickelt, betreibt Internetforen, entwickelt Therapiekonzepte etc.

Gefechtsstress, »combat stress reaction«

Nachdem in Israel in den Kriegen 1948, 1956 und 1967 keine nennenswerten psychischen Ausfälle zu verzeichnen waren, machten im Yom-Kippur-Krieg 1973 psychische Erkrankungen 30% aller Ausfälle aus. Nach Untersuchungen wurde einerseits ein Krankheitsbild als **akute Gefechts- oder Stressreaktion** (»combat stress reaction«, CSR) beschrieben und andererseits ein zweites als **verzögerte Kampfreaktion** beobachtet. Auch in Israel bevorzugte man zunächst eine möglichst frontnahe Behandlung der akuten Symptomatik. Falls diese nicht erfolgreich war, wurde die Therapie in einer **Combat Fitness Readiness Unit** (CFRU) fortgesetzt. Bei einer Follow-up-Studie nach drei Jahren zeigte sich, dass die Soldaten mit einer CSR signifikant häufiger unter chronischen PTBS-Symptomen litten als die Vergleichsgruppe (Shlosberg & Strous, 2005).

Golfkriegssyndrom

Nach Beendigung des Zweiten Golf-Krieges 1991 (Kuwait und Irak) beklagten viele der Soldaten das Auftreten zahlreicher unspezifischer körperlicher Symptome wie

- Gelenk- und Muskelschmerzen,
- ungewöhnliche Müdigkeit und Erschöpfungszustände,
- Gedächtnisprobleme,
- Depressionen,
- Störungen der kognitiven und emotionalen Funktionen.

Ärzte fassten diese Symptome 1994 unter dem Begriff **Golfkriegssyndrom** (»gulf-war-syndrome«) zusammen. Die Ursache war unklar und als Auslöser wurden u. a. die zahlreichen vorbereitenden Impfungen, Nervengasexpositionen, Einnahme von Insektenschutzmitteln, Giftgasfreisetzungen durch brennende Ölquellen oder Uranmunition verdächtigt. Bewiesen werden konnten diese Hypothesen zur Genese nur zum Teil und man nimmt eine Teilverursachung der Erkrankung durch exogene Faktoren an. Es wird jedoch darüber hinaus kontrovers diskutiert, ob und inwieweit auch hier psychogene Reaktionen auf die Kriegserlebnisse mit überwiegend somatoformer und psychosomatischer Reaktionsbildung vorliegen (King's Centre for Military Health Research, 2006).

Psychotraumatische Stresserkrankungen, »mild traumatic brain injury«

Über psychische Erkrankungen der russischen Teilnehmer am Krieg in Afghanistan (1988) und Tschetschenien (1994/95) ist offiziell nicht viel bekannt. Es gibt jedoch Berichte über **psychosoziale Anpassungsschwierigkeiten**, Störungen der Reintegration in Familie und Gesellschaft nach der Rückkehr sowie über Alkohol- und Drogenmissbrauch auch bereits während des Krieges. Bei der fehlenden Verarbeitung der Kriegserlebnisse haben, wie auch beim Vietnamkrieg, die begrenzte öffentliche Unterstützung, unklare Kriegsziele, das jugendliche Alter vieler Kämpfer und die hohe Kampfintensität eine bedeutende Rolle gespielt.

Im Juli 2004 veröffentlichten amerikanische Militärpsychiatern im **New England Journal of Me-**

dicine (NEJM) eine Studie, die eine Untersuchung von über 6.000 Soldaten aus 4 verschiedenen Kampfeinheiten – vor und nach ihrem Einsatz in Afghanistan und im Irak – zugrunde lag. Dabei zeigte sich ein Anteil relevanter psychischer Erkrankungen (**Depressionen, generalisierte Angststörungen, PTBS**) bei den Soldaten, die im Irak eingesetzt waren, von 15,6–17,1% und bei den Soldaten nach dem Afghanistaneinsatz von 11,2%. Bemerkenswert ist, dass sich von diesen Erkrankten nur 23–40% behandeln ließen.

Unter der Lupe

Diese Studie setzt sich mit der Art der (psychischen) Belastungen auseinander, geht aber auch der Frage nach, warum sich die Soldaten trotz ihrer gravierenden Gesundheitsstörungen nicht in fachpsychiatrische Behandlung begeben. Angst vor Stigmatisierung, Verlust des Ansehens im Kameradenkreis und bei Vorgesetzten sowie die Befürchtung von Karriere nachteilen sind die am häufigsten genannten Gründe (Hoge et al., 2004).

Eine weitere Studie an über 2.500 amerikanischen Soldaten, einige Monate nach ihrem Irakeinsatz durchgeführt, beschäftigt sich mit der Ursache geklagter zerebraler und psychovegetativer Symptome sowie kognitiver Leistungseinbußen, die durch leichte Hirnverletzungen infolge von Explosionen verursacht werden, genannt **»Mild Traumatic Brain Injury«** (mTBI). Die Vorstellungen über die Entstehung dieses Krankheitsbildes erinnern sehr an die Theorien zur Entstehung der Symptome der Kriegszitterer (»shell-shock«). Die Forschungsgruppe fand eine deutlich erhöhte Assoziierung der mTBI-Patienten mit PTBS als bei anderweitig Verletzten (Hoge et al., 2008).

! **Also auch fast einhundert Jahre später ist man immer noch auf der Suche nach einer rein organischen Ursache psychischer und psychovegetativer Symptome nach Kriegseinwirkungen. Auch heute noch gilt es als allemal weniger stigmatisierend, körperlich erkrankt zu sein, als unter den seelischen Auswirkungen erlebter Kriegsgräuel zu leiden.**

26.3 Militärische Einsätze

26.3.1 Einsatzformen – national/international

Die Soldaten der NATO-Streitkräfte sind heutzutage nicht nur in bewaffneten militärischen Konflikten eingesetzt, sondern häufig auch in internationalen friedensichernden, friedenerhaltenden und friedenschaffenden Einsätzen unter UN-Mandat und z. B. unter Führung der NATO oder der EU.

Wie die jüngste Geschichte allerdings gezeigt hat, sind die Grenzen zwischen den verschiedenen militärischen Einsatzformen nicht scharf und verschwinden bisweilen. Die amerikanische Regierung erklärte bereits nach wenigen Wochen im April 2003 den Irakkrieg für beendet, nachdem die Invasion abgeschlossen, die irakische Armee kapituliert hatte und das Regime Saddam Husseins gestürzt war. Die größte Anzahl verwundeter und getöteter Soldaten haben die US-Streitkräfte aber in der »Stabilisierungsphase« der nachfolgenden Jahre hinnehmen müssen.

Unter der Lupe

Auch die rein »friedensichernden« Einsätze können an Brisanz gewinnen und für die Soldaten durch erzwungene Passivität zu extremen psychischen Belastungen führen, wie dies der Bosnien-Herzegowina-Einsatz der Niederlande in Srebrenica im Juli 1995 gezeigt hat, wo die Soldaten tatenlos den ethnischen Säuberungsaktionen der serbischen Milizen an der muslimischen Bevölkerung zusehen mussten, weil die »rules of engagement« (politische Vorgaben durch die Vereinten Nationen) ein Einschreiten nicht erlaubten. Ein ähnliches Desaster musste der kanadische General Romeo Dallaire 1994 in Ruanda erleben, als Hunderttausende Tutsi von Hutu-Milizen umgebracht wurden und er als Kommandeur der UN-Schutztruppe nicht eingreifen konnte/durfte (Dallaire 2003).

Im politischen Szenario sind »harmlose« Friedensmissionen nicht mehr scharf von eindeutig bewaffneten Auseinandersetzungen trennbar. Dies und die Strategie der asymmetrischen Kriegsführung mit

zunehmenden terroristischen Aktionen, wie Selbstmordattentaten, Angriffen gegen einheimische Zivilisten und Soldaten, ausländische Truppen und internationale Hilfsorganisationen erschweren die Orientierung für die Soldaten und auch die betroffene Zivilbevölkerung.

26.3.2 Belastungsreaktionen im militärischen Umfeld

Beim Erleben kurzfristiger oder länger dauernder Extremsituationen wird die Fähigkeit der Soldaten zur Verarbeitung der Belastungen und zur Wiederanpassung an die Gegebenheiten im Heimatland oft überfordert. Derart intensive, überwältigende und desorganisierende Erfahrungen bzw. Erleben zerstören bisweilen Orientierung und Halt gebende Selbst- und Weltbilder. In der Folge kommt es unter Umständen zur Entwicklung einer psychischen Störung, die sich schleichend (bei Dauerbelastung) oder akut (bei Extremerlebnissen) entwickeln kann.

! Eine psychische Störung tritt nicht selten verzögert auf und entfaltet ihre schädigende Wirkung oft erst dann, wenn der Einsatz oder das schädigende Ereignis längst vorbei ist oder die Betroffenen eventuell schon lange keine Soldaten mehr sind (Biesold & Barre 2002a).

Die Erkrankungsrate der eingesetzten Soldaten an PTBS nach friedenschaffenden (UN-)Einsätzen liegt nach internationalen Untersuchungsergebnissen zwischen 3% und 8%, je nach Einsatzland und Einsatzbelastungen. Sie kann bei spezifischen Belastungen merklich höher liegen – z. B. bei den niederländischen UN-Soldaten, die im Juli 1995 in Srebrenica/Bosnien-Herzegowina untätig bei dem Massaker zusehen mussten, erfuhren 8% PTBS und 29% partielle PTBS (Teilsymptome). Epidemiologische Untersuchungen zur Situation in der Bundeswehr liegen bisher nicht vor.

Wie amerikanische Studien belegen, steigen die Zahlen psychischer Erkrankungen bei Kampfhandlungen deutlich an. Fast alle Soldaten aus dem Irakeinsatz waren selbst Opfer eines bewaffneten Angriffs, mussten Schusswaffen gebrauchen, hatten Kontakt mit Toten und viele wurden Zeuge der Tötung oder schweren Verletzung von Kameraden.

! Psychotherapeuten wissen, dass es bei nicht behandelten PTBS z. B. zu

- vermehrten dienstlichen Ausfallzeiten,
- einer erhöhten Anzahl vorzeitiger Dienstunfähigkeiten,
- einer erhöhten Scheidungsrate,
- einer gehäuften Suchtentwicklungsrate und möglicherweise
- einer sozialen Desintegration

kommen kann. Der Dienstherr steht also in Hinblick auf die Qualität der sanitätsdienstlichen Versorgung genauso in seiner Fürsorgepflicht wie bei körperlichen Verletzungen.

26.3.3 Stressoren bei »peace-keeping missions«

Die besonderen Bedingungen der friedensschaffenden oder -sichernden internationalen Einsätze im Rahmen von UN-, NATO und EU-Missionen stellen außergewöhnliche Anforderungen an die Soldaten der Bundeswehr. Sie werden mit Auswirkungen von Krieg und Gewalt, Terroranschlägen, Leichen und Verstümmelungen, mit Chaos und Zerstörung, unklaren Konfliktlagen evtl. Gefangenschaft, mit fremden Kulturen, lang dauernder Trennung von zu Hause, dienstlicher Überforderung aber auch Lan-

geweile und Unterforderung konfrontiert. Oft und nicht zuletzt besteht die Belastung in dem Gefühl totaler Hilflosigkeit gegenüber Not und Elend im Einsatzland.

Unter der Lupe

Gesellschaftlicher Auftrag (humanitärer Einsatz) und persönliche Motivation (helfen wollen) stehen mitunter in deutlichem Gegensatz zu Einstellung und Haltung der Bevölkerung in den Hilfsgebieten. Manchmal werden die Soldaten als Besatzer gesehen oder geraten zwischen die Fronten rivalisierender Gruppen. Sie setzen ihr eigenes Leben oder ihre Gesundheit aufs Spiel, ohne positive Auswirkungen ihres Einsatzes erleben zu können. Nicht selten schlagen ihnen Ablehnung und Hass entgegen und vereinzelt werden sie Opfer terroristischer Angriffe.

Aber auch im Heimatland treffen Soldaten der Bundeswehr oft auf Zweifel, Unverständnis, Gleichgültigkeit, ja Ablehnung ihres Einsatzes. Nicht einmal bei den eigenen Kameraden zu Hause können sie immer auf Verständnis zählen, da diese ihre Arbeit in den Heimatverbänden miterledigen mussten. Sie waren deshalb oft genug ebenfalls stark belastet, ohne dafür öffentliche Anerkennung in der Presse, Orden oder eine besondere Bezahlung zu erhalten.

Tab. 26.1. Stressoren bei »peace-keeping missions«. (Nach BMVg, 2000)

| Operationelle Stressoren | Besondere Stressoren |
|--|--|
| Hohe Dienstzeitbelastung | Eindrücke von Not, Elend, Zerstörung und Gewaltanwendung |
| Monotonie | Persönliches Gefährdungsrisiko (»gefühlte Sicherheitslage«) |
| Unzureichendes dienstliches Informations- und Kommunikationsverhalten | Gefühl der Ohnmacht gegenüber Gewalt und Unrecht an der Zivilbevölkerung im Einsatzgebiet |
| Leben auf beengtem Raum, mangelnde Intimsphäre | Einsatzgrundsätze – »rules of engagement« |
| Lange Trennung vom sozialen Umfeld (Familie, Partner, Freunde) in der Heimat | Anwendung rechtmäßiger Gewalt, die den Soldaten selbst zum Verursacher von Tod und Verwundung machen |
| Langdauernd eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeit | |
| Fremdartige Kulturen und Gebräuche | |
| Belastende Umwelteinflüsse und eingeschränkte Sauberkeit und Hygiene | |

Und auch die eigene Partnerin oder die Familie können manchmal kaum verstehen und akzeptieren, was der Einzelne erlebt und wie sehr ihn dies verändert hat.

26.4 Das medizinisch-psychologische Stresskonzept der Bundeswehr

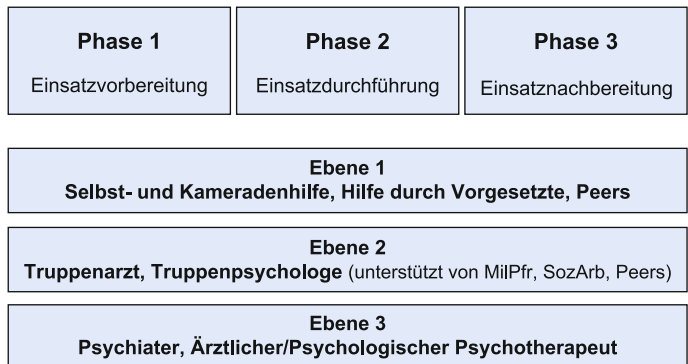
Damit Soldaten neben den Belastungen und Risiken eines Einsatzes nicht auch noch die Bürde einer chronifizierten psychischen Störung tragen müssen, hat die Bundeswehr im Rückgriff auf die Erfahrungen befreundeter Streitkräfte ein Präventions- und Behandlungskonzept entwickelt, das die organisatorische Grundlage für eine effektive psychosoziale Unterstützung im Grundbetrieb und bei Auslandseinsätzen der Bundeswehr bildet:

- »Rahmenkonzept zur Bewältigung psychischer Belastungen von Soldaten« und
- »Medizinisch-psychologisches Stresskonzept der Bundeswehr« (MedPsychStressKonBw).

Im **Rahmenkonzept** (BMVg, 2000) wird aufgeführt, dass neben mentalen und physischen Anforderungen sowie sicherem Beherrschen soldatischer Handlungsabläufe die psychische Stabilität und Belastbarkeit der Soldaten als ein wesentliches und bestimmendes Merkmal der Einsatzbereitschaft und Leistungsfähigkeit zu begreifen ist.

! Bei den Maßnahmen zur Erhaltung der psychischen Stabilität wird der **Prävention der Vorzug vor der Rehabilitation gegeben.**

Abb. 26.1. Drei-Phasen-Drei-Ebenen-Konzept



Die Prävention i. S. einer adäquaten Personalauswahl und -ausbildung sowie effektiven Einsatzvorbereitung, -begleitung und -nachbereitung wird auf der Basis des Soldatengesetzes (§§10, 31SG) als Führungsaufgabe im Rahmen der Fürsorgepflicht definiert. Der verantwortliche Vorgesetzte kann nach seinem Urteil weiterführende Hilfe durch qualifiziertes Fachpersonal hinzuziehen. Die Stressbewältigung wird somit in erster Linie als ein Teilbereich der Führung und in zweiter Linie als eine Unterstützungsaufgabe der medizinischen und psychologischen Dienste definiert. Die Art dieser fachlichen Unterstützung wird durch das »Medizinisch-psychologische Stresskonzept der Bundeswehr« (BMVg, 2004) näher ausgeführt. Es basiert auf den bisherigen Einsatzerfahrungen der Bundeswehr und anderer Streitkräfte sowie ziviler Dienste wie Feuerwehr, Polizei und Notdienste.

26.4.1 Das Drei-Phasen-Drei-Ebenen-Konzept der Stressbewältigung

Die tragenden Säulen des Konzeptes sind das Drei-Phasen-Modell und das Drei-Ebenen-Konzept der Stressbewältigung (■ Abb. 26.1). Das Drei-Phasen-Modell beschreibt die drei Stadien (= Phasen) des Einsatzes: Einsatzvorbereitung, Einsatzdurchführung und Einsatznachbereitung. Das Drei-Ebenen-Konzept gliedert sich in die Stufen (= Ebenen) der psychosozialen Unterstützung, die je nach Art und Ausmaß der belastenden Ereignisse zur Anwendung kommt.

Der Interventionsebene 1 (besonders der Hilfe durch Kameraden und Vorgesetzte) kommt im Ein-

satzgeschehen eine größere Bedeutung zu als in der Vor- und Nachbereitung, da die alltägliche psychosoziale Unterstützung durch Partner, Familie, Freunde und Bekannte dort nicht zur Verfügung steht oder nur über Fernkommunikationsmedien eingeschränkt erreichbar ist. Sie spielt aber auch in der Einsatzvor- und -nachbereitung eine wichtige Rolle bei der Bewältigung von Ungewissheit über das Kommende und der Reintegration in den nicht mehr gewohnten Alltag zu Hause.

Phase 1: Einsatzvorbereitung Personalauslese

Der Schwerpunkt der Phase 1 liegt bei den präventiven Maßnahmen der Personalauswahl und der Personalauswahl. Seit jeher kommt der **Personalauswahl** im militärischen Handlungsfeld eine wichtige Rolle zu. Die besondere Belastung im Verlauf bewaffneter Auseinandersetzungen hat schon früh zu Versuchen geführt, Personalauslese nach psychologisch begründeten Entscheidungskriterien effektiv durchzuführen. Ziel ist es, Personen auszuwählen, die auch unter Extrembelastung ihre Entscheidungs- und Handlungsautonomie behaupten können, um so Ausfällen durch Belastungsreaktionen vorzubeugen. Eine solche Eignungsfeststellung dient somit nicht nur einer Optimierung der Einsatzbereitschaft und Aufgabenerfüllung der Truppe, sie ist zugleich Schutz für weniger geeignete Bewerber vor Überforderung und Schaden. Zentrale Auswahlkategorien sind

- körperliche Fitness,
- intellektuelle Leistungsfähigkeit,
- psychische Belastbarkeit und
- soziale Kompetenz.

Schon in der Eignungs- und Verwendungsfeststellung wird perspektivisch die Einsatzfähigkeit und Einsatzwilligkeit der Bewerber beurteilt. Dabei kommen neben medizinisch-körperlichen Untersuchungen, psychologisch-diagnostische Methoden wie computeradaptive Testverfahren, Gruppen-Situationsverfahren und Interviews zur Anwendung.

Ausbildung

Die Bedeutung einer Ausbildung und Vorbereitung von Soldaten, die sich an den zu erwartenden Szenarien im Einsatzfall orientiert, gehört zum militärischen Grundwissen. Clausewitz bemerkte dazu:

Es ist unendlich wichtig, dass der Soldat, hoch oder niedrig, auf welcher Stufe er auch stehe, diejenigen Erscheinungen des Krieges, die ihn beim ersten Mal in Verwunderung und Verlegenheit setzen, nicht erst im Krieg zum ersten Mal sehe; sind sie ihm früher nur ein einziges Mal vorgekommen, so ist er schon halb damit vertraut (Clausewitz, 1832–1834, Erstes Buch, 8. Kapitel).

Die unmittelbare militärische Einsatzvorbereitung wird daher nach Prinzip der realitätsnahen Ausbildung auf der Basis einer Beanspruchungs- und Belastungsanalyse für das jeweilige Einsatzgebiet in der Truppe und in speziellen Schulungszentren der Bundeswehr durchgeführt.

Ausführung des Auftrages und möglichst unbeschadete Rückkehr ist kurz und bündig das Ziel aller Ausbildungsanstrengung (Folkerts, 2001, S. 129; Hervorhebung im Original).

Dafür werden Information über Auftrag und Gefährdungsrisiko, politische, ethische und rechtliche Legitimation des Einsatzes, Geschichte und politische Lage, Lebens- und Handlungsbedingungen im Einsatzland vermittelt sowie gezielte und intensive Handlungs- und Entscheidungskompetenz in realistischen Rollenspielen trainiert, die sich an Einsatzszenarien (»worst-case-scenario«) orientieren.

! **Ein bedeutsamer Aspekt der Vorbereitungsphase liegt in der Gruppenbildung, die entscheidend zur Entwicklung einer belastbaren Gruppenkohäsion beiträgt. Diese ist wiederum ein wichtiger sozial-emotionaler Stützfeiler für den einzelnen Soldaten bei individuellen oder kollektiven Belastungen im Einsatz.**

Einheiten mit hoher Gruppenkohäsion haben unter Extrembedingungen weniger belastungsbedingte Ausfälle. Dagegen zeigt die therapeutische Erfahrung, dass ein Mangel an Einbindung in eine »tragende«, Schutz und Halt bietende Gruppe als Vereinzelung erlebt wird, die regressive Gefühle von Hilflosigkeit und Verlorenheit fördern kann, was mit einem erhöhten Risiko der Destabilisierung verbunden ist.

Ein weiterer Themenschwerpunkt ist die persönliche Schulung in Fähigkeiten der Selbst- und Ka-

meradenhilfe. Jeder Soldat, aber insbesondere jeder Vorgesetzte soll in der Lage sein, Stresssymptome bei sich und anderen zu erkennen und effektive Stressbewältigungsstrategien einzusetzen (Atemtechniken, Kurzsparnungstechniken, isometrische Übungen, Wahrnehmungslenkung, positive Selbstinstruktion).

! **Besonders in der Ausbildung der Vorgesetzten sind Themen der Menschenführung unter Belastung, des Umganges mit Verwundung und Tod und Training in interkultureller Kompetenz unverzichtbar.**

Phase 2: Einsatzdurchführung

Im Einsatz selbst sind die allgemeinen Stressoren und die besonderen Belastungssituationen, sog. »Critical Incidents«, zu unterscheiden. Nach den Erfahrungen (Steup, 2001) gliedern sich militärische Einsätze in 4 Phasen mit jeweils eigenen Stressoren:

1. Orientierungsphase (Anpassung und Eingewöhnung),
2. Stabilisierungsphase (Bewältigungsphase),
3. Durchhaltephase (negative Routine und Monotonie) und
4. Beendigungsphase (Abschied).

Um den allgemeinen Stressoren des Lagerlebens wie Monotonie und Trennung von der Familie zu begegnen, sind Betreuungsmaßnahmen wie Unterhaltungsangebote, Sport, Betreuungsfahrten etc. angemessene Mittel. Selbst- und Kameradenhilfe, Vorgesetzten- und Gruppengespräche haben hier ihren Platz. In Einzelfällen kann ein »Kurzurlaub« für Soldaten mit besonderen Belastungsanzeichen gewährt werden. Solche Urlaube finden in Rekreationszentren möglichst in Nähe zum Einsatzort statt und werden in der Regel durch geschultes Personal wie Sozialarbeiter und Psychologen betreut.

Jede dieser Phasen kann jedoch durch die Entwicklung der Gefährdungslage, besondere Ereignisse wie Beschuss, Attentate und Minenzwischenfälle, Tod und Verwundung Einheimischer oder von Kameraden eine besondere Prägung erhalten. Truppenführer sowie das fachliche Unterstützungspersonal vor Ort müssen ihre Maßnahmen und Interventionen darauf abstimmen. Aber auch später im Rahmen einer Therapie kann es bedeutsam sein die

Reaktion des Patienten auf das Erlebte aus der Perspektive dieser Phasen zu betrachten.

! **So entfalten kritische Ereignisse in der Orientierungsphase aus Mangel an Erfahrung und geringem Kompetenzerleben oft eine stärkere Wirkung auf die Betroffenen als in der Bewältigungsphase.**

Aber auch in der Beendigungsphase kann ein Ereignis wie ein Busattentat 2003 in Kabul tiefe Verzweiflung und ohnmächtige Wut auslösen, »weil die Kameraden es doch schon geschafft hatten«, wie eine Sanitätssoldatin äußerte. Der groteske Kontrast zwischen dem Abschied von den Kameraden, die sich auf ihr Zuhause, die Partner, Kinder, Freunde und Verwandte gefreut hatten und dem Anblick der Verwüstung, der Verletzten und Toten am Tatort wenig später können eine tiefe und anhaltende Verzweiflung zwischen Trauer, Hilflosigkeit und ungestillter Wut auslösen.

Unter der Lupe

Bei besonders belastenden Ereignissen werden nach Entscheidung der Führung geeignete Maßnahmen der Krisenintervention wie z. B. Einzelgespräche, Gruppengespräche oder modifiziertes »Critical Incident Stress Debriefing« (CISD nach Mitchell & Everly, 1996) eingeleitet. Sie sollen eine Normalisierung und Ent-Aktualisierung und damit eine Abmilderung der akuten Belastungsreaktion und schnelle Rückkehr zur Homöostase bewirken.

Die Durchführung obliegt dem Fachpersonal vor Ort (Truppenpsychologe, Psychiater, Militärseelsorger), die dabei von Peers (in Techniken der Krisenintervention ausgebildete Soldaten) unterstützt werden. Ziel ist die Erhaltung der Einsatzbereitschaft der Truppe und die Prävention der Ausbildung einer PTBS. Die Kriseninterventionstechniken des »Critical Incident Stress Managements« (CISM), insbesondere des CISD werden zwar mittlerweile kritisch bewertet (Nachtigall, 2003; ► Kap. 10). Allerdings fanden Adler et al. (2008) in einer ersten randomisierten Studie zum CISD mit amerikanischen Soldaten aus dem Irakkrieg, dass sich eine moderate Besserung der Symptomatik bei den Teilnehmern

ergeben hat. Als besonders positiv stellen sie jedoch unspezifische Wirkungen wie die positive Veränderung der »Unternehmenskultur« heraus: »One of the excellent features of CISD is its sensitivity to, and engagement in, work cultures ...« (Adler et al, 2008, pp. 262). Dies sei insbesondere für militärische Einheiten und Verbände wegen der Stärkung der Identifikation mit dem Verband und der positiven Wirkung auf die Gruppenkohäsion von Bedeutung. Weiterhin geben sie zu bedenken, dass die angebotenen wie alternativen Verfahren bisher ebenfalls nicht validiert sind und somit der gleichen Kritik unterliegen wie das CISD.

Die Forschungslage lässt gegenwärtig keinen sicheren Schluss über die Wirksamkeit bzw. eventuelle Schädlichkeit von Kriseninterventionsverfahren zu. Die Bundeswehr hat dazu im Rahmen eines Forschungsauftrags in Kooperation mit der Universität Köln eine Modifikation des »Critical Incident Stress Debriefings« entwickelt, die über **eine Risikogruppeneinteilung** der möglichen Gefahr einer Verschlimmerung der Symptomatik bei einzelnen Teilnehmern vorbeugen soll (Bering et al., 2003). Über die Plausibilität hinaus existieren jedoch auch zu diesem Verfahren noch keine belastbaren Daten. Gegenwärtig muss man sich damit abfinden, dass Krisenintervention eine »Erste-Hilfe-Maßnahme am Verletzten« ist, die nach einer Ad-hoc-Bewertung der Lage ein Risiko auf beiden Seiten birgt: der Handlung und der Unterlassung.

Rückkehrvorbereitung im Einsatzgebiet

An der Nahtstelle zwischen Einsatzbegleitung und Einsatznachbereitung liegt die Vorbereitung der Soldaten auf die Ablösung aus dem Einsatzland, die Herauslösung aus dem Einsatzverband (wenn Teilkontingente rückgeführt werden) und die Vorbereitung auf die Rückkehr in die Heimat. Diese Phase beginnt also schon im Einsatz. Die Bewältigung der »transition phase« wird in allen Armeen, die sich an UN- und anderen Einsätzen beteiligen als wichtige Aufgabe gesehen. In der britischen Armee ist diese Phase ein entsprechendes Konzept gewidmet worden (»Army Trauma Risk Management«, TRiM; Gould et al., 2007). In diesem Stadium gilt es, die psychologische Umstellung vom Einsatzbetrieb auf die Rückkehr in die Heimat zu unterstützen und zu erleichtern.

! Eine nicht vollständig gelungene Ablösung ist ein Risikofaktor für die Ausbildung von Anpassungs- und anderen Belastungsstörungen.

Häufig berichten Soldaten in der Therapie unter erheblicher psychischer Spannung zu leben, »noch gar nicht Zuhause angekommen zu sein«. Für die Betroffenen und die Umgebung treten dann unverständliche Reaktionen auf, die die Angst schüren, nicht mehr normal zu sein.

Beispiel

So berichtet ein Betroffener: »Ich war schon seit Wochen zu Hause. Wie jeden Abend wollte ich mich schlafen legen, als die Alarmsirene unseres Dorfes plötzlich schrillte. Ich sprang schlagartig auf und sprang an den Kleiderschrank. Ich war verwirrt, meine Frau war zu Tode erschrocken. Erst hinterher wurde mir klar, ich wollte meine Schutzweste, meinen Helm und mein Gewehr greifen ... Wie sollte ich mein Handeln verstehen, ... wie meine Frau. Ich hatte Angst, verrückt zu werden!«

Solche Reaktionen zeugen davon, dass es Soldaten, die monatelang in einer Bedrohungslage gelebt haben, wo von jedem Menschen einschließlich Kindern und zu jeder Zeit eine Gefahr ausgehen kann, schwer fällt, zu einem Zustand von Grundvertrauen und Entspannung zurückzufinden. Sie leben stattdessen oft latent und von ihnen selbst nicht deutlich bemerkt weiter »in der Lage«. Sie befinden sich buchstäblich »im falschen Film«. Um dies zu verhindern, werden strukturierte Einzel- und Gruppengespräche vor der Rückkehr durchgeführt, in denen diese Themen besprochen werden, und ein Merkblatt für rückkehrende Soldaten ausgegeben.

Familienbetreuung

Auch die Angehörigen zu Hause tragen eine große Last. Durch die Allgegenwart der modernen Kommunikationsmedien werden Nachrichten über Zwischenfälle und Gefährdungen bis in die Familien getragen. Angst und Sorge treten auf und belasten die Familien. Nicht zuletzt sind es die Kinder, die reagieren, wenn der Vater oder die Mutter über lange Zeit nicht anwesend sind. Durch Telefonate wird diese Sorge wieder in den Einsatz zurückgebracht und führt dort bei den betreffenden Soldaten zu Beunru-

higung und dem Gefühl, die Familie im Stich zu lassen. Um dieser Tatsache Rechnung zu tragen, hat die Bundeswehr schon mit Beginn der Einsätze **Familienbetreuungscentren** eingerichtet, wo ausgebildete Ansprechpartner den Angehörigen mit Informationen, Rat und Hilfe zur Verfügung stehen.

Phase 3: Die Einsatznachbereitung

Die Rückkehr des Soldaten in das dienstliche und private Umfeld und die Wiederaufnahme der gewohnten sozialen Beziehungen in der Heimat ist mit weiteren Herausforderungen verbunden.

Daher steht im Mittelpunkt der Phase 3 »das Wiedereingewöhnen in das private und dienstliche Umfeld sowie das Erkennen und Behandeln von möglichen Folgeschäden (PTBS)« (BMVg, 2000). Die psychische Einstellung auf die Lage im Einsatzland und die damit verbundene Verschiebung des Normen- und Werterahmens muss nun an die »normalen« Bedingungen zu Hause (re-)adaptiert werden. Umgekehrt ist auch von den Angehörigen eine Anpassung zu leisten. Sie haben die Erfahrungen der Einsatzsoldaten nicht geteilt. Die nächsten Angehörigen oder Freunde können manchmal kaum begreifen, was der Einzelne erlebt und wie sehr ihn dies verändert hat. Das Beispiel vieler Vietnamsoldaten verdeutlicht, welche psychische Belastung selbst in

der Heimat, wenn »eigentlich alles vorbei ist« noch aus dem Aufeinanderprallen unterschiedlicher Erfahrungswelten erwachsen kann (Figley & Leventman, 1980).

**Allgemeine Maßnahmen nach der Rückkehr
Rückkehreruntersuchung**

Nach der Rückkehr des Soldaten in den Dienst am Heimatstandort wird eine medizinische Untersuchung einschließlich einer Fragebogenuntersuchung (PTSS-10) zu Stress- und PTBS-Symptomen durchgeführt. Diese Untersuchung ist neben einer Dokumentation besonderer Vorkommnisse (»Critical Incidents«) im Einsatz, an denen einzelne Soldaten, Gruppen oder Einheiten beteiligt waren, erste Grundlage für die weitere Betreuung der Soldaten und für die Feststellung einer eventuellen Wehrdienstbeschädigung, die dann einen Versorgungsanspruch begründen können. Auf der Basis dieser Informationen werden, je nach Befund und Gesamtbeurteilung der Situation des Soldaten, die weiteren allgemeinen und individuellen psychosozialen Schritte eingeleitet.

Ein Kurzurlaub nach Einsatzende soll die Wiedereingewöhnung erleichtern, ehe die Soldaten in ihren Gruppen an »Einsatznachbereitungsseminaren« etwa 6–8 Wochen nach Rückkehr teilnehmen. Die Dauer solcher Seminare ist mit 1–2 Tagen bemessen. Ziele dieser gemeinsamen Nachbereitung sind laut **Rahmenkonzept** u. a.:

- Konflikte und Spannungen abzubauen,
- den Einsatz im Kameradenkreis gedanklich abzuschließen,
- Störungen offen anzusprechen,
- das zukünftige Miteinander zu erleichtern,
- die Bereitschaft zur Teilnahme an einem neuen Einsatz zu fördern und
- ein Screening für den Bedarf weitergehender Betreuungsmaßnahmen bei Einzelnen zu erstellen und diese einzuleiten.

Unter der Lupe

Mit Soldaten, die den Dienst verlassen und die daher nicht mehr in ständigem Kontakt mit ihrer Einheit stehen, wird wegen möglicher später auftretender Störungen (»Late-Onset-PTBS«)

▼

26

Tab. 26.2. Überblick über Maßnahmen der Einsatznachbereitung

| Allgemeine Maßnahmen (Routine) | Individuelle Maßnahmen |
|--|--|
| Begrüßung und Würdigung | Präventivkur |
| Kurzurlaub | Krisenintervention für besonders belastete Einheiten |
| Fünftägige Eingewöhnungsphase in der Stammeinheit | Psychiatrisch-psychologische Diagnostik |
| Rückkehreruntersuchung | Psychotherapeutische Behandlung |
| Einsatznachbereitungsseminar (6–8 Wochen nach dem Einsatz) | |
| Kontakt mit ausgeschiedenen Soldaten (18–24 Monate nach dem Einsatz) | |

etwa 18–24 Monate nach Beendigung des Einsatzes mit Ausgeschiedenen Kontakt (per »Reservistenbrief«) aufgenommen, um sie nach ihrem Befinden zu befragen und über Ansprechstellen und Hilfsangebote zu informieren.

Individuelle Maßnahmen

Präventivkur

Soldaten, die unter überdurchschnittlichen Anpassungsschwierigkeiten leiden, aber keiner psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Intervention bedürfen, können unbürokratisch zur Teilnahme an einer Präventivkur vorgeschlagen werden. Diese Kuren sind eine Fürsorgemaßnahme im vortherapeutischen Bereich und dienen allgemein der Erholung und Stabilisierung, um psychischen Störungsentwicklung (PTBS) vorzubeugen.

Krisenintervention für Gruppen

Wenn die Verantwortlichen (Truppenführer, Truppenarzt, Truppenpsychologe) zu dem Schluss gelangen, dass Truppenteile besonderen Belastungen ausgesetzt waren, können für diese gesonderte Kriseninterventionsmaßnahmen durchgeführt werden.

26.5 Therapie im Rahmen der Bundeswehr

26.5.1 Therapeutische Einrichtungen in Bundeswehrkrankenhäusern

Die jahrelangen Erfahrungen in der Therapie von Soldaten mit einsatzbedingten psychischen Störungen haben gezeigt, dass Soldaten oft eine Versorgung in Bundeswehreinrichtungen präferieren, da dort spezifische Kenntnisse über die militärischen Alltagsanforderungen, Einsatzbelastungen und -traumatisierungen vorhanden sind. Allerdings verfügt die Bundeswehr derzeit nur noch über vier Bundeswehrkrankenhäuser, in denen stationäre Traumatherapie angeboten werden kann (Berlin, Hamburg, Koblenz, Ulm).

Unter der Lupe

Eine engmaschige regionalisierte Versorgung, die gleichzeitig auch ein profundes Erfahrungswissen des militärischen Lebensfeldes einbringen kann, steht nicht zur Verfügung. Wegen mangelnder Erfahrung mit kriegstraumatisierten Soldaten im zivilen Bereich gab es gerade in den letzten Jahren des Aufbaus traumatherapeutischer Kompetenz kaum Möglichkeiten traumatisierte Soldaten ortsnah in eine ambulante psychotherapeutische Versorgung zu übergeben. In dieser Mangelsituation mussten betroffene Soldaten folglich auch dann stationär behandelt werden, wenn eine ambulante Versorgung nach den üblichen Kriterienkatalogen im Prinzip möglich gewesen wäre.

Die Erfahrungen zeigen jedoch, dass eine stationäre traumatherapeutische Arbeit im Verbund verschiedener Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeitern, Ergo- und Physiotherapeuten; Fach- und Bezugskrankenflege), wie sie in einem Krankenhaus möglich ist, eine sehr effektive Behandlung gerade bei betroffenen Soldaten mit Trauma-I-Typ und guter Ressourcenlage möglich macht (Barre & Biesold, 2002).

26.5.2 Traumatherapie am Beispiel des Bundeswehrkrankenhauses Hamburg

Rahmenbedingungen

Die Behandlung von Patienten mit traumatischen Störungen erfolgt nach den Richtlinien der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) und den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF-Leitlinien). Das Stufenmodell von Janet wird dabei allgemein als gültiger Standard akzeptiert. Danach verläuft die Therapie in 3 Phasen (detailliert s. Abschn. »Therapeutische Vorgehen«):

1. Stabilisierungsphase (Beziehungsaufbau und Stabilisierung),
2. Verarbeitungsphase (Traumabearbeitung) und
3. Integrationsphase (Integration und Neuorientierung).

Die Meidung der Traumaerfahrung soll aufgehoben und durch Bewältigungserfahrungen ersetzt werden (► Kap. 9).

Die Tatsache, dass dies im militärischen Umfeld stattfindet, hat vielfältige Implikationen:

- Die dislozierte Herkunft der Patienten aus dem gesamten Bundesgebiet schränkt den Kontakt zum persönlichen Umfeld der Patienten ein.
- Die Dauer des Aufenthaltes ist oft länger, da ein dienstgerechtes Funktionsniveau wiederhergestellt werden soll.
- Die Versorgung findet in einem »betriebsärztlichen System« mit entsprechenden Vor- und Nachteilen in der Beziehungsgestaltung, Trennung therapeutischer und regulativer Funktionen, Einflussnahme und Steuerung im beruflichen Umfeld der Patienten statt.
- Die große Inhomogenität und Vielfalt der Patienten und Diagnosen bedingen eine hohe Flexibilität und Fähigkeit zur Konfliktregelung.

Dauer des Aufenthaltes

Die Dauer der stationären Therapie richtet sich nach dem Behandlungsverlauf (Schwere des Traumas, Belastbarkeit des Patienten, notwendigen Stabilisierungsmaßnahmen, Dauer des Aufbaus eines tragfähigen Arbeitsbündnisses mit dem Therapeuten) und ist nicht von vornherein festgelegt.

! In vielen Fällen ist eine Intervalltherapie erforderlich.

Dies wird durch angemessene Zwischenentlassungen und Wiederaufnahme erreicht.

Aufnahmebedingungen

Zur stationären Traumatherapie werden überwiegend Soldaten mit einsatzbedingtem oder dienstlichem Trauma aufgenommen. Dabei handelt es sich vorwiegend um Patienten mit Störungen, die dem Trauma-I-Typ zuzuordnen sind. Allerdings kann auch nach intensiver diagnostischer Vorphase nicht ausgeschlossen werden, dass im therapeutischen Prozess frühere Traumatisierungen offenbar werden, die dann einen deutlich höheren therapeutischen Aufwand in allen Dimensionen erfordern. Nach den Erfahrungen ist dies gehäuft bei weiblichen Soldaten der Fall, die z. B. frühere Intimitäts-traumata aufweisen. Meist werden Patienten mit

komplexem Trauma, das nicht dienstlich bedingt ist, in eine externe ambulante oder stationäre Behandlung überwiesen. Bei Akuttraumata wird nach den gängigen Richtlinien entschieden, ob eine Akuttraumatherapie sinnvoll ist oder ob nach der Krisenintervention und Beratung im weiteren Verlauf der Selbstheilungsprozess abzuwarten ist, um dann zu gegebenem Zeitpunkt eine begründete Entscheidung über das weitere Prozedere zu fällen (Barre & Biesold, 2001).

Therapeutisches Vorgehen

Stabilisierungsphase

Die psychische Traumatisierung entsteht durch das vitale Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht. Besonders Angehörige von Hochrisikoberufen mit ihrem an Funktionalität und Belastbarkeit orientierten Selbstbild empfinden dies als beunruhigenden Verlust der Kontrolle über sich selbst und ihre Lebenssituation. Sie verlieren das Vertrauen in die Fähigkeit Kontrolle zu behalten und leben daher oft in der Befürchtung, Vorgesetzte und Kameraden könnten ihren labilen Zustand bemerken und die Achtung vor ihnen verlieren. Viel Energie wird darauf verwendet, die Fassade der »Normalität« aufrecht zu erhalten. In einem Teufelskreis fehlgeschlagener Bewältigungsversuche geraten viele Betroffene immer tiefer in einen Symptomstrudel, aus dem sie sich allein nicht mehr zu befreien vermögen. Das Beispiel einer einsatztraumatisierten Sanitätssoldatin beleuchtet dies plastisch:

Beispiel

»Ich wusste, dass es schwierig wird, einen Lehrgang zu überstehen – Aber so – zu hören wie jemand die Symptome der PTBS beschreibt – und zu spüren, wie jedes dieser Symptome langsam anfängt – Die Angst – das Herzrasen – der Druck im Ohr – die Übelkeit – der Schwindel – das taube Gefühl in den Händen – wenn so was passiert, lenke ich mich ab, indem ich mich ignoriere – aber wie soll das funktionieren, wenn man alles, was man gerade fühlt, bis ins Kleinste beschrieben bekommt – und dann der Satz: »nach einem Jahr wird es chronisch«. Das war es – weiter



kam ich nicht – Ist das so? ... – Das darf einfach nicht sein – So kann es nicht bleiben. Wenn nicht einmal ich so mit mir leben will – wie kann ich das von jemand anders erwarten –?

Und über allem der Satz: »Reden ist Gold« ... Genau, super Idee – seit ich geredet habe, schauen alle meine Rettungsassistenten auf mich herab: – »Die soll erstmal wieder laufen lernen« – »Was will die mir denn erzählen, ist ja selber nicht mal in der Lage, Ihre Arbeit zu machen«. Hat richtig was gebracht!«

! Die Stabilisierung muss der Traumabearbeitung vorausgehen, wenn die Schwere des Traumas die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten überfordert und die Durcharbeitung als zu belastend erscheinen lässt.

Imaginative und Entspannungsverfahren sind integraler Bestandteil im Krankenhaus durchgeführter Stabilisierungsarbeit. Sie haben das Ziel, die Verarbeitungskapazität der Patienten zu verbessern. Hierzu gehören Techniken zur Erregungskontrolle (autogenes Training, progressive Muskelentspannung, Lichtstromtechnik, Selbstinstruktionstechniken etc.), sowie Ressourcenaufbau durch imaginative Übungen (► Kap. 15). Bei leichteren Trauma-I-Fällen kann die Stabilisierungsphase abgekürzt werden. Ein zu langes hinausschieben der Traumadurcharbeitung kann das Meidungsverhalten des Patienten verstärken und sich kontraproduktiv auswirken (Neuner, 2008).

Vertrauens- und Beziehungsaufbau. Dem **Beziehungsaufbau** kommt im militärischen Umfeld eine besondere Bedeutung zu, um die Compliance der Betroffenen zu gewinnen und sie zur Therapieaufnahme zu ermutigen bzw. um Therapieabbrüche zu vermeiden. Die Beziehungsgestaltung orientiert sich an dem Modell einer »parteilichen Abstinenz« (Reddemann, 2003). Dabei wird dem Patienten ein aktiver Part in der Therapie überlassen. Schon zu Beginn, möglichst in der ersten Stunde, wird der Patient daher auf seine Stärken und Kompetenzen angesprochen und diese als positive Voraussetzung in Verbindung mit der Besonderheit seines Berufes gebracht. Es hat sich in der Arbeit mit Soldaten insbesondere in ihrer Rolle als Helfer als günstig erwiesen hervorzuheben, dass der Betroffene seine Traumatisierung gerade deshalb erfahren hat, weil er stand-

hält und handelt, wo viele andere Menschen gelähmt reagieren. Oft führt dies allein schon zu einer spontanen Entlastung, weil es die quälende Störung in einen positiven Kontext einbindet, mit dem sich die Patienten identifizieren und der zu ihrer »corporate identity« gehört.

Treffende Metaphern können zu Beginn Scham- und Selbstwertgefühle lindern und damit die Schwelle weiter verringern. So wird der Vergleich mit einem Lkw-Fahrer, der beim rückwärts rangieren einen Einweiser beizieht, nicht weil der besser fahren kann, sondern weil er einen anderen Blickwinkel hat, von den Betroffenen schnell verstanden. Der Vergleich mit einem Seenotrettungskreuzer, der hinausfährt, wenn alle anderen Schiffe im Hafen bleiben um zu retten, ist ein Bild, das von Helfern ebenfalls gern und erleichtert angenommen wird. Transparenz über die therapeutische Beziehung innerhalb eines »betriebsärztlichen Systems« gleich zu Beginn der Arbeit unterstützt den Aufbau einer Vertrauensbeziehung auf der Basis eines informierten Konsenses.

Normalisierung und Psychoedukation. Dem Betroffenen wird vermittelt, dass es sich bei seiner Störung um eine *normale Reaktion, einer normalen Person auf eine unnormale, d. h. pathogene Situation* handelt (Mitchell & Everly, 1996). Die Zusammenhänge zwischen Extremsituation und Stressreaktion werden auch unter Zuhilfenahme hirnrphysiologischer Modelle adressatengerecht vermittelt. Dies ist ein unverzichtbarer Schritt, der oft schon eine Entlastung bewirkt.

Würdigen der Bewältigungsversuche. Bisherige Bewältigungsversuche werden gewürdigt, auch wenn sie von außen als misslungen erscheinen und die Therapie als gemeinsame Anstrengung eingeordnet wird, tragfähigere Lösungen zu suchen und eine neue Homöostase zu etablieren.

Äußere Belastungsfaktoren. Hilfestellung bei äußeren Belastungsfaktoren, die in der Stabilisierungsphase viel seelische Energie beanspruchen würden (Beerdigung, anstehende Gerichtsverfahren, Straferwartung, finanzielle Not, unversorgte Angehörige etc.) macht die Einschaltung von Sozialdiensten und Militärseelsorge erforderlich.

Verarbeitungsphase

In der Verarbeitungsphase findet die **Traumabarbeitung** statt, die im Bundeswehrkrankenhaus Hamburg ausschließlich in Einzeltherapie erfolgt. Dabei kommen

- »Eye movement Desentization and Reprocessing« (EMDR; Shapiro, 1998; ► Kap. 17),
- **Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie** (Heiland & Maercker, 2000; ► Kap. 13) sowie
- **imaginative Ressourceninstallation**

zur Anwendung unterstützt durch stabilisierende Elemente wie

- Sport,
- Physio- und Ergotherapie und
- Soziotherapie.

Unter der Lupe

In der Verarbeitungsphase kommt es darauf an, auf der Basis einer durch Ressourceninstallation gestärkten inneren Stabilität eine Konfrontation und Durcharbeitung mit den am stärksten belastenden Aspekten der traumatischen Erfahrung zu ermöglichen, die Vermeidung zu überwinden und das Erlebte in eine adaptive und rationale Perspektive zu rücken.

Integrationsphase

In der letzten Phase der Therapie wird das Ziel angestrebt, die Bedeutung des Traumas für das Selbst- und Weltbild zu überdenken, um daraus neue Zukunftsperspektiven zu entwickeln (Traumaintegration). Unter Umständen müssen neue Berufs- und Lebensperspektiven entwickelt werden, wenn z. B. eine Weiterverwendung als Soldat aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich ist. Besonders in solchen Fällen kann die Traumatherapie auf schwer zu überwindende Widerstände stoßen. Soldaten vertrauen darauf, dass sie von ihrem Dienstherrn unterstützt werden, wenn sie bei der Ausübung des Dienstes Schaden nehmen. Wird diese Erwartung enttäuscht, z. B. weil durch eine einsatzbedingte PTBS mit entsprechender Verschlechterung des Funktionsniveaus eine erhoffte Übernahme als Berufssoldat nicht erfolgt, kann dies zu tiefer Verbitterung führen, die eine Chronifizierung der PTBS bewirken kann. Der Betroffene empfindet seinen

Einsatz und damit seine Person besonders gegenüber Kameraden, die nicht im Einsatz waren, entwertet. Er reagiert mit Depression, Hass und psychosomatischen Störungen. Zu der Belastung der traumatisierenden Situation addiert sich das bittere Gefühl, betrogen worden zu sein (Shay, 1998).

Unter der Lupe

In der Integrationsphase muss der Patient unterstützt werden, die Trauer zu opfern, Verluste zu akzeptieren ohne zu resignieren, Vergebung und Selbstverzeihung zuzulassen, um so »traumatischem Wachstum« Raum zu geben.

Beispiel

So äußerte ein Offizier, der Zeuge eines Panzerunfalls wurde, bei dem ein junger Soldat ums Leben kam und für dessen Tod er irrationale Schuldgefühle entwickelt hatte, am Ende der EMDR-Therapie: *»Ich fühle mich irgendwie erleichtert ... weil ich die ganze Zeit [drei Jahre, Anm. des Verf.] geglaubt habe, dass ich ihm nicht nur hätte helfen wollen, sondern dass ich ihm auch hätte helfen können ... und dass ich es aus irgendeinem Grund, keine Ahnung warum nicht getan habe. ... Und das erscheint mir jetzt irgendwie albern ... Und ich glaube ich weiß jetzt auch, was die Zeilen des englischen Soldaten aus dem 1. Weltkrieg, die mir seitdem durch den Kopf gehen, für mich zu bedeuten haben: »There is no reason why, and there is not to make reply«. Auf meine Frage nach dem »Warum« werde ich keine Antwort finden!«*

Einbeziehung von Partnern/Familienangehörigen.

Die Einbeziehung von Partnern und Familienangehörigen wird angeboten, wenn der Patient dies wünscht und toleriert. Besonders wegen der häufigen Störungen im sozialen Umfeld der Patienten wegen der Symptome (Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen) ist dies sinnvoll. Eine Informationsbroschüre für Betroffene und Angehörige kann zu einem besseren Verständnis beitragen.

Umgang mit Komorbidität. Besonders bei schweren Abhängigkeitsproblemen, Suizidalität, selbstverletzendem Verhalten sowie lebensgefährdenden Essstörungen ist es unbedingt notwendig, diese Störungen

gen der Selbstregulation primär zu behandeln bis der Patient ein belastbares Maß an Selbststeuerung und Affekttoleranz erreicht hat.

Fallbeispiel

Der Soldat, 26 Jahre, wird vorgestellt, weil er nach seiner Rückkehr aus dem Einsatz zu Hause mit Weinkrämpfen zusammengebrochen sei. Er habe panische Angst geäußert, zur Kaserne zu fahren. Bis dahin war der Patient ein gut motivierter und gut beurteilter Soldat. Außergewöhnliche Vorbelastungen und Erkrankungen ließen sich nicht eruieren. Der Patient war in einer Nachschubeinheit eingesetzt. In seiner Funktion hatte er viel Kontakt zum Feldlazarett.

Traumatisierendes Ereignis:

In der vierten Einsatzwoche habe er den Auftrag gehabt, die Bereitschaftsplanung bei der Notaufnahme abzugeben. Gerade zu diesem Zeitpunkt sei ein Krankenwagen mit hohem Tempo vorgefahren und habe einen kleinen Jungen auf einer Trage liegend gebracht, dem vermutlich bei einem Minenunfall beide Beine abgerissen worden waren. Dabei kam es zu einer Begegnung, bei der sich der Blick des Kindes mit dem des Soldaten traf. Der Junge habe ihn verzweifelt angeschaut und hilfesuchend beide Hände nach ihm ausgestreckt. Der Junge wurde dann durch die »Schleuse« weggetragen.

Erlebnisverarbeitung:

Der Patient hatte das Gefühl, versagt und den Jungen »im Stich« gelassen zu haben. »*Ich hätte irgendetwas tun müssen*« war die selbstvorwurfsvolle Haltung, die er daraus entwickelte. Er versuchte sich in der Folgezeit abzulenken und trank, obwohl er bis dahin kaum Alkohol getrunken hatte, jetzt bis zu 10 Flaschen Bier und 1/2 Flasche Whisky pro Tag. Um Hilfe vor Ort hatte er sich aus Angst, repatriert zu werden, nicht bemüht!

Therapie:

Nach einer vorbereitenden Sitzung, auf Stabilisierungsmaßnahmen konnte in diesem Fall weitgehend verzichtet werden, wurde die Störung in der nächsten Stunde in einer EMDR-Sitzung bearbei-



tet. Dabei fokussierte der Patient auf die Vorstellung von dem kleinen Jungen und die ausgestreckten Arme. Damit verbunden wurde die negative Vorstellung: »*Ich hätte etwas tun müssen*.« Als positive Kognition (Zielvorstellung) wurde die Vorstellung gewählt: »*Ich habe getan, was ich konnte*«.

In der Bearbeitung kam es zu einer deutlichen, gefühlsgeladenen Abreaktion (Weinkrämpfe), der jedoch eine Komplettierung der Erinnerung folgte. Die vor Ort befindliche Hilfe, die dem Kind zuteil wurde, trat in den Vordergrund. Dies war verbunden mit einer Distanzierung seitens des Patienten, die er so ausdrückte:

»*Das Kind tut mir Leid ... , dass ihm dies Unglück geschehen ist. Aber ich bin nicht Schuld und ich hätte auch nichts tun können. Es waren viel kompetentere Helfer vor Ort.*«

Der Patient fühlte sich erleichtert: »*Ich fühle mich befreit und kann wieder herzlich lachen. Wenn ich über das Erlebnis spreche, spüre ich keine belastenden Körpersymptome mehr. Die Bilder sind irgendwie verändert, weiter weg.*«

In der »Impact of Event Scale – R« (IES-R) ergab sich vor der Behandlung ein Summenwert von 70 Punkten, der nach der Behandlung auf einen Wert von 3 Punkten sank.

Katamnese:

In der ambulanten Untersuchung fünf Monate später zeigt sich das Therapieergebnis stabil. Darüber hinaus hat der Patient das Verhältnis zu seiner Verlobten verbessern können und neue Lebensentscheidungen getroffen.

Ein neuer Einsatz war geplant. Der Patient fühlte sich weiterhin unbeschwert und symptomfrei. Der Punktwert in der IES-R war auf 0 gesunken. Er stand dem neuen Einsatz positiv gegenüber.

26.6 Versorgungsrecht für Soldaten der Bundeswehr

26.6.1 Wehrdienstbeschädigung

Bundeswehrsoldaten, die während ihrer Dienstzeit eine Gesundheitsschädigung erleiden, können eine **Wehrdienstbeschädigung** (WDB) geltend machen,

sofern ein nicht nur vorübergehender Grad der Schädigung (GdS) um wenigstens 25% vorliegt. Nach Beendigung des Wehrdienstverhältnisses können Sie wegen der WDB-Folgen auf Antrag Versorgung, einschließlich Heilbehandlung, durch das Versorgungsamt erhalten.

Exkurs

Soldatenversorgungsgesetz (SVG)

Die Wehrdienstbeschädigung (WDB) ist eine gesundheitliche Schädigung, die durch eine Wehrdienstverrichtung, durch einen während der Ausübung des Wehrdienstes erlittenen Unfall oder durch die dem Wehrdienst eigentümlichen Verhältnisse herbeigeführt worden ist (§81(1) SVG).

Zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Wehrdienstbeschädigung **genügt die Wahrscheinlichkeit** des ursächlichen Zusammenhanges. Wenn die zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Folge einer Wehrdienstbeschädigung erforderliche Wahrscheinlichkeit nur deshalb nicht gegeben ist, weil über die Ursache des festgestellten Leidens in der medizinischen Wissenschaft Ungewissenheit besteht, kann mit Zustimmung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung die Gesundheitsstörung als Folge einer Wehrdienstbeschädigung anerkannt werden; die Zustimmung kann allgemein erteilt werden (§81(6) SVG).

26.6.2 Einsatzversorgungsgesetz

Durch das **Gesetz zur Regelung der Versorgung bei besonderen Auslandsverwendungen** (Einsatzversorgungsgesetz, EinsatzVG) vom 21. Dezember 2004 wurde das Versorgungsrecht an die neuen Anforderungen der Auslandseinsätze angepasst.

Kernpunkt des Gesetzes ist der Begriff des »Einsatzunfalls«. Dieser umfasst jede gesundheitliche Schädigung, die ein Soldat in den militärischen Auslandseinsätzen (»besondere Verwendung im Ausland«) aufgrund eines Dienstunfalls oder die besonderen Verhältnisse im Einsatzgebiet erleidet. Führt dieser Einsatzunfall zu einem GdS von mindestens

50% greift nach dem Ausscheiden aus dem Dienst die Einsatzversorgung. Die Leistungen, die eine angemessene finanzielle Versorgung sicher stellen sollen, sind im Soldatenversorgungsgesetz in einem Katalog aufgeführt

26.6.3 Einsatz-Weiterverwendungsgesetz

Betroffene, die eine schwere Schädigung davongetragen haben und weiter am Erwerbsleben teilnehmen wollen, erhalten durch das **Gesetz zur Regelung der Weiterverwendung nach Einsatzunfällen** (Einsatz-Weiterverwendungsgesetz, EinsatzWVG) einen Rechtsanspruch auf Weiterbeschäftigung. Dieses Gesetz gilt nicht nur für Soldaten, sondern auch für Richter, Beamte und Angestellte des Bundes sowie Helfer des Technischen Hilfswerkes, deren Erwerbsfähigkeit durch eine Verletzung während eines Auslandseinsatzes um mindestens 50% gemindert wurde. In einer Schutzzeit zur gesundheitlichen Wiederherstellung können die Einsatzgeschädigten weder gegen ihren Willen entlassen noch in den Ruhestand versetzt werden. Um eine Weiterbeschäftigung beim Bund oder die Eingliederung in das Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern, erhalten sie die erforderliche berufliche Qualifizierung. Das Gesetz gilt rückwirkend für alle Einsatzgeschädigten, die ihre Verletzung nach dem 1. Dezember 2002 erlitten haben und noch im Dienst sind. Eine Ausnahme ist im Fall von posttraumatischen Störungen möglich, die erst nach Beendigung des Dienstverhältnisses auftreten.

26.6.4 Begutachtung von Wehrdienstbeschädigungen

Der medizinische Gutachter hat zunächst die Aufgabe festzustellen, welche (psychischen) Erkrankungen bei dem Probanden vorliegen und ob diese Gesundheitsstörungen in Zusammenhang stehen mit dem Wehrdienst (Kausalitätsfrage; ► Kap. 7). Kann dies bejaht werden, so liegt eine **WDB** vor und gemäß den Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht erfolgt wie auch

bei anderen Gesundheitsstörungen eine Einschätzung des GdS.

Die Kausalitätsfrage ist jedoch auch bei Einsatztraumatisierungen nicht immer einfach zu beantworten. Bei den Opfern von Attentaten, Minenunfällen, Geiselnahmen, Opferidentifizierungen oder anderen dienstlich (offiziell) bekannt gewordenen Vorfällen, ist meist das Nachvollziehen des Erlebens eines potenziell traumatischen Ereignisses meist nicht schwer. Häufig erleben die Soldaten aber Traumatisierungen im alltäglichen Dienstbetrieb des Einsatzes, auf Patrouillen, an Unfallstellen, durch Kontakte mit der einheimischen Bevölkerung, so dass die psychischen Belastungen durch diese Erlebnisse zunächst auch von ihnen als normal eingestuft werden und erst viel später ihre Pathogenität offenbar wird.

Unter der Lupe

Es darf nicht vergessen werden, dass die PTBS nicht die einzige mögliche Traumafolgeerkrankung ist und z. B. traumaverursachte Angst-erkrankungen, Depressionen oder Suchtentwicklungen eine ebenfalls mögliche Folge sein können.

Literatur

- Adler, A., Litz, B. T., Castro, C. A. & Suvak, M. (2008). A group randomized trial of critical stress debriefing provided to U.S. peacekeepers. *Journal of Traumatic Stress*, 21 (3), 253–263.
- Barre, K. M. & Biesold, K.-H. (2001). Medizinisch-psychologische Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen im Bundeswehrkrankenhaus Hamburg. In K. Puzicha (Hrsg.), *Psychologie für Notfall und Einsatz* (S. 369–382). Bernd & Graef: Bonn.
- Barre, K. & Biesold, K.-H. (2002). Therapie psychischer Traumatisierungen bei Soldaten der Bundeswehr. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 57, 47–52.
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003). Zielgruppenorientierte Soldatenhilfe: Eine Pilotstudie zur Reformierung der Kriseninterventionsmaßnahmen nach Einsätzen der Bundeswehr. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 15–22.
- Biesold, K.-H. & Barre, K., (2002a). Auswirkungen von Stress und Traumatisierungen bei Soldaten der Bundeswehr. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 57, 43–46.
- Biesold, K.-H. & Barre, K., (2002b). Diagnostik einsatzbedingter psychischer Störungen bei Soldaten der Bundeswehr. *Wehrmedizin*, 1, 28–32.
- BMVg (Bundesministerium der Verteidigung). (2000). *FüS I Rahmenkonzept zur Bewältigung psychischer Belastungen von Soldaten*. (1. Änderung mit 1. Ergänzung vom 22.03.2004). Bonn.
- BMVg (Bundesministerium der Verteidigung). (2004). FüSan I 1 – Az 42-13-40/PSZ III Az 6-66-01-10 vom 20.12.2004. »Medizinisch-Psychologisches Stresskonzept der Bundeswehr.
- Clausewitz, C. von. (1832–1834). *Vom Kriege*. Erstes Buch, 8. Kapitel.
- Dallaire, R. (2003). *Shake hands with the devil: The failure of humanity in Rwanda*. Knopf: Canada.
- Figley, C. R. & Leventman, S. (Eds.). (1980). *Strangers at home: Vietnam veterans since the war*. Praeger: New York.
- Folkerts, H. J. (2001). Die VN-Ausbildung in Hammelburg. In K. Puzicha (Hrsg.), *Psychologie für Einsatz und Notfall. Internationale Truppenpsychologische Erfahrungen mit Auslandseinsätzen, Unglücksfällen, Katastrophen* (S. 128–134). Bernd & Graefe: Bonn.
- Gould, M., Greenberg, N. & Hetherington, J. (2007). Stigma and the military: Evaluation of a PTSD psychoeducational program. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (4), 505–515.
- Heiland, T. & Maercker, A. (2000). Konfrontation und kognitive Umstrukturierung. Kognitive VT in Verarbeitung von Gewaltverletzungen. *Psychotherapie im Dialog*, 1, 21–28.
- Hofmann, A. (2006). *EMDR: Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome*. Thieme: Stuttgart.
- Hoge, C. W. et al. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*, 351, 13–22.
- Hoge, C. W. et al. (2008). Mild traumatic brain injury in U.S. soldiers returning from Iraq. *New England Journal of Medicine*, 358, 453–463.
- Kardiner, A. (1941). *The traumatic neuroses of war*. Hoeber: New York.
- Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A. et al. (1990). *Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. Brunner & Mazel: New York.
- King's Centre for Military Health Research. (2006). *A ten year report*. University of London, London.
- Maercker, A. (2003). Besonderheiten bei der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. In A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*, Springer: Berlin.
- Mitchell, J. T. & Everly, J. S. (1996). Critical incident stress debriefing: An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster personnel. Chevron: Elliott City.
- Nachtigall, C., Mitte, K. & Steil, R. (2003). Zur Vorbeugung posttraumatischer Symptomatik nach einer Traumatisierung: Eine Meta-Analyse zur Wirksamkeit kurzfristiger Interventionen. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 2, 273–284.
- Neuner, F. (2008). Stabilisierung in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie*, 18, 109–118.
- Reddemann, L. (2003). *Imagination als heilsame Kraft*. Klett-Cotta: Hamburg.

- Shlosberg, A. & Strous, R. D. (2005). Long-term follow-up (32 years) of PTSD in Israeli Yom Kippur War Veterans. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 693–696.
- Shapiro, F. (1998). *EMDR: Grundlage und Praxis*. Junfermann, Paderborn.
- Shay, J. (1998). Achill in Vietnam: Kampftrauma und Persönlichkeitsverlust, Hamburger Edition, Hamburg.
- Shephard, B. (2000). *A war of nerves, soldiers and psychiatrists 1914–1994*. Pimlico: London.
- Steup, G. (2001). Lebensbedingungen im Einsatz: das Vier-Phasen-Modell des Auslandseinsatzes. In K. Puzicha (Hrsg.), *Psychologie für Notfall und Einsatz* (S. 180–185). Bernd & Graefe: Bonn.
- Weerts, J. M. P. (2001). Studies on military peacekeepers. In Y. Danieli (Hrsg.), *Sharing the frontline and the back hills: international protectors and providers* (S. 31–48). Baywood: New York.
- Wothe, K. (2001). Belastungsfaktoren im Einsatz. In K. Puzicha, D. Hansen & W. Weber (Hrsg.), *Psychologie für Einsatz und Notfall* (S. 65–71). Bernard & Graefe: Bonn.
- Zimmermann, P. et al. (2005). Psychogene Störungen bei deutschen Soldaten des Ersten und Zweiten Weltkrieges. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 73, 91–101.

27 Folteropfer und Opfer politischer Gewalt

N. F. Gurrus, M. Wenk-Ansohn

- 27.1 Allgemeine und epidemiologische Aspekte – 478**
- 27.2 Methoden der Folter – 478**
 - 27.2.1 Ziele und Auswirkungen von Folter – 479
- 27.3 Erweiterung des PTBS-Konzeptes bei Folteropfern – 479**
 - 27.3.1 Psychobiologische und lerntheoretische Aspekte – 481
- 27.4 Psychotherapie mit Folteropfern – 482**
 - 27.4.1 Therapeut-Patient-Beziehung – 483
 - 27.4.2 Schritte der traumaorientierten Behandlung bei Folteropfern – 486
- 27.5 Stellvertretende Traumatisierung in der Arbeit mit Folteropfern – 495**
- 27.6 Abschließende Bemerkungen – 496**
 - Literatur – 496**

27.1 Allgemeine und epidemiologische Aspekte

Trotz der internationalen Bemühungen um die Einhaltung der Menschenrechte nehmen organisierte staatliche Verfolgung und systematische Folterungen weltweit zu, ebenso schwere Traumatisierungen der Zivilbevölkerung in Kriegen und Bürgerkriegen. In der jüngsten Vergangenheit hat sich gezeigt, dass auch moderne Rechtsstaaten sich nicht an die Inhalte der Antifolterkonvention (Vereinte Nationen, 1984) gebunden fühlen. So wurde bekannt, dass im Rahmen des »Krieges gegen den Terror« z. B. im Irak im Gefängnis Abu Ghraib oder in Guantanamo und Camps in Afghanistan gefoltert wurde. Miles (2006) konnte nachweisen, dass der Einsatz von psychischen Foltermethoden, der sog. »harsh interrogations«, in den USA systematisch erforscht und von Ärzten und Psychologen verfeinert wird. Terrorregime und gewaltsam ausgetragene Konflikte produzieren große Flüchtlingswellen von Verfolgten und Bedrohten, die vor allem in die jeweiligen Nachbarländer strömen. Nur wenige Menschen erreichen als Flüchtlinge die Exilländer Europas, Nordamerikas und Australiens.

In einer Untersuchung von Asylbewerbern kurz nach ihrer Ankunft in Deutschland wurde bei 40% eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) festgestellt (Gäbel et al., 2006); diese Zahl stimmt überein mit internationalen epidemiologischen Studien (z. B. Silove et al., 1997) In keinem Land existiert jedoch eine verlässliche quantitative Erfassung gefolterter Flüchtlinge. Dies erscheint auch kaum möglich, da Interviews im Rahmen von Stichprobenerhebungen ohne therapeutischen Schutz ethisch problematisch sind und Betroffene in der Regel ihre Foltererlebnisse nur schwer kommunizieren. Selbst im engsten Kreis von Familie und Freunden bleiben Einzelheiten der Folterungen zumeist tabuisiert. Auch in einer therapeutischen Beziehung bedarf es einer Zeit der Bildung von Vertrauen, Sicherheit und Selbstkontrolle für die Patienten, bis Einzelheiten erinnert werden können und Zusammenhänge der extrem traumatischen Erlebnisse überhaupt mitteilbar werden. Viele Foltersituationen sind sehr schambesetzt. Die Betroffenen versuchen, die erlebten Erniedrigungen vor sich selbst und anderen zu verbergen. Besonders hoch ist die Dunkelziffer unter von Vergewaltigung betroffenen Frauen (und Männern),

diese berichten oft erst unter größtem Druck, z. B. vor einer drohenden Abschiebung, von ihren Gewalterlebnissen (Wenk-Ansohn, 2004).

Betroffene sind oftmals nicht fähig, bei der Anhörung vor dem Bundesamt oder vor einem Verwaltungsgericht wesentliche Asylgründe zu benennen (Graessner & Wenk-Ansohn, 2000), was sich in den jeweiligen aufenthaltsrechtlichen Verfahren in den Aufnahmeländern negativ auswirken kann und dazu beiträgt, dass Folteropfer durch den unsicheren Aufenthaltsstatus anhaltend belastet sind.

27.2 Methoden der Folter

Begriffsbestimmung

In der Antifolterkonvention (Vereinte Nationen, 1984) ist Folter definiert als:

Definition

»... jede Handlung, durch die einer Person vorsätzlich schwere körperliche oder geistig-seelische Schmerzen oder Leiden zugefügt werden, um von ihr oder einem Dritten eine Aussage oder ein Geständnis zu erzwingen, sie für eine von ihr oder einem Dritten begangene Tat zu bestrafen, sie oder einen Dritten einzuschüchtern oder zu nötigen oder eine andere auf Diskriminierung gleich welcher Art beruhende Absicht zu verfolgen, sofern solche Schmerzen oder Leiden von einem Angehörigen des öffentlichen Dienstes oder einer anderen in amtlicher Eigenschaft handelnde Person, auf deren Veranlassung, mit deren Zustimmung oder mit deren stillschweigendem Einverständnis vorgenommen wird ...« (Vereinte Nationen, 1984, S. 246).

Folter wird von Menschen an Menschen verübt und ist unter den »man-made disasters« wohl eine der übelsten Formen absichtsvoller und zumeist planmäßiger Grenzverletzungen.

Das betroffene Individuum gerät durch sie in eine Situation von extremer Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein, die über kurz oder lang dazu führt, dass wichtige emotionale, kognitive oder behaviourale Funktionen zusammenbrechen (Fischer & Gurriss, 2000, S. 468).

Darüber hinaus beinhaltet Folter tief in die Persönlichkeitsstruktur und in die sozialen Beziehungen eingreifende Erniedrigungen und Entwürdigungen. Bei systematischer Folter sind körperliche und psychische Folterungen immer miteinander verschränkt. Ideenreichtum und Methoden der Folterer scheinen unerschöpflich (bzfo Berlin, 1992–2007; Graessner & Wenk-Ansohn, 2000; Traue et al., 1997). Den Opfern werden unerträgliche Schmerzen zugefügt, um an deren Psyche zu gelangen und sie für Suggestionen, existenzielle Drohungen (z. B. Scheinhinrichtungen, Schlafentzug), Reizüberflutung oder -entzug, Verwirrungspraktiken, »doubleblind«-Techniken und andere »psychologische« Torturen empfänglich zu machen (Wicker, 1993). Es werden regelhaft auch solche Formen der Demütigung und Gewalthandlung eingesetzt, die in der jeweiligen Kultur der Opfer besonders tabuisiert und entehrend sind, z. B. sexualisierte Gewalt und Folter an Frauen aus traditionellen und muslimisch geprägten Gesellschaften. Zum Beispiel waren in einer Untersuchung an 35 kurdischen Patientinnen aus der Türkei 83% von sexualisierter Folter betroffen (Wenk-Ansohn, 2002).

! **Psychologische Folter ist nicht weniger traumatisierend als physische Folter (Başoğlu et al., 2007).**

Weibliche und männliche Opfer von sexualisierter Gewalt findet man unter Überlebenden von Folter und Gewalt in Kriegen und Bürgerkriegen aus allen Herkunftsgebieten, da diese Form der Gewalt in allen Kulturen die demütigendste Form der Erniedrigung und Entehrung darstellt (Gurris, 1995c). Epidemiologische Daten sind aufgrund der besonderen Tabuisierung hierzu kaum zu erheben; die Aufdeckung gelingt meist nur in Behandlungszentren während der therapeutischen Arbeit unter eindeutigen Vertrauensschutz.

27.2.1 Ziele und Auswirkungen von Folter

Unter der Lupe

Ziel der »modernen« Folter ist die plan- und absichtsvolle Beschädigung bzw. die Zerstörung der Persönlichkeit der Opfer.

Während sie biologisch möglichst am Leben bleiben sollen (mit Vermeidung von sichtbaren Folterspuren), sollen sie in ihren psychischen Beschädigungen als Abschreckung für Opposition, für Auflehnung und Ungehorsam Andersdenkender dienen. Wenn die Gefolterten unter den Torturen sterben, werden sie in der Öffentlichkeit und gegenüber Angehörigen zumeist als »verschwunden« bezeichnet, womit sich Behörden und staatliche Organe und letztlich die unmittelbaren Täter der Verantwortung entziehen können. Darüber hinaus wird in kalkulierter Absicht für die Hinterbliebenen bzw. die Suchenden psychisches Leid ohne Ende geschaffen, da diese nicht einmal den Angehörigen bestatten und den Verlust betrauern können. Die Traumatisierung breiter Bevölkerungsteile mit einer Wirkung in die nachfolgenden Generationen hinein durch »Verschwindenlassen« hat nach den Praktiken in den 1970er Jahren in Chile und Argentinien eine traurige Renaissance erfahren (Preitler, 2005), z. B. unter Saddam Hussein im Irak oder in der Türkei (s. Jahresberichte amnesty international, 1990–2007).

Unter der Lupe

Es muss davon ausgegangen werden, dass Folter immer eine Mehrgenerationenproblematik schafft.

Nachgewiesen wurde dies bereits in zahlreichen Untersuchungen und Studien über die 2. und 3. Generation der Überlebenden des Holocaust (Danieli et al., 1996).

27.3 Erweiterung des PTBS-Konzeptes bei Folteropfern

Ein extremes Psychotrauma wird von Fischer et al. (2003, S. 633) definiert als

Definition

»... vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.«

Die systematische Folter im Kontext staatlich oder parastaatlich organisierter Verfolgung und Gewalt rechtfertigt folgende Hervorhebungen gegenüber anderen Traumatisierungen (Gurris, 2003c):

- durch Menschenhand mit Plan und Absicht,
- vitale Bedrohung,
- Erniedrigung,
- oft andauernde und wiederholte Exposition über längere Zeiträume,
- Handlungsunfähigkeit, Hilflosigkeit und Abhängigkeit,
- evtl. traumatische Bindung an die Folterer und möglicher Verrat von Gefährten (Saporta & Kolk, 1992) sowie existenzielle Bedrohung von Familienangehörigen oder politischen Freunden,
- tiefe Schamgefühle,
- soziokulturelle Entwurzelung und Entfremdung,
- fortdauernder Stress durch anhaltende Verfolgung, »Untertauchen« oder Flucht- und Exilsituation,
- überdauernde Erschütterung von Selbst-, Fremd- und Weltvertrauen (Janoff-Bulman, 1992),
- Verlust von Kohärenzgefühl (Antonovsky, 1987) und
- Verlust von Selbsteffizienz (Bandura, 1977).

Verfolgungs- und Foldersituationen sind komplexe und extrem aversive Reizmuster mit den Eigenschaften: Besonders bedrohlich und schmerzhaft, oft unvorhersehbar (schock- und überfallartig), unkontrollierbar, unausweichlich, mit einhergehender Ungewissheit über das Ende der Einwirkung sowie Todesangst (Gurris, 2003a).

Unter der Lupe

Die traumatisierende Wirkung ergibt sich nicht nur aus der traumatischen Situation selbst und der unmittelbar damit verbundenen peritraumatischen Reaktion der gefolterten Person, sondern auch aus deren nachhaltiger **Bedeutung** für das Individuum in seinem persönlichen, sozialen, historischen und politischen Kontext sowie aus den resultierenden sozialen und materiellen Konsequenzen.

Folter zielt auf die Beschädigung des Kerns der Persönlichkeit (Gurris, 2003b; Drozdek & Wilson, 2004),

die Bereiche der Selbstwahrnehmung, Objektwahrnehmung, Impuls-/Affektkontrolle; Kommunikation und Bindung können in unterschiedlichem Ausmaß betroffen sein (Maier & Schnyder, 2007). Für Menschen, die wiederholt bzw. über längere Zeit einer totalitären Unterwerfung und Kontrolle (Konzentrationslager, Verfolgung und Folter, Kriegsgefangene, Opfer von sexuellem Kindesmissbrauch und -misshandlung, Opfer kultisch-religiöser Sekten) ausgesetzt waren, hat Herman (1992) den Begriff »Complex PTSD« geformt (► Kap. 2).

Chronische Traumafolgestörungen verlaufen in Prozessen, in denen phasenweise unterschiedliche Symptome in unterschiedlicher Stärke vorherrschen können. Positive und negative äußere Faktoren, wie das Vorhandensein oder Fehlen von sozialer Anerkennung und Zukunftsperspektiven einerseits sowie innere psychodynamische Faktoren wie z. B. Scham- und Schuldgefühle andererseits wirken sich auf den Verlauf dieser Prozesse aus.

Für das Verständnis des Störungsverlaufs bei Folteropfern und traumatisierten Flüchtlingen ist das Modell der sequenziellen Traumatisierung von Keilson (1979), zuletzt erweitert von Becker (2006), nach wie vor hilfreich. Keilson unterscheidet folgende drei traumatische Sequenzen:

- 1. Sequenz: Beginn der Verfolgung, die durch zunehmende Repression oder Kriegssituation – verbunden mit ansteigende Angst und oft auch Zerbrecen von sozialen Beziehungen – gekennzeichnet ist.
- 2. Sequenz: Die Zeit der Verfolgung bis zur Flucht, d. h. eine Phase mit dem hohen Risiko von traumatischen Ereignissen.
- 3. Sequenz: Phase nach Beendigung der eigentlichen Verfolgungssituation.

Unter der Lupe

Das Ergebnis seiner Follow-up-Studie an jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden zeigte, dass diese dritte Sequenz entscheidend ist für den Verlauf des traumatischen Störungsprozesses. Das Krankheitsgeschehen ist in hohem Maße abhängig von Kontextfaktoren nach den traumatischen Erlebnissen. Bei den traumatisierten Flüchtlingen ist das die Phase im Exil.

Das Erleben von Asylsuchenden ist von dem Gefühl der Entwurzelung und einem schwierigen Anpassungsprozess an die häufig aversiven Bedingungen des materiellen und sozialen Lebens im Exil geprägt, mit;

- unsicherem Aufenthalt und fehlenden Perspektiven,
- dem Gefühl von anhaltender Abhängigkeit,
- Verlust der sozialen Position oder
- sozialer Isolation.

Flüchtlinge befinden sich in einer anhaltenden Belastungssituation (»ongoing stress«) – ein Erholungsprozess nach Traumatisierung ist vor diesem Hintergrund äußerst schwierig (Herlithy & Turner, 2007). Die Belastung besteht durch kontinuierliche aversive Kontextfaktoren, die einen Verarbeitungs- und Kompensationsprozess nach Traumata und Entwurzelung beeinträchtigen und damit einen Chronifizierungsprozess von traumareaktiven Störungen begünstigen, wie z. B. eine Untersuchung an irakischen Asylbewerbern in den Niederlanden zeigt (Laban et al., 2004). Das Erleben von erneuten schweren spezifischen (d. h. mit traumaassoziierten Reizen verbundenen) oder unspezifischen Belastungssituationen, die mit dem Gefühl von Kontrollverlust, Hilflosigkeit und Ohnmacht verbunden sind, wie z. B. akut bedrohliche Situationen im Rahmen von ausländerfeindlichen Übergriffen oder Abschiebeandrohungen, führt dann oft zusätzlich zu einschneidenden Verschlechterungen (Retraumatisierungen) mit erheblicher akuter und/oder anhaltender Verschlechterung der Symptomatik (Wenk-Ansohn & Schock, 2008). Neben einem akuten Anstieg der PTBS-Symptomatik sind Retraumatisierungen häufig gekennzeichnet von auch anhaltender Zunahme der komorbiden Störungen: Depression, Suizidalität, Ängste, somatoforme Störungen.

Gelegentlich werden bei Patienten psychotische Episoden beobachtet. Nach lang andauernden traumareaktiven Störungsprozessen tritt bei Folteropfern z. T. eine Symptomatik auf, die als Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (Dilling et al., 1993) einzustufen ist.

Das Sozialverhalten insgesamt kann durchgreifend gestört sein, z. B. mit vollständigem Rückzug oder auch aggressiven Affektdurchbrüchen, die nicht selten auch gegen Familienmitglieder gerichtet

Komplexe psychische Folgen bei Folteropfern

Komorbidität:

- anhaltende Depressionen mit ausgeprägter Suizidalität (Gierlichs & Wenk-Ansohn, 2005),
- Angst- und Zwangsstörungen
- schwere dissoziative Störungen
- Impulskontrollstörungen
- Substanzmissbrauch und psychogene Essstörungen
- somatoforme Störungen, insbesondere Schmerzstörungen (Wenk-Ansohn, 1998; Liedl & Knaevelsrud, 2008)
- Verschlimmerung vorbestehender körperlicher oder psychischer Erkrankungen

sind. Neben den individuellen Folgen sind Auswirkungen einer Traumatisierung im sozialen System, insbesondere in der Familie, zu beobachten. Kinder können parentifiziert und überlastet sein, Eltern können Kinder infolge von eigenen Ängsten eng an sich binden und in ihrem Bewegungsradius einengen. Im System der Familie kann sich eine sekundäre bzw. stellvertretende Traumatisierung ausbreiten und im sozialen Umfeld vielfach abbilden (McCann & Pearlman, 1990).

27.3.1 Psychobiologische und lerntheoretische Aspekte

Die biopsychosozialen Erschütterungen und Beschädigungen durch die Extremsituationen der Folterungen hinterlassen ein »Trauma-Script«, das durch neurobiologische Substrate konsolidiert wird (► Kap. 3 u. 4).

Dissoziation und Vermeidung als Rettungsversuch.

Während der Traumatisierung werden Notfallreaktionen des Organismus ausgelöst, um seine nackte Existenz zu retten; bei Folter geschieht dies wiederholt. Der Körper reagiert mit einem Wechsel von Hypervigilanz und Abschalten oder Analgesie, manchmal mit Ohnmachtsanfällen durch unerträglichen Schmerz und Todesangst. Gespannte Muskeln wollen schützend Schläge antizipieren. Mental

werden – sofern das noch möglich ist – bekannte kognitive Schemata durchsucht, zumeist aber verworfen, weil eine Bewältigung der Situation aus Mangel an Vorerfahrung in der Regel nicht möglich ist (Gurris, 2005). So entstehen in höchster Not und Verzweiflung auf psychobiologischer Ebene Dissoziationen (► Kap. 3). Dissoziative Phänomene und Störungen sind in die Verarbeitung traumatischer Erfahrungen eingebunden und bei Folteropfern als verzweifelter Versuch zu verstehen, erlittene Gewalt, Scham, Entsetzen und Schmerz abzuspalten und von sich zu distanzieren, gleichsam ein Überlebensreflex bei schwerer Verletzung von Intimität und Identität.

Nach den extrem traumatischen Einwirkungen ist Betroffenen die geordnete kognitive Dekodierung der Spaltungsvorgänge kaum noch möglich. Der traumatische Stress bleibt aufrechterhalten und wird als Reaktionskreis umso stabiler, je länger und intensiver das Vermeiden anhält (Gurris, 1996; Marmar, 1997).

Unter der Lupe

Der Organismus versucht, auf vielfältige Weise auf die unerträgliche lebensbedrohenden Wirklichkeit zu reagieren: Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Empfindungsmuster zerfallen; versprengte Fragmente scheinen halluzinatorische, abgespaltene neue Muster hervorzubringen.

Oft wird eine surreale Todesranderfahrung berichtet. Je länger und intensiver die extrem traumatischen Einwirkungen sind, desto gravierender etablieren sich dissoziative Reaktionsmuster.

27.4 Psychotherapie mit Folteropfern

Therapiekonzepte verschiedenster Herkunft betonen die Komplexität der psychotherapeutischen Behandlung von Folteropfern. Von besonderer Bedeutung sind

- besondere Anforderungen an die Therapeut-Patient-Beziehung,
- ausgeprägte Chronifizierung und Komplexität der Folgen,

- Einflüsse der Belastungen der Exilsituation auf den therapeutischen Prozess (Haenel, 2002) und
- zumeist interkulturelle Begegnung unter Sprachmittlung (Dhawan, 2004; Haenel, 2001).

Die meisten Behandlungen werden in psychosozialen Zentren für Flüchtlinge bzw. in Behandlungseinrichtungen für Folteropfer durchgeführt. Aufgrund der anhaltend belastenden psychosozialen Situation von traumatisierten Flüchtlingen muss die klinische Sozialarbeit einen besonderen Schwerpunkt darstellen, denn die Mehrheit der als Flüchtlinge aufgenommenen Patienten hat keinen langfristig gesicherten Aufenthalt. Für die Bewältigung traumatischer Erfahrungen sind folgende Rahmenbedingungen jedoch zentral:

- Sicherheit,
- ausreichende materielle Bedingungen,
- soziale Anerkennung,
- Möglichkeit von sozialem Kontakt und
- Hoffnung, Zukunftsperspektiven entwickeln zu können.

Nur ein breiter therapeutischer Ansatz, der neben den eigentlichen posttraumatischen Symptomen die psychosozialen Bedürfnisse und die kulturellen Einstellung der Patienten berücksichtigt, erscheint bei der Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen angemessen und erfolgversprechend (Gurris, 2003a; Maier & Schnyder, 2007; Silove et al., 1991; 2002; Wenk-Ansohn & Gutteta, 2005).

In der Regel arbeiten die Traumazentren mehrprofessionell, interdisziplinär und hinsichtlich der Methoden eklektisch bis integrativ. Einige Therapieformen scheinen gut aufeinander abstimmbare zu sein. In ihrer Kompatibilität und Komplementarität gewährleisten sie ein variables und lebendiges Setting und erlauben das Wechseln von Ausdrucks- und Darstellungsformen auf verschiedenen Ebenen. In der praktischen Arbeit finden sich z. B. oft kognitiv-behaviorale, psychodynamische und systemische Elemente, die durch methodische Aspekte des Psychodrama (Ottomeyer, 2003) oder imaginativen Methoden auf der Grundlage der Hypnotherapie nach Erickson (Gurris, 2001a; Hart et al., 1995; Spiegel & Cardeña, 1990) ergänzt werden. Weitere sinnvolle Komponenten einer komplexen Traumatherapie sind der Erfahrung nach körperorientierte und kreative

Therapieformen, wie z. B. konzentrierte Bewegungstherapie (Karcher, 2000, 2004), Musiktherapie (Braak, 2006; Zharinova-Sanderson, 2002) oder Kunst- und Gestaltungstherapie (Karcher & Tschiesche-Zimmermann, 2002). Die enge Kooperation mit ärztlichen Kollegen wird empfohlen, denn die Wechselwirkungen von psychischem Leid und körperlichen Beschwerden bzw. Beschädigungen erfordern ein integratives Vorgehen – sowohl im Bereich der Diagnostik als auch im Bereich der Therapie.

Das therapeutische Vorgehen sollte flexibel auf den individuellen Verlauf des traumatischen Prozesses und der Traumaverarbeitung, die aktuelle soziale Lebenssituation und die kulturell geprägten Möglichkeiten – Ressourcen und evtl. Einschränkungen – angepasst sein. Die Anwendung starrer bzw. manualisierter Techniken greift in der Regel zu kurz und wird den Bedürfnissen der Betroffenen nicht gerecht. Zentral ist eine stabile therapeutische Beziehung, die im Verlauf regelmäßig durch Supervision und Intervention reflektiert werden sollte.

27.4.1 Therapeut-Patient-Beziehung

Unter der Lupe

Unabhängig von der Therapiemethode ist die Erarbeitung einer vertrauensvollen und gleichzeitig für den Patienten **kontrollierbaren** therapeutischen Arbeitsbeziehung unter Beachtung der Übertragungs- und Gegenübertragungssituation Voraussetzung für einen erfolgreichen Behandlungsprozess.

Zentral in der Beziehung ist, dass sie von aufrichtigem und im Gegenüber erkennbarem Respekt getragen ist, denn das Wiedererlangen des Gefühls von Würde ist zentral für Opfer von Folter und erniedrigender Gewalt durch Menschenhand.

In der Therapie mit Folteropfern und Kriegstraumatisierten kommt es auffällig häufig zu extrem gegensätzlichen Haltungen und Gegenübertragungen. Einerseits kann eine zu große Distanz des Therapeuten mit fehlender Empathie zum Therapieabbruch führen. Andererseits werden häufig fehlende Distanz und zu große Empathie mit Überidentifizierung bis hin zur persönlichen Verstrickung (Haenel,

1998; Wilson et al., 1994) beobachtet. Der Erfahrung nach ist in der Therapie mit traumatisierten und von Scham erfüllten Menschen ein gewisses kontrolliertes Abrücken von der sonst üblichen therapeutischen Abstinenz zu empfehlen (Haenel, 2002; Maier & Schnyder, 2007; Wenk-Ansohn, 2002). Von zentraler Bedeutung ist ein hohes Maß an Transparenz der therapeutischen Arbeit mit ausführlichen psychoedukativen Elementen. Darüber hinaus erfordert die therapeutische Haltung gegenüber Folteropfern aber auch Parteilichkeit in Bezug auf die Wahrung der Menschenrechte und Verurteilung von Menschenrechtsverletzungen. Diese Besonderheit erfordert zugleich sensibles abgrenzendes Augenmaß, um die therapeutische Rolle nicht zu verlassen und den therapeutischen Auftrag nicht aus den Augen zu verlieren. Von prominenter Bedeutung ist die Stärkung von Autonomie und Selbstkontrolle des Patienten (Gurris, 2003b).

! Bei Foltertraumatisierten kann ein spontaner Reflex der Überfürsorglichkeit dazu führen, dass die Betroffenen ausschließlich in der Opferrolle wahrgenommen werden, mit dem subjektiven Motiv, sie zu entlasten, zu schonen und ihnen unangenehme Realitäten vorzuenthalten. Damit werden sie letztlich weiter entmündigt und in ihrer Opferrolle fixiert (Maier & Schnyder, 2007).

Im therapeutischen Raum entsteht eine Begegnung, in der der Patient sich als gleichberechtigter Mensch in seiner grundsätzlichen menschlichen Würde erkennen kann, die für ihn selbst nach dem Trauma oft zunächst nicht mehr spürbar ist. Fischer & Riedesser (1998) beschreiben die Übertragungsbeziehung in der Traumatherapie als einen Prozess der Wiederaufnahme von Beziehungen (»re-bonding«). Bei Traumata durch Menschenhand ist hier vor allem die Überwindung von Misstrauen und das Wiederfinden der Fundamente des kommunikativen Realitätsprinzips erforderlich. Nach Meinung der Autoren gilt dies insbesondere für die Eingangsphase der Therapie und die Ressourcenarbeit.

Menschen, die in der Hand von Folterern waren, tendieren dazu, Täteraspekte auf die soziale Umwelt zu übertragen, die beim Gegenüber Gegenreaktionen auslösen (Comas-Diaz & Padilla, 1991; Wilson & Lindy, 1994). Allein das Setting in Diagnostik und Therapie kann bei der Arbeit mit Folteropfern hef-

tige Reaktualisierungen der Traumata mit Flashbacks bzw. dissoziativen Zustände auslösen. Auf Seiten der Traumatisierten entsteht eine assoziative Verknüpfung mit erlebten Verhörsituationen oder psychischen Torturen. Können diese Prozesse nicht angemessen bearbeitet und aufgelöst werden, ist nicht nur die weitere Bearbeitung des Traumas blockiert, sondern es kann auch zu Retraumatisierungen kommen.

Interkulturelle Begegnung in der Psychotherapie

Wahrnehmung, Fühlen, Denken und Äußerungsformen sind kultur- und kontextgeprägt. Werte, soziale Normen, die Stellung des Individuums zu anderen Mitgliedern der Gruppe, Bedeutungen, Muster des Denkens und Handelns werden in der Interaktion der Gruppe tradiert, verändern sich im historischen und gesellschaftlichen Kontext über die Generationen und bilden internalisierte »Landkarten der Bedeutungen« (Clarke et al., 1979). Diese bilden für das Individuum, seine Identitätsbildung und seinen Entwicklungsprozess eine z. T. bewusste, in weiten Teilen aber unbewusste Referenz. Davon beeinflusste Selbst- und Weltkonzepte sowie Interaktionsweisen bilden einen Schatz von Möglichkeiten aber auch Begrenzungen (Kalpaka, 2004). Verletzungen von Normen sind mit Scham- und Schuldgefühlen verbunden. In einer traumatischen Situation beeinflussen die kulturspezifischen Bedeutungssysteme die Bewertung des Geschehens und Interpretationen des Traumas und seiner Konsequenzen. Die kulturell geprägte tatsächliche oder antizipierte Reaktion des sozialen Umfeldes wirkt sich wesentlich auf den Verlauf der Traumareaktionen und Bewältigungsmöglichkeiten aus. Bei Frauen aus traditionellen Gesellschaften, in denen Ehre und Scham eine zentrale Rolle für die Regulierung der sozialen Stellung und Bezüge darstellt, findet man nach Vergewaltigungen oder anderen Formen sexualisierter Gewalt besonders häufig komplexe PTBS (Wenk-Ansohn, 2002) mit Chronifizierungsprozessen, die durch kollektiv-dysfunktionale Kognitionen (Kizilhan, 2007) unterhalten werden. Die Tendenz zum Verschweigen der Erlebnisse, um sich selbst und die Großfamilie vor Ehrverlust und Ausgrenzung zu schützen, erschwert den therapeutischen Zugang. Zudem bewirkt die Angst, in der Exilgemeinschaft als Folter-

opfer erkannt zu werden, was implizit bedeutet, dass eine Frau mit hoher Wahrscheinlichkeit auch Opfer sexualisierter Gewalt wurde, sowie die Angst als »verrückt« stigmatisiert zu werden, dass spezifische Behandlung oft spät und unter großem Druck, z. B. einer drohenden Abschiebung, aufgesucht wird. Somatoforme Schmerzzustände entstehen in der Folge einer Reaktionskette von Dissoziation, Intrusion, Vermeidung, Angst/Stress verbunden mit chronischer muskulärer Anspannung. Sie stellen gleichzeitig eine sprachlose Ausdrucksform für Trauma, Angst und Depression dar, um das Leiden zu kommunizieren, ohne dessen Hintergrund preiszugeben und bei Ärzten der Primärversorgung Hilfe zu suchen (Wenk-Ansohn, 2004).

Unter der Lupe

Wenn auch Symptomcluster der PTBS kulturübergreifend vorkommen, so ist die Interpretation von Beschwerden, deren Zuordnung und das Verständnis von Krankheit in verschiedenen Kulturen unterschiedlich.

Bei Diagnostik und therapeutischen Interventionen müssen die den Interpretationen zugrunde liegenden Bedeutungssysteme sowie Denk- und Verhaltensschemata individuell erforscht und berücksichtigt werden. Auch Symptome und begleitende Verhaltensmuster sind u. U. unterschiedlich ausgeprägt. So wurden z. B. bei Frauen aus dem ehem. Jugoslawien und Kurdinnen aus ländlichen Gebieten der Türkei auffällig häufig psychogene Anfälle beobachtet (Wenk-Ansohn, 2002). Dabei handelt es sich um eine spezielle Ausprägung dissoziativer Zustände (sog. dissoziative Krampfanfälle, ICD-10: F44.5; Dilling et al., 1993) oder aber Bewusstseinsänderungen in der Folge von Erregung und Hyperventilation.

Psychotherapie mit Migranten bedeutet Begegnung mit Menschen, deren Referenzsysteme in unterschiedlichen Bereichen anders sein können als die eigenen. Diese Begegnung erfordert Offenheit zur Reflektion eigener Referenzsysteme, das Bewusstsein der eigenen Kultur- und Kontextgebundenheit, Wahrnehmung und Respektierung von kulturell und sozial geprägter Differenz und Flexibilität für Perspektivenwechsel. Psychologische Modelle aus westlichen Gesellschaften können nicht ohne Überprüfung und

Anpassung auf Menschen übertragen werden, deren Sozialisation in kollektiv orientierten Gesellschaften stattgefunden hat. Die Bearbeitung der peri- und posttraumatischen Schemata erfordert eine Anpassung der Interventionen unter Einbeziehung verwurzelter kulturgebundener Einstellungen sowie Anpassung an die Bildungsvoraussetzungen. Damit sind auch der gesellschaftliche, historisch-politische sowie der aktuelle soziale Kontext der Traumatisierung in systemische Überlegungen einzubeziehen. Da man als Therapeut nicht Kenner aller Kulturen sein kann und Gefahr läuft, durch Stereotypen den Blick auf den individuellen Patienten zu verstellen, hat es sich bewährt, in einer Haltung respektvoller Neugier und engagierter Neutralität durch zirkuläres Fragen mit der Welt der Betroffenen in Kontakt zu kommen (Oestereich, 1996, 2004). Diese Form des Zuganges ermöglicht auch, die Machtstellung der Therapeuten zu reduzieren, die ihnen aufgrund der Zugehörigkeit zur Aufnahmegesellschaft und der professionellen Stellung zugeschrieben wird.

Hilfreiches in der interkulturellen Kommunikation

- Offenheit, aufrichtiges Interesse an der Kultur des Betroffenen zeigen
- Respekt, Beachten von Höflichkeitsregeln
- Achtsamer Umgang mit Scham und tabuisierten Themen
- Erforschen von kulturell divergierenden Kommunikationsstilen/Sprachkulturen, auf indirekte Äußerungen achten
- Bedeutungen erfragen von Wörtern, Redewendungen, Metaphern
- Zirkuläres Fragen, Annähern aus verschiedenen Perspektiven
- Missverständnisse klären, zu Rückfragen ermuntern
- Reflektion und Transparentmachen der eigenen Kultur/des eigenen kulturgebundenen Verhaltens
- Dialog über Differenzen der Herkunfts- und der Exilkultur (kann Anlass geben auch zu humorvollem Dialog über Beobachtungen des Patienten im aktuellen Kontext)



- Transparentmachen der professionellen Rolle und des therapeutischen Vorgehens
- Wiederholt die eigene Schweigepflicht (und die des Dolmetschers) auch nahen Angehörigen und Freunden der Betroffenen gegenüber betonen
- Einfallsreichtum und Mut zur Improvisation (z. B. zeichnen lassen, visuelle Darstellung mit symbolisierenden Gegenständen)
- Auf nonverbale Kommunikation achten

Kommunikation durch Sprachmittlung

Dolmetscher sind in den meisten Fällen Teil des Behandlungssettings.

Unter der Lupe

Neben der Ermöglichung der sprachlichen Kommunikation zwischen Patient und Therapeut kommt dem Dolmetscher bei der Klärung kultur- und kommunikationsspezifischer Fragen eine wesentliche Rolle zu; eine Ressource, die im Rahmen des kurzen Nachgesprächs nach jeder Sitzung genutzt werden sollte.

Die notwendige Schulung von Dolmetschern für den Einsatz im therapeutischen Kontext beinhaltet die Vermittlung von Grundlagen zu

- psychopathologischen Zustandsbildern bei Traumatisierten,
- Grundlagen von therapeutischem Handeln, therapeutischer Beziehung und evtl. speziellen Methoden, die zur Anwendung kommen, ebenso
- den Inhalten von speziellen medizinischen/psychologischen Terminologien sowie
- Begrifflichkeiten, die mit der Alltagsrealität von Asylbewerbern zusammenhängen.

Die Schulung sollte ebenfalls Methoden der Prävention stellvertretender Traumatisierung und Burnout umfassen.

Auch wenn der Dolmetscher bemüht ist, mit der gebotenen Neutralität möglichst wortgetreu zu übersetzen, ist davon auszugehen, dass seine Anwesenheit und Persönlichkeit die Interaktion beeinflusst.

Unter der Lupe

Übertragungs- und Gegenübertragungreaktionen finden in einer Triade statt: Patient – Dolmetscher – Therapeut (Haenel, 2001). Die ständige Aufmerksamkeit des Therapeuten für dieses Geschehen sowie die gemeinsame Reflektion darüber mit dem Dolmetscher nach den Sitzungen ist daher notwendig.

Psychotherapie unter Einbeziehung von Dolmetschern setzt grundsätzlich eine klar strukturierte Kooperation mit eindeutig definierter Tätigkeits- und Rollenbeschreibung voraus (Abdallah-Steinkopf, 2006; Dhawan, 2004; Ghaderi & Keuk, 2008). Der Therapeut trägt die Verantwortung für die Strukturierung der Kommunikation, den Gesprächsverlauf und den therapeutischen Prozess, er hat den Schutz des Dolmetschers vor Überlastung im

Auge. Um das gesamte Geschehen in der Triade im Blick zu haben hat sich eine Sitzordnung im Dreieck bewährt, diese verdeutlicht auch den Aspekt von Partnerschaft für eine gelungene Kommunikation.

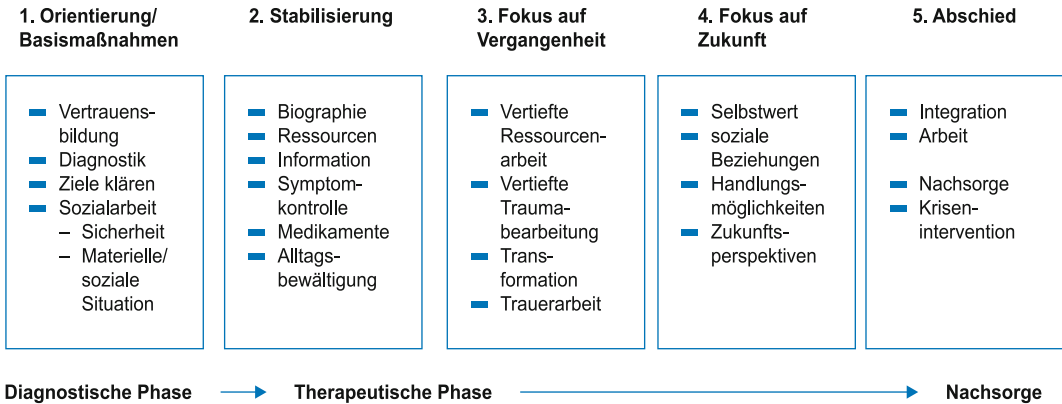
Bestimmte Grundsätze und Regeln haben sich beim Einsatz von Dolmetschern in der Psychotherapie bewährt (s. Übersicht unten).

27.4.2 Schritte der traumaorientierten Behandlung bei Folteropfern

Flüchtlinge und Folteropfer benötigen eine Behandlung, die sowohl den spezifischen Traumatisierungen als auch den Belastungen im Exil Rechnung trägt. Soziale Unterstützung und Begleitung des Rehabilitationsprozesses hin zur Integration im Gastland

Regeln für den Einsatz von Dolmetschern

- Professionelle bzw. möglichst speziell fortgebildete Dolmetscher
- Keine Angehörigen/Bekannte als Sprachmittler, Unbefangenheit
- Schweigepflicht (schriftlich fixieren)
- Wahrung von Neutralität und Unparteilichkeit
- Keine privaten Kontakte mit Patienten und keine Herausgabe der Telefonnummer des Dolmetschers an den Patienten
- Vorgespräch mit dem Dolmetscher vor dem ersten Einsatz
- Zu Beginn der Sitzungssequenz: Vorstellung des Dolmetschers und Aufklärung des Patienten über die Form der Gesprächsführung und die Regelungen für den Dolmetscher
- Der Dolmetscher übersetzt in Ich-Form/direkte Rede
- Möglichst wortwörtliche bzw. wortgetreue Übersetzung
- Im Allgemeinen wird konsekutive Übersetzung vorgezogen
- Der Dolmetscher lässt nichts weg und fügt nichts hinzu
- Alles im Raum gesprochene wird übersetzt
- Sprachliche Missverständnisse werden mit Rückübersetzung geklärt
- Wenn außerhalb des Raumes inhaltlich kommuniziert wurde, wird der Inhalt dem Therapeuten mitgeteilt, der Patient ist darüber informiert
- Der Therapeut spricht in kurzen Sätzen bzw. übersetzbaren Einheiten und vermeidet abstrakte Ausdrücke/Fachausdrücke
- Er achtet darauf, dass seine Ausdrucksweise dem Bildungsniveau und Abstraktionsvermögen des Patienten angepasst sind, überlässt dem Dolmetscher nicht Anpassung und Erklärungen
- Der Therapeut achtet auf den Redefluss und stoppt höflich, wenn das Gesprochene zu lang wird, er gibt auch dem Dolmetscher die Möglichkeit zu unterbrechen und rückzufragen
- Der Therapeut bemüht sich um direkte Ansprache und Blickkontakt und achtet auf nonverbale Kommunikation
- Nachgespräch: Klärung von Missverständnissen, kulturellen Besonderheiten, methodischen Herangehensweisen, triadischen Beziehungsaspekten; Ziel: Entlastung des Dolmetschers
- Dolmetscher nimmt regelmäßig Supervision und Weiterbildung in Anspruch



■ **Abb. 27.1.** Bestandteile der traumaorientierten Behandlung. (Mod. Phasenmodell nach Meichenbaum, 1994, Biemanns, 2001, Drozdek & Wilson, 2004)

sind Teil des Behandlungsplanes in jeder Phase des Behandlungsprozesses. Inhaltliche Schwerpunkte, die sich in der Praxis in den einzelnen Phasen der Behandlung als sinnvoll erwiesen haben, sind in **Abb. 27.1** aufgeführt

Diagnostik und Basismaßnahmen

Die meisten traumatisierten Flüchtlinge haben bei Aufnahme in eine Behandlungseinrichtung noch keinen gesicherten Aufenthalt.

! **Das Erreichen einer sicheren Lebenssituation ist Voraussetzung für eine psychische Stabilisierung nach traumatischen Erlebnissen.**

Traumatisierte Flüchtlinge sind aufgrund ihrer Symptomatik häufig nicht fähig, ihr Verfolgungsschicksal »lückenlos, widerspruchsfrei, detailliert und plastisch«, wie im Asylverfahren seitens der Behörden gefordert, darzulegen (Birck, 2002). Aus diesem Grunde ist die Erarbeitung einer Stellungnahme (zu Standards s.: Haenel & Wenk-Ansohn, 2004; United Nations, 2001) im Auftrag der Patienten oft Bestandteil der diagnostischen Phase nach Aufnahme, die etwa 5–10 h in Anspruch nimmt. Der diagnostische Prozess beinhaltet

- klinische psychologische, ggf. psychiatrische und allgemeinmedizinische Diagnostik,
- psychologische Testdiagnostik,
- Sozialanamnese und
- Einleiten erster sozialarbeiterischer Interventionen.

Neben der klinischen Diagnostik und der Erhebung des Beschwerdevverlaufs ist die Rekonstruktion der Biografie einschließlich der Verfolgungs- bzw. Folteranamnese, soweit zu diesem Zeitpunkt möglich und ethisch vertretbar, für eine Stellungnahme notwendig. Dieses Vorgehen muss von ersten therapeutisch stützenden Interventionen begleitet werden. Der Druck, sog. Parteigutachten (Stellungnahmen) zur Vorlage bei Behörden fertigen zu müssen, ist für die Erstbegegnung und die therapeutische Beziehung einerseits problematisch und mit fachlichen und ethischen Problemen verbunden (Gurris, 2003d). Gleichzeitig bietet sich hier aber auch die Möglichkeit einer »first disclosure«. Gelingt es dem Patienten, seine Vermeidung zu überwinden, so werden im Rahmen der diagnostischen Phase oft zum ersten Mal traumatische Erlebnisse verbalisiert; begleitende Gefühle haben Raum und es beginnt ein Einordnen von traumatischen Fragmenten in die Gesamtbiografie. Die Behandlungsarbeit zu diesem Zeitpunkt ist der von Schauer et al. (2005) manualisierten narrativen Expositionstherapie (NET; ► Kap. 18) vergleichbar, ohne allerdings die perzeptiven Konditionierungen auf den Wahrnehmungskanälen im Sinne einer vertieften Exposition zu nutzen. Der Therapeut wird bei diesem Prozess der Verbalisierung der Traumabiografie indirekt Zeuge von erlebten Menschenrechtsverletzungen und es entsteht ein Narrativ, das schriftlich festgehalten wird. Voraussetzung sind ausreichende Stabilität des Patienten, eine ausreichend vertrauensvolle thera-

peutische Beziehung sowie professionelle Sicherheit des Therapeuten.

Der Einsatz von Testverfahren im Rahmen der Erstdiagnostik ermöglicht eine Verlaufsevaluation. Im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin wird die Testdiagnostik durch das audiovisuelle Computerprogramm »Multicasi« (Knaevelsrud & Müller, 2007) erleichtert, das mit Testverfahren eingesetzt wird, die in verschiedenen Sprachen vorliegen und auch von Patienten, die Analphabeten sind, leicht gehandhabt werden kann.

Merkmale der Diagnostik und Basismaßnahmen

- Kennenlernen und umfassende Information über die Einrichtung und Modalitäten der möglichen Behandlung
- Auftragsklärung und -abstimmung
- Medizinische und psychologische Diagnostik mit biografischer und Traumanamnese
- Sozialanamnese und Zielbestimmung einleitender psychosozialer Maßnahmen
- Bei Bedarf Abfassung einer Stellungnahme für das Asylverfahren
- Einleitung der medizinischen Grundversorgung
- Gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patienten sowie dem interdisziplinären Team über Indikation der folgenden Behandlungsschritte

Mögliche Behandlungsformen:

- a) Überwiegend medizinische, psychosomatisch orientierte Grundversorgung
- b) Überwiegend psychosoziale Betreuung durch Klinische Sozialarbeit unter Einbeziehung von Rechtsanwälten und Beratungsstellen
- c) Mittelfristige unterstützende psychologische und sozialtherapeutische Begleitung oder ggf. psychiatrische Behandlung (Psychopharmaka)
- d) Traumaorientierte Psychotherapie, zumeist in Verbindung mit unter a) bis c) genannten Maßnahmen

Fallbeispiel

Herr A., 25-jähriger Kurde, geb. in der Osttürkei, 16-jährig nach Istanbul migriert, dort Arbeit im Laden bei seinem Onkel, Beginn politische Arbeit in seiner Peer-group.

Mit 16, 18 und 19 Jahren kurze Verhaftungen und Verhöre bei Newrozfesten oder anderen Demonstrationen. Im Alter von 21 Jahren Festnahme bei der Vorbereitung einer Demonstration, 5 Tage Folter in der Antiterrorabteilung in Istanbul, falsches Geständnis unterschrieben, 3 Monate Haft, nach einer Gerichtsverhandlung. Entlassung aus Mangel an Beweisen, das Verfahren wurde aber weitergeführt. Anschließend mehrfach heimgesucht durch Zivilpolizisten, mit psychologischem Druck zur Zusammenarbeit mit Staatssicherheitsorganen, Einberufung zum Militär, für das er nicht kämpfen will, da es gegen kurdische Rebellen unter Einbeziehung kurdischer Zivilbevölkerung eingesetzt wird.

Mit 22 Jahren Flucht nach Deutschland, Asylantrag in erster Instanz abgelehnt, Klageverfahren läuft. Untergebracht in einem Heim an entferntem Ort im Land Brandenburg. Dort wiederholte Behandlung durch Hausarzt wegen Kopfschmerzen und Schlafstörungen, eine angemessene dolmetschergestützte psychologische oder psychiatrische Behandlung vor Ort ist nicht möglich. Betroffener ist innerlich sehr unruhig, hat Kontrollverluste. Er erlebt weitere tiefe psychosoziale Enttäuschungen durch Verweigerung von Wohnung, Deutschkurs und Arbeitserlaubnis mit der Folge von Gefühlen der Isolation und Nutzlosigkeit durch Nichtstun. Ein Jahr nach der Einreise Aufnahme im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin.

Behandlungsablauf (Beginn):

1. Diagnostik, Zusammensetzen von Biografie und traumatischen Erlebnissen, erste kognitive Bearbeitung, Psychoedukation; Erarbeitung einer Stellungnahme (insg. 10 Sitzungen über 3 Monate),
2. Weitere Details zu traumatischen Erlebnissen werden bei der Rückübersetzung der Stellungnahme erinnert. Sozialarbeit: Antrag auf Umzug in eine Wohnung in der Nähe der Stadt Berlin, so dass Behandlung regelmäßig erfolgen kann.

Stabilisierung und Ressourcenarbeit

Hier kommen Interventionen zum Einsatz, die in ► Kap. 11 dargestellt werden. In der **Eingangsphase** der Therapie hat es sich bewährt, unterstützende, beruhigende und desensibilisierende Interventionen in den Vordergrund zu stellen. Sachsse (2008) weist zu Recht darauf hin, dass Stabilisierung nicht als Phase zu begreifen ist, die zu Beginn der Behandlung eingesetzt und abgeschlossen werden kann. Vielmehr ist Stabilisierung bei komplex traumatisierten Menschen **kontinuierlich** durch die ganze Therapie hindurch zu beleben.

Bewährte erste stabilisierende Behandlungsschritte

- Alltagsstrukturierung und Aktivitätsförderung
- Psychoedukation im Einzel- oder Gruppensetting (Birck, 2004; Knaevelsrud & Liedl, 2007)
- Symptomorientierte Verfahren der Schmerzkontrolle und -bewältigung (Gurris, 2003b), z. B. führen eines Schmerztagebuches, Schmerzbehandlung mit Biofeedback (Knaevelsrud & Liedl, 2007)
- Identifikation von symptomauslösenden Bedingungen in Alltagssituationen
- Einübung von Verfahren der Selbstberuhigung (z. B. verschiedene Formen der Entspannung und ressourcenorientierte Tranceinduktionen (Gurris, 1996a; 2009)
- Stabilisierende Körperarbeit (Karcher, 2004; Vogt, 2008), körperliche Aktivierung
- Einübung von Selbstkontrollverfahren und des Selbstmanagement
- Unterstützung selbstbestimmten Handelns im sozialen Umfeld, »Empowerment«
- Stärkung der Ich-Funktionen bei der Bearbeitung von aktuellen Alltagskonflikten
- Arbeit an Gefühlen der Trauer, u. a. zu den Verlusten von Heimat, Familienstrukturen, kulturellem Umfeld, Besitz etc.
- Würdigung und therapeutische Nutzung der von den Patienten eingebrachten Metaphern, Erkundung von traditionellen Riten,



die der Patient für sich nutzbar machen kann

- Wiederbelebung und Ankerung prätraumatischer Ressourcen. z. B. durch geleitete Phantasie Reisen und Innenbildtechniken (Gurris, 2005; Reddemann, 2001)
- Allmähliche Bahnung eines konstruktiv-narrativen Dialogs (Meichenbaum, 1994).

Fallbeispiel

Einzeltherapie von Herrn A., über 6 Monate weitere 15 Sitzungen, wegen immer noch weiter Anfahrt 14-tägig. Inhalte:

- Beziehungsarbeit,
- Trauer über das frühe Verlassen von Heimat und Familie und
- Ressourcenarbeit,
- Evozieren und Anknern positiver Kindheitserinnerungen,
- Psychoedukation,
- Skills-Training (Linehan, 1987) wegen seiner Kontrollverluste.

Daneben:

- Schmerztherapieprogramm mit Biofeedback – Erleben von Kontrollmöglichkeiten, kognitive Stärkung von Selbstwirksamkeitsüberzeugungen.

Traumazentrierte Behandlung – imaginative Verfahren

Therapieschulen betonen die Notwendigkeit der Integration der extremen traumatischen Ereignisse in das Lebensskript der Betroffenen. Das bedeutet, dass Vermeidungen und Abspaltungen, soweit wie im jeweiligen Fall möglich, aufgelöst werden sollten zugunsten der allmählichen Befähigung, sich den traumatischen Bildern und Erinnerungen bewusst und kontrolliert auszusetzen. Die dazugehörigen Empfindungen sollten in erträglicher Form zugelassen und verbalisiert werden.

Je nach therapeutischem Hintergrund werden unterschiedliche Formen der traumafokussierenden Arbeit eingesetzt, die z. B. als Durcharbeiten (Horowitz, 2003; ► Kap. 14), Traumaexposition (► Kap. 12 u. 18) oder Traumasyntese bezeichnet werden.

Eine bewährte Möglichkeit der traumafokussierenden Arbeit mit Folteropfern, ist die »Bildschirmarbeit« bzw. »Screentechnik« (Putnam, 1989; Sachsse, 2004, 2008).

Unter der Lupe

Imaginativ-narrative Verfahren, die Nähe und Distanz zu den schmerzhaften Ereignissen und Bildern für die Betroffenen selbst regulierbar und damit kontrollierbar machen, ermöglichen ihnen eine vorsichtige, vom Therapeuten unterstützte und vertiefte Rekonstruktion von Erinnerungen unter Einbezug verschiedener Wahrnehmungskanäle und allmählicher Aufhebung von Dissoziationen sowie die Bearbeitung traumaverbundener emotionaler und kognitiver Schemata.

Diese Arbeit wird jedoch erst dann begonnen, wenn Patient und Therapeut sicher sind, dass hinreichend starke Ressourcen für den Patienten »geankert« wurden und damit die Stabilisierungsarbeit eine »Insel der Sicherheit« erschaffen hat. Dieser implementierte Ort kann z. B. eine mentale und/oder körperliche Erfahrung sein, die so stark und stabil ist, dass sie im Verlauf des schmerzhaften Durcharbeitens der traumatischen Ereignisse sofort innerlich aufgesucht werden kann, um vorübergehend Erleichterung und Abstand zu gewinnen.

Exposition durch Screenarbeit

Die von Gurriss (2003b, 2009) weiter entwickelte Bildschirm- bzw. Screenarbeit als mehrdimensionaler imaginativ-narrativer Expositionsprozess ist an Putnam (1989) angelehnt. Sie ist im Kern eine hochgradig flexible imaginative **Approximations-/Distanzierungsform**, die auf **wechselnden Ebenen** des Erlebens und Verhaltens imaginativ und gleichzeitig narrativ-semantisch durchgeführt wird. Während die Patienten ermutigt werden, sich imaginativ den Traumaszenen detailliert und fortschreitend zu nähern, können sie sich gleichzeitig verschiedener zuvor gelernter Distanzierungstechniken bedienen, die kontrolliertes Entlasten ermöglichen und ein retraumatisierendes Überfluten verhindern.

Zum Beispiel ist die erste Approximationsebene die visuelle Vorstellung einer traumatischen Sequenz. Das bildhafte Erleben wird bei geöffneten

Augen mit distal gerichteter Vorstellung auf eine Leinwand als erste Distanzierungsebene projiziert. Serien von Expositionen dieser Art haben gezeigt, dass die mit geöffneten Augen und waagerechter Kopfhaltung auf eine gedachte Leinwand gerichtete Aufmerksamkeit zumeist inkompatibel mit Flashbacks ist. Da der Patient gleichzeitig ermutigt wird, dieses Wiedererleben mithilfe des Therapeuten während der Imagination allmählich in Worte zu fassen, entsteht durch die linkshemisphärisch unterstützte Versprachlichung eine weitere Distanzierungsebene in Form erster semantischer Verarbeitungsprozesse. Fortschreitende Approximationen entstehen durch die Ermutigung der Patienten, sich die mit den traumatischen Sequenzen verbundenen klassisch konditionierten Wahrnehmungen auf allen Sinneskanälen vorzustellen, also neben visuell auch akustisch, olfaktorisch, gustativ, haptisch, kinästhetisch. Während diese starken Konditionierungen von Patienten sehr rasch empfunden werden und einen intensiven Konfrontationscharakter haben, können z. B. folgende entlastende Distanzierungen induziert werden:

- narratives Formulieren in der 3. Person Singular anstelle der 1. Person,
- Verkleinern des Bildschirms,
- Einfügen von helfenden Figuren bzw. Wesen in die traumatischen Szenarien (Reddemann, 2001).

Bewährt hat sich auch das »Umschalten« auf ein dynamisches Ressourcenbild auf einer anderen gedachten Leinwand an einer anderen Wand im Raum, das als »Rettungsprogramm« zuvor mit Verstärkung durch positive klassische Konditionierungen auf allen Sinneskanälen eingeübt und gut geankert war.

Eine weit über die Entlastung hinausgehende neue Ebene der Traumabegegnung kann mit der aus der Hypnotherapie bekannten Vorstellung: »Weises älteres Selbst besucht das jüngere Selbst« während der leidvollsten Momente der traumatischen Sequenz als Distanzierungs- und Verarbeitungsform eingeführt werden. In dieser therapeutischen Spaltung kann sich der traumatisierte Mensch selbst Gefühle von Trost und Fürsorge verschaffen, die von außen, d. h. durch andere Menschen verabreicht, eher nicht akzeptiert und oft als unangenehm empfunden werden. Das Verfahren ist mit der Innere-

■ **Tab. 27.1.** Geleitete Exposition zwischen Annäherung und Distanzierung

| Konfrontierend-annähernd | Kontrollierend-distanzierend |
|---|---|
| Imaginatives Wiedererleben der traumatischen Szenen, verstärkt durch die Wahrnehmung klassisch konditionierter Reaktionen aller Sinneskanäle, Verlangsamung des Traumafilms, Standbild, Vergrößerung, Wahrnehmung von Details in der traumatischen Situation | Schnelldurchlauf, Verkleinerung des Bildschirms, Entfernung vom Traumafilm, Kontrolle über Ausschalten des Films, Narrativ in der 3. Person Singular, Einführen helfender und unterstützender Figuren, Umschalten auf den Sicherer Ort bzw. Ressourcenfilm, Konzentrieren auf die Atmung, körperlicher Bewegung |
| Verarbeitungsprozess gestützt durch den Therapeuten | |
| Worte finden, Bedeutungs- und Sinnsuche, erste kognitive Umstrukturierungen, Entlastung von Scham- und Schuldgefühlen, Abgrenzung des Traumafilms vom Ressourcenfilm, Habituation durch Wiederholung, imaginativ-semantiche Komplettierung der Erinnerungsfragmente und damit allmähliches Verblässen der traumatischen Erinnerung. »Archivierung/ Sicherung« des Traumafilms | |

Kind-Technik von Reddemann (2001; Kahn, 2008) vergleichbar, ist aber für Traumatisierungen während der gesamten Lebensspanne einsetzbar.

Nach sorgfältiger Information des Patienten über das Vorgehen entfernt sich der Therapeut zur Einleitung der Exposition aus dem frontalen Blickfeld des Patienten, setzt sich an dessen Seite, der Dolmetscher setzt sich neben den Therapeuten, d. h. er befindet sich ebenfalls außerhalb des frontalen Blickfeldes des Patienten, wird aber noch aus dem Augenwinkel seitlich wahrgenommen. Der Therapeut ermutigt den Patienten, die traumatischen Ereignisse auf einer vorgestellten Filmleinwand oder einem großen Monitor zu visualisieren. Gleichzeitig wird die Versprachlichung der traumatischen Ereignisse i. S. eines Narrativs angeregt. Da die Patienten den Expositionsprozess vollständig kontrollieren sollen, wird die Vorstellung einer Fernbedienung für den »Traumafilm« eingeführt. Damit kann der Patient flexibel Vorlauf, Rücklauf, Standbild, Zoom-In, Zoom-out und vor allem den Ausschalter bedienen. Während der Therapie ermutigt und Vorschläge zum Einstieg in die traumatischen Sequenzen macht, kann der Patient entscheiden, wie weit und auf welchen Wahrnehmungsebenen er sich mit den traumatischen Bildern konfrontieren will. Um die konfrontative Ebene zu verstärken, werden die mit den traumatischen Bildern verbundenen Sensationen auf allen Wahrnehmungsebenen erfragt. Das verstärkte Wiedererleben durch die konditionierten visuellen, auditiven, olfaktorischen, gustativen und kinästhetischen Reizmuster kann flexibel abgemildert werden durch gleichzeitige distanzierende Techniken wie z. B. die traumatischen Bilder

kleiner und entfernter vorstellen oder das Traumanarrativ in der 3. Person Singular formen.

Unter der Lupe

Im Ergebnis sollte eine Zusammensetzung traumatischer Fragmente, das Ausdrücken verbundener Gefühle in verträglicher Form durch Verbalisierung erfolgen sowie eine Habituation durch 2–3 Wiederholungen eintreten (Gurris & Wenk-Ansohn, 2003), begleitet vom Rückgang der subjektiven Stressbelastung, der deutlichen Verbesserung der Erinnerungsfähigkeit, auch für Details der dem Trauma vorangegangenen und begleitenden Ereignisse.

Die geleitete Exposition als Annäherung an das Trauma und gleichzeitige Distanzierung auf anderen Ebenen des Erlebens und Verhaltens lässt sich wie folgt darstellen (Gurris, 2009; ■ Tab. 27.1):

Fallbeispiel

Nach Umzug von Herrn A. in die Nähe von Berlin
Soziale Arbeit:

- Teilnahme an Deutschkurs in Berlin.

In der Einzeltherapie (weitere 10 Sitzungen über 3 Monate):

- Durcharbeiten der traumatischen Erfahrungen mit der Screentechnik sowie
- kognitive Bearbeitung mit Sinn- und Bedeutungsfindung.



Herr A. wird ermutigt, das Erlebte an einer gedachten Leinwand zu visualisieren und gleichzeitig mithilfe des Therapeuten als Narrativ zu formulieren. Während er anfangs große Mühe und Angst zeigt, Worte zu den schmerzhaften Erfahrungen unter der Folter zu formen, wird das Narrativ mit fortschreitendem Konfrontationsprozess flüssiger und distanzierter. Mit jeder Wiederholung wird das Narrativ umfassender und Herr A. erinnert mehr Details. Er ist überrascht über das Wiedergewinnen der Erinnerung sowie seine Fähigkeit, begleitende Gefühle zu äußern, ohne die Kontrolle zu verlieren. Es scheint, als würde sich ein Prozess der »Vergeschichtlichung« der Traumen bahnen. In der Nacharbeit der Traumaexpositionen wird an den mit der Folter verbundenen Gefühlen von Scham und Schuld kognitiv umstrukturierend gearbeitet.

Umgang mit Reaktualisierung und Retraumatisierung

Während laufender Therapien muss mit Rückschlägen gerechnet werden, wenn durch negative Nachrichten aus der Heimat oder Belastungen durch Termine im asylrechtlichen Verfahren ein Unterbrechen des therapeutischen Vorgehens notwendig wird und stützende Interventionen im Vordergrund stehen müssen. Bei Retraumatisierungen z. B. durch Abschiebeandrohung werden notfallpsychologische Interventionen notwendig. Somit kann bei traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern die Behandlung nicht schematisch ablaufen, sondern muss flexibel den vorhandenen Bedingungen angepasst sein.

Patienten mit unsicherem Aufenthalt und fehlender Zukunftsperspektive sind aufgrund der zu hohen Exilbelastungen oft nur in der Lage, sich auf die Stabilisierung, kontroll- und ressourcenfokussierende Verfahren einzulassen. Andere Patienten leiden bei Aufnahme zur Behandlung bereits an einer über Jahre chronifizierten komplexen PTBS mit erheblichen komorbiden Störungen, so dass eine medikamentöse und alltagsstrukturierende Behandlung im Vordergrund steht

Unter der Lupe

Traumaexposition bei Folteropfern kann nur erfolgen, wenn ausreichende Stabilität der äußeren und inneren Situation des Patienten besteht und die Therapeut-Patient-Beziehung tragfähig ist. Sie darf nicht in psychosenahen Zuständen erfolgen. Aufgrund ihrer spezifischen Wirksamkeit kann sie in ganz spezifischer Form schaden (Reddemann & Sachsse, 1998), indem das rasche Reduzieren von Dissoziationen die Verarbeitungsfähigkeit der Psyche überlastet.

Dennoch liegen positive Erfahrungen mit traumazentrierter Arbeit aus spezialisierten Zentren vor (Başoğlu, 2006; Başoğlu et al., 2004; Müller, 2007), bisher jedoch keine evidenzbasierten Forschungsergebnisse aus randomisiert kontrollierten Untersuchungen. Gründe dafür sind die Unterschiedlichkeit des Verlaufs der individuell angepassten Therapieprozesse vor dem Hintergrund der mannigfachen externen Einflüsse und der Vielfältigkeit der Biografien und Herkunft der Patienten. Traumazentrierte Arbeit ist in vielen Fällen nicht als Durcharbeiten der gesamten traumatischen Erinnerungen möglich. Oftmals lassen sich jedoch Elemente und verschiedene Ebenen der traumatischen Sequenz zu verschiedenen Zeitpunkten des therapeutischen Prozesses fokussieren (Haenel, 1996). Auch ohne traumakonfrontative Verfahren ist es dabei möglich, durch kognitive oder psychodynamisch orientierte Arbeit an symptomstabilisierenden Komplexen die Dominanz und emotionale Ladung der traumatischen Erinnerungen zu vermindern.

Arbeit an symptomstabilisierenden Komplexen

Als symptomstabilisierende Komplexe werden hier psychodynamisch wirksame und kognitive Muster bezeichnet, die die Bewältigung der traumatischen Erfahrung behindern können. Sowohl bei der kognitiven als auch bei der psychodynamischen Therapie ist die Arbeit mit symptomstabilisierenden Komplexen ein wirksamer Bestandteil, der auch angewendet werden kann, wenn eine Exposition mit den traumatischen Erlebnissen selbst nicht möglich oder nicht gewünscht ist oder wenn nach Exposition Symptome persistieren. Äußere symptomstabilisierende Fakto-

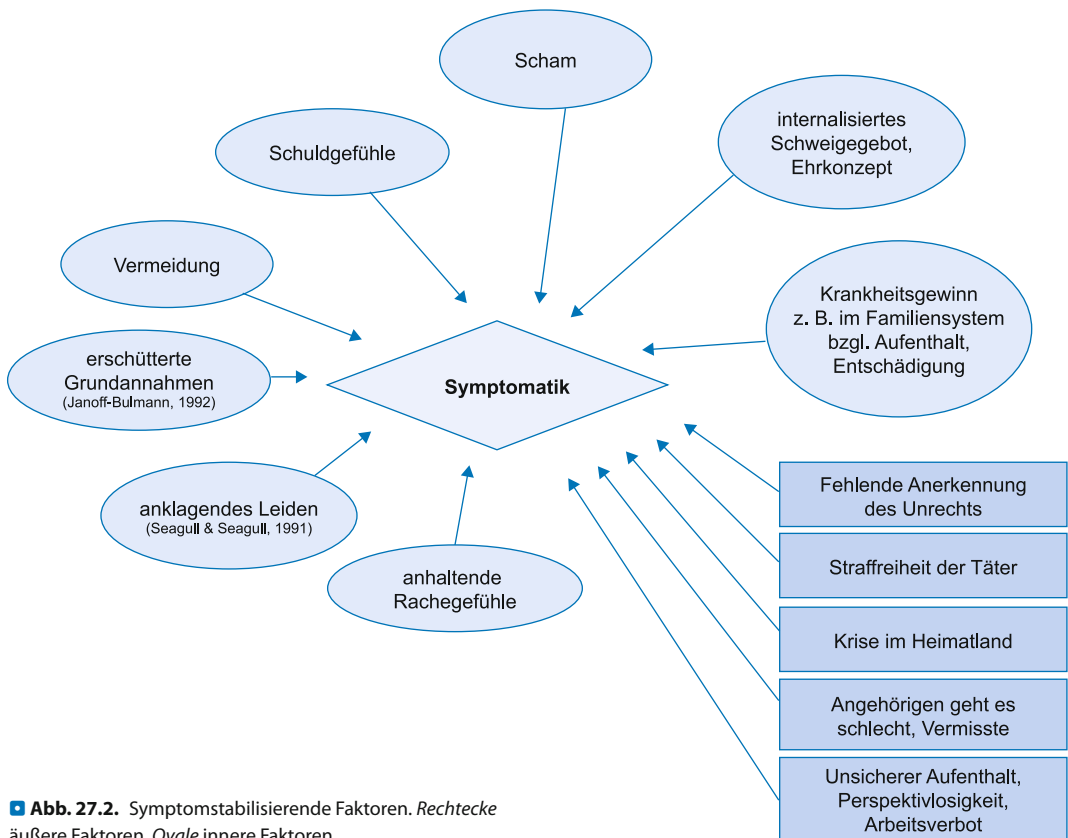
ren entziehen sich dem Einfluss durch Therapie, evtl. kann der Patient sich jedoch eine neue Haltung dazu erarbeiten. Innere symptomaufrechterhaltende Komplexe können in der Therapie bearbeitet und in ihrer symptomstabilisierenden Wirkung reduziert werden. Diese können z. B. sein (■ Abb. 27.2):

- tiefe Scham- und Schuldgefühle (Boos, 2005),
- internalisiertes traditionelles Ehrkonzept,
- pathologisch fixierte Wut bzw. Hass – oft mit Generalisierung auf Menschen, die als den Tätern zugehörig oder ähnlich erlebt werden,
- anklagendes Leiden (Seagull & Seagull, 1991) mit Fixierung auf Opferstatus oder Märtyreridentität.

Die symptomstabilisierenden inneren Komplexe bilden sich ab im Verhalten in der therapeutischen Beziehung bzw. dem sozialen Umfeld sowie in Form von wiederholten szenisch oder symbolisch mit dem Trauma verbundenen Inhalten von belasten-

den Träumen. Die Interaktion in der therapeutischen Beziehung, Alltagskonflikte, interkurrent auftretende psychische und somatische Symptome sowie in die Therapie eingebrachte Traumainhalte können als Anlass und Zugang für die Bearbeitung genutzt werden.

Manche Muster und Konflikte sind schwer veränderbar, zumal wenn sie durch innerlich verwurzelte kulturelle Prägung und Wechselbeziehungen im aktuellen sozialen Umfeld beeinflusst sind. Der Therapeut kann evtl. eine Brücke sein für die Erarbeitung von Neuinterpretationen unter Einbeziehung von Sichtweisen, die sich in der Exilgesellschaft im letzten Jahrhundert bereits verändert haben, z. B.: Erlebte sexuelle Gewalt bedeutet nicht Verlust von Ehre und Menschenwürde. Eingehender, systemisch orientierter Dialog zu Bedeutungen, Grenzen und Möglichkeiten für Veränderung von Selbstsicht, Interaktionsmustern und Handlungsoptionen ist erforderlich.



■ **Abb. 27.2.** Symptomstabilisierende Faktoren. Rechtecke äußere Faktoren, Ovale innere Faktoren

Unter der Lupe

Die Arbeit am individuellen dysfunktionalen Verarbeitungsmodus wirkt sich reduzierend auf die persistierende oder immer wieder auf-flackernde PTBS-Symptomatik sowie die ko-morbiden Störungen aus. Sie steuert einem sich ansonsten in der Persönlichkeit vertiefenden traumatischen Prozess entgegen.

Auch in den Fällen, in denen das Vermeidungsverhalten dominiert, zeigt die bisherige klinische Erfahrung, dass durch eine Bearbeitung symptomstabilisierender Kognitionen, kontrollfokussierende sowie ressourcenorientierte, aktivierende und die soziale Integration fördernde therapeutische Interventionen eine Stabilisierung und Reduktion der PTBS-Symptomatik erreicht werden kann. Allerdings fällt in diesen Fällen eine Tendenz zu persistierenden belastenden Träumen, anhaltender depressiver Position und Somatisierung auf (Wenk-Ansohn, 2002). Auch scheint es, dass es im Rahmen von Reaktualisierungen erneut zu stärkeren PTBS-Symptomen kommt, die von den Patienten als schwer beeinflussbar erlebt werden.

Phase der Integration

Nach der traumazentrierten Arbeit beginnt das Einbauen des Erlebten in das Selbstkonzept durch Sinn- und Bedeutungsfindung im Dialog. Die Verarbeitungsmethode kann kognitiv-behavioral im sokratischen Dialog, tiefenpsychologisch oder patientenzentriert fundiert sein.

Anhand der Arbeit an Konflikten der gegenwärtigen Lebens- und Beziehungsrealität geht es weiterhin um Auswirkungen des Traumas auf die Persönlichkeit, die Erarbeitung neuer Perspektiven sowie Handlungs- und Beziehungsfähigkeit. Der therapeutische Raum der Einzel- und Gruppentherapie dient hier als Ort, neuen Handlungsspielraum zu gewinnen und zu erproben.

In der letzten Phase der Therapie ist die therapeutische Begleitung des Integrationsprozesses im Exil zentrales Thema mit den Schwerpunkten:

- Aufnahme sozialer Beziehungen,
- Bearbeitung von durch Trauma und Fluchterfahrung geprägten Beziehungsmustern,

- Förderung von Kompetenzentwicklung durch begleitende Maßnahmen wie Deutschkurse oder berufsvorbereitende Kurse,
- schrittweise Integration in den Arbeitsprozess in dem Maße wie der Gesundheitszustand der Patienten dies zulässt (Wenk-Ansohn, 2007),
- Bearbeitung von Rückschlägen, wenn in diesem Prozess Schwierigkeiten auftauchen und das Selbstbewusstsein der Klienten erneut einbricht.

In dieser Phase ist themenzentrierte sozialtherapeutische Gruppenarbeit hilfreich. Gleichzeitig wird die Zusammenarbeit mit dem Netzwerk von Organisationen empfohlen, die integrative Maßnahmen für Flüchtlinge, Migranten und seelisch Behinderte anbieten.

Fallbeispiel

In der Einzeltherapie von Herr A. sind weitere 6 Monate Thema:

- Selbstwertproblematik,
- Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen,
- Zukunftsperspektiven.

Maßnahmen der sozialen Arbeit:

- Antrag auf Arbeitserlaubnis,
- Arbeit als Teil des Therapieplanes.

Obwohl die PTBS-Symptomatik bereits deutlich vermindert gewesen war, führte eine schwere Erkrankung der Mutter im Heimatland zu einer erneuten Reaktualisierung der intrusiven Symptomatik und Übererregung sowie Suizidgedanken und es waren über mehrere Stunden Kriseninterventionen erforderlich. Danach Reduzierung der Einzeltermine auf eine Sitzung im Monat über weitere 6 Monate und gleichzeitig Teilnahme an der sozial therapeutischen Gruppe »Arbeit und Gesundheit«. Hier wurden

- Möglichkeiten der Beschäftigungsaufnahme durch Kompetenzerfassung eruiert,
- Arbeitsmarktanalyse und Bewerbungsschreiben vorbereitet,
- Schwierigkeiten und Ängste bzgl. der Arbeitsaufnahme und Teilhabe an der Exilgesellschaft in der Gruppe diskutiert und
- Verhaltensmöglichkeiten erarbeitet und erprobt.



In dieser Zeit kommt es zur Arbeitsaufnahme als Fensterputzer in einer Reinigungsfirma und Entlassung aus der regelmäßigen Therapie. Therapietermine sind bei Bedarf weiterhin im Rahmen der Nachsorge möglich. – Das asylrechtliche Klageverfahren vor dem Verwaltungsgericht stand bei Entlassung in die Nachsorge noch aus. Inzwischen erfolgte die Anerkennung eines Abschiebehindernisses. Herr A. meldet sich weiterhin von Zeit zu Zeit zu einem unterstützenden Gespräch bei Alltagskonflikten.

Der Fall des Herrn A. zeigt, dass auch bei chronischer bzw. komplexer PTBS eine erhebliche Reduktion der Symptomatik durch flexible mehrdimensionale psychosoziale und traumatherapeutische Interventionen möglich ist. Neben der Reduzierung der PTBS-Symptomatik und der Verbesserung der Impulskontrolle gelang in diesem Fall eine Eindämmung der Komorbidität und die Hemmung der Entwicklung weiterer komplexer Störungen. Es verbleibt jedoch auch bei Herrn A. eine Vulnerabilität für Traumareaktualisierungen bzw. Retraumatisierungen.

! Die Beendigung der Therapie sollte gut vorbereitet werden, da mit dem Verfolgungs- und Foltertrauma häufig Beziehungsabbrüche verbunden waren.

Daher ist auch der Abschiedsprozess von besonderer Bedeutung. Die Möglichkeit der Nachsorge i. S. weiterer punktueller Unterstützung bei neuerlichen Belastungen, z. B. Rückschlägen und Konflikten beim Aufbau des Lebens im Exil sollte eingeräumt werden.

Unter der Lupe

Traumata wie das Erleben von Folter und Gewalt durch Menschenhand in Kriegen und Bürgerkriegen können nicht vergessen werden, sie bleiben Teil der Biografie und prägend für das weitere Leben. Die Erlebnisse können jedoch ihre Dominanz im Alltag verlieren, die destruktiven Einflüsse auf die Persönlichkeit und ihre Lebensgestaltung können vermindert werden. Quälende Schmerzen oder andere Symptome reduzieren sich meist im Laufe der Behandlung, so dass eine aktive und positive Gestaltung des Lebens wieder möglich wird.

27.5 Stellvertretende Traumatisierung in der Arbeit mit Folteropfern

Die emotionalen, kognitiven und physischen Konsequenzen für Helfer in der Arbeit mit Traumatisierten sind vielfach beschrieben worden (McCann & Pearlman, 1990; ► Kap. 9). Die besonderen Belastungen für Therapeuten in Traumazentren für Folteropfer wurden jedoch erst in jüngster Zeit untersucht (Gurris, 2002; 2003d; Lansens, 1996; Pross, 2007).

Gurris (2005) sowie Deighton et al. (2007) fanden in einer Untersuchung in Behandlungszentren für traumatisierte Flüchtlinge zu den drei Skalen des ProQOL R-III, »Compassion Satisfaction«, Burnout und »Compassion Fatigue« (Stamm, 2005) für die Therapeuten von Folterüberlebenden ungünstigere Werte gegenüber Probanden aus verschiedenen anderen helfenden Berufen. Es zeigte sich vor allem, dass die meisten Therapeuten durch die unsichere Aufenthaltssituation ihrer Patienten dauerhaft belastet waren. Darüber hinaus zeigte rund 50% der Stichprobe starke Gefühle der Erschöpfung, der Ohnmacht, Hilflosigkeit sowie Ärger und Wut. Bei rund einem Drittel der Therapeuten konnte von einer teilweisen Erfüllung der Kriterien einer PTBS ausgegangen werden.

Unter der Lupe

Notwendig ist daher eine gute Strukturierung der patientenbezogenen Arbeit und der Zusammenarbeit in der Institution. Die Therapeuten sollten über gut fundierte und möglichst auch schulenübergreifende psychotherapeutische Ausbildungen verfügen. Regelmäßige Supervision, stetige Arbeit an der therapeutischen Rolle und Haltung sowie eine ausreichende Selbstfürsorge sind Voraussetzung für ein positives Management der Belastungen, die in der Arbeit mit Menschen entstehen, die durch Menschenhand traumatisiert wurden und unter anhaltender Belastung im Exil leben. Gleichzeitig bedeutet die Arbeit eine Bereicherung durch ihr Vielfältigkeit sowie die intensive Begegnung mit Menschen aus anderen Kulturen.

27.6 Abschließende Bemerkungen

Die Behandlung traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer bringt besondere Anforderungen mit sich: Arbeit zumeist im interkulturellen Setting und ggf. mit Dolmetschern sowie Behandlung extrem traumatisierter, meist an chronischen und komplexen Störungen leidender Menschen. Gleichzeitig befinden sich die Patienten durch Entwurzelung und Belastungen im Exil in einem von vielen Faktoren determinierten Bewältigungs- und Anpassungsprozess.

! Die schematische Anwendung von Traumatherapiemodulen greift hier oftmals nicht, auch wenn diese wichtige Bestandteile der traumaorientierten Behandlung liefern.

Es bedarf der Anpassung der Behandlungsform an die besondere innere und äußere Situation der Flüchtlinge. Ebenso unterliegt die Gestaltung der therapeutischen Beziehung speziellen Anforderungen. Sozialarbeiterische und niederschwellige Angebote sowie ggf. psychiatrische oder psychosomatisch orientierte ärztliche Behandlung können oftmals eine sinnvolle Ergänzung der psychotherapeutischen Arbeit sein. Hierfür sind transparente Kooperationen und Vernetzungen notwendig.

Literatur

- Abdallah-Steinkopf, B. (2006). Die Rolle des Dritten – Dolmetscher in der Einzel- und Gruppentherapie mit Flüchtlingen. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 42, 280–302.
- amnesty international (1990–2007) *Jahresberichte*. Frankfurt: Fischer.
- Antonovsky, A. (1987). *Unrevealing the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 2, 191–215.
- Başoğlu, M. (2006). Rehabilitation of traumatised refugees and survivors of torture. *British Medical Journal*, 333, 1230–1231.
- Başoğlu M., Ekblad, S., Bäärnhjelm, S., Livanou, M. (2004). Cognitive-behavioral treatment of tortured asylum seekers: a case study. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 357–369.
- Başoğlu, M., Livanou, M., Crnobaric, C. (2007). Torture vs. other cruel, inhuman and degrading treatment. *Archives of General Psychiatry*, 64 (3), 277.
- Becker, D. (2006). Die Erfindung des Traumas – Verflochtene Geschichten. Freiburg: Freitag.
- Birck, A. (2002). *Traumatisierte Flüchtlinge, wie glaubhaft sind ihre Aussagen?* Heidelberg: Asanger
- Birck, A. (2004). PEGI-Psychoedukative Gruppen zur interkulturellen Traumatherapie. *Psychotraumatologie und psychologische Medizin*, 2 (2), 77–89.
- Boos, A. (2005). Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung. Göttingen: Hogrefe.
- Clarke, J. et al. (1979). *Jugendkultur als Widerstand. Milieus, Rituale, Provokationen*. Frankfurt/M: Syndikat.
- Comas-Diaz, L. & Padilla, A. (1991). Countertransference in working with victims of political repression. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 125–134.
- Danieli, Y., Rodley, N. S. & Weisaeth, L. (Eds.) (1996). *International response to traumatic stress*. Amityville: Baywood.
- Deighton, R. K., Gurriss, N. F. & Traue, H. C. (2007). Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: Is the therapist's attitude to working through relevant? *Journal of Traumatic Stress*, 20 (1), 63–75.
- Dhawan, S. (2004). Einsatz von Dolmetschern. In F. Haenel & M. Wenk-Ansohn (Hrsg.), *Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren* (S. 144–159). Weinheim: Beltz.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Drozdek, B. & Wilson, J.-P. (2004). Uncovering: Trauma-Focused Treatment Techniques With Asylum Seekers. In J.-P. Wilson, B. Drozdek (Eds.). *Broken spirits* (pp. 254–272). New York: Brunner-Routledge.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (2. Aufl.). München: Reinhardt.
- Fischer, G. & Gurriss, N. F. (2000). Grenzverletzungen: Folter und sexuelle Traumatisierung. In W. Senf. & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie* (S. 468–473). Stuttgart: Thieme.
- Fischer, G. & Gurriss, N. F., Pross, C. & Riesesser, P. (2003). Psychotraumatologie-Konzepte und spezielle Themenbereiche. In R. H. Adler, J. M. Herrmann, K. Köhle, W. Langewitz, O. W. Schonecke, T. von Uexküll & W. Wesjack (Hrsg.), *Uexküll. Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns* (S. 631–641). München: Urban & Fischer.
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M. & Neuner, F. (2006). Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35, 12–20.
- Ghaderi, C. & Keuk, E. van (2008). Transkulturelle Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen unter Mitwirkung von DolmetscherInnen. In S. Golsabahi & T. Heise (Hrsg.), *Von Gemeinsamkeiten und Unterschieden* (S. 177–187). Berlin: Wissenschaft und Bildung.
- Gierlichs, H. W. & Wenk-Ansohn, M. (2005). Behandlungsbedarf, Prognose und Suizidalität bei komplexen chronischen Traumastörungen. *ZAR-Zeitschrift für Ausländerrecht und Ausländerpolitik*, 25 (12), 405–410.
- Graessner, S. & Wenk-Ansohn, M. (2000). *Die Spuren von Folter*. Berlin: Behandlungszentrum für Folteropfer.

- Gurris, N. F. (1995). Die sexuelle Folter von Männern als weltweit systematische Methode der Folter. In I. Attia, M. Basqué, U. Kornfeld, G. Lwanga, B. Rommelspacher, P. Teimoori & S. Vogelmann (Hrsg.), *Multikulturelle Gesellschaft – monokulturelle Psychologie?* (S. 198–209). Tübingen: dgvt.
- Gurris, N. F. (1996). Seelisches Trauma durch Folter – Heilung durch Psychotherapie? In S. Graessner, N. F. Gurris, & C. Pross (Hrsg.), *Folter. An der Seite der Überlebenden* (S. 49–82). München: Beck.
- Gurris, N. F. (2002). Überlegungen zur stellvertretenden Traumatisierung bei Therapeuten in der Behandlung von Folterüberlebenden. *Psychotraumatologie* [Thieme Online-Zeitschrift] 4, 45. DOI: 10.1055/s-2002-35265.
- Gurris, N. F. (2003a). Betreuungskonzepte und Behandlungserfahrungen mit Folterüberlebenden. In M. Zielke, R. Meermann & W. Hackhausen (Hrsg.), *Das Ende der Geborgenheit? Die Bedeutung von traumatischen Erfahrungen in verschiedenen Lebens- und Ereignisbereichen: Epidemiologie, Prävention, Behandlungskonzepte und klinische Erfahrungen* (S. 358–385). Lengerich: Pabst.
- Gurris, N. F. (2003b). Therapie bei Traumatisierten. In Fuchs, A. & Sommer, G. (Hrsg.), *Lehrbuch Konflikt und Friedenspsychologie* (S. 541–553). Weinheim: PVU.
- Gurris, N. F. (2003c). Extremtraumatisierung. In Fuchs, Albert/Sommer, Gert: *Lehrbuch Konflikt- und Friedenspsychologie* (S. 369–382). Weinheim: Beltz PVU.
- Gurris, N. F. (2003d). Belastungen für Therapeuten in der Arbeit mit Folterüberlebenden. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 23–37.
- Gurris, N. F. (2005). *Stellvertretende Traumatisierung und Behandlungseffizienz in der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen*. Dissertation an der Universität Ulm, 19.07.2005.
- Gurris, N. F. (2009). *Erweiterung der Screenarbeit als Expositionsverfahren bei komplexer PTBS*. *Trauma und Gewalt*. (eingereicht).
- Gurris, N. F. & Wenk-Ansohn, M. (2003). Folteropfer und Opfer politischer Gewalt. In A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 221–246). Berlin: Springer.
- Haenel, F. (1996). Fremdkörper der Seele. In S. Graessner, N. F. Gurris & C. Pross (Hrsg.), *Folter. An der Seite der Überlebenden* (S. 14–48). München: Beck.
- Haenel, F. (1998). Special problems in the assessment of the psychological sequelae of torture and incarceration. In M. Oehmichen (ed.), *Maltreatment and torture* (pp. 273–287). Lübeck: Schmidt-Römhild.
- Haenel, F. (2001). Ausgewählte Aspekte und Probleme der Psychotherapie mit Folteropfern unter Beteiligung von Dolmetschern. *Curare (Sonderband)*, 16, 307–315.
- Haenel, F. (2002). Psychisch reaktive Kriegs- und Folterfolgen. Die Einflüsse sozialer und rechtlicher Umstände auf die psychotherapeutische Behandlung von Folterüberlebenden. *Psychotherapeut*, 47, 185–188.
- Haenel, F. & Wenk-Ansohn, M. (Hrsg.), (2004). *Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren*. Weinheim: Beltz.
- Hart, O. van der, Steele, K., Boon, S. & Brown, P. (1995). Die Behandlung traumatischer Erinnerungen: Synthese, Bewusstwerdung und Integration. *Hypnose und Kognition*, 12 (2), 34–67.
- Herlithy, J. & Turner, S. W. (2007). Asylum claims and memory of trauma: sharing our knowledge. *British Journal of Psychiatry*, 191, 3–4.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5 (3), 377–391.
- Horowitz, M.J. (2003). Persönlichkeitsstile und Belastungsfolgen. Integrative psychodynamisch-kognitive Psychotherapie. In Maercker, A. (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (2. Auflage, S. 107–128). Berlin: Springer.
- Janoff-Bulman, R. (1992). Shattered assumptions. Towards a new psychology of trauma. New York: Free Press.
- Kahn, G. (2008). Das Innere-Kinder-Retten – eine Methode der imaginativen Traumatherapie. *Trauma und Gewalt*, 2 (1), 48–52.
- Kalpaka, A. (2004). Über den Umgang mit »Kultur« in der Beratung. In J.-R. von Wogau, H. Eimmermacher & A. Lafranchi (Hrsg.), *Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln* (S. 31–44). Weinheim: Beltz PVU.
- Karcher, S. (2000). Körpererleben und Beziehungserleben – KBT mit Überlebenden von Folter. *Psychotherapie im Dialog*, 1, 28–37.
- Karcher, S. (2004). Body psychotherapy with survivors of torture. In J.-P. Wilson & B. Drozdek (Eds.), *Broken spirits* (pp. 403–418). New York: Brunner-Routledge.
- Karcher, S. & Tschische-Zimmermann, C. (2002). »Wir sitzen alle in einem Boot«. Erfahrungen mit Gestaltstherapie und konzentrativer Bewegungstherapie als handlungsorientierte Therapiemethoden innerhalb einer interkulturellen Frauengruppe. In A. Birck, C. Pross & J. Lansens (Hrsg.), *Das Unsagbare. Die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin* (S. 123–142). Berlin: Springer.
- Keilson, H. (1979). Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Stuttgart: Enke.
- Kizilhan, J. (2007). Interkulturelle medizinisch-psychologische Begutachtung – Kulturspezifische Besonderheiten bei Migranten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung. *Trauma und Gewalt*, 3, 232–239.
- Knaevelsrud, C. & Liedl, A. (2007). Entwicklung eines Manuals einer psychoedukativen Gruppentherapie für traumatisierte Flüchtlinge. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 39 (1), 75–85.
- Knaevelsrud, C. & Müller, J. (2007). *MultiCasi – Multilingual Computer Assisted Self Interview*. CD-Rom. Heidelberg: Springer.
- Laban, C. J., Gernaat, H., Komprou, I., Schreuders, B. & De Jong, J., (2004). Impact of a long asylum procedures of the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Journal of Mental Disease*, 192 (12), 843–851.
- Lansens, J. (1996). Was tut »es« mit uns? In S. Graessner, N. F. Gurris & C. Pross (Hrsg.), *Folter. An der Seite der Überlebenden*. München: Beck.

- Liedl, A. & Knaevelsrud, C. (2008). PTBS und chronische Schmerzen: Entstehung, Aufrechterhaltung und Zusammenhang. In Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (Hrsg.), *Der Schmerz* (S. 1–7). Berlin: Springer.
- Linehan, M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51, 261–276.
- Maier, T. & Schnyder, U. (Hrsg.). (2007). *Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern*. Bern: Huber.
- Marmar, C. R. (1997). Trauma and dissociation. *PTSD Research Quarterly*, 8 (3), 1–3.
- McCann, L. & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization. A Framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131–150.
- Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with posttraumatic stress disorder (PTSD)*. Waterloo: Department of Psychology, Institute Press.
- Miles, S. (2006). *Oath betrayed – Torture, medical complicity, and the war on terror*. New York: Random.
- Müller, J. (2007). Kognitive Verhaltenstherapie mit Folter- und Kriegsopfern. In T. Maier & U. Schnyder (Hrsg.) *Psychotherapie mit Kriegsopfern* (S. 96–116). Bern: Huber.
- Oesterreich, C. (1996). Zwischen den Kulturen – Transkulturelle Beratung und Therapie. *Pro Familia Magazin*, 1, 11–13.
- Oesterreich, C. (2004). Zum Umgang mit interkulturellen Problemen in der Allgemeinpsychiatrie. *Persönlichkeitsstörungen*, 1, 61–66.
- Ottomeyer K. (2003). Psychotherapie, Trauma-Arbeit und Menschenrechte: Zwischen Engagement und Abstinenz. In S. Gunkel & G. Kruse (Hrsg.), *Werte im Wandel – Wandel als Wert* (S. 259–282). Hannover: Hannoversche Ärzte-Verlags-Union.
- Preitler, B. (2005): *Zur psychotherapeutischen Arbeit mit Angehörigen von »verschwundenen« Personen*. Dissertation Universität Klagenfurt, Psychologisches Institut, Klagenfurt.
- Pross, C. (2006). Burnout, vicarious traumatization and its prevention: What is burnout, what is vicarious traumatization? *Torture*, 16 (1), 1–9.
- Putnam, F.W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: Guilford.
- Reddemann, L. & Sachsse, U. (1997). Stabilisierung. *Persönlichkeitsstörungen*, 3, 113–147.
- Reddemann, L. & Sachsse, U. (1998). Kritisches zur traumazentrierten Psychotherapie. *Persönlichkeitsstörungen*, 2, 104–108.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Pfeiffer.
- Sachsse, U. (2004). Traumaexposition. In Sachsse, U. (Hrsg.), *Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis* (S. 262–272). Stuttgart: Schattauer.
- Sachsse, U. (2008). Imaginative Psychotherapie in der traumazentrierten Behandlung. *Trauma und Gewalt*, 2 (1), 64–69.
- Saporta, J. A. & Kolk, B. A. van der (1992). Psychobiological consequences of trauma. In M. Basoglu (Ed.), *Torture and its consequences* (pp. 151–171). Cambridge: University Press.
- Schauer, M., Neuner, F. & Elbert, T. (2005). *Narrative exposure therapy : a short-term intervention for traumatic stress disorders after war, terror, or torture*. Göttingen: Hogrefe.
- Seagull, E. & Seagull, A. (1991). Healing the wound that must not heal: Psychotherapy with survivors of domestic violence. *Psychotherapy*, 28, 16–22.
- Silove, D., Tarn, R., Bowles, R., & Reid, J. (1991). Psychological needs of torture survivors. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 25 (4), 481–490.
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V. & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: Association with pre-migration trauma and post-migration stressors. *British Journal of Psychiatry*, 170, 351–357.
- Silove, D., Steel, Z., McGorry, P., Miles, V. & Drobny, J. (2002). The impact of torture on posttraumatic stress symptoms in war-affected Tamil refugees and immigrants. *Comprehensive Psychiatry*, 43 (1), 49–55.
- Spiegel, D. & Cardena, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366–378.
- Stamm, B.H. (2005). *The ProQOL Manual. The professional quality of life scale: compassion satisfaction, burnout & compassion fatigue/secondary trauma scales*. Maryland: Sidran.
- Traue, H. C., Schwarz-Langer, G. & Gurrig, N. F. (1997). Extremtraumatisierung durch Folter. Die *psychotherapeutische Arbeit der Behandlungszentren für Folteropfer. Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 2, 41–62.
- United Nations High Commissioner for Refugees (2001). *Istanbul-Protocol. Manual on the effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. New York: United Nations.
- Vereinte Nationen. (1984). *Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe vom 10.12.1984*. Abgedruckt in BGBL, 1990 II, S. 246
- Vogt, R. (2008): Handlungsaktive Symbolisierungsmethoden in der Psychotherapie. *Trauma und Gewalt*, 2 (1), 54–62.
- Wenk-Ansohn, M. (1998). Körperschmerzen als Ausdruck erlebter körperlicher und seelischer Verletzungen von Folterüberlebenden. In M. Wolf, H. S. Walter, B. Rathmayr, M. Ralsler & K. Hauser (Hrsg.), *Körper-Schmerz* (S. 161–173). Innsbruck: Studia Universitätsverlag.
- Wenk-Ansohn, M. (2002). Folgen sexualisierter Folter – Therapeutische Arbeit mit kurdischen Patientinnen. In A. Birck, A., C. Pross, C. & Larsen, J. (Hrsg.), *Das Unsagbare. Die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin* (S. 57–77). Berlin: Springer.
- Wenk-Ansohn, M. (2004). Frauenspezifische Aspekte in der interkulturellen Begutachtung. In F. Haenel & M. Wenk-Ansohn (Hrsg.), *Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren* (S. 160–183). Weinheim: Beltz.
- Wenk-Ansohn, M. & Gutteta, T. (2005). Therapeutische Arbeit mit Folterüberlebenden: Möglichkeiten und Hindernisse. *Soziale Psychiatrie*, 110, 35–40.

- Wenk-Ansohn, M. (2007). Treatment of torture survivors – influences of the exile situation on the course of the traumatic process and therapeutic possibilities. *Torture*, 17 (2), 88–95.
- Wenk-Ansohn, M. & Schock, K. (2008). Verlauf chronischer Traumafolgen – zum Begriff »Retraumatisierung«. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin* 6 (4), 59–72.
- Wicker, H. R. (1993). *Die Sprache extremer Gewalt. Arbeitsblätter Nr. 6*. Bern: Institut für Ethnologie der Universität.
- Wilson, J. P., Lindy, J. & Raphael, B. (1994). Empathic strain and therapist's defense. In J. P. Wilson & J. Lindy (Eds.). *Countertransference in the treatment of PTSD* (S. 31–61). New York: Guilford.
- Wilson, J.P. & Lindy, J. (1994). Empathic strain and countertransference roles: Case illustrations. In J. Wilson & J. Lindy (Eds.). *Countertransference in the treatment of PTSD* (S. 62–82). New York: Guilford.
- Zharinova-Sanderson, O. (2002). Therapie in Musik: Entdeckungen, Probleme und Ideen aus der Musiktherapie mit Folterüberlebenden und traumatisierten Flüchtlingen. In A. Birk, C. Pross & J. Lansen (Hrsg.), *Das Unsagbare. Die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin* (S. 107–122). Berlin: Springer.

Andreas Maercker (Hrsg.)

Posttraumatische Belastungsstörungen

3., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage

28 Posttraumatische Belastungsreaktionen bei Verkehrsunfallopfern

J. Angenendt, E. Nyberg, U. Frommberger

- 28.1 Nomenklatur und Überblick – 502
- 28.2 Unfallhäufigkeit und Verbreitung psychischer Folgestörungen – 503
- 28.3 Risikofaktoren – 504
- 28.4 Screeningverfahren – 505
- 28.5 Frühintervention nach Akuttraumata – 505
- 28.6 Psychotherapie der chronischen PTBS – 506
 - 28.6.1 KVT der PTBS nach Verkehrsunfällen – 506
- 28.7 Psychotherapie der Anpassungsstörungen und anderer Traumafolgestörungen – 512
- 28.8 Pharmakotherapie der PTBS – 512
- 28.9 Zusammenfassung und Ausblick – 512
- Literatur – 513

28.1 Nomenklatur und Überblick

Der Beitrag verwendet ausdrücklich den Begriff posttraumatische Belastungsreaktionen bei Verkehrsunfallopfern. Es soll verdeutlicht werden, dass Verkehrsunfälle, auch solche mit schweren körperlichen Verletzungen und/oder potenziell psychisch traumatisierenden Umständen, nicht notwendigerweise zu einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) führen müssen. Vor allem dieses Störungsbild hat in den letzten 3 Jahrzehnten zahlreiche empirische Untersuchungen zu seiner Verbreitung, Vorhersage, Behandlung und Prävention stimuliert.

Unter der Lupe

Die PTBS wird daher oftmals als eine uniforme, die häufigste und wichtigste psychische Folge­störung angesehen. Dabei wird übersehen, dass außer der PTBS eine Reihe anderer psychischer Störungen in der Folge schwerer Unfälle auftreten kann. Es ist von einem Spektrum möglicher Reaktionen auszugehen, die von weitgehend normalpsychologischen Reaktionen, akuten, aber bereits die Kriterien für ein Störungsbild erfüllenden Symptomen bis hin zu schweren und überdauernden posttraumatischen Stresserkrankungen reichen können (Shalev & Ursano, 2003).

Viele psychische Reaktionen und Störungen nach Verkehrsunfällen sind passager, in sich selbst limitiert und zeigen eine günstige Rückbildungsprognose. Allerdings gibt es eine bedeutende Minderheit von Betroffenen, bei denen sich das Vollbild einer PTBS nach Verkehrsunfällen entwickelt. Unfälle gehören zu den häufigsten zivilen Traumata in den westlichen Ländern. Durch ihre Unvorhersehbarkeit, Plötzlichkeit, Unkontrollierbarkeit und Bedrohung von Leben, Gesundheit und Unversehrtheit haben sie ein hohes Traumatisierungspotenzial. Bei einer Untergruppe kommt es zur Chronifizierung der anfänglichen Schock-, Stress- und Belastungsreaktionen. Ungünstige Heilungsverläufe, massives Leid für die Betroffenen und ihr familiäres Umfeld sowie hohe Kosten für die Gesundheits- und sozialen Sicherungssysteme sind die Folgen (NICE, 2005).

Der Traumbegriff wird im DSM-IV (APA, 1994) explizit auch auf Ereignisse angewendet, die – wie Unfälle im Straßenverkehr – statistisch häufig und alltagsnah sind. In älteren Versionen des DSM wurde von einem Trauma nur bei Extremereignissen und außergewöhnlichen Belastungen gesprochen, die »außerhalb der üblichen menschlichen Alltagserfahrung« liegen. Das trifft für viele Verkehrsunfälle nicht zu, besonders wenn diese nicht mit schweren körperlichen Verletzungen verbunden sind.

Für die PTBS nach Unfällen stehen heute verschiedene psychotherapeutische Verfahren zur Verfügung, die in kontrollierten Therapiestudien den Nachweis ihrer Wirksamkeit erbracht haben. Auch bestimmte psychopharmakologische Therapien können – zumindest bei der chronischen PTBS – als evidenzbasiert gelten. Aus Therapieprogrammen bei der chronischen PTBS wurden Konzepte zur psychologischen Frühintervention abgeleitet, die akuttherapeutische und präventive Ziele verfolgen. Psycho­traumatologische Versorgungskonzepte sehen idealerweise eine »Rettungskette« (Bengel, 2004) nach Unfalltraumata vor. Diese beginnt mit menschlichem Beistand und unspezifischen psychologischen Hilfestellungen noch am Unfallort. Bei Bedarf schließen sich spezielle Angebote der psychosozialen Unfallnachsorge in den Stunden und ersten Tagen nach dem Unfall an. Spezifische psychotherapeutische Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Unfall­folge­störungen können nach dem Zeitpunkt ihres Einsatzes, der Spezifität und Intensität sowie den Zielsetzungen ihrer Maßnahmen unterschieden werden:

1. präventive Hilfsmaßnahmen bei unausgewählten Unfallopfern,
2. präventive Therapiemaßnahmen bei Risikopersonen, z. B. bei akuter Belastungsstörung und
3. störungsspezifische Therapie bei chronischen Unfall­folge­störungen, z. B. der PTBS.

Bezüglich der Organisation der Bergungs- und Rettungsdienste sowie der medizinisch-technischen Behandlung und Versorgung von Unfallverletzten sind kontinuierliche Fortschritte und hohe Versorgungsstandardserreicht. Einer frühzeitigen Wahrnehmung und Sekundärprävention psychischer Folgebeschwerden wird dagegen noch zu wenig Beachtung geschenkt (Orner & Schnyder, 2003). Gestufte,

an den individuellen Erfordernissen ausgerichtete Unterstützungs- und Behandlungskonzepte für psychische Unfallfolgen sind heute noch nicht Standard in der Routineversorgung und wissenschaftlich kaum untersucht.

Unter der Lupe

Klinische und empirische Befunde weisen darauf hin, dass mit geeigneten und frühzeitig einsetzenden Maßnahmen ein günstiger Verlauf und eine psychische Bewältigung nach Unfalltrauma gefördert werden können.

Traumafokussierte Therapieverfahren werden nur für eine Untergruppe von Opfern erforderlich, die eine schwere und persistierende Störung entwickelt oder auf unspezifischere Behandlungsmaßnahmen nicht ausreichend angesprochen haben.

28.2 Unfallhäufigkeit und Verbreitung psychischer Folgestörungen

Verkehrsunfälle sind mit einer Prävalenz von bis zu 20% die häufigsten zivilen Traumata in hochentwickelten Ländern. In Deutschland ereigneten sich 2007/35.000 Verkehrsunfälle mit Personenschäden. Dabei wurden ca. 75.000 Personen schwer verletzt und etwa 5.000 Personen getötet (Statistisches Bundesamt, 2008). Unfälle führen in größerem Ausmaß zu akuten und/oder überdauernden psychischen Symptomen und Störungen. Das gilt vor allem für die Unfallopfer und unmittelbar Beteiligten, kann aber auch Angehörige, Beobachter und Rettungskräfte betreffen. Die in empirischen Untersuchungen beobachteten Inzidenz- und Prävalenzzahlen variieren stark. Dafür sind Unterschiede bei der Stichprobenauswahl, dem Zeitpunkt der Nachuntersuchung und den verwendeten Diagnoseverfahren und -kriterien verantwortlich (Wittchen et al., 2009). Man unterscheidet:

- Epidemiologische Studien in repräsentativen Bevölkerungsstichproben: Kessler et al. (1995) erfassten mittels strukturierter Interviews bei fast 6.000 Erwachsenen in den USA die Häufigkeit und Auswirkung von poten-

ziellen Traumata in ihrer Biografie. Das zweithäufigste Trauma der befragten Personen waren mit 19,4% Unfälle. Bei fast 8% der befragten Unfallopfer war das Vollbild einer PTBS aufgetreten. In Deutschland fanden Hapke et al. (2006) in einer repräsentativen Erhebung an 4.100 Personen bei 20% ein traumatisches Ereignis in der Vorgeschichte. Hier hatten aber insgesamt nur 1,4% der Betroffenen eine PTBS entwickelt. Auch in anderen im deutschsprachigen Raum durchgeführten Studien (Perkonig et al., 2000) waren niedrigere Prävalenzzahlen beobachtet worden als in der o. g. US-amerikanischen Untersuchung.

- Prospektive Verlaufsuntersuchungen in klinischen Stichproben von Unfallopfern: Settingfaktoren beeinflussen die Ergebnisse maßgeblich: unfallchirurgische Ambulanzen, stationäre Unfallzentren bzw. Intensivstationen schließen Unfallopfer mit unterschiedlich schweren Verletzungsarten und -folgen ein. Patienten, die nach Hinweisen der Polizei bzw. auf Zeitungsannoncen hin an Verlaufsuntersuchungen teilnehmen, unterliegen noch stärkeren Selektionseffekten.

Unter der Lupe

Psychische Symptome und Störungen nach Akuttraumata zeigen im Verlauf eine Tendenz zur Abnahme, so dass der Zeitpunkt der Nachuntersuchung von entscheidender Bedeutung ist: Üblicherweise werden Zeiträume innerhalb der ersten 4 Wochen (Zeitkriterium für eine PTBS kann nicht erfüllt sein), mittelfristige Verläufe zwischen 1 und 3 bzw. 6 Monaten (hier kann man im erweiterten Sinne von einer noch akuten PTBS ausgehen) und längere Follow-up-Intervalle von mindestens 6 Monaten (chronische PTBS) unterschieden. Vereinzelt liegen auch längere Katamnesen bis zu 5 Jahren nach Verkehrsunfällen vor (Barth et al., 2005; Mayou et al., 2002).

Ein Überblicksartikel zu den bis 2001 publizierten Studien zu Folgestörungen nach Verkehrsunfällen findet sich bei Blanchard & Veazey (2001). Kühn (2006) gibt einen systematischen Überblick über Verlaufsuntersuchungen zur Entwicklung und Prä-

diktion der PTBS und anderer psychischer Störungen nach schweren Unfällen.

Klinische Studien mit Verkehrsunfallopfern berichten eine Inzidenz der PTBS zwischen 3% und 40% nach 6 Monaten und von einer anhaltenden Symptomatik von 8–32% 1 Jahr nach dem Unfall (Blanchard & Veazey, 2001).

Längerfristige Katamnesen bis zu 5 Jahren unterstreichen die Tendenz zur Chronifizierung. So erfüllten zwischen 8% und 25% der nachuntersuchten Patienten in einem Katamnesezeitraum von 2–5 Jahren weiterhin die Kriterien für eine psychische Störung (Barth et al., 2005; Kühn, 2006).

Die meisten Verlaufsstudien haben sich primär auf die Erfassung der PTBS oder subsyndromaler Formen der PTBS konzentriert. Für Studien (Frommberger et al., 1998; Küh et al., 2008) und für die individuelle Therapieplanung ist allerdings unverzichtbar,

- Angststörungen,
- Depressionen,
- organische Psychosyndrome,
- Störungen durch schädlichen Substanzgebrauch und
- somatoforme Störungen

als mögliche Folgen zu berücksichtigen (Wittchen et al., 2009). Diese können komorbid zu einer bestehenden PTBS, aber auch als eigenständige psychische Störungen auftreten und müssen differenziert diagnostiziert werden.

! Unabhängig von methodisch bedingten Schwankungen des genauen Anteils ist nach schweren Verkehrsunfällen mit überdauernden psychischen Folgestörungen – nicht nur der PTBS – in bis zu einem Viertel der Fälle zu rechnen.

28.3 Risikofaktoren

Nach einem potenziell traumatischen Verkehrsunfall entwickelt nur eine Minderheit eine manifeste psychische Folgestörung. Welche prä-, peri- und posttraumatischer Faktoren neben dem Ereignis selbst für deren Entstehung und Aufrechterhaltung bedeutsam sind, wurde in einer Reihe von – zumeist retrospektiven – Studien – und bevorzugt für das Störungsbild der PTBS – untersucht (Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003; Watson & Shalev, 2005; Wittchen et al., 2009). Fast immer wurden gemischte Opfergruppen untersucht, die z. B. in unfallchirurgischen Kliniken nach Verkehrsunfällen, Arbeitsunfällen oder Gewalttaten rekrutiert wurden. Die Prädiktoren sind deshalb nicht spezifisch für Verkehrsunfallopfer, sondern gelten auch für andere Arten von Traumata.

Aus den vielen in Einzelstudien beobachteten, aber häufig nicht replizierten Risikofaktoren, wurden relativ konsistent und damit als besonders aussagekräftige Prädiktoren gefunden:

Tab. 28.1. Prä-, peri- und posttraumatische Risikofaktoren für die Entwicklung von psychischen Folgestörungen

| | Risikofaktoren | | |
|--|--|--|--|
| Übersichtsarbeiten | prätraumatisch | peritraumatisch | posttraumatisch |
| Ozer, 2003; Brewin, 2000; Watson & Shalev, 2005; Wittchen et al., 2009 | weibliches Geschlecht jüngeres Lebensalter niedriger Bildungsgrad vorbestehende Traumatisierung vorbestehende psychische Störungen, v. a. Angst- und depressive Störungen Familienanamnese für psychische Störungen | intendierte/menschen-gemachte Ereignisse Schwere des Unfalls spezielle Merkmale des Geschehens (z. B. erlebte Hilflosigkeit, absurde Aspekte der Unfallsituation) peritraumatische Dissoziation | fehlende soziale Unterstützung persistierende und intensive Stress-/Belastungssymptome über Wochen Belastung durch ungewöhnliche Symptome (Flashbacks, Alpträume, Panikattacken) irreversible körperliche Schädigungen Behinderungen Chronische Schmerzen |

! Die Relevanz universeller Ereignis- und Risikofaktoren darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die traumatische Qualität sich häufig nur über die individuelle Bedeutung und Bewertung des Unfallgeschehens erschließen lässt.

Darauf ist bei Rekonstruktion des Unfallerebens unbedingt zu achten (► Abschn. 28.6.1). Ein frühzeitiges Erkennen der genannten Risikofaktoren ist unabdingbar für die Planung therapeutischer Maßnahmen.

28.4 Screeningverfahren

Sie sind ein Hilfsmittel zur frühzeitigen Identifizierung von Risikopatienten nach Verkehrsunfällen:

- kurze Anwendungszeit,
- einfache Auswertbarkeit,
- hohe Trennschärfe bei der Ermittlung des komplexen Zielmerkmals

ermöglichen einen routinemäßigen Einsatz in größeren Untersuchungsgruppen, ohne dafür im 1. Schritt Experten mit psychodiagnostischen Kompetenzen hinzuziehen zu müssen. Brewin (2005) stellt in seinem Überblicksartikel verschiedene (englischsprachige) Screeningverfahren mit ihren Potenzialen, aber auch Begrenzungen vor. Der aus Verlaufuntersuchungen an Verkehrsunfallopfern entwickelte »Freiburger Screening Fragebogen« enthält 2 Aussagen zum peritraumatischen Erleben und 8 Aussagen zu posttraumatischen Symptomen, die durch Ankreuzen mit »Ja« oder »Nein« in ca. 5 min bearbeitet werden können (Stieglitz et al., 2002). Bei einem Cut-off-Wert von 4 (oder mehr) Ja-Antworten konnte mit einer Sensitivität von 89% und einer Spezifität von 70% das Auftreten einer PTBS (bzw. subklinischen PTBS) 6 Monate nach einem Verkehrsunfall vorhergesagt werden. O'Donnell und Mitarbeiter haben 2008 ein 10-Items umfassendes Screeningverfahren mit überprüften Gütekriterien vorgestellt, das neben Symptomen einer akuten Belastungsreaktion auch prätraumatische Risikofaktoren sowie posttraumatische Einflussfaktoren wie soziale Unterstützung, Zuversicht und Akzeptanz erfasst. Besonderer Vorteil ist, dass hiermit eine Risikoeinschätzung für die Entwicklung einer PTBS

und zusätzlich auch depressiven Störung nach Unfällen möglich ist.

Screeningverfahren sind zur Früherkennung von Risikopatienten hilfreich, zur Indikationsstellung für eine psychologische Frühintervention alleine aber nicht geeignet (Angenendt et al., 2006). Ein positives Ergebnis erfordert im 2. Schritt eine weiterführende klinische Diagnostik, in der erst nach Bewertung des bisherigen Beschwerdeverlaufs, von Risiko- und Schutzfaktoren, aber auch der Phase der Traumaverarbeitung eine Therapieindikation gestellt werden kann (NICE, 2005).

Unter der Lupe

Sehr früh eingesetzte und ausschließlich an akuten Symptomen orientierte Screeningverfahren können zur Ermittlung eines hohen Anteils »falsch positiver Fälle« führen. Psychische Distress-Symptome in den ersten Tagen und Wochen nach Unfällen sind weit verbreitete und normale Reaktionen, die nicht automatisch auf Therapiebedürftigkeit verweisen.

28.5 Frühintervention nach Akuttraumata

Psychologische Frühintervention ist eine Form professioneller Akuthilfe, die zwischen eher unspezifischer Krisenintervention und längerfristiger traumafokussierter Psychotherapie positioniert ist (Orner & Schnyder, 2003). Sie soll verhindern, dass sich eine manifeste PTBS entwickelt bzw. zumindest deren Ausprägung und Dauer mildern. Nach den aktuellen Leitlinien soll sie keine obligate Maßnahme bei unausgewählten Unfallopfern sein, sondern nur bei Betroffenen mit identifizierten Risikofaktoren (Gray & Litz, 2005; NICE, 2005).

Unter der Lupe

Von einem Einsatz des »Psychological Debriefings« als frühem, einmaligem und emotionsevozierendem Verfahren wird abgeraten. Das weltweit am häufigsten verwendete Verfahren zur Frühintervention konnte in kontrollierten Stu-



dien seine präventive Wirksamkeit nicht nachweisen und war in einigen Untersuchungen sogar mit einem langfristig ungünstigeren Ergebnis verbunden (Rose et al., 2002).

Wichtiges Indikationskriterium ist das Vorliegen einer akuten Belastungsreaktion (ICD-10) oder akuten Belastungsstörung (ABS; DSM-IV; ► Kap. 6). Diese werden wegen des Auftretens starker, häufig panikartiger Ängste und dissoziativer Zustände als »frühe Formen« mit hoher Übergangswahrscheinlichkeit zur chronischen PTBS bewertet. Die Entwicklung einer PTBS wird allerdings auch bei Opfern beobachtet, die anfänglich keine ABS hatten (Bryant, 2003). Die Validität dieser Diagnose ist daher umstritten. Am besten untersucht sind kognitiv-verhaltenstherapeutische (KVT) Programme, wie sie vor allem von der Arbeitsgruppe um Bryant et. al. (1998, 2008) für Personen mit akuter Belastungsstörung nach Verkehrsunfällen und Gewalt konzeptualisiert wurden. Frühintervention beginnt innerhalb der ersten vier Wochen und ist als kurzfristige Intervention mit etwa 5 Sitzungen (Psychoedukation, Erregungskontrolle, Expositionsvorgehen und kognitive Therapieanteile) vorgesehen. Die Reduktion und Prävention von PTBS-Symptomen konnten in einer Reihe von Studien nachgewiesen werden (ACPMH, 2007).

Trotz belegter Wirksamkeit bleiben Fragen zum optimalen (»goldenen«) Zeitfenster, zur Dauer und Zusammensetzung der Frühintervention noch genauer zu untersuchen (Zohar et al., 2009).

Unter der Lupe

Die Indikation für eine traumafokussierte Frühintervention wird nach individueller Psycho-diagnostik gestellt: schwere Unfalltraumata (mit Tod oder Schwerverletzung eines Unfallbeteiligten) außergewöhnliche Bedingungen mit hohem Traumatisierungspotenzial (z. B. Einklemmtsein im Fahrzeug und längere technische Bergung), schwere und anhaltende Übererregungssymptome oder das Vorliegen der o. g. Risikofaktoren sind dabei zu berücksichtigen.

28.6 Psychotherapie der chronischen PTBS

Bei ausgeprägter Psychopathologie und chronischem Fortbestehen psychischer Syndrome (für mehr als 12 Wochen) ist eine störungsspezifische Psychotherapie indiziert. Diese geht über die begrenzten Zielsetzungen der Krisen- und Frühintervention hinaus, dauert zumeist länger und ist komplexer (Angenendt & Bengel, 2008). Individuelle Aspekte der Disposition, Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung und individuelle Therapieziele werden stärker berücksichtigt.

In der Behandlung der PTBS (bei Typ-I-Traumata) haben traumafokussierte Therapieverfahren der KVT und das »Eye Movement Desensitization and Reprocessing« (EMDR; Shapiro, 1998) den Nachweis ihrer Wirksamkeit erbracht (Bisson & Andrew, 2005; Bradley et al., 2005; Etten & Taylor, 1998). Neben diesen evidenzbasierten Verfahren sind auch tiefenpsychologisch orientierte Vorgehen wie die psychodynamische Kurztherapie nach Horowitz (1986) und die mehrdimensionale psychoanalytische Traumatherapie (MPTT) nach Fischer (2000) als traumadaptierte Behandlungen konzeptualisiert. Sie gelten als klinisch erprobte Verfahren, deren Effekte jedoch bisher nicht im Rahmen kontrollierter Studien überprüft wurden (AWMF Leitlinie PTBS, 2004; Flatten et al., 2001).

28.6.1 KVT der PTBS nach Verkehrsunfällen

Maercker und Mitarbeiter haben 2005 das »Manual zur kognitiven Verhaltenstherapie von PTBS bei Verkehrsunfallopfern« publiziert (Zoellner, Karl & Maercker, 2005). Es basiert auf einem Programm der Arbeitsgruppe von Blanchard und Hickling, das 1998 veröffentlicht und überprüft worden war (Blanchard et al., 2003). Das ins deutsche übersetzte und inhaltlich erweiterte Manual wurde von Maercker et al. (2006) in einer kontrollierten Studie überprüft.

Es enthält KVT-Standardverfahren, die sich in der Behandlung anderer Typ-I-Traumata, z. B. sexuelle Gewalt bei Frauen (Foa et al., 1991, 1995) bewährt haben. Die nach Verkehrsunfällen sehr häufigen Ängste bei Teilnahme am Straßenverkehr werden aber besonders gewichtet.

Phobische Reiseängste

Überlebende zeigen nach Unfällen sehr häufig Ängste, hohe Anspannung und Vermeidungsverhalten im Straßenverkehr (Taylor & Koch, 1995). Im Sinne eines Konditionierungsprozesses hat »Verkehr« generell oder spezielle Verkehrssituationen Angst auslösende Qualität bekommen. Obwohl die Gefahr vorbei ist, bleibt die Angst vor einer möglichen Wiederholung dominant und wird weit über das reale Risiko hinausgehend als permanente Bedrohung erlebt.

Viele Ängste und Intrusionen treten reizgebunden bei der Konfrontation mit Objekten oder Situationen auf, die Parallelen zu dem Unfallszenario aufweisen, z. B.

- Fahren derselben oder einer ähnlichen Fahrstrecke, z. B. langgezogene Linkskurve,
- Fahren bei ähnlichen Witterungsbedingungen, z. B. Dunkelheit, Nebel, Schnee,
- Begegnung mit einem ähnlichen Auto wie das des Unfallgegners (Typ oder Farbe),
- Fahren mit höheren Geschwindigkeiten (eigenes Fahrzeug, aber auch andere Teilnehmer) oder
- Entgegenkommen von Fahrzeugen auf der Gegenfahrbahn.

Betroffene erleben eine deutlich höhere Anspannung und Angst beim Autofahren, fühlen sich aufgrund ihrer Empfindungen tatsächlich sehr unsicher und bedroht, erleben subjektiv wiederholt Beinahe-Unfälle und zweifeln an ihren Fahrkompetenzen. Es kommt zu Verzerrungen der Wahrnehmung, z. B. einer falschen Einschätzung von Abständen und Geschwindigkeiten. In Extremfällen können daraus angstmotiviert tatsächlich Fahrfehler und eine Gefährdung resultieren, z. B.

wenn Betroffene vor grünen Ampeln oder auf der Kreuzung plötzlich anhalten. Die Angst wird durch Sicherheitsverhalten oder Vermeidungsverhalten zu kontrollieren versucht. Viele

- fahren mit erhöhter Wachsamkeit und besonders langsam,
- zeigen eine verstärkte Selbstbeobachtung und penible Kontrolle des Verhaltens andere Teilnehmer oder
- sind in der Folge leicht irritierbar, z. B. sehr schreckhaft bei unerwarteten Vorkommnissen.

Führen diese Sicherheitsverhaltensweisen nicht zu einer Kontrolle dieser Zustände, wird das Steuer anderen Personen überlassen oder das selbstständige Autofahren völlig vermieden. Als Beifahrer sind viele ebenfalls extrem angespannt. Es kommt zu »krampfhaften Versuchen«, sich während der Fahrt abzulenken, z. B. durch Schließen der Augen oder Musikhören mit Kopfhörer (kognitive Vermeidung). Viele Unfallopfer

- sind sehr schlechte Beifahrer,
- versuchen den Fahrer ständig auf Gefahren aufmerksam zu machen, deren Fahrverhalten zu bestimmen und
- signalisieren permanente Ängstlichkeit oder
- weisen eine deutlich vermindert Toleranz für kleine Regelabweichungen oder Unkorrektheiten auf.

Außerhalb der realen Auslösung bei der aktiven Teilnahme am Verkehr können auch Medienberichte über Unfälle, das Hören einer Sirene und das Geräusch eines Hubschraubers panikartige Ängste und Intrusionen auslösen.

Das Manual berücksichtigt Erkenntnisse zur differenziellen Wirksamkeit des Expositionsvorgehens: Schuld- und Ärgergefühle unterliegen in ihrem Verlauf – anders als Angstreaktionen – nicht der Habituation und sprechen deshalb auf das klassische Therapieprotokoll mit Konfrontationsübungen wenig an. Kognitiv orientierte spezielle Zusatzmodule für Schuld- und Ärgergefühle wurden des-

halb integriert. Das Programm sieht 10 Sitzungen von je 90–100 min und eine idealtypische Abfolge verschiedener therapeutischer Module (► Übersicht) vor. Diese müssen auf die speziellen Bedingungen des Einzelfalls abgestimmt werden. Hausaufgaben zwischen den Therapiesitzungen (z. B. Schreiben der Unfallgeschichte, Verhaltensexperimente) werden zu Beginn jeder Sitzung besprochen,

bevor nachfolgend neue Therapiemodule eingeführt werden.

Bausteine des Therapieprogramms (Zoellner et al., 2005)

- Vermittlung der Therapierationale
- Entspannungsverfahren
- Unfallbeschreibung
- Lesekonfrontation
- Exposition in der Vorstellung (in-sensu)
- Exposition in der Realität (in-vivo)
- Kognitive Therapie, insbesondere bei Schuld- oder Ärgergefühlen
- Einbezug von Angehörigen
- Existenzielle Themen und posttraumatisches Wachstum
- Bilanzierung und Rückfallprävention

Voraussetzungen des Therapieprogramms

Die Einzelmaßnahmen sind eingebettet in eine Gesamtstrategie, in der Beziehungsgestaltung, Entlastung/Stabilisierung und eine differenzierte verhaltensanalytische Diagnostik entscheidende Voraussetzungen sind:

Unter der Lupe

Unerlässlich ist eine sichere, ungestörte und das Vertrauen stärkende therapeutische Umgebung, in der der Patient eine Regulation über seine emotionalen und verhaltensbezogenen Symptome und sich selbst wiedererlangen kann.

Der Therapeut kann wiederholt geprüft werden, ob er das berichtete Unfallereben, die Folgen und das aktuelle Leiden des Patienten aushalten kann. Umgekehrt muss der Therapeut in jeder Phase der Therapie die – zumeist schwankende – psychische Stabilität, Belastbarkeit und Bereitschaft des Patienten, sich mit dem Trauma intensiv auseinander zu setzen, beachten und sein Vorgehen darauf abstimmen. Oberste Maxime muss sein, dass es nicht zu einer anhaltenden Verschlechterung oder gar Schädigung des Betroffenen kommt.

Ausreichende Transparenz und explizite Zustimmung des Patienten zu allen vorgesehenen Therapiemaßnahmen sind unverzichtbar.

In der Anfangsphase ist parallel zur Beziehungsgestaltung, Entlastung und Stabilisierung eine systematische Psychodiagnostik erforderlich. Neben der Exploration können Fremdanamnese, standardisierte diagnostische Interviews und Selbstbeurteilungsskalen (► Kap. 6) eingesetzt werden. Bei der Befunderhebung ist es wichtig, sich ein möglichst umfassendes Bild von der Persönlichkeit und den Lebensbedingungen des Betroffenen zu machen, seinen Umgang mit bisherigen Belastungen und die individuelle Bedeutung des Ereignisses für die aktuelle Symptomatik zu erfassen. Da zum Unfall eine zeitliche Distanz besteht, können bisherige Verlaufsaspekte berücksichtigt werden. Die Auswirkungen persistierender Symptome auf die Alltagsbewältigung (Beruf, familiäre Beziehungen, Freizeit) und das Selbst- und Weltbild des Unfallopfers sind genau zu erheben. Die syndromale und klassifikatorische Diagnose und klare Indikationsstellung ist Voraussetzung für den Beginn des Programms, dessen Module nachfolgend näher skizziert werden.

Therapiemodule des Programms

Folgende Module können berücksichtigt werden:

Vermittlung der Therapierationale

Bereits in der 1. Sitzung werden das Therapieprogramm und seine Rahmenbedingungen im Überblick vorgestellt. Auf der Basis des berichteten Unfallerebens und der aktuellen Beschwerden wird ein vorläufiges und plausibles Störungsmodell entwickelt. Die PTBS-Symptomatik wird als Folge traumatischer Lern- und Konditionierungsprozesse (Foa & Kozak, 1986), während und nach dem Unfall sowie auf Besonderheiten der Gedächtnisbildung und dessen Abruf (Brewin & Holmes, 2003) zurückgeführt. Weiterhin werden dysfunktionale Lösungsversuche des Patienten, Kontrolle über seine Symptome zu erringen (z. B. Versuch der willentlichen Unterdrückung von Intrusionen, Vermeidungsverhalten, verzerrte Bewertungen) als aufrechterhaltende Faktoren herausgearbeitet (Ehlers & Clark, 2000). Grundlegend ist ein Verständnis des posttraumatischen Belastungssyndroms als anfänglich »normale« und adaptive Notfall- und Stressreaktionen auf

eine »unnormale« – nämlich traumatische – Unfallsituation, deren mangelnde Rückbildung und anschließende Verselbstständigung. Arbeitsblätter und Schaubilder zu typischen Beschwerden und symptomverstärkenden Mechanismen unterstützen die psychoedukative Phase.

Entspannungsverfahren

Patienten mit PTBS leiden unter körperlichen und mentalen Übererregungssymptomen wie Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Schreckhaftigkeit und Gereiztheit. Entspannungsverfahren vermitteln Fertigkeiten, wie diesen angstbedingten Symptomen aktiv begegnet werden kann. Schnell wirksame Entspannungsmethoden wie Atemtechniken (tiefe Bauchatmung; Foa et al., 1991) können eine frühe symptomatische Entlastung unterstützen. Die progressive Muskelentspannung (PMR) bedarf aber – ebenso wie autogenes Training, Meditationstechniken oder Achtsamkeitsverfahren – einer regelmäßigen, wiederholten und längeren Übung, um effektiv zur Erregungskontrolle eingesetzt werden zu können. PMR wird in der Lang- und später Kurzversion mehrfach unter Anleitung des Therapeuten durchgeführt, muss dann mithilfe von Tonbandaufzeichnungen in Eigenregie zu Hause weiter geübt werden.

Unfallbeschreibung

Nachdem zuvor der Unfall primär unter diagnostischen Aspekten exploriert worden war, wird der Patient ermutigt, seine persönliche traumatisierende Unfallgeschichte ausführlich zu beschreiben (»das Unfassbare in Worte zu fassen«). Ziel ist eine entlastende Rekonstruktion des Traumas und seiner subjektiven Bedeutung (»Was hatte Sie am meisten belastet?«). Die in der Sitzung rekonstruierte Unfallgeschichte soll zu Hause aufgeschrieben werden. Der Patient erhält eine Anleitung zur Selbstbeobachtung (Symptomtagebuch) im Alltag auftretender Symptome (z. B. Intrusionen, Ängste, Schuldgefühle), auf das in der therapeutischen Arbeit regelmäßig Bezug genommen wird.

Lesekonfrontation

Ab der 3. Therapiesitzung liest der Patient seine schriftliche Unfallbeschreibung laut vor. Mit dieser »abgemilderten Form« wird die spätere Exposition

in sensu vorbereitet, in der die emotionale und physiologische Aktivierung von Angst durch Konfrontation mit den traumatischen Erinnerungen im Fokus steht. Das Vorlesen der Unfallgeschichte soll die Entwicklung und Konsolidierung des expliziten/semantischen Gedächtnisses für das peritraumatische Unfallereben stärken. Das zuvor skizzierte Verständnismodell der PTBS wird im Therapieprozess laufend weiter elaboriert. Für das folgende Expositionsvorgehen ist eine sorgfältige Vorbereitung und Begründung der Behandlungsrationalen erforderlich, da es der Intuition und den bisherigen Bewältigungsversuchen der Betroffenen entgegensteht.

Imaginative Exposition

Die verlängerte Exposition in sensu gilt als zentrale Intervention der traumafokussierten KVT (Rothbaum et al., 2003).

Unter der Lupe

Versuche, aktuell fortgesetzt mit massiver Angst verbundene Erinnerungen an das Trauma zu vermeiden oder aufkommende Symptome willentlich zu unterdrücken, verstärken rückbezüglich die Angst.

Der Patient wird ermutigt, sich absichtlich an den Unfall (der als unkontrollierter Stimulus für die gelernte Angstreaktion fungiert) zu erinnern. Möglichst mit geschlossenen Augen wird die traumatische Geschichte in der »Ich-Form« und sprachlichen Gegenwartsform umfassend und detailliert berichtet, als würde sie gerade nochmals geschehen (Foa et al., 1991, 1995). Alle Sinneswahrnehmungen (Körperempfindungen, Geräusche oder Gerüche), Gedanken und Gefühle sollen zugelassen werden. Die Entwicklung einer strukturierten (»narrativen«) Geschichte des Traumas mit Beginn, dem Unfallgeschehen und dem belastendsten Moment (»hot spot«), aber auch dessen Beendigung soll ermöglicht werden. Der Therapeut erfragt in regelmäßigen Abständen und zusätzlich bei besonders belastenden Details das Ausmaß der emotionalen Belastung auf einer visuellen Analog Skala als sog. »subjective units of distress« (SUD von 0–100). Während der Übungen wird die Sicherheit der aktuellen Situation

betont: implizit durch das angstreduzierende therapeutische Setting sowie durch unterstützende Instruktionen (*»Sie wissen, dass sie gerettet worden sind«, »Es sind Ihre Erinnerungen an damals, die Ihnen jetzt Angst machen«*). Der Patient soll wieder differenzieren können zwischen Erinnerungen an sein – in der Vergangenheit liegendes – Traumaerleben und der relativen Unbedrohlichkeit im »Hier und Jetzt«. Expositionssitzungen beanspruchen jeweils mindestens 60–90 min. Ziel ist, dass trotz Verbleibs in den Erinnerungen des Unfalls eine allmähliche Reduktion von überflutendem Distress und Angst erlebt werden kann.

Unter der Lupe

Ein Ansprechen zeigt sich daran, dass der Betroffene mehr Distanz zu seinen Erinnerungen gewinnt und die berichtete Unfallgeschichte »geordneter« wird.

Das ursprüngliche Traumaskript kann durch neue, inkompatible Informationen und Bewertungen ergänzt und modifiziert werden, die nicht ausschließlich auf der singulären Unfallerfahrung, sondern auf das Gesamt aller bisherigen Lebenserfahrungen beruhen. Tonbandaufzeichnungen der Therapiesitzungen werden für die notwendigen Übungen in Eigenregie verwendet. In wiederholten Sitzungen wird vor allem mit den am stärksten belastenden Erinnerungen, den individuellen »hot spots« gearbeitet.

Expositionssübungen in der Realität

Nach der imaginativen Exposition ist eine Ergänzung und Weiterführung in Form von In-vivo-Übungen sinnvoll. Man unterscheidet:

1. Verhaltensexperimente, die eine Überprüfung identifizierter Annahmen und Voraussagen im Rahmen kognitiver Intervention zum Ziel haben.
2. Konfrontationsübungen zum Abbau von persistierendem Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten, die eine – in der Regel graduierte – Wiederannäherung an den Straßenverkehr ermöglichen sollen.

Verhaltensexperimente können meist ohne direkte Therapeutenbegleitung durchgeführt werden, wenn

eine ausführliche Vorbesprechung, eine Festlegung der Übungsschritte und eine intensive Nachbesprechung erfolgt. Nach schweren Verkehrsunfällen kann aber auch eine therapeutenbegleitete In-vivo-Behandlung von autofahrphobischen Ängsten erforderlich sein (► obigen Exkurs). Hierfür ist oftmals die Zusammenarbeit mit einem erfahrenen Fahrlehrer erforderlich. Fahrtraining und Expositionsübungen folgen den Prinzipien einer KVT-orientierten Phobiebehandlung, haben aber die reale lebensbedrohliche Traumaerfahrung zu berücksichtigen. In-vivo-Konfrontation in den mit starken Emotionen verbundenen Situationen können auch das bewusste Aufsuchen der Unfallstelle oder eines Ortes mit hoher symbolischer Bedeutung (Krankenhaus, Friedhof) zum Inhalt haben.

Kognitive Interventionen

Angst, Übererregung und intrusive Wiedererinnerungen sind primäre Zielsymptome von Konfrontationstechniken. Andere Emotionen wie starke Schuldgefühle und Ärger bedürfen einer eigenständigen Bearbeitung in Form spezifischer kognitiver Techniken (Ehlers, 1999; Ehlers et al., 2005). Ziele sind die Auseinandersetzung mit und Revision von ungünstigen/verzerrten Bewertungen des Traumas und seiner Folgen.

Viele Unfallopfer sind übersensibilisiert für die Risiken und Bedrohungen im Straßenverkehr (*»ich kann mich nie mehr sicher fühlen«*), empfinden verstärktes Misstrauen gegenüber anderen Verkehrsteilnehmern (*»ich kann keinem Fahrer mehr vertrauen«*), zweifeln an ihrer Fähigkeit, sich wieder verlässlich (*»Was ist, wenn ich das Steuer plötzlich herumreiße?«*) im Straßenverkehr zu bewegen. Häufig generalisieren solche Zweifel auf die Einschätzung, das eigene Leben noch bewältigen (*»nichts wird wieder wie früher«*) und mit Schwierigkeiten umgehen zu können (*»ich bin nicht mehr belastbar«*). Typische Denkverzerrungen werden thematisiert wie z. B.

- Übergeneralisierung,
- Schwarz-Weiß-Denken,
- unangemessene Schlussfolgerungen aber auch
- Prozesse der selektiven Aufmerksamkeit für Informationen (z. B. Presseberichte über Unfälle), die konsistent zu den eigenen (negativen) Annahmen sind,

Das Manual enthält ein spezielles Modul für die Bearbeitung exzessiver Schuldgefühle (Kubany & Watson, 2002).

Unter der Lupe

Für die Aufrechterhaltung quälender Schuldgefühle spielen verzerrende Denkschemata (z. B. Interpretation im Nachhinein, überzogenes Verantwortungsgefühl für das Verhalten anderer, Doppelstandards, emotionale Schlussfolgerungen) eine besondere Rolle. Die starre Sicht des Betroffenen soll durch kognitive Intervention erweitert und wieder flexibler werden.

Für exzessive Ärgergefühle nach Verkehrsunfällen, in denen die Unfallverursacher grob fahrlässig oder schuldhaft gehandelt haben, ist ein eigenständiges Therapiemodul vorgesehen. Unsensibles Verhalten des Unfallgegners oder anderer Beteiligten nach dem Unfall, bagatellisierende Infragestellungen des Leids bei der Schadensabwicklung, für die Betroffenen schwer nachvollziehbare Schritte in sozialmedizinischen Verfahren oder Unverständnis des sozialen Umfeldes können bei Unfallopfern massive Ärgergefühle hinterlassen, die einer Gesundung im Wege stehen können (Maercker & Michael, 2009).

Einbezug von Angehörigen

Dieser ermöglicht, Beobachtungen über das Auftreten von Symptomen und die Alltagsbewältigung ergänzend zu erfragen. Eine Aufklärung über die Störung, Hauptprinzipien der Therapie und zu erwartende Probleme im Veränderungsprozess können Geduld, Verständnis und konstruktive Unterstützung bei den Angehörigen stärken. Information und Aufklärung kann verhindern, dass Angehörige gut gemeinte, aber Symptom aufrechterhaltend wirkende Unterstützungsformen zeigen und Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten ungewollt verstärken. Gegenüber bagatellisierenden Angehörigen, die mit forcierten Appellen nach »Rückkehr zur Normalität« (»endlich den Unfall wieder vergessen können«) die Unfallopfer überfordern, muss der Therapeut die Rolle eines »Verteidigers« und »Beschützers« übernehmen können. Bei positiver Unterstützung und fehlenden Kontraindikationen können informierte Angehörige co-therapeutische Funktionen übernehmen.

Existenzielle Themen und »posttraumatic growth«

Nach Reduktion der Kernsymptomatik und Besserung von zentralen Problembereichen wird der Fokus – soweit es die Verletzungsfolgen zulassen – auf die Reintegration und Rehabilitation verlegt. Der Patient wird unterstützt, sich familiär, beruflich, sozial wieder stärker am Leben zu beteiligen, Alternativverhalten aufzubauen. Es gilt, an vorhandene Ressourcen anzuknüpfen und für Gegenwart und Zukunft eine veränderte Perspektive zu entwickeln, die die lähmende Stagnation zu überwinden hilft. Vielen Unfallopfern gelingt es lange nicht, den Unfall und dessen Folgen als Teil ihrer neuen Realität zu akzeptieren und sich an die veränderten Bedingungen anzupassen. Es bleibt die ungemein schwere Aufgabe, den Verlust von Menschenleben, der eigenen Gesundheit, des Lebenskonzeptes und -entwurfs als nicht reversible Veränderungen zu akzeptieren und in ihr Leben und System von Lebensannahmen und -haltungen zu integrieren. Das kann im Prozess der Bewältigung zu Trauer, Verbitterung, Wut und Aggressivität führen, die zunächst verständlich sind, bei Fortbestehen aber auch Krankheitswert annehmen können. Psychotherapie hat Hilfestellungen zum Verständnis und zur Bewältigung dieser sekundären Beschwerden sowie zur Integration notwendiger Veränderungen in die neue Lebenswirklichkeit der Betroffenen zu leisten. Häufig bedarf der Patient gezielter Unterstützung, mit Beeinträchtigungen und Behinderungen leben zu lernen. Selbstwert, realistische berufliche und andere Aufgabenbewältigungen sowie mitmenschliche Beziehungen bedürfen einer Stärkung.

Bei günstigem Verlauf – und zumeist eher retrospektiv – gelingt es vielen Unfallopfern, sich trotz des erfahrenen Leids persönlich weiterzuentwickeln, zu vertieften existenziellen, religiösen oder mitmenschlichen Einsichten (»posttraumatic growth«) zu kommen (Calhoun & Tedeschi, 1998) und an persönlicher Stärke zu gewinnen.

Bilanzierung und Rückfallprävention

Die Bilanzierung des therapeutischen Vorgehens, die Rekapitulation hilfreicher Copingstrategien und Antizipation möglicher Schwierigkeiten sind Inhalte des letzten Abschnittes. Das Therapieende kann durch eine schrittweise Reduktion der Sitzungsfrequenz mit größer werdenden Abständen vorbereitet

werden. Die Vereinbarung von Follow-up-Sitzungen zur Beobachtung des weiteren Verlaufs und zur Unterstützung bei Verunsicherungen und Beschwerden, die selbstständig noch nicht bewältigt werden können, ist oft sinnvoll.

28.7 Psychotherapie der Anpassungsstörungen und anderer Traumafolgestörungen

Als Folgen schwerer Verkehrsunfälle können auch Anpassungsstörungen und andere sekundäre psychische Störungen auftreten (► Kap. 2). Im Längsschnitt sind Wechsel der vorherrschenden Symptomatik und Interaktionen zwischen verschiedenen Syndromen häufig. Eine Anpassungsstörung wird diagnostiziert, wenn der Unfall nicht die Kriterien für ein traumatisches Ereignis erfüllt und die psychischen Folgesymptome bzgl. Schwere und/oder Vollständigkeit nicht dem Vollbild, z. B. einer Angst- oder depressiven Störung entsprechen. Anpassungsstörungen manifestieren sich häufig nicht unmittelbar nach Unfällen, sondern können mit Latenz auftreten, wenn z. B. nach längerer medizinischer Behandlung doch gravierende Einschränkungen zurückbleiben oder eine eigentlich für möglich gehaltene Rückkehr an den alten Arbeitsplatz letztlich nicht gelingt.

Bei psychischen Anpassungsstörungen kommen je nach Schwerpunkt der Psychopathologie Methoden zur Anwendung, die an den störungsspezifischen Verfahren, z. B. der Trauerarbeit, Angstbewältigung oder Ärgerkontrolle, orientiert sind. Für die Behandlung anderer sekundärer Folgestörungen, z. B. somatoforme Schmerzstörungen, Depression und Angststörungen sollten möglichst die jeweiligen evidenzbasierten Verfahren und ein Vorgehen entlang den jeweiligen diagnostisch-therapeutischen Leitlinien Priorität haben. Bei allen Behandlungen ist der psychoreaktive Bezug zu dem Unfall und seinen Folgen herzustellen.

28.8 Pharmakotherapie der PTBS

Antidepressiva aus der Gruppe der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) sind Mittel der ersten Wahl (Stein et al., 2009). Sie wirken auf die Symp-

tomtrias der PTBS, auf die häufigen komorbiden Störungen der Angst und Depression sowie auf impulsives und aggressives Verhalten. In Deutschland hat bisher nur Paroxetin eine spezifische Zulassung zur Behandlung der chronischen PTBS. In den USA ist zusätzlich auch Sertralin zugelassen. Eine Behandlung mit SSRI sollte, entsprechend den aktuellen Therapieempfehlungen, niedrig dosiert beginnen und langsam nach Bedarf bis zur Maximaldosierung gesteigert werden. Die Dauer der Therapie ist bei guter Verträglichkeit mit mindestens 6 Monaten zu veranschlagen, sollte bei positivem Ansprechen über ein Jahr fortgesetzt werden, bevor ein schrittweiser Absetzversuch probiert wird. Bezüglich alternativer pharmakotherapeutischer Strategien, die sich derzeit in Erprobung befinden und noch keine Zulassung erhalten haben, sei auf die spezielle Literatur verwiesen (Stein et al., 2009).

Bei massiver Übererregung, Aggressivität oder Selbstgefährdung in der akuten Phase nach einem Verkehrsunfall kann eine pharmakologische Begleitbehandlung erforderlich sein. Hier kommen in erster Linie Medikamente zum Einsatz, die den Hyperarousal reduzieren. Das sind z. B. anxiolytisch wirksame Benzodiazepine (Alprazolam, Lorazepam, Clonazepam), die wegen des Suchtpotenzials immer nur in zeitlich begrenztem Umfang und unter Beachtung möglicher Kontraindikationen (Suchtanamnese) angewendet werden sollten. Es gibt Hinweise auf ungünstigere Verläufe, wenn initial Benzodiazepine eingesetzt wurden.

Es existieren zurzeit keine Studien, die eine präventive Wirksamkeit einer medikamentösen Frühintervention belegen (NICE, 2005; ACPMH, 2007; Zohar et al., 2009).

28.9 Zusammenfassung und Ausblick

Im Rahmen der notfallpsychologischen Versorgungskette nach Unfalltraumata werden 3 Phasen unterschieden (Angenendt & Bengel, 2008):

1. Akut- und Notfallbetreuung vor Ort,
2. Stabilisierungsphase (Nachsorge und Akutbehandlung) und
3. Weiterbehandlung für besonders belastete Betroffene (Psychotherapie und Rehabilitation).

In den ersten Tagen nach Verkehrsunfällen sind vor allem eine qualifizierte Beobachtung der psychischen Reaktionen und Beschwerden, Entlastung und Psychoedukation, bei Bedarf Krisenintervention und Information über weiterführende Hilfestellungen wichtig. Basale psychotraumatologische Kenntnisse und Kompetenzen sind dabei für die primär behandelnden Unfallchirurgen, Konsiliarärzte und Allgemeinärzte hilfreich (Malt, 2008). Das weitere Vorgehen bewegt sich zwischen den Polen des bloßen Abwartens (»wait and see«) – d. h. spätere traumaspezifische Unterstützung nur für manifest Erkrankte – und der Vorstellung eines mehr oder weniger standardisierten therapeutischen Programms für alle Akuttraumatisierten (»one intervention fits for all«; Ehlers & Clark, 2003). Für eine differenzierte Indikationsentscheidung sind heranzuziehen:

- psychodiagnostischer Befund,
- Einschätzung vorhandener Risiko- und Resilienzfaktoren,
- Stadium der aktuellen Unfallverarbeitung,
- Stand der medizinischen Behandlung und
- Prognose der Unfallfolgen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene.

Dabei stellen sich folgende Fragen: Welche unspezifischen oder traumaspezifischen Maßnahmen sind erforderlich, wünschenswert und unter den gegebenen Rahmenbedingungen zu realisieren?

Für die Einrichtung einer funktionierenden Versorgungskette ist eine Vernetzung der beteiligten Institutionen und Personen notwendig. Ein Kennen der psychotraumatologisch arbeitenden Psychotherapeuten und Ärzte der Region sowie der überregional spezialisierten Einrichtungen verbessert eine konkrete Behandlungsempfehlung und Vermittlung. Modellhaft wird in den klinischen Leitlinien für die Behandlung Akuttraumatisierter aus England und Australien das klinische und empirische Wissen in differenzierter Form und für die Zielgruppen der »mental health«-Spezialisten, Betroffenen und Primärärzten im Internet allgemein zugänglich gemacht (NICE, 2005; ACPMH, 2007). Eine Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) gemeinsam mit anderen Fachgesellschaften hat ebenfalls eine entsprechende AWMF-Leitlinie verfasst, die kurz vor der Veröffentlichung steht. Es ist zu erwarten, dass systematische

Information, die Definition gestufter Diagnose- und Therapiepfade (Nowotny-Behrens et al., 2008) und eine bessere Zusammenarbeit der Beteiligten und vorhandenen Dienste die Versorgung für psychische Folgebeschwerden und -störungen nach Unfalltraumata verbessern kann.

Die Psychotherapie der PTBS nach Typ-I-Traumatisierungen hat inzwischen ein hohes empirisches Evidenzniveau erreicht. Stärker als die einzelnen Techniken – Stressbewältigung, Expositionstherapie, kognitive Therapie als KVT-Verfahren und EMDR zeigen in Studien vergleichbare Effektstärken (Bisson & Andrew, 2005; Cloitre, 2009) – scheinen als maßgebliche Wirkfaktoren eine Problemaktualisierung und die Herausbildung oder Stärkung von Ressourcen und Bewältigungsfertigkeiten im Rahmen eines modularen Vorgehens von Bedeutung. KVT und EMDR können als gut erprobte störungsspezifische Verfahren angesehen werden. Einschränkung ist zu sagen, dass sie in kontrollierten Studien mit Patienten erprobt wurden, bei denen komorbide Störungen (wie Substanzmissbrauch, schwere Depression) als Ausschlusskriterien verwendet wurden. Dieses entspricht häufig nicht den realen klinischen Bedingungen, die durch solche komplizierenden Konstellationen gekennzeichnet sind (Bradley et al., 2005). Das gesicherte Wissen über die Langzeiteffekte dieser Maßnahmen ist noch unzureichend (Nemeroff et al., 2006). Ungeachtet dieser noch offenen Fragen ist traumafokussierte bzw. adaptierte Psychotherapie bei der PTBS und anderen psychischen Folgestörungen von Unfällen als Therapie der Wahl zu bewerten, die von den Betroffenen und der Gesellschaft zunehmend als Versorgungsstandard eingefordert wird.

Literatur

- ACPMH (Australian Center of posttraumatic mental health). (2007). Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. www.acpmh.unimelb.edu.au.
- APA (American Psychiatric Association). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, American Psychiatric Association.
- Angenendt, J. & Bengel, J. (2008). Psychotherapeutische Behandlung. In F. Lasogga & B. Gasch (Hrsg.), *Notfallpsychologie. Ein Lehrbuch für die Praxis* (S. 113–126). Berlin: Springer.

- Angenendt, J., Hecht, H., Nowotny-Behrens, U., Köstler, W., Südkamp, N., Stark, B. & Berger, M. (2006). Freiburger Arbeitsunfallstudie (FAUST): Teil II: Wirksamkeit einer stationären psychologischen Frühintervention. *Trauma und Berufskrankheit*, 8 (Suppl.), 174–179.
- AWMF. (2006). AWMF Leitlinie. Posttraumatische Belastungsstörung – Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. AWMF Leitlinien Register 051/010. <http://www.leitlinien.net> [16.10.2006].
- Barth, J., Kopfmann, S., Nyberg, E., Angenendt, J. & Frommberger, U. (2005). Posttraumatic stress disorders and extent of psychosocial impairments five years after a traffic accident. *Psychological and Social Medicine*, 2, 1614–2934.
- Bengel, J. (Hrsg.). (2004). *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. 2. vollst. neu bearbeitete Auflage. Berlin: Springer.
- Bisson, J. & Andrew, M. (2005). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). (Review). *The Cochrane Database of Systematic Review Issue 3*.
- Blanchard, E. B. & Hickling, E. J. (1998). *After the crash: Assessment and treatment of motor vehicle accident survivors*. Washington: American Psychological Association.
- Blanchard, E. B. & Veazey, C. H. (2001). Mental disorders resulting from road traffic accidents. *Current Opinion in Psychiatry*, 14, 143–147.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Devineni, T., Veazey, C. H., Galovski, T. E., Mundy, E., Malta, L. & Buckley, T. C. (2003). A controlled evaluation of cognitive behavioural therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 79–96.
- Bradley, R., Greene, J., Dutra, L. & Westen, D. (2005). A multi-dimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214–227.
- Brewin, C. R. (2005). Systematic review of screening instruments for the detection of posttraumatic stress disorders in adults. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 53–62.
- Brewin, C., Andrews, B. & Valentine, J. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748–766.
- Brewin, C. & Holmes, E. (2003). Psychological theories of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339–376.
- Bryant, R. A. (2003). Early predictors of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 53, 789–795.
- Bryant, R. A., Harvey, A. G., Dang, S. T., Sackville, T., Basten, C. (1998). Treatment of acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 862–866.
- Bryant, R. A., Mastrodomenico, J., Felmingham, K., Hopwood, S., Kenny, L., Kandris, E., Cahill, C., Creamer, M. (2008). Treatment of acute stress disorder. A randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 63, 659–667.
- Calhoun, L. & Tedeschi, R. (1998). Posttraumatic growth: Future directions. In R. Tedeschi, C. Park & L. Calhoun (Eds). *Post-traumatic growth: positive changes in the aftermath of crisis* (S. 215–238). Mahwah: Erlbaum.
- Cloitre, M. (2009). Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: a review and critique. *CNS Spectrum*, 14 (Suppl. 1), 32–43.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of post-traumatic stress disorder. *Behavioral Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2003). Early psychological interventions for adult survivors of trauma: A review. *Biological Psychiatry*, 53, 817–826.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F. & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for posttraumatic-stress disorder: Development and evaluation. *Behavioral Research and Therapy*, 43, 413–431.
- Etten, M. van & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical and Psychological Psychotherapy*, 5, 126–144.
- Fischer, G. (2000). *Die Mehrdimensionale Psychoanalytische Trauma Therapie*. Asanger: Heidelberg.
- Flatten, G., Hofmann, A., Liebermann, P., Wöller, W., Siol, T. & Petzold, H. (2001). *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext*. Stuttgart: Schattauer.
- Foa, E. B., Hearst-Ikeda, D., Perry, K. J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 948–955.
- Foa, E. & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to correcting information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.
- Foa, E., Rothbaum, B., Riggs, D. & Murdock, T. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715–723.
- Frommberger, U., Schlickewei, W., Nyberg, E., Stieglitz, R.-D., Kuner, E. & Berger, M. (1998). Die psychischen Folgen nach Verkehrsunfällen- Teil II: Ergebnisse einer prospektiven Studie. *Unfallchirurgie*, 24 (3), 122–128.
- Gray, M. J., Litz, B. T. (2005). Behavioral interventions for recent trauma: Empirically informed practice guidelines. *Behavioral Modification*, 29, 189–215.
- Hapke, U., Schumann, A., Rumpf, H. J., John, U., Meyer, C. (2006). The role of traumas, pre-existing psychiatric disorders, and gender. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 299–306.
- Horowitz, M. (1986). *Stress response syndromes*. Northvale: Jason Aronson.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.
- Küh, M., Ehler, U., Rumpf, H. J., Backhaus, J., Hohagen, F. & Broocks, A. (2008). Psychologische Prädiktoren für das Auftreten einer Major Depression nach schweren Unfällen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37, 89–94.

- Kühn, M. (2006). *Die psychischen Folgen von schweren Unfällen und ihre Prädiktion*. Doktorarbeit, Philosophische Fakultät der Universität Zürich. www.dissertationen.unizh.ch/2006/kuehn/abstract.html
- Kubany, E. & Watson, S. (2002). Cognitive trauma therapy for formerly battered women with PTSD. Conceptual basis and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 111–127.
- Malt, U. F. (2008). Konsiliar-liasonpsychiatrische Aspekte unfallbedingter körperlicher Verletzungen. *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie*, 2: 190–198.
- Maercker, A. & Michael, T. (2009). Posttraumatische Belastungsstörungen. In J. Magraf, S. Schneider (Hrsg). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Band 2, S. 105–124). Springer: Heidelberg.
- Maercker, A., Zöllner, T., Menning, H., Rabe, S. & Karl, A. (2006). Dresden PTSD treatment study: randomized controlled trial of motor accident survivors. *BMC Psychiatry*, 6, 29.
- Mayou, R. A., Ehlers, A. & Bryant, B. (2002). Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3 years follow-up of a prospective longitudinal study. *Behavioral Research and Therapy*, 40, 665–675.
- NICE (National Institut of Clinical Excellence). (2005). Posttraumatic Stress disorder – the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. *National Clinical Practice Guideline Number 26* <http://www.nice.org.uk/guidance/> [16.5.2009] .
- Nemeroff, C., Bremner, J., Foa, E., Mayberg, H., North, C. & Stein, M. (2006). Posttraumatic stress disorder: A state-of-the-science review. *Journal of Psychological Research*, 40, 1–21.
- Nowotny-Behrens, U., Angenendt, J. & Röhrich, B. (2008). Akuttraumatisierung bei Unfallopfern. *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie*, 2, 199–206.
- O'Donnell, M. L., Creamer, M. C., Parslow, R., Elliott, P., Holmes, A. C., Ellen, S., Judson, R., McFarlane, A. C., Silove, D. & Bryant, R. A. (2008). A predictive screening index for posttraumatic stress disorder and depression following traumatic injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 923–932.
- Orner, R. & Schnyder, U. (Eds.). (2003). *Reconstructing early intervention after trauma. Innovations in the care of survivors*. Oxford: University Press Oxford.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52–73.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S. & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psych Scand*, 101, 45–59.
- Rose, S., Bisson, J., Churchill, R. & Wessely, S. (2002). *Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD)*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2, CD 000560 , Psychiatica Scandinavica.
- Rothbaum, B., Foa, E. & Hembree, E. (2003). Kognitive Verhaltenstherapie bei posttraumatischen Belastungsstörungen. In A. Maercker (Hrsg). *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 75–90). Berlin: Springer.
- Shalev, A. & Ursano, R. (2003). Mapping the multidimensional picture of acute responses to traumatic stress. In R. Orner & U. Schnyder (Eds.), *Reconstructing early intervention after trauma. Innovations in the care of survivors* (pp. 118–129). Oxford: University Press Oxford.
- Shapiro, F. (1998). *EMDR – Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Patienten*. Paderborn: Junfermann.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2008). Polizeilich erfasste Unfälle. Unfälle und Verunglückte im Straßenverkehr. http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2008/02/PD08_071_46241,templateld=renderPrint.psm1
- Stein, D. J., Ipser, J. & McAnda, N. (2009). Pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder: a review of meta-analyses and treatment guidelines. *CNS Spectrums*, 14 (Suppl 1), 25–31.
- Stieglitz, R. D., Nyberg, E. Albert, M., Frommberger, U. & Berger, M. (2002). Entwicklung eines Screening-Instrumentes zur Identifizierung von Risikopatienten für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTB) nach einem Verkehrsunfall. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31, 22–30.
- Taylor, S. & Koch, W. J. (1995). Anxiety disorders due to motor vehicle accidents. Nature and treatment. *Clinical Psychology Review* 15, 721–738.
- Watson, P. & Shalev, A. (2005). Assessment and treatment of adult acute responses to traumatic stress following mass traumatic events. *CNS Spectrums*, 10, 123–131.
- Wittchen, H. U., Gloster, A., Beesdo, K., Schönfeld, S. & Perkonig, A. (2009). Posttraumatic stress disorder: diagnostic and epidemiological perspectives. *CNS Spectrums*, 14 (Suppl 1), 5–12.
- Zohar, J., Sonnino, R., Juven-Wetzler, A. & Cohen, H. (2009). Can posttraumatic stress disorder be prevented? *CNS Spectrums*, 14 (Suppl 1), 44–51.
- Zöllner, T., Karl, A., Maercker, A., Hickling, E. J., Blanchard, E. B. (2005). *Manual zur kognitiven Verhaltenstherapie von posttraumatischen Belastungsstörungen bei Verkehrsunfallopfern*. Lengerich: Pabst.

Andreas Maercker (Hrsg.)

Posttraumatische Belastungsstörungen

3., vollständig neu bearbeitete und erweiterte Auflage



Sachverzeichnis

A

A1-Kriterium 14, 15
 A2-Kriterium 15
 Abbruch der Therapie 151, 213
 ABC-Arbeitsblätter 392
 Abreaktion 273
 Abwehrprozess 42
 Achtsamkeitsorientierung 262
 Adäquanztheorie 117
 ADHD (Aufmerksamkeits-Defizit- und Hyperaktivitätsstörung) 324, 330
 Adoleszenz 80
 Affektregulation (► Emotionsregulation)
 Aggravation 121
 Aktivieren des Traumagedächtnisses 205
 akute Belastungsreaktion (ABR) 148, 165, 416, 505
 akute Belastungsstörung (ABS) 20, 21, 166, 337
 akzidentelles Trauma 15, 139
 Alkohol 226
 Alptraum 17
 Alter 81, 428
 Amnesie 17
 Amygdala 41, 42, 52, 58, 257, 305
 Analgesie 25
 andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung 21, 124
 Anerkennung des Leidens 47, 317
 Angst 56
 – Angstaktivierung 39
 – Angstbewältigungstraining 206, 372
 – Angstkonditionierung 391
 – Angststörung 26
 Anpassungsstörung 26, 27, 417, 512
 Antidepressiva 279
 – MAO-Hemmer (Monoaminoxidase-Hemmstoffe) 280

– Paroxetin 277, 282
 – Sertralin 282
 – trizyklisch 279
 – selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) 276, 279
 Antikonvulsiva 281
 – Carbamazepin 281
 – Lamotrigin 281
 – Valproat 281
 Anxiolytika
 – Benzodiazepine 280
 – Buspiron 281
 Arbeitsbündnis (► therapeutische Beziehung)
 Arbeitsplatzprobleme 37
 Ärger 40, 43, 46, 104, 220, 244
 Ärgermanagement 233
 Art der Traumatisierung 325
 Asylbewerber 126
 Atemkontrolltechnik 338, 372
 Augenbewegungstherapie (► EMDR)
 Auslöser von Intrusionen 221, 224, 226, 232, 265
 autobiografisches Gedächtnis 232, 302, 306, 307
 – von Kindern 331

B

Bedrohung, anhaltend wahrgenommene 44
 Behandlungsalter 139
 Behandlung sexueller Dysfunktionen 373
 Behandlungsmotiv 148
 Behandlungsrahmen 308
 Behandlungsziel (► Therapieziel)
 Benzodiazepine 277, 280, 418
 Beschädigtsein, Gefühl des eigenen 45
 Betäubung von Emotionen (► Numbing)
 Bewältigungsstrategie 75
 Beziehungsstörung 261, 384

Beziehungstrauma 260
 Beziehung von Opfer und Täter 396
 bindungsorientierter Ansatz 194, 261
 Biografie 265, 307, 310
 Borderline-Persönlichkeitsstörung 30, 192, 340, 372, 378
 Brainspotting 297
 Brustkrebs 417
 Bundessozialgericht 117
 Bundeswehr, medizinisch-psychologisches Stresskonzept 464
 Burnout 153, 160

C

Cardioverter-Defibrillator (AICD) 420
 chronifizierte traumatisierende Bindungserfahrung 261
 combat stress reaction 460
 Cortisol (► Kortisol)
 Critical Incident Stress Debriefing 174

D

Debriefing 337, 505
 – Determinant 176
 – Evaluation 174, 176
 – Konzept und Vorgehen 173
 – natürliches; natural 174
 – psychologisches 172–176
 Depersonalisation 23, 41
 Depression 277, 385, 447
 – chronische traumatische 9
 Derealisation 41
 Developmental trauma disorder (► Entwicklungsraumastörung)
 Diagnostik 79, 166, 508
 dialektisch-behaviorale Therapie 143, 144, 192, 233
 Disclosure 47, 422

Dissoziation 38, 40, 44, 52, 55, 104,
120, 166, 214, 287, 307, 314, 368,
370, 385, 506

Distanzierungstechniken 189

- Bildschirmtechnik 189
- Containertechnik/Tresortechnik 189
- Groundingtechnik 373, 392

Dolmetschereinsatz 486

dosierte emotionale Verarbeitung
261, 266

DSM-IV 14, 115

Dunkelfeldproblem sexueller
Gewalt 367

Durcharbeiten 238, 243, 251, 257

Durchgangssyndrom 419

dysfunktionale Kognition 339

dysfunktionaler Selbstregulations-
mechanismus 260

E

Ego-state-Konzept 260–265, 272

Einsatzdurchführung 467

Einsatzkraft 171, 175

Einsatzmedizin 458

Ekel 40, 44, 57, 314

Eltern 328, 330, 340

EMDR (Eye Movement Desensitiza-
tion and Reprocessing) 177,
193, 211, 334, 336, 334, 472, 506

- bilaterale Stimulation 212
- Evaluation 178
- Konzept und Vorgehen 177
- Weiterentwicklungen 297

EMDR-Sonderprotokolle 286

Emotionsregulation 52, 56, 140,
188, 190, 272, 339

Empathie 155, 160

Empathiemüdigkeit ▶ Mitleids-
müdigkeit

Entfremdungsgefühl 17, 42

Entschädigung 154

- soziales Entschädigungsrecht 112
- Schmerzensgeld 122

Entspannungsverfahren 143, 509

- Atemtechnik 509
- autogenes Training 509
- progressive Muskelentspannung 372, 509

Entwicklungspsychologie 74, 78,
80, 261, 328

Entwicklungstraumastörung 21–24

Epidemiologie 28–30

- Inzidenz 504
- prospektive Studien 503

episodisches Gedächtnis 304

erschüttertes Vertrauen 151

erschüttertes Weltbild, ▶ shattered
assumptions

Ethik 67

Exilsituation 482

Exposition

- imaginative 207, 375, 509
- in vivo 207, 215, 373
- Formen 140
- langdauernde (prolonged
exposure) 141, 205, 207
- Vorgehen 506

Extinktion 58

Eye Movement Desensitization and
Reprocessing (▶ EMDR)

F

Freezing 60

Finding a Mission 144

Flashback 17, 41, 158

Folter 21, 308, 478, 479

Fremdbeurteilung 125

Fremdgefährdung 156

Frontalkortex

- anteriorer cingulärer (ACC) 53
- medialer 56
- Präfrontalregion 257

Frühintervention 164, 215, 502

- Indikation 167, 168
- Pharmakotherapie 179
- unspezifische 171

Furchtstruktur 38, 39, 204, 205,
306, 314

G

Gedächtnis

- abruf 304
- beeinträchtigung 370
- störung 52

Gedächtnismodell, duales 40

Gedankenkontrolle 245

Gedankenstopp 373

Gedankenunterdrückung 44, 219,
221, 226, 227

gefährlicher Patient 156

Gefühlkontrolle (▶ Affektregula-
tion)

Gegenübertragung 123, 272, 483

Golfkriegssyndrom 461

Großschadensereignis 171, 179

Grübeln 219, 220, 221, 226

Gruppentherapie 143, 377, 395

Gutachtertätigkeit 112

H

Habituation 205

Hals-Wirbelsäulen-(HWS-)Be-
schleunigungstrauma 122

hardiness 78

Hausarzt 282

Hausaufgabe 207, 208, 227, 229,
374, 388, 393

Herz-Kreislauf-Erkrankung 29, 420

Hippocampus 41, 52, 305, 327

Holocaust 9

Horror 160

humanistische Ansätze 77, 144

Hypnotherapie 142

Hypothalamus-Hypophysen-Neben-
nierenrinden-(HHN-)Achse 53,
55

Hysterie 6, 244

I

ICD-10 14, 115
 ICF (International Classification of Functioning, Disabilities and Health) 123
 Ich-Stärkung 262, 270
 Imagery Rescripting and Reprocessing 375
 Imaginationsverfahren 189, 207, 231, 262, 509
 Indikation 286, 513
 informed consent 262
 Inneres Kind 265, 373
 Integration 270, 494
 – Bedeutungsfindung 494
 – soziale Beziehung 494
 Intensivmedizin 417, 419
 interkulturelle Psychotherapie 484
 interpersonell-soziokognitives Modell 45
 interpersonelle Beziehungen 245, 249, 254
 interpersonelles Trauma 15, 139
 interpersonelle Veränderung 23, 367, 369
 Interpretation 44, 218, 221, 229, 232, 247, 251
 Interview 89
 Intrusion 18, 227, 261, 508

J

Januskopf-Modell der posttraumatischen Reifung 37
 Jugendliche 324

K

Katharsis 273, 317
 Kaufmann-Kur 7
 Kausalitätstheorien 117

Kausalität, haftungsbegründende 114, 118
 Ketamin 55
 Klärung 246, 255
 – über ein mögliches früheres Trauma 148
 kognitiv-behavioraler Ansatz 190, 204
 – Frühintervention 176
 – innere Achtsamkeit 193
 – kognitive Umstrukturierung 211, 261, 510
 – Stresstoleranz 193
 kognitive Schemata 241, 242
 kognitives Störungsmodell 43, 218, 393
 Kohärenzsinn 36, 37
 kollektiv erlebtes Trauma 45, 428
 Kombinationstherapie 212, 214
 Kommunikationsstil 330
 Komorbidität 29, 30, 139, 398, 481
 Kompetenz 69, 70, 77
 komplexe PTBS 21, 124, 260, 480
 komplizierte Trauer 27, 443
 – Fragebogen zur Erfassung 445, 448
 – Behandlung 450
 – – internetbasierte 453
 Konditionierung 490
 – klassische 58
 Konfrontation (► Exposition)
 koronare Herzkrankheit 420
 körperbezogene Therapie 142
 Kortikotropin-Releasing-Hormon (CRH) 53
 Kortisol 54, 305
 Krankheitsgewinn 122
 Kriegstraumatisierung 9, 28, 29, 138, 209, 459
 – combat fatigue 459
 – Da-Costa-Syndrom 459
 – shell shock 459
 Kriegszitterer 7
 Krisenintervention 170, 505

L

Laienhelfer 170
 langdauernde Exposition (► Exposition)
 Lebenseinstellung, philosophische 161
 Lebensrückblickstherapie 316, 434
 Lebensspanne 74, 78, 80
 Leitlinien
 – Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) 122
 – evidenzbasierte 141
 – International Society for Traumatic Stress Studies 143
 – Pharmakotherapie 277
 Life-Review-Therapie (► Lebensrückblickstherapie)
 Lithium 281
 lösungsorientiertes Vorgehen 271

M

Magnetresonanzvolumetrie (MRV) 52
 Magnetresonanztomographie (MRT), funktionelle 55
 Männer als Opfer sexueller Übergriffe 396
 MAO-Hemmer 280
 MDE (Minderung der Erwerbsfähigkeit) 112, 128
 medizinisch bedingtes Trauma 15, 415
 Mehrgenerationenproblematik 479
 Metaanalyse 34, 142, 143, 449
 Metapher 68, 157, 158
 Migration 126
 mild traumatic brain injury 461
 militärischer Einsatz 462
 – peace-keeping missions 463
 Misstrauen 120

Mitleidsmüdigkeit 46
 Mood Stabilizer 281
 multiple Traumatisierung 325
 Myokardinfarkt 417, 418

N

Narration 82, 302, 311, 491
 – von Kindern 331
 narrative Technik 387
 – schriftliche Beschreibung 223
 narzisstischer Persönlichkeitsstil 252
 Naturkatastrophe 21, 28, 324
 Neuroleptika 282
 – Aripiprazol 282
 – Olanzapin 282
 – Quetiapin 282
 – Risperidon 282
 – Ziprasidon 282
 Neurose
 – traumatische 6, 9
 Noncompliance 419
 Normalisierung 377
 – der Symptome 223
 Numbing 18, 220

O

Online-Psychotherapie 142
 Opferentschädigungsgesetz (OEG) 113
 Opioidantagonist 55
 Oppenheim 6
 Optimismus 76, 78
 organisches Psychosyndrom 504

P

Paar- und Familientherapie 143
 partielle Amnesie 368
 pathologische Trauer 443

peritraumatische Dissoziation 36
 Persönlichkeit
 – histrionische 244
 – zwanghafte 247
 Persönlichkeitsänderung 129
 Phase der Behandlung 287, 487
 – Eingangsphase 489
 – – Psychoedukation 489
 – – Selbstkontrollverfahren 489
 – stabilisierende 489
 Phasenmodell 443
 – der Trauer 442
 posttraumatic growth (► posttraumatische Reifung)
 posttraumatische Reifung 37, 68, 69, 70, 74, 79, 82, 141, 257, 418, 511
 – Funktionale Komponente 76
 – Illusorische Komponente 76
 Präfrontalkortex (► Frontalkortex)
 Prävention 164, 502
 professionelles Netzwerk von Therapeuten 161
 prolonged exposure (► langdauernde Exposition)
 prolongierte Trauer(störung) 27, 324, 444
 psychische Erste Hilfe 170, 171
 psychobiologische Prozesse 481
 – Dissoziation 481
 – Vermeiden 482
 psychodynamische Traumatherapie 272
 – mehrdimensionale (PITT) 178
 psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (PITT) 178, 260
 Psychoedukation 157, 158, 171, 261, 309, 338, 391, 424, 506
 Psychopharmakotherapie 195, 276, 336
 – Monoaminoxidasehemmer (MAO-Hemmer) 199
 – Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) 195
 – Stimmungsstabilisator 199
 – trizyklische Antidepressiva (TZA) 199

psychosoziale Notfallversorgung 164
 Psychotraumatologie, Definition 4

R

Rache 46
 recovered memories 148
 Reflexe 297
 Rehabilitation 511
 Reizüberflutung 262
 rekonstruieren des traumatischen Geschehens 261
 Resilienz 66–70, 79, 82, 261, 265
 Ressource 36, 104, 215, 271
 – Körperressource 293
 Ressourcenanamnese 288
 Retraumatisierung 16, 481, 492
 Rettungskraft 174, 502
 Reviktimisierung 369
 Risikofaktor 70, 167, 504
 Rückfallprophylaxe 340

S

Salutogenese 67, 70, 77, 261, 271
 Scham 43, 46, 104, 120, 151, 154, 244, 313, 396
 Scheidung 37, 46
 Schmerz 120
 – Behandlung 286, 489
 – Bewältigung 233
 – Empfindlichkeit 56
 Schreck 116
 Schuld 104, 120, 151, 244, 313
 Schuldgefühl 36, 242, 303, 396, 511
 Schutzreaktion 238
 Schwangerschaftsabbruch 421
 Schwerbehindertengesetz 112
 Screening 100, 167, 171, 505
 sekundäre Traumatisierung 160

Selbstaufmerksamkeit 161
 Selbstberuhigung 260
 selbstdestruktives Verhalten 368,
 384
 Selbstheilungsprozess 262, 271
 Selbsthilfegruppe 422
 sequentielle Traumatisierung 480
 sexuelle Dysfunktion 384
 shattered assumptions 43, 46
 Sicherer Ort 189, 373
 Sicherheitsverhalten 156, 220,
 232, 507
 Simulation 121
 sokratischer Dialog 230, 387, 388,
 392, 394
 Somatisierung 23, 368
 somatoforme Dissoziation 24, 25
 Somnambulismus 25
 soziale Unterstützung 37, 47, 150,
 172
 Sprachmittlung (► Dolmetscher-
 einsatz)
 Stabilisierung 140, 188, 262, 288,
 508
 stellvertretende Traumatisierung
 160, 495
 – Compassion Fatigue 495
 Stigmatisierung 370
 Stressimpfungstraining 208, 211,
 372
 Substanzmissbrauch 257
 subsyndromaler Formen 504
 – Angststörung 504
 – Depression 504
 – PTBS 416
 – somatoforme Störung 504
 – Störung durch schädlichen
 Substanzgebrauch 504
 SUDS-Skala 207
 Suizidalität 30, 282, 340, 379, 384
 Supervision 161
 survivor guilt 36

T

Tagebuch
 – Dankbarkeitstagebuch 262
 – Freudetagebuch 262
 Testimonytherapie 144, 316, 435
 therapeutische Beziehung 262,
 338, 371, 483
 – Gestaltung 155, 261, 272
 Therapieabbruch 213
 Therapieevaluation 106
 Therapierationale 213, 229
 Therapieziel 223, 243, 371
 toxische Beziehungserfahrung 260
 Transplantation 417–419
 Traumaerinnerung 223, 224
 – Elaboration und Integration 44
 traumafokussierte Verfahren 141,
 188, 271, 489
 Traumagedächtnis 38, 44, 219,
 231
 Traumakompensation 262, 270
 Traumaschwere 35
 Traumatisierungsalter 35, 139
 Tsunami-Katastrophe 8
 Typ-I-Traumata 15, 138, 506
 Typ-II-Traumata 15, 138, 141

U

Übertragung als Widerstand 272
 unfallbedingte spezifische Phobie
 26
 Unfallkausalität 118
 Unfallopfer 170
 Unverletzbarkeit, eigene 43

V

Verbitterungsstörung 27
 Verhaltensexperiment 225, 230,
 231, 510
 Verleugungsphänomen 42, 261
 Vermeidung 219, 221, 261, 507
 Versorgungsrecht für Soldaten
 473
 Versorgungsstruktur 308
 Vertrauen 208
 verzögerte Form der PTBS 30, 124
 Vietnamkrieg 10, 460
 Vorschaden 115
 Vorstellung 272

W

Wahrscheinlichkeitsschätzung
 (Begutachtung) 230
 Weisheit 81
 Weltkrieg
 – I. Weltkrieg 7
 – II. Weltkrieg 8, 430
 Wertorientierung 47
 Wertschätzung, ► Anerkennung
 des Leidens
 Wirksamkeitsnachweis 106, 142,
 204, 209, 212, 233, 295

Z

Zeugnis ablegen (► Testimony-
 therapie)
 Zusammenhangsbeurteilung 114
 zwischenmenschliche Beziehun-
 gen (► interpersonelle Bezie-
 hungen)
 Zyklus der Gewalt 46