

4.5 Angst- und Zwangsstörungen

Beispiel:

Ein Patient mit dem Zwangsgedanken, er könnte einen Menschen umgebracht haben, antwortete auf die Frage, was das Schlimmste daran für ihn wäre: Das Schlimmste daran ist für mich, dass ich es nicht genau weiß. Wenn ich es wüsste, dann könnte ich etwas tun, dann würde ich die Verantwortung dafür übernehmen. ...

Ergänzungen

Eine interessante Ergänzung zu den kognitiven Modellen stellt die sogenannte Netzwerktheorie von Zwängen dar, die von Foa und ihren Mitarbeitern entwickelt wurde (Foa und Kozak, 1986). Sie besagt, dass Emotionen wie Angst in Form einer Netzwerkstruktur im Gedächtnis gespeichert sind und korrektive Informationen nur dann aufgenommen werden können, wenn das Netzwerk aktiviert ist.

Die Theorie macht plausibel, warum das Auslösen der Angst/Unruhe mittels Exposition notwendig für die emotionale Verarbeitung und Korrektur ist.

2.6 Ergebnisse der Therapieforschung

Die Wirksamkeit der kognitiv-behavioralen Therapie ist durch eine Vielzahl von kontrollierten Studien belegt. Dort werden Besserungsraten zwischen 50 und 85% berichtet, zusammenfassende Metaanalysen ergeben Effektsstärken zwischen 1,18 und 1,84 (v. Balkom et al., 1994; Abramowitz, 1997; Ruhmland und Margraf, 2001). Die Katamnesen zeigen, dass im Schnitt 70-80% dieser Erfolge auch über längere Zeiträume Bestand haben.

Vergleiche von Verhaltenstherapie und medikamentöser Therapie mit Serotonin-Reuptake-Hemmern zeigen, dass die Verhaltenstherapie eindeutig die bessere Alternative ist. Mit Hilfe der Psychopharmaka lässt sich zwar eine Symptomreduktion erreichen, aber keine vollständige Besserung. Außerdem spricht nur etwa die Hälfte der Betroffenen auf diese Behandlung an. Nach Absetzen der Medikation kommt es bei der überwiegenden Mehrzahl der Behandelten (je nach verwendetem Präparat bei 60-90 % der Patientinnen und Patienten) rasch zu einer Rückkehr der Symptome (Abel, 1993; Abramowitz, 1997). Auch die Kombination von VT und Medikamenten stellt grundsätzlich keinen Gewinn gegenüber einer ausschließlichen VT dar. Lediglich bei schwer depressiven Patientinnen und Patienten mit Zwangsgedanken hat sich in den Studien die zusätzliche Gabe von Serotonin-Reuptake-Hemmern als sinnvoll erwiesen (Hohagen, 1998). Einschränkend muss man allerdings sagen, dass hierbei nur die klassische Exposition, nicht aber die kognitive VT, wie sie im Folgenden beschrieben wird, zum Einsatz kam.

3 Umsetzung in die klinische Praxis

3.1 Typische Funktionalitäten und deren Bearbeitung

Bei Zwängen finden sich vielfältige, oftmals in komplexer Wechselwirkung stehende Funktionalitäten, die neben den symptombezogenen Interventionen häufig auch noch weitere Maßnahmen erforderlich machen. Obgleich diese im Einzelfall immer anders liegen, gibt es doch typische Bedingungskonstellationen, deren Schilderung im Folgenden dazu dienen soll, den Such- und Zuordnungsprozess im Rahmen der individuellen Analyse zu erleichtern.

Intrapsychische Funktionalitäten

An erster Stelle dienen Zwänge, wie bereits in den störungsspezifischen Modellen dargestellt, dem **Schutz vor dem Erleben eines aversiven Gefühlszustandes**. Dies ist meist Angst/Unruhe/Anspannung, kann aber auch Wut, Trauer, Versagenserleben etc. sein. Die Zwänge sind funktional gesehen unter Umständen auch ein Schutz davor, depressiv zu werden.

In der Exposition erleben die Betroffenen dann intensive Gefühle der Traurigkeit und der inneren Leere, begleitet von Gedanken der Sinn- und Hoffnungslosigkeit.

Zwänge als dysfunktionaler Regulationsmechanismus bei sozialen Defiziten

Crombach sieht Zwänge funktional als Produkt und Kompensation von Bindungsunsicherheit und Machtlosigkeit (Crombach, 1994). Dies resultiert aus der Internalisation bestimmter sozialer Interaktionen. So zeigen sich in der Lerngeschichte vieler Zwangsklienten – ungeachtet der individuellen Besonderheiten – häufig Überschneidungen in folgenden Punkten:

- Die Entwicklungsgeschichte und/oder das emotionale Klima in der Ursprungsfamilie waren durch ein hohes Maß an Unberechenbarkeit/Unsicherheit geprägt (z.B. durch gravierende Verlusterlebnisse, einen sehr verunsichernden Erziehungsstil mit unklarer Kommunikation, Gewalterfahrungen etc.)
- Die persönliche Autonomie-Entwicklung wurde gestört (z.B. aufgrund übermäßiger Dominanz der Eltern oder einer hohen Forderungshaltung, gepaart mit rigiden Normen etc.)

Diese ungünstigen Bedingungen führen dazu, dass die Betroffenen eine tief greifende Verunsicherung und ein wenig lebenswertes Selbst- und Fremdbild haben. Im Sozialverhalten zeigen sich mithin Defizite im Bindungsverhalten (Nähe-Distanz-Regulation), im Machtverhalten (Dominanz/Unterwerfung) und im Austausch von Freundlichkeiten (Geben/Nehmen), wobei diese drei Bereiche sehr unterschiedlich stark betroffen sein können. Konkrete Folge davon wäre z.B., dass sie sich nicht durchsetzen können und Konfliktsituationen ausweichen bzw. sich zu stark unterordnen. Andere Betroffene hingegen haben die Tendenz, sich in Interaktionen immer wieder in Machtkämpfe zu verwickeln, was kurzfristig befriedigend ist, aber keine dauerhaften engen Beziehungen ermöglicht.

Die Funktionalität der Zwänge kann in diesem Zusammenhang eher indirekt darin liegen, den unangenehmen oder **unbefriedigenden sozialen Kontakten auszuweichen**, Zeit und Wichtig-

keit auf Zwangshandlungen zu verlagern, so dass die Betroffenen die aus den sozialen Defiziten resultierende Einsamkeit nicht spüren müssen bzw. den Rückzug in die Isolation für sich selbst anderweitig begründen können.

Ebenso gut können die Zwänge ihre Funktion auch direkt in der Regulierung der gegenwärtigen Beziehungen haben, die aus diesen Defiziten resultieren:

Interpersonelle Funktionalitäten

Dominanz oder Unterdrückung durch Bezugspersonen erzeugt Gegendruck, Trotz und unbewusste Verweigerung, die in einigen Fällen nur durch die Zwangssymptomatik erzeugt werden kann. **Zwänge können demnach ein Mittel zur Abgrenzung gegenüber anderen sein.** Typische Beispiele wären Jugendliche, die ihre autoritären Eltern durch ihre Kontroll- oder Ordnungszwänge auf angemessene emotionale oder räumliche Distanz zu halten versuchen.

Wenn man von Ehepartnern hört, die durch die Zwangsstörung des anderen „gezwungen“ sind, sich nur in bestimmten Bereichen der Wohnung aufzuhalten, sich nach der Heimkehr komplett zu duschen, wird das dahinter stehende Aggressionspotenzial recht deutlich und die Funktion der Zwänge als **Ventil für unterdrückten Groll**.

Aus therapeutischer Perspektive ist es dabei sinnvoll zu unterscheiden, ob die zugrunde liegende Wut dem aktivierten Bindungssystem („Ich will noch mehr Aufmerksamkeit von dir“) oder dem Machtsystem („Ich zahle es dir heim, dass ich mich dir ausgeliefert fühle“) zuzuordnen ist, denn entsprechend werden die in der Therapie zum Einsatz kommenden Strategien schwerpunktmäßig sein: Ist etwa die Vermittlung von assertiven Fähigkeiten vorrangig oder die Korrektur des wenig vertrauens- und liebenswerten Selbst- und Fremdbildes.

! Merke: Trotz der vielfältigen Funktionalitäten erübrigt sich die direkte Behandlung der Zwangssymptome so gut wie nie. Die Erfahrung zeigt, dass es sogar am erfolgversprechendsten ist, mit der Behandlung der Zwänge zu beginnen und die anderen Problembereiche erst danach anzugehen.

3.2 Beziehungsgestaltung und Motivationsaufbau

Wie in allen Therapien ist die Beziehungsgestaltung mindestens ebenso wichtig wie die spezifischen Techniken, aber unglücklicherweise wesentlich schwieriger zu beschreiben. Nichtsdestotrotz werde ich es versuchen, um zumindest auf einige Fallstricke vorzubereiten:

Natürlich muss die therapeutische Beziehungsgestaltung auf die sehr individuellen Muster/Schwierigkeiten bei der Regulierung von Bindung, Dominanz und Freundschaft zugeschnitten sein. Bei einem Patienten etwa, dessen Beziehungsprobleme darin bestehen, dass er sich ständig in Machtkämpfe verwickelt, ist damit zu rechnen, dass Widerstand auftritt (indem er zu spät kommt, Termine vergisst, Hausaufgaben nicht erledigt, extrem viel redet, so dass keine konstruktive Erörterung von Themen möglich ist etc.). Dann wird dieses Verhalten auf einer sehr

kooperativen, machtfreien Basis als vordringlichstes Problem **des Klienten** thematisiert und gemeinsam eine Bedingungsanalyse oder Kosten-Nutzen-Analyse gemacht, aus der erste kleine Ansätze für eine Veränderung abgeleitet werden. Wütende Gefühle des Therapeuten sind weder direkt noch indirekt zu äußern.

Von diesen individuellen Beziehungsfallen einmal abgesehen, stellt sich dem Therapeuten bei allen Zwängeklenten die Aufgabe, mit der tief greifenden Verunsicherung umzugehen. Zwänge tragen auch den Beinamen: „Die Krankheit des Zweifels“, insofern ist es wenig erstaunlich, dass es vielen Betroffenen Schwierigkeiten bereitet, Entscheidungen zu treffen und sich auf Neues einzulassen.

Eine zögerliche Haltung und widersprüchliche Aussagen zu dem grundsätzlichen Entschluss, Therapie machen zu wollen, zur Durchführung der Exposition oder einzelner Aufgaben oder auch zur Person des Therapeuten sollten deshalb nicht als Ausdruck einer mangelnden Motivation angesehen werden, sondern als Teil des Problems. Veränderung bedeutet immer auch Destabilisierung und stellt somit für Zwängeklenten eine besondere Schwierigkeit dar.

Durch die Exposition werden die alten dysfunktionalen Schemata aktiviert, die als Ursache der Verunsicherung gelten und letztlich mit der Angst verknüpft sind, bei größter Bedrängnis im Stich gelassen oder unterdrückt zu werden. Damit muss man sehr sensibel umgehen. Deshalb darf mit den Expositionsübungen erst dann begonnen werden, wenn der Klient ersatzweise aus der therapeutischen Beziehung so viel Halt und Sicherheit schöpfen kann, wie er braucht. Gleichzeitig ist es notwendig, von therapeutischer Seite her der Unentschlossenheit der Patienten immer wieder durch klare Aufforderungen zu begegnen, damit ein Gegengewicht gesetzt wird zu der Zögerlichkeit der Betroffenen. Diese schwierige Gratwanderung zwischen „Verständnis“ und „Verändern“ zu meistern, Änderungsdruck ohne Reaktanz zu erzeugen, ist die eigentliche Herausforderung in der Therapie bei Zwangsstörungen.

! Merke: Exposition darf nie vor dem Aufbau einer sehr vertrauensvollen Beziehung erfolgen, sonst ist kein Sicherheitstransfer vom Ritual über die Beziehung zum Therapeuten zur persönlichen Integrität möglich.

Auch für den Therapeuten kann die zeitliche und emotionale Belastung durch die Exposition hoch werden. Insbesondere während der Intensivphase der Therapie kann es vorkommen, dass Klienten sich in eine fast kindliche Abhängigkeit vom Therapeuten begeben und auch die aller kleinste Entscheidung bestätigen haben möchten. Aus entwicklungspsychologischer Sicht vollziehen die Klienten hier einen wichtigen Nachreifungsschritt. Auch wenn langfristig natürlich die Autonomie des Betroffenen das Ziel ist, kann es auf dem Weg dorthin durchaus sinnvoll sein, diese vorübergehende Abhängigkeit zu akzeptieren und mit Geduld immer wieder Entscheidungshilfen und Ermutigungen zu geben, bis der Klient aus sich selbst heraus die Sicherheit schöpfen kann, über die kleinen und großen Belange seines Lebens selbst zu entscheiden.

4.5 Angst- und Zwangsstörungen

3.3 Therapietechniken und -inhalte

3.3.1 Veränderung der Problemsicht

Am Beginn jeder Veränderung der Zwangssymptomatik steht die Modifikation dessen, was der Klient für sich als Problem definiert. Dies lässt sich am deutlichsten durch eine Gegenüberstellung der Zwänge mit der Phobie und der hypochondrischen Störung erklären.

Ein Phobiker, der sich in Behandlung begibt, kommt bereits mit dem Verständnis, dass sein Problem in seiner übertriebenen Furcht und in der daraus resultierenden Vermeidung besteht. Er würde also der Aussage „Sie haben Angst, obwohl es keinen Grund dazu gibt“, relativ leicht zustimmen, und er ist sich im Klaren darüber, dass es in der Therapie darum gehen wird, diese Angst zu überwinden, auch wenn er sich noch nicht vorstellen kann bzw. mag, wie dies genau vor sich gehen wird.

Ein Zwangspatient hingegen ist sich nicht sicher, was eigentlich sein Problem ist. Er erkennt zwar sein Verhalten als eindeutig übertrieben, beurteilt jedoch die Gefahr als tatsächlich gegeben. Er spricht auch explizit von seiner Angst, z.B. sich anzustecken. Er sieht aber nicht das **Angsthaben** als sein Problem, sondern einerseits das **Sich-anstecken-Können**, andererseits sein **übertriebenes Waschverhalten**. Selten gibt es einen Betroffenen, der, wenn er in Therapie kommt, der Feststellung „*Sie haben Angst, obwohl es keinen Grund dazu gibt*“, zustimmen könnte. Er schwankt vielmehr beständig hin und her zwischen einer eher objektiven Problemsicht („Ich bin in Gefahr, mich anzustecken“) und einer subjektiven Problemsicht („Mein Problem ist: Ich wasche mich zu viel“).

Demzufolge besteht der erste Schritt in der Behandlung von Zwängen in einer **Veränderung der Problemsicht des Klienten im Sinne einer Verschiebung der Problemsicht weg vom Inhalt der Gedanken hin zu der Überzeugung, dass es sich um ein emotionales Problem handelt**.

Dies gilt in ganz ähnlicher Weise auch für die hypochondrische Störung. Ein hypochondrischer Patient kommt in die Behandlung mit der Überzeugung sein Problem sei, dass er **krank ist**, aber die Ärzte unfähig sind, dies festzustellen. In der Therapie muss mehr oder minder ein Konsens darüber erreicht werden, dass sein Problem nicht das **Kranksein** ist, sondern die **Angst davor, krank zu sein**, und ihm daher psychotherapeutische Maßnahmen, die ihm helfen sollen, mit dieser Angst zurechtzukommen, nutzen können.

An dieser Analogie lässt sich auch gut verdeutlichen, dass die Verschiebung der Problemdefinition nicht etwas ist, was einmal durchgeführt wird und dann gewissermaßen erledigt ist, sondern etwas, was sich wie ein roter Faden durch die gesamte Therapie zieht.

Verschiebung der Problemauffassung auf dem Kontinuum

Objektives Problem

Inhalt der Befürchtungen,
z.B. Gefahr der Kontamination

Subjektives Problem

→ einen aufdringlichen Gedanken und
ein Gefühl der Unruhe oder Angst
haben

Praktisch geschieht dies, indem man bereits vom ersten Gespräch an Äußerungen des Klienten in Richtung einer Emotionsproblematik verstärkt und zwischen Verstand und Gefühl polarisiert.

Besonders hilfreich ist es, den Klienten nach seinem Kriterium für die **Beendigung** seiner Zwangshandlungen bzw. Neutralisierungsgedanken zu fragen, denn das Kriterium ist immer subjektiver Natur. Entweder beenden die Klienten ihre Zwänge, weil sie ruhiger werden oder weil sie bestimmte Sicherheitssignale erreichen. So legen viele Patienten von vorneherein eine bestimmte Reihenfolge oder eine Anzahl von Wiederholungen fest, die dann nach einer Alles-oder-nichts-Regel eingehalten werden müssen. Objektiv lässt sich jedoch beim Waschen der Hände keinerlei Unterschied zwischen der 29. und der 30. Wiederholung bemerken, so dass dem Klienten sehr eindrücklich vor Augen geführt werden kann, dass sein Problem subjektiver, d.h. emotionaler Natur ist.

Formulierungsbeispiel:

Th: Woran merken Sie, dass es in Ordnung ist und Sie aufhören können?

Kl: Naja, wenn ich sicher bin, dass ich alles genau kontrolliert habe und ...

Th: Wenn Sie sicher sind, d.h., das Ausschlaggebende ist Ihr Gefühl. Ihre Augen können ja beim fünften Mal auch nichts anderes an Ihren Händen sehen als beim ersten Mal, aber Sie werden ruhiger und dann können Sie aufhören.

Sehr hilfreich ist auch, wenn der Zwang externalisiert wird, d.h., im Sinne einer „anderen, getrennten Person“ einen Namen erhält (z.B. mein Teufel), und die Klienten sich dem Zwang im inneren Dialog zu widersetzen beginnen. So kann der Therapeut die Rolle des Verbündeten im Kampf gegen den „Dritten“, d.h. den Zwang, übernehmen.

Je besser die Problemverschiebung gelingt, desto günstiger sind die Voraussetzungen dafür, dass die Klienten der Exposition zustimmen und sie auch tatsächlich zu Veränderungen führt.

3.3.2 Reduktion der subjektiven Bedeutung aufdringlicher Gedanken

Aufbauend auf der Veränderung der Problemdefinition besteht der nächste Schritt in der Therapie darin, die Aufmerksamkeit zu reduzieren, die der Patient seinen aufdringlichen Gedanken schenkt. Der Gedanke „Ich könnte mich mit Aids infizieren“ oder „Ich könnte jemanden ermorden“, soll als das angesehen werden, was er ist, nämlich einfach ein Gedanke ohne Handlungsrelevanz. Dieser Gedanke wird umso eher im Strom der Gedanken untergehen, je weniger man versucht, gegen ihn anzukämpfen. Deshalb wird immer wieder auf den Unterschied zwischen Gedanken und Taten hingewiesen. Besonders für Menschen, die befürchten, sie könnten etwas sehr Peinliches oder Gefährliches tun, ist es ungeheuer entlastend zu erfahren, dass zwanghafte Impulse so gut wie nie ausagiert werden. Diese Information allein und die Auseinandersetzung mit den aversiv besetzten Inhalten im Gespräch mit der Therapeutin bieten bereits die Möglichkeit für einen ersten Schritt hin zu einer weniger abwehrenden Haltung den Zwangsgedanken gegenüber.

Merke: Zwanghafte Impulse, die in der Regel aggressiver oder obszöner Art sind, werden praktisch nie in die Tat umgesetzt. Womit die Betroffenen Schwierigkeiten haben, ist die Kontrolle über ihre Gedanken, nicht über ihre Taten, diesbezüglich funktioniert der Widerstand/die Kontrolle perfekt (vgl. Rachman und Hodgson, 1980).

Auch als Ziel der Therapie wird konsequenterweise nicht das Verschwinden der aufdringlichen Gedanken definiert, sondern ein veränderter Umgang mit den Gedanken. Dem Klienten wird vermittelt, dass man Gedanken prinzipiell nicht kontrollieren kann, sondern die einzig wirksame Strategie darin besteht, sich von den Gedanken zu distanzieren.

Hilfreich für eine solche Distanz kann es sein, die befürchtete Tat in allen Einzelheiten und erforderlichen Voraussetzungen gedanklich durchzusprechen.

Beispiel:

„Stellen Sie sich vor, Sie würden einen Mord planen. Was müssten Sie vorab alles bedenken und bereithalten und dann schließlich tun, um mit hundertprozentiger Sicherheit jemanden umzubringen?“

(Ein Messer besorgen, ein Opfer finden, das Opfer dürfte sich nicht wehren, niemand dürfte dem Opfer helfen, der erste Stich müsste tödlich sein etc.)

Es ist klar, dass derartige mentale Konfrontationen eine sehr sensible, gleichzeitig aber auch beharrliche Gesprächsführung erfordern.

Eine ebenfalls sehr nützliche Strategie auf diesem Weg besteht darin, die Angst und Bestürzung positiv zu konnotieren, indem man sie als Beweis dafür interpretiert, was für ein friedfertiger bzw. religiöser Mensch der Betreffende ist, und damit seine bisherige Logik umkehrt. Das folgende Beispiel einer Mutter mit aggressiven Gedanken gegenüber ihrem Kind soll dies verdeutlichen:

P: Wenn Sie nun von jemanden erfahren, dass er ständig daran denkt, seinem Kind etwas anzutun. Würden Sie ihm das Kind dann nicht wegnehmen?

Th: Das hängt ganz davon ab, wie derjenige auf diese Gedanken reagiert. Wenn ich jemanden vor mir habe, der allein schon durch den Gedanken daran sehr erschreckt wird, dann würde ich es für äußerst unwahrscheinlich halten, dass er dies tun würde.

Ich möchte es Ihnen einmal demonstrieren: Versuchen Sie doch einmal, in der nächsten Minute nicht an einen Elefanten zu denken.

P: Nicht zu denken? (Lacht). Das geht nicht.

Th: Was ist passiert.

P: Ich habe einen Elefanten vor mir gesehen.

Th: Das passiert, wenn Sie versuchen, einen Gedanken nicht zu denken, der Sie nicht beunruhigt. Umso schwieriger bzw. unmöglich ist es, einen Gedanken zu unterdrücken, der Sie ängstigt. Um nun auf Ihre Frage zurückzukommen. Würden Sie jemandem sein Kind wegnehmen, der versucht nicht einmal, daran zu denken, dass er ihm etwas antun könnte, und deshalb Probleme hat.

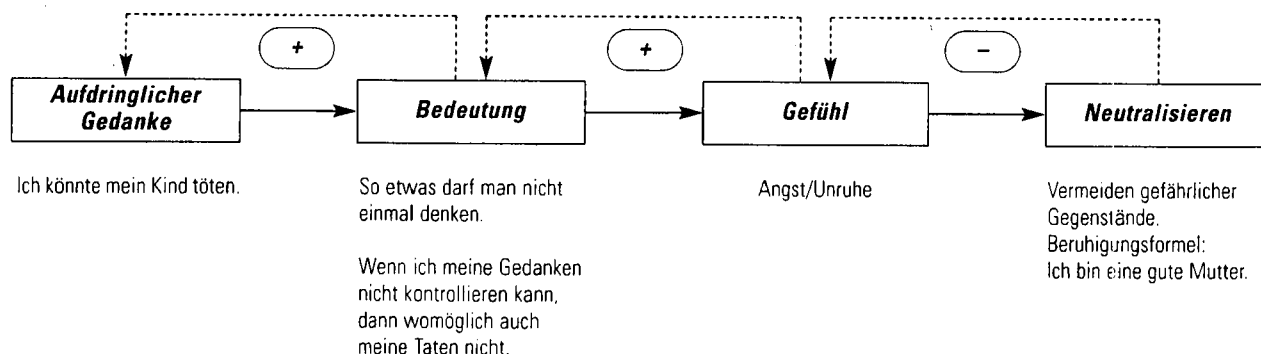
P: Ich glaube nicht. Das ist ja auch, was ich ständig versuche. Ich möchte die Gedanken wegdrängen, aber es gelingt mir nicht.

3.3.3 Exposition und Reaktionsverhinderung

Auf technischer Ebene ist der Dreh- und Angelpunkt der Therapie bei Zwängen nach wie vor die Exposition mit Reaktionsverhinderung. Das Vorgehen besteht darin, dass der Klient mit den von ihm gefürchteten gedanklichen und situativen Auslösern konfrontiert wird, während gleichzeitig die Ausführung der üblichen Zwangrituale unterlassen werden soll. Anders als bei der Konfrontation mit Ängsten geht es dabei weniger darum, die Ungefährlichkeit bestimmter Situationen oder körperlicher Veränderungen zu erleben. Ziel ist vielmehr, erleben zu lassen, dass der Zustand von Aufregung, Angst o.Ä. zwar sehr unangenehm, aber auszuhalten ist. Tatsächlich ist er für die meisten Klienten – wenn man sie darauf aufmerksam macht – weniger schlimm als der Gefühlszustand, den sie erleben, wenn sie intensiv mit den Zwängen beschäftigt sind und kein Ende finden können.

Die konkrete Durchführung der Exposition und mögliche Schwierigkeiten sind im Manual von Lakatos und Reinecker 1999 ausführlich beschrieben. Als plausibles Modell wird eine vereinfachte Version des kognitiv-behavioralen Modells von Salkovskis vermittelt (s. Abb. 2).

Abbildung 2: Das vereinfachte Erklärungsmodell für Klienten in Anlehnung an Salkovskis



4.5 Angst- und Zwangsstörungen

Bei Zwangsgedanken erfolgt die Exposition, indem die **aufdringlichen Gedanken** mit Hilfe bislang vermiedener Stimuli und Orte (z.B. mit einem Messer ins Kinderzimmer gehen) bewusst provoziert und laut ausgesprochen werden. Die Neutralisierungsgedanken („ich will meinem Kind nichts antun“) sollen dabei nicht absichtlich eingesetzt werden, lassen sich aber meistens nicht vollständig unterbinden, da sie quasi automatisch an die aufdringlichen Gedanken gekoppelt sind. Die Exposition ist trotzdem möglich und effektiv, wenn die aufdringlichen Gedanken kontinuierlich wieder provoziert werden. Hierfür empfiehlt sich z.B. die Aufnahme der aufdringlichen Gedanken auf Kassette und Abhören per Walkman in den Auslösesituationen.

Merke: Die Exposition bei Zwangsgedanken wird analog zur Exposition mit Zwangshandlungen durchgeführt, indem die aufdringlichen Gedanken laut ausgesprochen oder aufgeschrieben werden. Wichtig ist, dass die Klienten selbst gut unterscheiden können zwischen den aufdringlichen Gedanken (Intrusionen), die zu provozieren sind, und den Neutralisierungen, die zu unterlassen sind.

3.3.4 Die kognitive Umstrukturierung in Bezug auf die Überschätzung der Gefahr

Während die meisten Menschen denken, dass bei fehlenden Anzeichen von Gefahr die Situation als sicher anzusehen ist, haben Zwangspatienten genau die umgekehrte Denkweise. Sie wollen absolute Sicherheit, die nie zu erreichen ist, was man ihnen sehr schön anhand paradoxer Überlegungen vermitteln kann z.B.

„Stellen Sie sich doch mal vor, Sie würden die Sache einmal umgekehrt betrachten und wollten sich mit Bakterien selber umbringen, z.B. weil Sie eine Lebensversicherung abgeschlossen haben, die Ihre Kinder erhalten sollen, es also weder Selbstmord noch Fahrlässigkeit gewesen sein darf. Wie würden Sie das anstellen?“

Für Zwangspatienten ist es charakteristisch, dass sie die Wahrscheinlichkeit bestimmter Ereignisse überschätzen. Dies gilt jedoch nur für negative Vorkommnisse, nicht für positive. Daher hat es sich als nützlich erwiesen, hier Parallelen herzustellen und gemeinsam mit den Klienten einen vergleichbar unwahrscheinlichen, jedoch positiv oder neutral bewerteten Gedanken auf seinen Realitätsgehalt zu überprüfen bzw. ihn um eine Wahrscheinlichkeitseinschätzung zu bitten. Bei magischem Denken beispielsweise kann man mit den Klienten diskutieren, ob sie sich auch in der Lage sehen, die Lottozahlen vorherbestimmen zu können. Bei aggressiven Zwangsgedanken kann man mit den Klienten besprechen, wie sie es anstellen würden, jemanden gegen seinen Willen zu küssen. Bei Aidsängsten könnte man die Möglichkeiten diskutieren, ohne Geschlechtsverkehr schwanger zu werden etc.

3.3.5 Die kognitive Umstrukturierung in Bezug auf die Überschätzung der persönlichen Verantwortung

Ein ganz wesentliches Charakteristikum der Zwangsstörung ist die Überschätzung der persönlichen Verantwortung. Die Betroffenen übernehmen Verantwortung für Dinge, auf die sie keinen

oder wenig Einfluss haben und/oder haben sehr dysfunktionale Kognitionen, was ihre Fähigkeiten angeht, mit Verantwortung für negative Ereignisse, d.h. Schuld, umzugehen.

Um Ersteres anzugehen, eignet sich besonders die „pie-chart-Technik“. Hierbei werden zunächst alle möglichen Einflussfaktoren aufgelistet und entsprechend ihrer Bedeutung als Segmente in einem Kreis dargestellt. Erst am Schluss wird der Verantwortungsanteil des Patienten eingefügt, für den erfahrungsgemäß dann nur noch wenig Raum bleibt. Dies führt dann in der Regel zu einer deutlichen Veränderung der Verantwortlichkeitsüberzeugung.

Eine weitere Methode besteht darin, externe Beurteilungsinstanzen zum Vergleich heranzuziehen. Zwangspatienten, die einen Einbruch in ihr Haus fürchten, geben dem Einbrecher bezeichnenderweise in der Regel überhaupt keine Schuld. Fragt man sie aber, wie ein Gericht die Schuldfrage hier beurteilen würde, sieht ihre Einschätzung der Verantwortlichkeit völlig anders aus.

Die Bearbeitung derartiger doppelter Standards führt schnell zu den dysfunktionalen Kernannahmen über Schuld und Wertlosigkeit etc., die den zweiten Teil des Problems bilden. In der Therapie werden diese Annahmen explizit gemacht und modifiziert, wobei nach den Grundregeln der kognitiven Therapie vorgegangen wird. Es kann beispielsweise die Zweispaltentechnik (nach Beck) angewendet werden, um Belege für und wider die problematischen Annahmen zu sammeln. Der bevorzugte Gesprächsstil ist hierbei der sokratische Dialog. Im Unterschied zu der kognitiven Standardtherapie für Depressionen sollten aber dem Patienten gegenüber seine Gedanken nie als dysfunktional oder zu verändernd bezeichnet werden, weil dies mit der Reduktion der subjektiven Wichtigkeit von Gedanken im Widerspruch stehen würde. Demzufolge sollten auch keine Tagebücher oder auf die Veränderung der dysfunktionalen Annahmen bezogene Hausaufgaben eingesetzt werden.

3.3.6 Der Einsatz von Verhaltensexperimenten

Verhaltensexperimente sind eine sehr gute Ergänzung zu den kognitiven Techniken und lassen sich sowohl im Hinblick auf eine Veränderung der Gefahreinschätzung und der Verantwortlichkeitsüberzeugung als auch generell zur Veränderung des belief-systems der Zwangspatienten einsetzen.

Anhand von Risikoübungen, die objektiv gesehen ungefährlich sind, soll der Klient hierbei zu einer Lockerung und Korrektur seiner Standards gelangen. Die Klienten werden also ermutigt, kleine Risiken im Alltag einzugehen, z.B. den Kofferraum unversperrt zu lassen oder sich darin zu üben, Verantwortung zu tragen, indem sie freiwillig Babysitting übernehmen o.Ä. Prinzipiell eignen sich viele Übungen aus dem ATP auch für diese Zwecke, denn letztlich geht es auch für Zwangspatienten darum, im konkreten Erleben zu lernen, mit Unsicherheit umzugehen, in der Öffentlichkeit aufzufallen, die Missbilligung anderer auszuhalten etc.

4 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. *Was tut man, wenn bei der Exposition keine Angst auftritt?*
→ Den paradoxen Effekt, wie man ihn von der Konfrontation bei Panikstörungen her kennt, nämlich dass die Angst ausbleibt, wenn man sich ihr bewusst stellt, findet man bei der Exposition mit Zwängen nicht. Wenn keine oder so gut wie keine Angst erlebt wird, ist die Expositionsübung nicht richtig gestaltet. Möglicherweise sind die eigentlichen Angstausslöser in den Gedanken zu sehen, die erst nach der Situation auftreten, z.B. bei Kontrollzwängen aufgrund der Befürchtung, jemandem beim Autofahren überfahren zu haben. Hier beginnt die eigentliche Exposition erst im Anschluss an die Autofahrt, indem man den Betroffenen dazu anregt, sich so viele Sorgen wie irgend möglich darüber zu machen, was passiert sein könnte. Diese Befürchtungen sollen dann laut geäußert und nicht durch beruhigende Gedanken neutralisiert werden.
2. *Sollte man die Klienten ihre Impulse auch mal ausführen lassen, wenn kein reale Gefahr damit verbunden ist, z.B. jemandem, der Angst hat, er könne im Theater plötzlich loschreien. Es ist zwar peinlich, aber es kann ja nichts passieren, und im ATP macht man ja ähnliche Aufgaben.*
→ Nein, das sollte man keinesfalls tun, denn das Ziel ist, das der Klient sein Problem als Gedankenproblem ansieht, nicht als Realität. Also wäre es kontraproduktiv, denn die Inhalte der Gedanken wechseln ja.
3. *Kommt es vor, dass die Klienten in der Exposition richtige Traumata wiedererinnern z.B. Missbrauch, von dem vorher nichts bekannt war.*
→ Nein, ich habe es noch nie erlebt und auch nie davon gehört. Sie brauchen keine Sorgen zu haben, dass Sie einen Patienten durch die Exposition in ein negatives Erleben hineinschaukeln, das Sie dann nicht mehr auffangen könnten.

5 Prüfungsfragen

1. Nennen Sie die Kriterien für eine Zwangsstörung!
2. Was sind typische Inhalte von Zwangsgedanken?
3. Wie ist die Verbreitung der Zwänge in der Bevölkerung und der typische Verlauf, wenn keine Behandlung erfolgt?
4. Skizzieren Sie (mit Graphik) kurz das kognitiv-behaviorale Erklärungsmodell nach Salkovskis, so wie es den Klienten vermittelt wird!
5. Welches verhaltenstherapeutische Verfahren ist bei Zwängen indiziert, wie wird dieses durchgeführt?
6. Wie kann man dieses Verfahren auch bei Zwangsgedanken anwenden?
7. Welche Medikamente (bzw. Medikamentengruppe) sind wirksam bei der Behandlung von Zwängen?
8. Welche kognitiven Techniken haben sich bei Zwängen bewährt?
9. Welche charakteristischen dysfunktionalen Grundannahmen sollten modifiziert werden?
10. Welche speziellen kognitiven Techniken sind bei Zwangsgedanken hilfreich?

6 Literatur

a) zitierte Literatur

- Abel J: Exposure with response prevention and serotonergic antidepressants in the treatment of obsessive compulsive disorder: A review and implications for interdisciplinary treatment. *Behav Res Ther* 1993;31:463-478
- Abramowitz J: Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A Quantitative Review. *J Consult Clin Psychol* 1997 ;65:44-521
- Crombach G: Die Behandlung von Zwängen in der psychiatrischen Praxis – ein integrativer Ansatz. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 1994;26:89-93
- Ecker W, Dehmlow A: Der Einfluß von Persönlichkeitsstörungen auf die Behandlung von Zwängen. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 1994;25:23-31
- Foa E, Kozak M: Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychol Bull* 1986;99:20-35
- Høhagen F: Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie bei Zwangsstörungen. In: Ambühl H (Hrsg.): *Psychotherapie der Zwangsstörung*. Stuttgart: Thieme, 1998, 127-135
- Hollander E: *Obsessive-Compulsive-Related Disorders*. Washington: American Psychiatric Press, 1993
- Karno M, Golding J, Sorensen S, Burnam M: Obsessive Compulsive Disorder. In: Robins L, Regier D: *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press, 1991, 204-219
- Lakatos A, Reinecker H: *Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangsstörungen*. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe, 1999
- Mowrer O: On the dual nature of learning: a re-interpretation of „conditioning“ and problem-solving. *Harvard Educational Review* 1947;17:102-148
- Rachman S, Hodgson R: *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, New York: Prentice Hall, 1980
- Rasmussen S, Eisen J: Phenomenology of OCD: Clinical subtypes, heterogeneity and coexistence. In: Insel T, Rasmussen S (eds.): *The Psychobiology of obsessive-compulsive disorder*. New York: Springer, 1991
- Rasmussen S, Eisen J: The Epidemiology and Differential Diagnosis of Obsessional Disorder. *J Clin Psychiatry* 1992 ;53 :4-10
- Rühmland M, Margraf J: Effektivität psychologischer Therapien von spezifischer Phobie und Zwangsstörungen: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie* 2001;11:14-26
- Salkovskis P: Obsessive and intrusive thoughts: Clinical and nonclinical aspects. In: Emmelkamp P, Everaerd W, Kraaimaat F, van Son M (eds.): *Fresh Perspectives on Anxiety Disorders*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1989
- Salkovskis P: The cognitive approach to anxiety. Threat beliefs, safety-seeking behavior and the special case of health anxiety and obsessions. In: Salkovskis P: *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press, 1996, 48-74
- Salkovskis P: Psychological approaches to the understanding of obsessional problems. In: Swinson R, Anthony M, Rachman S, Richter M (eds.): *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment*. New York: Guilford, 1998
- Salkovskis P, Warwick H: Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder. In: Perris C, Blackburn I, Perris H (eds.): *Cognitive Psychotherapy: Theory and Practice*. Berlin: Springer, 1988, 376-395
- Van Balkom A, Van Oppen P, Vermeulen A, Nauta M, Vorst H, Van Dyck R: A metaanalysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behavior and cognitive therapy. *Clin Psychol Rev* 1994;14:359-381

4.6 Posttraumatische und Akute Belastungsstörung

REGINA STEIL

1 Einleitung

Die **kognitiv-behaviorale Therapie (KBT)** der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTB) und der Akuten Belastungsstörung (AB) wird dargestellt. Die Behandlung der psychischen Folgen von Traumatisierung hat für die Psychotherapieausbildung allgemein eine große Bedeutung: findet man doch Traumatisierung häufig auch in der Vorgeschichte anderer psychischer Erkrankungen oder Probleme, wie z.B. Essstörungen, der Borderline-Persönlichkeitsstörung, bei Substanzabusus oder somatoformer Schmerzstörung. Besonders bedeutsam ist dabei der Bereich der *sekundären Prävention* der PTB: Wie bei nur wenigen anderen psychischen Störungen bietet sich die Möglichkeit, kurz nach dem potenziellen Auslöser der Störung – dem Trauma – frühzeitig zu intervenieren, um einer Chronifizierung posttraumatischer Symptomatik entgegenzuwirken. Zunächst wird ein Überblick über Erscheinungsbild, Epidemiologie und Verlauf der Störung wie ätiologische Modelle gegeben, es folgt eine praxisbezogene Darstellung der Interventionen.

2 Theoretische Inhalte und Kenntnisse

Hauptmerkmale:

Die PTB ist eine gravierende psychische Störung, die nach besonders belastenden Erlebnissen wie z.B. Unfällen, Naturkatastrophen oder dem Erleben sexueller oder nichtsexueller Gewalt auftreten kann. Die auslösenden traumatischen Ereignisse sind dadurch gekennzeichnet, dass die Person direkt eine oder mehrere Situationen erlebt, die eine Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit ihrer selbst oder eines anderen Menschen beinhalten. Diese Situation oder Situationen erlebt sie mit intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen. Teile der Traumatisierung erlebt die Person in der Folge auf sehr belastende Weise im Wachen oder Schlafen wieder. Auf die Erinnerungen reagiert sie z.T. mit körperlichen Symptomen wie Herzasen, Übelkeit etc. Verbunden ist dies meist mit der Vermeidung von Situationen/Dingen, die an das Trauma erinnern, bzw. einer emotionalen Taubheit (Numbing). Weiterhin treten Symptome autonomer Übererregung wie Schlaf- oder Konzentrationsstörungen, erhöhte Schreckhaftigkeit oder Reizbarkeit auf. Auch schon kurz nach einer Traumatisierung können die typischen Symptome in Verbindung mit denen der Dissoziation (Amnesie, Depersonalisation, Derealisation) als Akute Belastungsstörung (AB) vorliegen.

Merke: Kennzeichnend für die PTB ist eine Symptomtriade aus belastendem Wiedererleben, Vermeidung traumarelevanter Reize und Zeichen autonomer Übererregung nach einem Ereignis, das als Trauma zu werten ist.

Diagnostik und Differenzialdiagnostik:

Tabelle 1 zeigt die *Diagnosekriterien laut ICD-10*. Die Kriterien der AB/PTB nach ICD-10 werden von vielen Seiten kritisiert, so z.B. die normative Definition der Traumatisierung und die mangelnde Berücksichtigung subjektiven Erlebens während des Traumas. Anders als das DSM-IV erlaubt die ICD-10 z.B. eine eindeutige Diagnose der Störung nur bei einem Einsetzer der Symptomatik bis zu 6 Monate nach dem Trauma, danach wird eine „wahrscheinliche“ Diagnose vergeben. Im Vergleich mit dem DSM-IV wird nach ICD-10 wahrscheinlich sehr viel häufiger die Diagnose PTB vergeben, da in den Kriterien für die Klinische Praxis als einziges hinreichendes Kriterium das der Intrusion verlangt wird. Eine Orientierung an den im Vergleich eindeutiger operationalisierten Forschungskriterien der ICD-10 wird empfohlen. Differenzialdiagnostisch muss die PTB unterschieden werden von affektiven Störungen, von anderen Angststörungen oder psychotischen Störungen bzw. der Borderline-Persönlichkeitsstörung, die ebenfalls in der Folge eines Traumas auftreten können, sowie von der Anpassungsstörung, von Trauer und von den Folgen von Kopfverletzungen (hiernach lang anhaltende Symptome wie Irritabilität, Angst etc. sollten jedoch auf eine psychische Verursachung hin überprüft werden).

Merke: Die Kriterien der PTB in ICD-10 und DSM-IV unterscheiden sich in wesentlichen Punkten. Bei der Diagnostik sollte man sich an den Forschungskriterien der ICD-10 orientieren, um ein Überdiagnostizieren zu verhindern.

Tabelle 2 zeigt *deutschsprachige Interviews und Selbstbeurteilungsinstrumente* zur Diagnostik der PTB bzw. zur Schweregradbestimmung. Zur Diagnosestellung wird die Anwendung eines strukturierten oder standardisierten klinischen Interviews empfohlen. Ein Kind sollte wenn möglich selbst befragt werden, da Eltern und Lehrer in empirischen Studien die Belastung der Kinder im Vergleich zu deren eigenen Angaben grob unterschätzten. Für ein Screening zur PTB-Diagnose eignet sich die an den DSM-IV-Kriterien der Störung orientierte Posttraumatische Diagnose Skala (PDS, Steil und Ehlers, in Vorbereitung). Empfehlenswert ist eine weitere therapiespezifische Diagnostik. Art und

Tabelle 1: Diagnosekriterien der AB / PTB nach ICD-10

Kriterien zu	ICD-10 (WHO, 1991)
Traumatisierung	PTB: • belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes • Ereignis würde bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen AB: • überwältigendes traumatisches Ereignis mit ernsthafter Bedrohung für die Sicherheit oder körperliche Unversehrtheit des Patienten oder einer geliebten Person oder ungewöhnlich plötzliche und bedrohliche Veränderung der sozialen Stellung und/oder des Beziehungsnetzes
hinreichenden Symptomen	PTB: • wiederholte, unausweichliche Erinnerungen oder Wiederinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen in Zusammenhang mit einem traumatischen Ereignis AB: • gemischtes Bild: anfänglich Betäubung, Depression, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität, Rückzug
Beginn der Störung	PTB: • innerhalb von 6 Monaten nach dem Trauma AB: • in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit außergewöhnlicher Belastung, beginnen innerhalb weniger Minuten
Dauer der Störung	PTB: • keine Angaben AB: • Symptome rasch rückläufig, innerhalb von Stunden bei Entfernung aus der belastenden Situation, bei weiter bestehender Belastung nach 24 bis 48 h
Beeinträchtigung durch Störung	• keine Angaben

Ausmaß der Intrusionssymptomatik kann erfasst werden mit Hilfe eines Tagebuches (Steil et al., 1997). Zur Erfassung der Intensität möglicher dysfunktionaler Kognitionen zur Traumatisierung und ihrer Folgen kann der Fragebogen zu dysfunktionalen Kognitionen (Steil, 2002) herangezogen werden oder der Fragebogen zu Gedanken nach traumatischen Erlebnissen (vgl. Ehlers, 1999). Zur Erfassung von Strategien zur Kontrolle oder Vermeidung von Intrusionen eignet sich der Fragebogen zum Umgang mit traumatischen Erlebnissen (vgl. Ehlers, 1999).

Merke: Zur Diagnostik der Störung sollten ein klinisches Interview (SKID), ein Selbstbeurteilungsinstrument (IES-R oder PDS) sowie therapiespezifische Instrumente zur Erfassung z.B. der traumaspezifischen Kognitionen (z.B. Steil, 2003) eingesetzt werden.

Kessler und Kollegen untersuchten eine große repräsentative amerikanische Gruppe (N = 5877) mit hoher Rücklaufquote (82%), die so ermittelte Lebenszeitprävalenz von ca. 8% kann als fundierteste Schätzung gelten. Zur AB liegen bislang keine Daten aus großen epidemiologischen Studien vor. Verschiedene Formen von Traumatisierung führen zu unterschiedlichen Erkrankungsraten: Interpersonelle – hier besonders sexuelle – Gewalt birgt generell ein gegenüber anderen Formen der Traumatisierung 6-7fach höheres Risiko, an PTB zu erkranken, als andere Traumata (46% der Frauen und 65% der Männer erkrankten in der Studie von Kessler und Kollegen nach dem Erleben sexueller Gewalt an PTB, Kessler et al., 1995). Traumata, die ebenfalls ein vergleichsweise hohes Erkrankungsrisiko bergen, sind Kampfeinsatz im Krieg, physischer Angriff oder das Mitansetzen-Müssen, wie jemand getötet oder verletzt wird. Naturkatastrophen, Unfälle oder Brände führen dagegen in weitaus geringerem Maße zur Entwicklung einer PTB (bei Kessler et al., 1995, in weniger als 10% der Fälle). Mit der Intensität der Traumatisierung steigt für Erwachsene wie Kinder das Risiko, an PTB zu erkranken.

Epidemiologie:

Die PTB gehört mit einer Lebenszeitprävalenz von ca. 1 bis 9% zu den häufigeren psychischen Störungen (vgl. Kessler et al., 1995).

Tabelle 2: Deutschsprachige Diagnoseinstrumente zur PTB

PTB bei Erwachsenen

Diagnosestellung	SKID	Interview	Strukturiertes Klinische Interview für DSM-IV (Wittchen, Zaudig und Fydrich, 1997)
	PDS	Fragebogen, als Screening geeignet	Posttraumatische Diagnoseskala (Steil und Ehlers, in Vorbereitung)
Erfassung des Schweregrades	IES-R	Fragebogen	Impact of Event Scale Revised (Maercker und Schützwohl, 1998)
	PDS	Fragebogen	Posttraumatische Diagnoseskala (Steil und Ehlers, in Vorbereitung)

PTB bei Kindern und Jugendlichen

Diagnosestellung	IPAB	Interview mit Kind	Interview zur posttraumatischen und akuten Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen (Steil und Fuchsel, 2004)
	DIPS-K	Interview mit Kind und Eltern	Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen für Kinder und Eltern (Unnewehr, Schneider und Margraf, 1995)
Erfassung des Schweregrades	IPAB	Interview mit Kind	Interview zur posttraumatischen und akuten Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen (Steil und Fuchsel, 2004)

4.6 Posttraumatische und Akute Belastungsstörung

Frauen erkranken nach Traumatisierung insgesamt häufiger an PTB als Männer (z.B. 20,4% vs. 8,2% bei Kessler et al., 1995). Ihre Lebenszeitprävalenz der PTB liegt mit 10,4% zweifach höher als für Männer mit 5,0%. Männer haben zwar im Laufe ihres Lebens ein deutlich höheres Risiko als Frauen, eine Traumatisierung zu erleben (vgl. Kessler et al., 1995: 61% vs. 51%), Frauen scheinen jedoch allgemein vulnerabler zu sein für die Ausbildung einer PTB und haben zudem ein hohes Risiko, Traumata, wie z.B. sexuelle Übergriffe, zu erleben, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Ausbildung einer PTB führen. Das Risiko der Entwicklung einer PTB sinkt mit steigendem Lebensalter zum Zeitpunkt der Traumatisierung – besonders vulnerabel sind Kinder und Jugendliche (vgl. Steil und Straube, 2002).

Onset und Verlauf:

Man vermutet, dass Kinder ab einem Alter von ca. 4 Jahren von der Störung betroffen sein können, wobei sich die Symptomatik in diesem frühen Lebensalter bzw. bei Kindern allgemein in einem etwas anderen Symptommuster äußert (vgl. Steil und Straube, 2002). So stehen bei Kindern z.T. neu erworbene Ängste (Trennungsangst, Angst im Dunkeln), externalisierende Verhaltensprobleme oder der Verlust von schon erworbenen Fähigkeiten im Vordergrund. Meist zeigt sich die posttraumatische Symptomatik schon kurz nach der Traumatisierung. Die initiale, akute Symptomatik (AB, darunter möglicherweise besonders Symptome der emotionalen Taubheit, der Intrusion und der Depersonalisation) prädiziert dabei den Grad späterer Symptombelastung. In circa 40 bis 50 % der Fälle nimmt die PTB einen chronischen Verlauf (vgl. Kessler et al., 1995). Ohne Behandlung dauert die Symptomatik mitunter über Dekaden an. Folgt der Traumatisierung ein Aufenthalt im Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung, so tritt bisweilen das volle Symptombild erst nach der Rückkehr in den Alltag zutage. In einigen Fällen (genauere Befunde fehlen) beginnt die Störung erst mit einer Verzögerung von Monaten oder gar Jahren (delayed onset). Der Grund kann z.B. neue Information über die Gefährlichkeit der traumatischen Situation sein (Beispiel: ein Vergewaltigungsoffer erfährt, dass der Täter das nächste Opfer ermordet hat).

! Merke: Eine PTB findet sich bei ca. 1% bis 9% der Allgemeinbevölkerung irgendwann im Leben, sexuelle Gewalt führt mit der größten Wahrscheinlichkeit zur Ausbildung der Störung. Frauen erkranken häufiger als Männer. In ca. 50% der Fälle verläuft die Störung chronisch. Die akute Symptomatik kann als guter Prädiktor für den längerfristigen Verlauf gelten.

Klinische Merkmale:

Begleitmerkmale der Störung:

Die PTB geht auf der kognitiven Ebene einher mit typischen dysfunktionalen Bewertungen und Interpretationen des Geschehenen („Alles war gänzlich meine Schuld“, „Mein Leben ist völlig ruiniert“). So empfinden z.B. viele Opfer von sexuellem Missbrauch eine übergroße und unangemessene Verantwortung für das Geschehen. Affektiv herrschen entsprechend häufig Gefühle wie Schuld oder Scham vor. PTB-Patienten wenden typische

Strategien zur Kontrolle oder Beendigung von belastenden Erinnerungen und Gedanken an das Trauma an, wie z.B. Gedankenunterdrückung oder Rumination über Aspekte der Traumatisierung („Warum ist es ausgerechnet mir passiert? Wie hätte ich es verhindern können?“). Physiologisch findet sich eine erhöhte Reagibilität auf traumarelevante Reize. Die Symptome der PTB verursachen oft erhebliche Beeinträchtigung in Beruf, Freizeit, Sozialkontakten oder Familie, bis hin zur Arbeitsunfähigkeit und Berentung. Meist folgen auf das Trauma sekundäre und ancauernde Stressoren (wie der Verlust von Angehörigen, schmerzhaft medizinische Behandlungen, körperliche Entstellung, Umzug und Verlust der vertrauten Umgebung).

Komorbidität:

Bei ca. 75% aller PTB-Patienten findet sich in der Lebensgeschichte eine komorbide andere psychische Störung (Kessler et al., 1995). Am häufigsten sind Depressionen, andere Angststörungen, Substanzmissbrauch und Somatisierungsstörung, die ihrerseits erhebliches Leid verursachen. Verschiedene Autorengruppen (Breslau et al., 1997; Kessler et al., 1995) fanden retrospektiv, dass affektive Störungen und Substanzmissbrauch sich meist sekundär zu einer PTB entwickelten. Zum Missbrauch von Alkohol kommt es z.B. häufig als Folge einer anxiolytischen Selbstmedikation. Man fand andererseits, dass eine prätraumatisch bereits bestehende psychische Störung (insbesondere eine affektive Störung) das Risiko, nach Traumatisierung eine PTB zu entwickeln, steigerte (Breslau et al., 1997). Komorbide Angststörungen gingen in der Hälfte der Fälle der PTB voraus. Auch komorbide körperliche Erkrankungen treten auf – so wurden z.B. eine erhöhte Infektanfälligkeit, aber auch muskuloskeletale bzw. neurologische Störungen als Begleiterscheinung der PTB gefunden.

Prädisponierende Faktoren:

In empirischen Studien zeichnet sich eine genetisch bedingte Vulnerabilität für die Ausbildung einer PTB nach Traumatisierung – möglicherweise auch für das Erleben von Traumatisierung – ab (True und Lyons, 1999). Von Bedeutung ist ebenfalls das peritraumatische Erleben von Lebensbedrohung. Bleibende körperliche Schäden erhöhen das PTB-Risiko. Auch anhand kognitiver Variablen wie dem Ausmaß der Rumination bzw. der negativen idiosynkratischen Bedeutung des Geschehenen kurz nach der Traumatisierung lässt sich das Erkrankungsrisiko vorhersagen.

Störungsmodelle:

Die KBT basiert vorwiegend auf psychologischen Konzepten der PTB (vgl. Steil und Ehlers, im Druck). Lerntheoretische Modelle stellen eine Anwendung der Zwei-Faktoren-Theorie von Mowrer (1947) bei den psychischen Folgen einer Traumatisierung dar. Sie erklären die PTB als konditionierte emotionale Reaktion, welche schwer lösbar ist mit Hilfe der Prinzipien der klassischen Konditionierung (während des Traumas werden Merkmale der traumatischen Situation verknüpft mit den emotionalen und physiologischen Reaktionen, in der Folge lösen ähnliche Merkmale vergleichbare Reaktionen aus) und der operanten Konditionierung (eine Löschung wird durch die Vermeidung traumarelevanter Stimuli verhindert, letztere bleibt operant im Sinne einer negativen Verstärkung aufrechterhalten). Möglicherweise wer-

den auch aggressives Verhalten, Rumination, das Empfinden von Wut und Ärger und Substanzmissbrauch, die ebenfalls die mit der Erinnerung verbundenen belastenden Emotionen beenden, operant aufrechterhalten (Steil et al., 1997). In Netzwerkmodellen wird die Symptomatik der PTB auf die Ausbildung eines spezifischen Traumagedächtnisnetzwerkes zurückgeführt, das die Wahrnehmung und Verarbeitung von Reizen in selektiver Weise lenkt (Foa et al., 1989). Hierbei wird das Modell pathologischer Furchtstrukturen von Lang (1979) auf die Ätiologie der PTB angewandt. Die Gedächtnisrepräsentation traumatischer Geschehnisse, so die Annahme, ist umfassend und leicht aktivierbar, die Aktivierung zeigt sich in intrusivem Wiedererleben, Angst und Erregung sowie in der chronischen Erwartung erneuter Bedrohung und der aktiven Suche nach Gefahrensignalen. Eine Veränderung des spezifischen Furchtnetzwerkes ist nur durch dessen direkte Aktivierung (d.h. über Konfrontation mit traumarelevanten Reizen) möglich. In Modellen kognitiver Schemata wird postuliert, dass eine Traumatisierung grundlegende Überzeugungen und Erwartungen (von persönlicher Sicherheit, von der Welt als bedeutungsvoll und sinnhaft und von sich selbst als kompetent und zur Kontrolle fähig) grundlegend erschüttert und dysfunktional verändert bzw. dass sie prätraumatisch latent vorhandene dysfunktionale Schemata und Überzeugungen (z.B. von sich selbst als wertloser Person, die Bestrafung verdient hat) validiert (Beck et al., 1986; Brewin et al., 1996; Foa und Riggs, 1993; Horowitz, 1976, 1986; Janoff-Bulman, 1992). Die traumatische Information bleibt so lange in einem aktiven Teil des Gedächtnisses, bis das Geschehen in das persönliche Weltbild integriert ist. Die Vermeidung traumarelevanter Stimuli verhindert generell eine Veränderung dysfunktionaler Einstellungen, z.B. durch neue, korrigierende Erfahrungen. Neuere kognitive Modelle betonen die Rolle der idiosynkratischen Bedeutung der Traumatisierung und ihrer Folgen sowie die kognitiven Vermeidung bei der Aufrechterhaltung der Symptomatik (Ehlers und Clark, 2000; Steil et al., 1997; Steil und Ehlers, 2000). So ist von großer Bedeutung, ob eine Person ihre posttraumatischen Symptome als Teil eines normalen Genesungsprozesses wertet oder sie katastrophisierend interpretiert. Dysfunktionale Kognitionen, die mit den Intrusionen zusammen auftreten (z.B.: „Diese starken Erinnerungen bedeuten, ich werde verrückt“, „Es ist passiert, weil ich so bin, wie ich bin“) determinieren die subjektive Belastung, die mit dem Auftreten von Intrusionen einhergeht. Sie vermitteln Symptome eines erhöhten Erregungsniveaus. Sie motivieren Betroffene, Strategien zur Kontrolle der intrusiven Erinnerungen und Gedanken einzusetzen, die ihrerseits die Symptome entweder direkt verschlimmern (so z. B. führt Gedankenunterdrückung zum vermehrten Auftreten intrusiver Erinnerungen) oder eine adäquate Auseinandersetzung mit dem Trauma unterbinden (z. B. durch Rumination oder den Gebrauch von Anxiolytika). Überlegungen zur Entwicklung des episodischen bzw. des autobiografischen Gedächtnisses sind ebenfalls wichtiger Teil neuer kognitiver Theorien der PTB. So vermuten Ehlers und Clark (2000), dass eine persistierende PTB dann entsteht, wenn die traumatische Erinnerung nur ungenügend elaboriert und in einen autobiografischen Kontext eingeordnet wird. Postuliert wird, dass eine datengesteuerte Enkodierung traumatischer Informationen (d.h. primär die Verarbeitung sensorischer Reize) im Gegensatz zu einer konzeptuell gesteuerten Enkodierung (d.h. eine Verarbeitung der Bedeutung der Situ-

ation und ihres Kontextes in einer geordneten und organisierten Weise) das Risiko der Ausbildung einer PTB erhöht, da sie die willentliche Abrufbarkeit der Erinnerung erschwert und zu einem starken Priming für traumarelevante Stimuli führt. Joseph, Williams und Yule (1995) betonen die Rolle der Attribution bezüglich dessen, warum das Trauma geschah, bezüglich des Geschehens während der Traumatisierung und bezüglich der nachfolgenden emotionalen Reaktionen. Über Formen der unterschiedlichen Attribuierung lassen sich, so die Autoren, Gefühle wie Schuld, Scham, Wut und Ärger, die in der Folge des Traumas auftreten, erklären.

! Merke: Gemeinsam sind allen psychologischen Modellen folgende Annahmen:

- a) Vermeidung, emotionale Taubheit und sozialer Rückzug werden als Reaktion des Individuums auf das Auftreten belastender Intrusionen und damit einhergehender Übererregung gewertet,
- b) Vermeidung verhindert eine hilfreiche und adäquate Konfrontation mit den traumatischen Erlebnissen,
- c) eine dysfunktionale Bewertung des Traumas ist an der Pathogenese der PTB beteiligt.

Als Interventionen werden die Konfrontation mit den traumabezogenen Reizen sowie die Identifikation und Veränderung dysfunktionaler Kognitionen abgeleitet.

3 Umsetzung in die klinische Praxis

Indikation:

Eine KBT ist indiziert

- a) wenn die Diagnose der PTB bzw. einer subklinischen PTB gesichert ist,
- b) bei akuter und chronischer posttraumatischer Symptomatik,
- c) im Gruppen- wie auch im individuellen Setting und
- d) im ambulanten wie im stationären Setting.

Das Gruppensetting bietet die Möglichkeit für den Patienten, durch einen Perspektivewechsel negative Verzerrungen bei anderen zu erkennen, die er bei sich selbst nicht sehen kann. Nachteilig ist, dass für individuelle Konfrontationselemente weniger Zeit bleibt und die kognitiven Interventionen nicht immer individuell zugeschnitten werden können. Ist der Patient in der Lage, seinen Alltag zu bewältigen, so ist eine ambulante Behandlung der stationären vorzuziehen, weil Hausaufgaben zur selbst geleiteten Exposition und Verhaltensexperimente zur Überprüfung unangemessener Überzeugungen im Alltag der Patienten meist leichter zu organisieren sind. Steht für den Patienten selbst eine andere Symptomatik (z.B. Schmerz) im Vordergrund oder befürchtet der Patient zu Beginn z.B. katastrophale Konsequenzen einer Beschäftigung mit der Traumatisierung, so kann mit einer erfolgreichen psychotherapeutischen Intervention zur Verbesserung der Lebensqualität die Motivation für eine Behandlung der PTB-Symptomatik geschaffen werden.

Kontraindikationen:

Kontraindiziert ist eine KBT der PTB beim Vorliegen akuter Suizidalität und psychotischer Symptomatik bzw. wenn eine komorbi-

4.6 Posttraumatische und Akute Belastungsstörung

Tabelle 3: Regeln zum Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung

- Wird der Behandlungsbeginn immer wieder verschoben, werden geduldig neue Termine angeboten.
- Der Patient erhält maximale Kontrolle über äußere Bedingungen der Behandlung (Sitzplatz, Lichtverhältnisse, Abfolge und Beginn von Interventionselementen etc.).
- Am Ende jeder Sitzung wird die Rückmeldung des Patienten erbeten zu a) dem, was für ihn heute das Wichtigste war, und b) Aspekten der Behandlung, die er sich anders wünscht/die geändert werden sollten.
- Die Standarddiagnostik findet nicht in der ersten, sondern frühestens in der zweiten Sitzung statt.
- Der Therapeut fragt detailliert nach Aspekten der Traumatisierung, zeigt, dass er den Bericht über schreckliche Dinge ertragen können, benutzt kritische Begriffe (z.B. bei der Exploration sexueller Traumata) und signalisiert dem Patienten so, dass er belastbar ist. Er wiederholt Teile des Berichtes, zeigt Empathie und spiegelt die Gefühle des Patienten.
- Der Therapeut spricht kritische Situationen immer an (der Patient weint oder zeigt Zeichen von Misstrauen).

de Störung (Drogenabusus, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Essstörung) den Patienten akut gefährdet oder die Behandlung stark behindern würde. In diesen Fällen sollte die klinische Aufmerksamkeit in einem ersten, vorgeschalteten Schritt der Verbesserung der genannten Symptomatik gelten. Während der Behandlung sollte der Patient nicht mehr in akuter Gefahr sein. Hegen Patienten lediglich den Verdacht, dass eine Traumatisierung (z.B. sexueller Art in der frühesten Kindheit) stattgefunden hat, haben aber keine Erinnerung daran, so ist eine PTB-Behandlung nicht angezeigt.

Behandlungsziel ist

- a) die Veränderung dysfunktionaler Einstellungen und Interpretationen zum Trauma und seinen Folgen, das Erarbeiten einer hilfreichen bzw. realistischeren Einstellung und der Abbau kognitiver und behavioraler Vermeidung traumarelevanter Stimuli und
- b) **nicht** die „Beseitigung“ intrusiven Wiedererlebens (die von vielen Betroffenen zunächst als oberstes Behandlungsziel gewünscht wird im Sinne von „Löschen Sie das Erlebte aus meinem Gedächtnis!“), sondern die Fähigkeit des Patienten, Intrusionen mit geringer subjektiver Belastung zu erleben.

Therapeutisches Setting und therapeutische Beziehung:

Sitzungen von 90 Minuten Dauer haben sich bewährt. Hilfreich ist der Einsatz einer Tafel, um z.B. gemeinsam diagnostische Informationen zusammenzutragen und sich ein „Bild“ (= individuelles Modell) der Symptomatik zu machen. Hausaufgaben sind obligatorisch und bieten Gelegenheit, fehlende Informationen einzuholen und die Exposition in vivo durchzuführen. Jede Sitzung wird audiografiert, der Patient hört den Mitschnitt als Hausaufgabe zu Hause an. Die Konfrontation mit den traumatischen Erinnerungen ist für Diagnostik und Behandlung unerlässlich, aber gefürchtet von den Patienten. So findet man bei der PTB-Behandlung relativ hohe Therapieabbruchquoten. Der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung ist besonders wichtig und kann mit Hilfe der in Tabelle 3 dargestellten Regeln gelingen. Manche Patienten „testen“ die Belastbarkeit des Therapeuten zunächst, bevor sie sich ganz anvertrauen. So brachte z.B. ein Patient Bilder von sich selbst und seinem Wagen nach einem schweren Verkehrsunfall mit und beobachtete die Reaktion des Therapeuten genau. Wichtig war ihm, dass der Therapeut sich nicht scheute, die schrecklichen Bilder anzu-

schauen. Bisweilen ruft die Schilderung der Patienten sehr viel Mitgefühl oder Entsetzen auch beim Therapeuten hervor, er muss möglicherweise sogar weinen. Eine mögliche Reaktion wäre: „Ich merke, wie sehr mich Ihre Schilderung bewegt. Um wie viel schwerer muss es für Sie sein, die Sie all das erlebt haben.“

Das Erstgespräch:

Neben dem Beziehungsaufbau beinhaltet das Erstgespräch eine Exploration zur Traumatisierung und die Psychoedukation über die üblichen Folgen einer Traumatisierung zur Entlastung des Patienten und zur Depathologisierung der Symptomatik („Die Symptome bedeuten nicht, dass Sie verrückt werden oder einen schwachen Charakter haben, xx% aller Menschen mit einem ähnlichen Erlebnis geht es wie Ihnen. Die üblichen psychischen Folgen solch eines Ereignisses sind ...“). Es folgt eine ausführliche therapiebezogene Eingangsdiagnostik und die Entwicklung eines persönlichen Modells der Störung. Meist wirkt es sich sehr positiv auf die Compliance und die Therapiemotivation des Patienten aus, wenn schon in der ersten Sitzung durch die kurze Exposition zentrale Befürchtungen entkräftet werden können bzw. der Patient erlebt, dass er sich auf kontrollierte Weise an Elemente der Traumatisierung erinnern konnte. Den Abschluss der Sitzung bildet die Besprechung der Ressourcen des Patienten (unterstützende Personen, gesunde Bereiche des Lebens, Hobbys, Dinge, die der Patient genießen kann). Tabelle 4 fasst die Bestandteile des Erstgesprächs (und die weiteren Sitzungen) zusammen.

Ausführliche therapiebezogene Eingangsdiagnostik:

Neben der Erfassung der Symptomatik ist eine therapiebezogene Diagnostik der Schwere und Art der Intrusionssymptomatik und kognitiver wie behavioraler Vermeidung sowie möglicher dysfunktionaler Kognitionen und Interpretationen zu empfehlen, hierzu können die oben genannten Instrumente herangezogen werden. Die Intrusionssymptomatik kann erfasst werden mit Hilfe eines Tagebuches (Steil et al., 1997), das der Patient als Hausaufgabe über jeweils 7 Tage hinweg führt und in dem das Auftreten von Intrusionen anhand folgender Aspekte erfasst wird: der Zeitpunkt des Auftretens der Erinnerung, deren Inhalt, mit der Intrusion verbundene Kognitionen, ein Rating des Ausmaßes der Belastung durch die Intrusion, mögliche Auslöser und die Reaktion des Patienten (evtl. Flucht aus der Situation, Gedankenunterdrückung, Rumination, Einsatz von Anxiolytika

Tabelle 4: Therapieplan für eine kognitiv-behaviorale Behandlung der PTB

Dauer einer Sitzung: 90 Minuten, 1 bis 2 mal wöchentlich

Obligatorisches in jeder Sitzung:

1. Fragen am Ende: „Gab es etwas, was Sie so sehr gestört hat oder Ihnen so unangenehm war, dass es Sie daran hindern könnte, wiederkommen?“
„Was war heute das Wichtigste für Sie?“
2. Hausaufgabe: Tonbandaufnahme der Sitzung anhören.
3. Beginn: Hausaufgabe besprechen, imaginatives Nacherleben des Traumas mit Einschätzung der Belastung durch Intrusionen während der vergangenen Woche von 0 (gar nicht) bis 100 (maximal/extrem)

Sitzung 1: Erstgespräch

1. Informationen gewinnen über Traumatisierung und Symptomatik
2. Beziehungsaufbau!! Therapieziel?
3. Psychoedukation über Folgen einer Traumatisierung/Entlastung d. Patienten/Normalisierung der Symptome
4. Störungsspezifische Diagnostik / individuelles Modell erarbeiten
5. Rational des imaginativen Nacherlebens erarbeiten, evtl. Experiment zur Gedankenunterdrückung
6. Einstieg in kognitive Intervention

Hausaufgabe: Tagebuch zu Intrusionen führen (7 Tage lang), Selbstbeurteilungsinstrumente ausfüllen, Intrusionen in verabredeten Zeiten nicht bekämpfen

Sitzung 2: Diagnostik / Beginn kognitiver Intervention

1. Diagnostik mit Hilfe eines klinischen Interviews
2. Nacherleben des Traumas, weitere Exploration der Interpretationen/Bedeutungen
3. Beginn der Umstrukturierung bei einem zentralen dysfunktionalen Gedanken
4. Aufrechterhaltende Verhaltensweisen aufgeben (Gedankenunterdrückung, Grübeln etc.)

Hausaufgabe: Imaginatives Nacherleben, evtl. spezifische Hausaufgabe passend zur kognitiven Umstrukturierung (z.B. Verhaltensexperiment)

Sitzung 3 und 4: Kognitive Intervention

1. Nacherleben des Traumas, weitere Exploration der Interpretationen/Bedeutungen
2. Fortsetzen der kognitiven Intervention bei gleichem bzw. anderen dysfunktionalen Gedanken

Hausaufgabe: Imaginatives Nacherleben, evtl. Verhaltensexperimente, Übungen zur Implementierung neuer, hilfreicher Gedanken

Sitzung 5: Kognitive Intervention, Rekonstruktion des Traumas

1. Falls möglich, Besuch des Ortes der Traumatisierung. Achtung: Nie reale Gefahr!!
2. Genaue Rekonstruktion des Geschehenen, Unterscheiden zwischen damals und heute, bewusst auf Unterschiede achten
3. Überprüfen der Interpretationen

Hausaufgabe: Imaginatives Nacherleben, evtl. Verhaltensexperimente, evtl. in vivo-Exposition

Sitzung 6-xx: Kognitive Intervention

1. Fortsetzung kognitive Intervention
2. Evtl. neue Sicht in das Nacherleben integrieren, evtl. mit Imaginationstechniken
3. Aufrechterhaltendes Verhalten weiter modifizieren
4. Wenn nötig/hilfreich Angehörige mit einladen zu Informationssitzung und Planung

Hausaufgabe: je nach Themen der Sitzungen

Abschlusssitzung der Behandlung: Rückfallprophylaxe, Abschied

Kriterien für Beendigung der Behandlung: Imaginatives Nacherleben: Belastung unter 20, keine Intrusionen mehr, kaum Vermeidung mehr (Tagebuch abermals über 7 Tage einsetzen)

- Resümee: Was hat sich alles verändert?
- Sammeln: Was hat der Patient an Techniken erlernt, die er mittlerweile selbständig anwenden kann?
- Plan für den zukünftigen Umgang mit Intrusionen, belastenden Gedanken, Vermeidung etc.

Katamnesen:

Wenn erforderlich weitere kognitive Intervention, weitere Veränderung aufrechterhaltenden Verhaltens, Genaue Analyse aufgetretener schwieriger Situationen, Schlussfolgerungen?

etc.). Anhand eines solchen Tagebuches können die Belastung durch Intrusionen, kritische Kognitionen und dysfunktionale Strategien zum Umgang mit Intrusionen im Alltag des Patienten erfasst werden, die sonst im Behandlungssetting evtl. unberücksichtigt blieben.

Entwicklung eines persönlichen Modells der Störung:

Hierzu werden die belastendsten Intrusionen aktiviert, die mit ihnen verknüpften primären und sekundären Emotionen und Kognitionen wie die Reaktion auf ihr Auftreten werden erfragt und in ein grafisches Schema der Aufrechterhaltung der Symptomatik integriert. Diese Teilintervention beinhaltet bereits eine erste, kurze Expositionsphase: Der Patient wird gebeten, die

4.6 Posttraumatische und Akute Belastungsstörung

belastendste Erinnerung kurz in der Gegenwarts- und Ich-Form zu schildern (vgl. auch den Abschnitt zu den Expositionselementen). Befürchtet der Patient starke negative Konsequenzen einer solchen kurzen Exposition, so wird an dieser Stelle zunächst mit Hilfe kognitiver Methoden über seine Befürchtungen debattiert (vgl. Tab. 5 bei den kognitiven Interventionen). Folgende Aspekte werden hernach erfasst: Gefühle und Gedanken während und kurz nach dem Trauma, mit den Intrusionen verbundene Kognitionen und Emotionen, Strategien kognitiver Vermeidung, die Vermeidung intrusionsauslösender Situationen und Verhaltens-

weisen und typische Auslöser von Intrusionen (vgl. Steil et al., 1997). Abbildung 1 zeigt eine solche grafische Darstellung. Hier schon sollte der Patient immer wieder auf den Zusammenhang zwischen seinen Gefühlen, seinen Gedanken, seinen körperlichen Reaktionen und Reaktionen der Vermeidung aufmerksam gemacht werden. Meist wirkt es sich sehr positiv auf die Compliance und die Therapiemotivation des Patienten auf, wenn er schon in der ersten Sitzung erlebt, dass er sich auf kontrollierte Weise an Elemente der Traumatisierung erinnern kann.

Tabelle 5: Typische kognitive Techniken in der Behandlung der PTB

Techniken

Demonstrationen zum Zusammenhang zwischen Gedanken und Gefühlen

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

die logische Analyse von Gedanken und Überzeugungen

Advocatus-diaboli-Technik

dem Patienten helfen, sich mit den Augen des Menschen zu sehen und zu beurteilen, der er vor der Traumatisierung oder währenddessen war, bzw. sein Handeln auf der Grundlage der Informationen zu beurteilen, die ihm vor oder während des Traumas zur Verfügung standen

die Entwicklung alternativer und hilfreicher Gedanken und Erwartungen

Beispiele

„Immer, wenn ich denke, dass ich es hätte verhindern können, fühle ich mich noch trauriger und schlechter.“

„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 trauigen Erinnerung nie mehr aufhören konnte zu weinen? Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie drei Stunden lang weinen werden?“

„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?“

„Sie werfen sich vor, dass Sie sich als Kind nicht gegen die sexuellen Übergriffe Ihres Vaters gewehrt haben. Ich würde gerne genau wissen, warum Sie sich nicht gewehrt haben. Wie kam es dazu?“

„Sie grübeln darüber nach, warum Sie an diesem Tag trotz Nebel und ihrer Erkältung mit dem Auto gefahren sind. Sie haben, so sagen Sie, den Radfahrer, der vom Radweg abkam, einfach nicht gesehen, und Sie meinen, Sie hätten seinen Tod verhindern können, wenn Sie das Auto nicht benützt hätten. Was dachten Sie an jenem Morgen, bevor Sie losfuhren? Als wie groß schätzten Sie das Risiko an diesem Morgen, dass Sie eventuell den Tod eines anderen Menschen mit herbeiführen könnten, wenn Sie sich in das Auto setzen und losfahren?“

„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.“

Konfrontationsrational:

Es ist von größter Wichtigkeit, dass der Patient den Sinn des Einsatzes der Exposition und der Überprüfung von Einstellungen versteht. Hierzu stehen dem Therapeuten mehrere Möglichkeiten zur Verfügung:

- ein direktes, psychoedukatives Vorgehen („Leider hilft es bei sehr schlimmen Erlebnissen nicht, die Gedanken und Gefühle zu unterdrücken. Wir wollen Ihnen helfen, die Erfahrungen besser zu verarbeiten, indem Sie sich an das erinnern, was geschehen ist, und wir dann Ihre Gefühle und Gedanken genau besprechen“; vgl. Foa und Rothbaum, 1998);
- das Zurückgreifen auf Erfahrungen, die der Patient bereits in

anderen Lebensbereichen mit der Habituation an negative Emotionen oder der Veränderung von Einstellungen gemacht hat („Haben Sie schon einmal erlebt, dass etwas, was Ihnen zu Beginn sehr schwer gefallen ist, mit der Zeit für Sie leichter geworden ist?“; „Wenn Ihr Kind sehr große Angst vor dem Fahrradfahren hat, wie würden Sie ihm helfen?“);

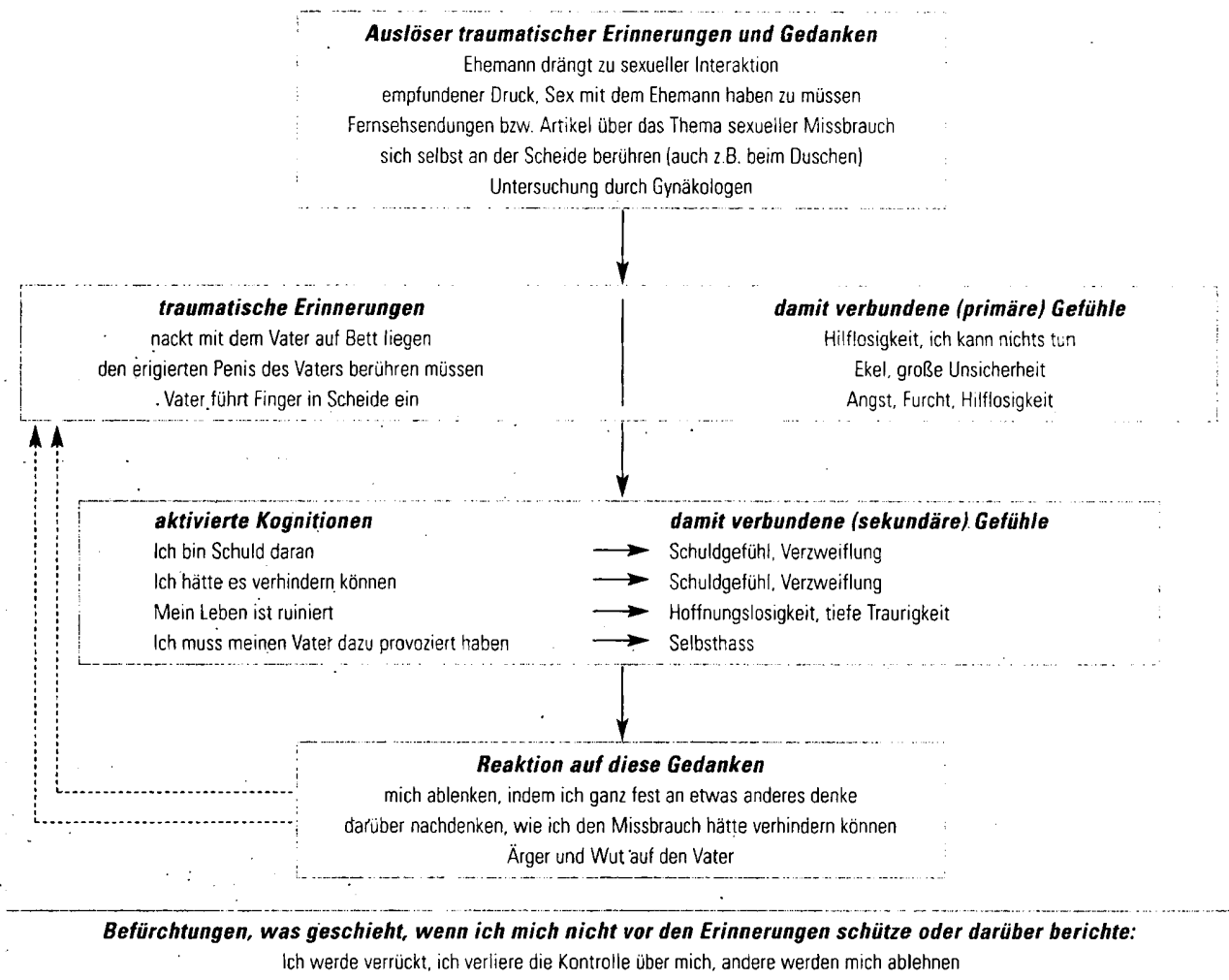
- das Benutzen von Analogien und Bildern („Manchmal kann eine Wunde nur heilen, wenn man sie noch einmal öffnet und dann behandelt“; vgl. Maercker, 1997; „Ihre Erinnerungen sind vergleichbar mit einem Mosaik, das in seine Teile zerfallen ist. Wir wollen alles wieder zu einem Ganzen zusammensetzen, dazu müssen wir uns jedoch jedes Teil genau anschauen“; vgl. Ehlers, 1999);

- der Einsatz kognitiver Methoden, um die bisherigen Strategien zur Bewältigung der Symptomatik (behaviorale und kognitive Vermeidung) gemeinsam auf ihre Wirksamkeit zu prüfen und alternative Bewältigungsmöglichkeiten zu sammeln („Wie sind Sie bislang mit den Erinnerungen umgegangen? Wie hilfreich war diese Strategie? Was waren die kurzfristigen, was die langfristigen Konsequenzen? Welche anderen Möglichkeiten haben wir noch?“). Hilfreich ist hier der Einsatz eines Experimentes zu den paradoxen Konsequenzen der Gedankenunterdrückung (vgl. den Abschnitt zu kognitiven Interventionen).

Der Therapeut klärt den Patienten darüber auf, dass sich seine psychische Befindlichkeit in den ersten Wochen der Behandlung durch die intensive Beschäftigung mit den traumatischen Erinnerungen zunächst kurzfristig verschlechtern kann.

Merke: Die beiden wichtigsten Pfeiler der KBT bei der PTB sind a) das imaginative Nacherleben der Traumatisierung und b) die Restrukturierung kritischer Überzeugungen.

Abbildung 1: Beispiel eines grafischen Schemas zur Darstellung des individuellen Modells der Symptomatik (am Beispiel einer Patientin mit PTB nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit, nach Steil, 2001)



Das imaginative Nacherleben der Traumatisierung (Exposition in sensu):

Zu Beginn jeder Sitzung wird der Patient gebeten, die jeweils belastendsten Teile der Erinnerung an die Traumatisierung nachzuerleben (so erfolgt die Exposition immer mit den Teilen der Erinnerung, die für den Patienten aktuell von größter Bedeutung sind). Der Patient imaginiert (möglichst mit geschlossenen Augen) Teile des traumatischen Geschehens so, als würden sie

wieder stattfinden, und berichtet dabei über sein Erleben in der Ich- und der Gegenwartsform. Empfindet der Patient das Sprechen über die Traumatisierung zu Beginn als zu belastend, so ist zu Beginn auch das Schreiben über die Traumatisierung möglich. Dabei soll er die auftretenden Kognitionen und Emotionen nicht bekämpfen. Im Rahmen der KBT wird die Exposition als eine therapeutische Strategie unter anderen und vorwiegend zur Exploration des traumatischen Geschehens, zur Elaboration

4.6 Posttraumatische und Akute Belastungsstörung

der traumatischen Erinnerungen und zur Identifizierung kritischer Kognitionen genutzt.

Exposition in vivo:

Sie gewinnt im Verlauf der Behandlung an Bedeutung. Typische Inhalte sind das Aufsuchen des Ortes der Traumatisierung bzw. einer ähnlichen (natürlich immer objektiv ungefährlichen) Situation, das Anschauen von Bildern oder Filmszenen mit ähnlichem Inhalt etc. Je nach Ausmaß der Belastung beim Patienten kann ein hierarchisches Vorgehen gewählt oder mit stark angstauss lösenden Situationen begonnen werden. Zu Beginn begleitet der Therapeut den Patienten, danach erfolgt die Konfrontation in vivo selbst gesteuert in Form von Hausaufgaben. Sie kann die Möglichkeiten der Überprüfung von katastrophisierenden Befürchtungen und der Beschaffung von Informationen sehr sinnvoll ergänzen.

Therapeutenverhalten vor, während und nach der Exposition:

Vor Beginn der Exposition werden die Befürchtungen des Patienten, was geschehen könnte, genauestens erhoben und mit Hilfe typischer kognitiver Methoden einer Überprüfung unterzogen (vgl. kognitive Methoden). Die Konfrontationsphase beginnt erst dann, wenn der Patient es möchte. Während der Exposition in sensu wie in vivo sollte die Therapeutin ein zugewandtes Verhalten zeigen, Hörersignale geben, Lob spenden (bei Exposition in sensu auf die Einhaltung des Präsens und der Ich-Form achten) und bei längeren Pausen etc. Fragen stellen („Was fühlen Sie jetzt? Was sehen Sie?“ etc.). Verliert der Patient den Kontakt zur Gegenwart, indem er z.B. dissoziative Symptome zeigt, so fokussiert die Therapeutin auf sein gegenwärtiges körperliches Befinden („Sie fühlen, wie Sie im Sessel sitzen/sich bewegen ...“). Nach Beendigung der Exposition erfolgt eine Analyse der befürchteten im Vergleich zu den eingetretenen emotionalen, kognitiven und physischen (bzw. bei der Exposition in vivo möglicherweise auch sozialen) Konsequenzen. Die vorher geäußerten Befürchtungen werden so einer Realitätstestung unterzogen. Der Patient muss zur Exposition angeleitet werden, es wird aber vereinbart, dass die Kontrolle über deren Durchführung (z.B. über Beginn, Ausstieg, Tempo etc.) beim Patienten bleibt. Bricht er ab, so kann dies als bei-

spielhafte Situation zur weiteren Diagnostik besonders kritischer Emotionen und Kognitionen genutzt werden („Was hat es Ihnen eben so schwer gemacht, sich weiter zu erinnern?“).

Veränderung der traumatischen Erinnerungen:

Hilfreich kann die Veränderung der traumatischen Erinnerungen in der Imagination hin zum Positiven oder weniger Bedrohlichen sein (vgl. Ehlers, 1999; Smucker und Dancu, 1999). Eingesetzt werden dabei z.B. Techniken, die das Trauma zu einem erträglicheren Ende führen (z.B. eine Mutter verändert imaginativ die durch einen Unfall zerstückelte Leiche ihres Kindes zu einem heilen, aber toten Körper). Persistierende Alpträume können ebenfalls auf diese Weise gelindert und die Schlafqualität verbessert werden (vgl. Krakow et al., 1995, 1996).

Restrukturierung kritischer Überzeugungen:

Basis kognitiver Intervention ist der sokratische Dialog und das geleitete Entdecken. Am Anfang steht die Identifikation zentraler dysfunktionaler Kognitionen. Im Mittelpunkt einer Sitzung stehen jeweils eine bis zwei bedeutsame maladaptive Kognitionen. Die subjektive Gültigkeit dieser Kognitionen wird zunächst mit Hilfe von Ratingskalen erfasst (z.B. „Wie sehr sind Sie davon überzeugt auf einer Skala von 0 = überhaupt nicht bis 100 = voll und ganz?“). Geduldig lässt der Therapeut den Patienten prüfen, ob seine Einstellungen, Überzeugungen und Interpretationen zum Trauma und seinen Folgen angemessen und hilfreich oder wenig angemessen und dysfunktional sind. Welche Belege hat der Patient dafür, dass seine Auffassung zutreffend ist? Sind auch andere Auffassungen denkbar? Von zentraler Bedeutung ist es, den Patienten nicht zu überreden, sondern gemeinsam mit ihm Argumente für und wider seine Auffassung abzuwägen und ihn zu eigenen Schlussfolgerungen kommen zu lassen. Zum Ende der Debatte über die Kognition schätzt der Patient erneut deren Gültigkeit ein. In einem zweiten Schritt werden im Sinne der Spaltentechnik hilfreiche Kognitionen gesucht, mit denen der Patient die maladaptiven in kritischen Situationen ersetzen kann. In der Imagination kann die Implementierung der neuen, hilfreichen Kognition geübt werden. In Tabelle 5 findet sich eine Beschreibung typischer kognitiver Techniken mit kurzen Beispielen.

Tabelle 6: Mögliche kognitive Fehler bei unangemessener Verantwortungszuschreibung (vgl. Kubany, 1998):

Kognitive Fehler

Das Wissen über den Ausgang beeinflusst die Erinnerung daran, was man vor oder während der Traumatisierung wusste.

Entscheidungen, die unter Zeitdruck gefällt wurden, werden auf der Grundlage ausführlicher Kontemplation im Nachhinein bewertet.

Der Patient glaubt, er hätte Lösungsmöglichkeiten nutzen müssen, die erst in der Retrospektive sichtbar wurden. Einfluss faktoren außerhalb der eigenen Person werden nicht bedacht.

Positive Auswirkungen der tatsächlichen Handlungen bzw.

Geschehnisse, die während der Traumatisierung wahrscheinlich erschienen, werden übersehen.

Der Patient setzt die Möglichkeit, ein Ereignis verhindern zu können, mit dessen Verursachung gleich. Er misst sein Verhalten an dessen Konsequenzen, nicht an seiner Intention.

Beispiele

„Ich hätte wissen müssen, dass ich mit einer Erkältung und bei Nebel als Autofahrer einen Unfall verursachen würde ...“

„Ich hätte damals wissen müssen, dass genügend Zeit sein würde, das Opfer von der Fahrbahn zu bergen ...“

Die Person berücksichtigt bei der Bewertung ihrer eigenen Handlungen nicht, dass sie unter Schock stand, bzw. sie berücksichtigt nicht den Zufall.

„Mich nicht zu wehren hat mir möglicherweise das Leben gerettet“

„Ich dachte, er bringt mich um, wenn ich mich wehre“ vs. „Ich hätte mich körperlich stärker wehren müssen“

Eine Frau, die nach einem Suizid den Körper des Selbstmörders überfuhr, sagt: „Ich bin Schuld am Tod dieses Mannes.“

Schuld und Verantwortung:

Häufig schreiben sich PTB-Patienten in sehr unangemessener Weise selbst die Verantwortung für weite Teile des traumatischen Geschehens zu (so z.B. sind Opfer sexuellen Missbrauchs häufig der Ansicht, durch ihr Verhalten/ihre Persönlichkeit die sexuelle Gewalt verursacht zu haben). Zunächst muss das Ausmaß der eigenen Verantwortungszuschreibung erfasst werden. Hierzu sammeln Patient und Therapeut, wer bzw. welche Umstände Anteil an der Verantwortung für die Traumatisierung bzw. für bedeutende Elemente daraus haben könnten. Hernach zeichnet der Therapeut einen „Verantwortungskuchen“ (einen leeren Kreis), in dem der Patient den Anteil der Verantwortung für jede beteiligte Person/jeden Umstand markiert. Überschätzt der Patient den eigenen Anteil, so wird in der Folge debattiert, auf welche Weise er zu dem Geschehen beigetragen hat. Tabelle 6 zeigt eine Liste möglicher kognitiver Fehler bzw. falscher Schlussfolgerungen. Zunächst analysieren Therapeut und Patient gemeinsam die Vorgänge und Handlungen während des traumatischen Geschehens wie auch die wahrscheinlichen Konsequenzen alternativer Verhaltensweisen. Die Frage, warum der Patient sich in der Situation so und nicht anders verhalten hat, erlaubt ihm, noch einmal detailliert die Gründe für sein Handeln zusammenzutragen („Wie genau haben Sie Ihren Vater als 8-Jährige dazu gebracht, Sie zu missbrauchen?“).

Verhaltensexperimente:

Zur Überprüfung bestimmter Annahmen oder Befürchtungen werden Verhaltensexperimente eingesetzt. So kann man z.B. mit Hilfe eines Experimentes zu den Folgen von Gedankenunterdrückung den Patienten erleben lassen, ob man tatsächlich seine Gedanken steuern kann oder nicht: 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. Der Patient erhält die Hausaufgabe, 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.

Verminderungen der Strategien kognitiver Kontrolle:

Die aufrechterhaltende Bedeutung der Gedankenunterdrückung, des Grübelns oder anderer Strategien kognitiver Vermeidung wird mit dem Patienten erarbeitet, im Rahmen von Hausaufgaben wird die Reduktion dieses Verhaltens geübt.

Ärger und Wut:

Sie sind als sekundäre Emotionen häufig präsent und werden möglicherweise über den Mechanismus der sekundären Verstärkung als subtile Strategie der Beendigung der mit Intrusionen aktivierten belastenderen primären Emotionen (Angst und Furcht) aufrechterhalten: Der Patient verändert die Qualität der Emotion (vgl. Steil et al., 1997) und vermindert damit das Erleben von Angst. Diese möglicherweise vermeidende Bedeutung von Wut und Ärger sollte der Patient entdecken. Zur Ärgerreduktion hat sich bei hochärgerlichen bzw. bei zu interpersoneller Gewalt neigenden PTB-Patienten ein kognitiv-behaviorales Programm

bewährt, bei dem ein Training angemessener Kommunikation, von Ärgerkontroll- und Problemlösetechniken im Mittelpunkt stehen (vgl. Chemtob et al., 1997; Novaco und Chemtob, 1998).

Einbeziehen der Angehörigen:

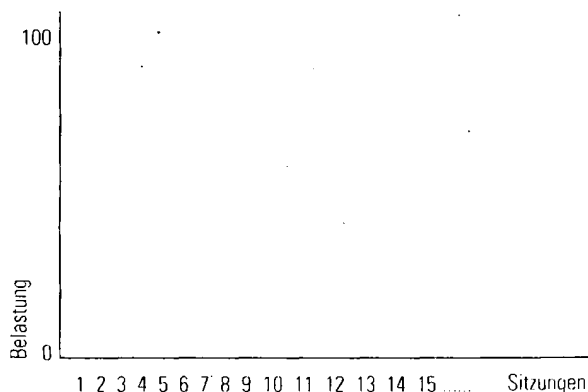
Angehörige können auf vielfältige Weise den Erfolg der Behandlung fördern (indem sie den Patienten bei der Konfrontation mit Erinnerungen und der Veränderung dysfunktionaler Einstellungen unterstützen) oder behindern (indem sie ihn schützen wollen vor der Belastung durch das Erinnern und zur Aufrechterhaltung ungünstiger Einstellungen beitragen). Daher sollten sie in die Behandlung eingebunden werden: Sie erhalten Informationen über das Störungsbild, die Behandlung, hilfreiches und nicht hilfreiches Verhalten, entweder in einer oder mehreren gemeinsamen Sitzungen oder indem die Patienten den Angehörigen über vereinbarte Inhalte der Sitzungen informieren.

Evaluation des Behandlungsverlaufes:

Zur Evaluation des Behandlungsverlaufes eignen sich die beiden Selbstbeurteilungsinstrumente IES-R und PDS (vgl. Tab. 2), die im Abstand von ca. 6 Wochen gegeben werden können. Ein Anstieg der Symptomatik zu Beginn der Behandlung ist normal und durch die vermehrte Beschäftigung mit dem traumatischen Geschehen zu erklären. Weiterhin ist das Führen zweier Verlaufsgrafiken durch den Patienten selbst empfehlenswert: Auf einer Graphik (siehe Abb. 2) wird die durchschnittliche Belastung durch Intrusionen in der letzten Woche, auf einer weiteren die durchschnittliche Belastung durch das imaginative Nacherleben während der Sitzung auf einer Skala von 0 (überhaupt keine Belastung) bis 100 (extrem starke Belastung) eingeschätzt und vermerkt. Gegen Ende der Behandlung wird der Patient gebeten, erneut über 7 Tage ein Tagebuch zu Intrusionen und Kognitionen zu führen und erneut den Fragebogen zu Gedanken nach traumatischen Erlebnissen auszufüllen. In allen Instrumenten sollte sich im Vergleich zur Eingangsdiagnostik im Laufe von 6-8 Sitzungen eine deutliche Verbesserung abzeichnen.

Abbildung 2: Formblatt zur Evaluation des Therapieerfolges

Wie belastend waren Ihre Erinnerungen und Gedanken an das belastende Ereignis während der letzten Woche? bzw. Wie belastend war das Wiedererleben heute für Sie?



4.6 Posttraumatische und Akute Belastungsstörung

Tabelle 7: Struktur einer typischen Sitzung

- Besprechung der Hausaufgabe. Lob für Exposition bzw. Aufgabe von Vermeidung
- Einschätzung zur Belastung durch Intrusionen seit der letzten Sitzung (Eintrag des Wertes in eine Grafik)
- Wachrufen der aktuell belastendsten Erinnerung plus Einschätzung zur Belastung durch dieses imaginative Wiedererleben
- Bearbeitung und Überprüfung mit der Erinnerung aktivierter dysfunktionaler Einstellungen und Überzeugungen mit Hilfe von kognitiven Techniken
- Erarbeiten der neuen Hausaufgabe (obligatorisch: Tonbandaufnahme der Sitzung zu Hause anhören)
- Frage: Gibt es etwas an der heutigen Sitzung, was Ihnen unangenehm war, was wir ändern sollten bzw. was Sie daran hindern könnte, wiederzukommen?
- Frage: Was war für Sie an der heutigen Sitzung das Wichtigste?
- Zeit für die Patientin, in einem geschützten Raum so lange zu verweilen, bis sie wieder in den Alltag gehen möchte

Typische Sitzungs- und Behandlungsstruktur:

Tabelle 7 zeigt die Struktur und den Ablauf einer typischen Sitzung (90 min. Dauer), Tabelle 4 die beispielhafte Struktur einer PTB-Behandlung.

Abschluss der Behandlung:

In den letzten Sitzungen steht die Generalisierung und das erneute Üben der neu erlernten Bewältigungsstrategien im Vordergrund. So kann sich z.B. der Therapeut im Rollentausch vom Patienten über den angemessenen Umgang mit belastenden Erinnerungen bzw. kritischen Interpretation und Bewertungen „beraten“ lassen. Der Patient erhält die Aufgabe, schriftlich zu sammeln, welche Verbesserungen und Veränderungen er wahrnimmt und welche Verhaltensweisen oder Strategien am hilfreichsten waren. Zukünftige möglicherweise belastende Situationen werden mit dem Patienten besprochen, Bewältigungsstrategien vorbereitet (Jahrestage, Gerichtsverhandlungen etc.). Booster sessions können je nach Bedarf verabreicht werden.

Fallbeispiel:

Frau X. ist 33 Jahre alt. Im Alter von 8 bis 10 Jahren wurde sie von ihrem Stiefvater regelmäßig sexuell missbraucht, bis hin zur analen und oralen Penetration. Sie litt während dieser Zeit extrem, vertraute sich aber niemandem an. Ihr Stiefvater sagte ihr, er müsse das tun, weil sie so hübsch sei und er sie so lieb habe. Der sexuelle Missbrauch wurde nie aufgedeckt, die Patientin schwieg bis heute darüber – selbst gegenüber ihrem Ehemann. Sie fühlt sich schuldig an den Geschehnissen („Ich habe mich nicht genügend gewehrt, er hat es getan, weil ich so bin, wie ich bin etc. ...“). Damit verbunden ist eine tiefe Scham, die sie immer fühlt, wenn sie sich an Aspekte des Missbrauches erinnert („Ich bin schmutzig, ich bin abstoßend“). Diese Scham hindert sie daran, über ihre Gefühle und Erfahrungen mit anderen zu sprechen bzw. therapeutische Hilfe zu suchen. Sie vermeidet Gedanken und Gespräche über diesen Lebensbereich und bekämpft Erinnerungen auf verschiedenste Weise. Damit nimmt sie sich die Chance, korrigierende Erfahrungen zu machen, wie z.B. die, dass andere Menschen keinerlei Schuld und Verantwortung für das Geschehene bei ihr erkennen können, oder die, im Rahmen einer kognitiven Behandlung, geleitet von der Therapeutin und in geschütztem Rahmen, in Ruhe zu überprüfen, ob ihre Überzeugung zu ihrer eigenen Verantwortung angemessen ist oder vielleicht bestimmt wird durch Äußerungen des Täters.

Sexualität hat sie nie als genussvoll und schön erlebt, eher als notwendig, um ihren Mann zufrieden zu stellen.

Am Anfang der Behandlung steht der Beziehungsaufbau im Mittelpunkt. Frau X. erhält viele Informationen zu den üblichen Folgen sexueller Gewalt in unterschiedlichen Bereichen des Lebens. Im Zentrum der Behandlung stehen die Bedeutung, die der Missbrauch und seine Folgen für die Patientin haben. Nach anfänglichen Schwierigkeiten gelingt es Frau X. zunehmend besser, die Erinnerungen nachzuerleben und so die mit den Erinnerungen verknüpften Gefühle und Gedanken zu ergründen. Mit Hilfe kognitiver Methoden werden unangebrachte Überzeugungen zu eigener Verantwortung an dem Geschehenen bearbeitet (z.B. Advocatus-diaboli-Technik: „Was haben Sie getan, um Ihren Vater dazu zu bringen, Sie zu missbrauchen?“). Im Laufe der Therapie wird der Ehemann einbezogen, Frau X. erzählt ihm von ihren belastenden Erfahrungen, die Kommunikationsfähigkeit beider Partner wird gezielt durch ein Training verbessert, Herr X. wird als Co-therapeut trainiert, damit er hilfreiches Verhalten seiner Frau unterstützen kann. Frau X. erfährt von ihm Verständnis und Zuwendung. Am Ende der Behandlung erfolgen Interventionen aus der Therapie sexueller Störungen der Frau, anhand derer Frau X. ihren Körper und ihre Bedürfnisse besser kennen lernen kann, durch das Kommunikationstraining verbessert sich auch bei beiden Partnern die Zufriedenheit mit der ehelichen Sexualität.

Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Therapie der PTB:

Einen Überblick über Befunde zur Wirksamkeit der KBT bietet Steil (2001). Die Wirksamkeit eines vorwiegend behavioralen wie eines vorwiegend kognitiven therapeutischen Vorgehens wurde in kontrollierten und randomisierten Studien belegt (vgl. z.B. Marks et al., 1998; Tarrier et al., 1999). Die Kombination kognitiver und behavioraler Intervention erwies sich ebenfalls als wirksam (vgl. Steil, 2001). Im Vergleich mit nur einer der Behandlungskomponenten alleine ergaben sich jedoch bislang keine Effektivitätsvorteile, beide Behandlungsstrategien scheinen gleich erfolgreich zu sein (Marks et al., 1998; Tarrier et al., 1999). Die Adaptation einer kognitiv-behavioralen Intervention zur Behandlung der AB bzw. zur Prävention der PTB zeigte in einer randomisierten und kontrollierten Studie eine gute Wirksamkeit (Bryant et al., 1999). Dies steht im Kontrast zu der bislang nicht nachgewiesenen Wirksamkeit des häufig angewandten Critical Incident Stress Debriefing (vgl. Wessely et al., 2001).

4 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. *Wie gehe ich mit dem Verdacht auf das Vorliegen einer Traumatisierung in der Lebensgeschichte um?*
→ Fragen Sie den Patienten, welche Ereignisse ihn in seinem Leben am meisten belastet haben bzw. lassen Sie ihn eine entsprechende Checkliste ausfüllen (vgl. SKID). Es gibt keine seriöse Methode, mit der man herausfinden kann, ob eine Person eine Traumatisierung erlebte, an die sie keine Erinnerung hat. Niemals darf vom Vorliegen bestimmter Symptome auf das Vorliegen einer (z.B. sexuellen) Traumatisierung geschlossen werden.
2. *Was sind die Besonderheiten bei der Behandlung von sexueller Traumatisierung?*
→ Sexuelle Gewalt führt zu den höchsten Inzidenzraten der PTB und ist damit das Schlimmste, was ein Mensch einem anderen antun kann. Zudem findet sexueller Missbrauch früh im Leben statt, und es ist bekannt, dass eine Traumatisierung umso schlimmere Folgen hat, je geringer das Lebensalter des Betroffenen ist (Steil und Straube, 2002). Gefühle der Scham erschweren es Opfern sexueller Gewalt in besonderer Weise, mit anderen über ihr Erleben zu sprechen, soziale Unterstützung bzw. auch Zugang zu einer Behandlung zu bekommen. Sexuelle Gewalt betrifft in besonderer Weise die Bereiche interpersonelles Vertrauen, persönliche Sicherheit und Intimität.
3. *Kann es durch eine Konfrontationsbehandlung zu einer Retraumatisierung kommen?*
→ Empirische Befunde belegen eindeutig die positive Wirksamkeit von Exposition, auch z.B. bei den Folgen von sexueller Gewalt (Resick und Schnicke, 1992). Im Rahmen einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung und unter der Bedingung, dass der Patient selbst die Kontrolle über Beginn und Ende der Expositionselemente erhält, sind keine negativen Wirkungen der Konfrontationsbehandlung zu befürchten.
4. *Was tue ich, wenn der Patient sich nicht auf das Wiedererleben der traumatischen Erinnerungen einlassen möchte?*
→ Erarbeiten Sie mit den typischen kognitiven Methoden, warum die bisherigen vermeidenden Copingversuche des Patienten nicht hilfreich waren. Streichen Sie hervor, dass Vermeidung immer nur kurzfristig hilfreich ist, langfristig nicht. Erfassen Sie genau und geduldig, was der Patient im Falle des Nicht-Bekämpfens seiner Erinnerungen befürchtet („Ich werde verrückt“, „Ich werde gewalttätig“), und bearbeiten Sie diese unangemessenen Befürchtungen mit kognitiven Mitteln. Ziel ist, beim Patienten eine „kreative Hoffnungslosigkeit“ bezüglich aller vermeidenden Strategien zu erzeugen und die Erlaubnis zu erhalten, zunächst nur ein einziges Mal auszuprobieren, ob die Befürchtungen, die der Patient bezüglich des Wiedererinnerns hat, zutreffen.
5. *Was tue ich, wenn es beim imaginativen Wiedererleben nicht zu einem deutlichen Belastungsanstieg kommt?*
→ Der Patient verhindert die Reaktivierung der primären traumatischen Emotionen, er konfrontiert sich nicht wirklich mit den Erinnerungen an das Trauma. So fehlt evtl. ein bedeutendes Element des Geschehens (Bsp: Patientin berichtet in Deutsch, während der Traumatisierung (sexuelle Gewalt) kommunizierte sie jedoch auf Englisch), oder es existieren

weiterhin katastrophisierende Befürchtungen dazu, was bei der Reaktivierung der traumatischen Emotionen geschehen könnte. Explorieren Sie diese Faktoren.

6. *Die Behandlung führt nicht zu einer Verbesserung der Symptomatik – was mache ich falsch?*
→ Der Patient war vielleicht noch nicht in der Lage, eine zentrale Kognition oder Interpretation offen zu legen und mitzuteilen, weil er sich dafür schämt (Bsp: Eine Patientin nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit empfand z.T. während der sexuellen Gewalterfahrungen Lust und verabscheut sich dafür („Ich bin ein schmutziger Mensch, weil ich so empfand“)).
7. *Woran merke ich, dass die Behandlung abgeschlossen werden kann?*
→ Die Belastung bei Konfrontation mit den vorher belastendsten Erinnerungen liegt unter 30, Intrusionen werden nicht mehr als belastend erlebt, es gibt kaum mehr behaviorale bzw. kognitive Vermeidung (Tagebuch abermals über 7 Tage einsetzen).

5 Prüfungsfragen

1. Welche Instrumente sind zur Diagnose der PTB und des Schweregrades der posttraumatischen Symptomatik geeignet? Was kann das Erkennen der Störung erschweren?
2. Nennen Sie Risikofaktoren, die schon kurz nach einer Traumatisierung für die Abschätzung der individuellen Vulnerabilität der betroffenen Person für eine chronische PTB herangezogen werden können!
3. Bitte beschreiben Sie die theoretischen Grundlagen der Konfrontationsbehandlung der PTB!
4. Bitte beschreiben Sie die theoretischen Grundlagen der kognitiven Behandlung der PTB!
5. Bitte schildern Sie das Vorgehen bei der imaginalen Exposition. Auf welche Aspekte müssen Sie besonders achten?
6. Schildern Sie bitte, welche Gesichtspunkte Sie bei der Gesprächsführung mit PTB-Patienten beachten müssen!
7. Bitte schildern Sie das Vorgehen bei der kognitiven Behandlung der PTB am Beispiel übersteigter subjektiver Verantwortung für das Trauma. Auf welche Aspekte müssen Sie besonders achten?
8. Nennen Sie diagnostische Instrumente und Methoden, welche zur Evaluation des Behandlungsverlaufes herangezogen werden können.

6 Literatur

a) zitierte Literatur

- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G: Kognitive Therapie der Depression. München: Psychologie Verlags Union, Urban & Schwarzenberg, 1986
- Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL, Schultz LR: Sex differences in posttraumatic stress disorder. Arch Gen Psychiatry 1997;54:1044-1048
- Brewin CR, Dagleish T, Joseph S: A dual representation theory of post-traumatic stress disorder. Psychol Rev 1996;103:670-686
- Bryant R, Sackville T, Dang ST, Moulds M, Guthrie R: Treating acute

4 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. *Wie gehe ich mit dem Verdacht auf das Vorliegen einer Traumatisierung in der Lebensgeschichte um?*
→ Fragen Sie den Patienten, welche Ereignisse ihn in seinem Leben am meisten belastet haben bzw. lassen Sie ihn eine entsprechende Checkliste ausfüllen (vgl. SKID). Es gibt keine seriöse Methode, mit der man herausfinden kann, ob eine Person eine Traumatisierung erlebte, an die sie keine Erinnerung hat. Niemals darf vom Vorliegen bestimmter Symptome auf das Vorliegen einer (z.B. sexuellen) Traumatisierung geschlossen werden.
2. *Was sind die Besonderheiten bei der Behandlung von sexueller Traumatisierung?*
→ Sexuelle Gewalt führt zu den höchsten Inzidenzraten der PTB und ist damit das Schlimmste, was ein Mensch einem anderen antun kann. Zudem findet sexueller Missbrauch früh im Leben statt, und es ist bekannt, dass eine Traumatisierung umso schlimmere Folgen hat, je geringer das Lebensalter des Betroffenen ist (Steil und Straube, 2002). Gefühle der Scham erschweren es Opfern sexueller Gewalt in besonderer Weise, mit anderen über ihr Erleben zu sprechen, soziale Unterstützung bzw. auch Zugang zu einer Behandlung zu bekommen. Sexuelle Gewalt betrifft in besonderer Weise die Bereiche interpersonelles Vertrauen, persönliche Sicherheit und Intimität.
3. *Kann es durch eine Konfrontationsbehandlung zu einer Retraumatisierung kommen?*
→ Empirische Befunde belegen eindeutig die positive Wirksamkeit von Exposition, auch z.B. bei den Folgen von sexueller Gewalt (Resick und Schnicke, 1992). Im Rahmen einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung und unter der Bedingung, dass der Patient selbst die Kontrolle über Beginn und Ende der Expositionselemente erhält, sind keine negativen Wirkungen der Konfrontationsbehandlung zu befürchten.
4. *Was tue ich, wenn der Patient sich nicht auf das Wiedererleben der traumatischen Erinnerungen einlassen möchte?*
→ Erarbeiten Sie mit den typischen kognitiven Methoden, warum die bisherigen vermeidenden Copingversuche des Patienten nicht hilfreich waren. Streichen Sie hervor, dass Vermeidung immer nur kurzfristig hilfreich ist, langfristig nicht. Erfassen Sie genau und geduldig, was der Patient im Falle des Nicht-Bekämpfens seiner Erinnerungen befürchtet („Ich werde verrückt“. „Ich werde gewalttätig“), und bearbeiten Sie diese unangemessenen Befürchtungen mit kognitiven Mitteln. Ziel ist, beim Patienten eine „kreative Hoffnungslosigkeit“ bezüglich aller vermeidenden Strategien zu erzeugen und die Erlaubnis zu erhalten, zunächst nur ein einziges Mal auszuprobieren, ob die Befürchtungen, die der Patient bezüglich des Wiedererinnerns hat, zutreffen.
5. *Was tue ich, wenn es beim imaginativen Wiedererleben nicht zu einem deutlichen Belastungsanstieg kommt?*
→ Der Patient verhindert die Reaktivierung der primären traumatischen Emotionen, er konfrontiert sich nicht wirklich mit den Erinnerungen an das Trauma. So fehlt evtl. ein bedeutendes Element des Geschehens (Bsp: Patientin berichtet in Deutsch, während der Traumatisierung (sexuelle Gewalt) kommunizierte sie jedoch auf Englisch), oder es existieren

weiterhin katastrophisierende Befürchtungen dazu, was bei der Reaktivierung der traumatischen Emotionen geschehen könnte. Explorieren Sie diese Faktoren.

6. *Die Behandlung führt nicht zu einer Verbesserung der Symptomatik – was mache ich falsch?*
→ Der Patient war vielleicht noch nicht in der Lage, eine zentrale Kognition oder Interpretation offen zu legen und mitzuteilen, weil er sich dafür schämt (Bsp: Eine Patientin nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit empfand z.T. während der sexuellen Gewalterfahrungen Lust und verabscheut sich dafür („Ich bin ein schmutziger Mensch, weil ich so empfand“)).
7. *Woran merke ich, dass die Behandlung abgeschlossen werden kann?*
→ Die Belastung bei Konfrontation mit den vorher belastendsten Erinnerungen liegt unter 30, Intrusionen werden nicht mehr als belastend erlebt, es gibt kaum mehr behaviorale bzw. kognitive Vermeidung (Tagebuch abermals über 7 Tage einsetzen).

5 Prüfungsfragen

1. Welche Instrumente sind zur Diagnose der PTB und des Schweregrades der posttraumatischen Symptomatik geeignet? Was kann das Erkennen der Störung erschweren?
2. Nennen Sie Risikofaktoren, die schon kurz nach einer Traumatisierung für die Abschätzung der individuellen Vulnerabilität der betroffenen Person für eine chronische PTB herangezogen werden können!
3. Bitte beschreiben Sie die theoretischen Grundlagen der Konfrontationsbehandlung der PTB!
4. Bitte beschreiben Sie die theoretischen Grundlagen der kognitiven Behandlung der PTB!
5. Bitte schildern Sie das Vorgehen bei der imaginalen Exposition. Auf welche Aspekte müssen Sie besonders achten?
6. Schildern Sie bitte, welche Gesichtspunkte Sie bei der Gesprächsführung mit PTB-Patienten beachten müssen!
7. Bitte schildern Sie das Vorgehen bei der kognitiven Behandlung der PTB am Beispiel übersteigter subjektiver Verantwortung für das Trauma. Auf welche Aspekte müssen Sie besonders achten?
8. Nennen Sie diagnostische Instrumente und Methoden, welche zur Evaluation des Behandlungsverlaufes herangezogen werden können.

6 Literatur

a) zitierte Literatur

- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G: Kognitive Therapie der Depression. München: Psychologie Verlags Union, Urban & Schwarzenberg, 1986
- Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL, Schultz LR: Sex differences in posttraumatic stress disorder. Arch Gen Psychiatry 1997;54:1044-1048
- Brewin CR, Dagleish T, Joseph S: A dual representation theory of post-traumatic stress disorder. Psychol Rev 1996;103:670-686
- Bryant R, Sackville T, Dang ST, Moulds M, Guthrie R: Treating acute

4.7 Somatoforme und dissoziative Störungen

4.7.1 Somatoforme Störungen

GABY BLEICHHARDT UND WOLFGANG HILLER

1 Einleitung

Der Begriff „somatoform“ wird verwendet, wenn Patienten über körperliche Symptome klagen, die zunächst das Vorhandensein einer hierfür verantwortlichen körperlichen Erkrankung vermuten lassen, welche aber anschließend durch medizinische Diagnostik nicht bestätigt werden kann. Solche „medizinisch unklaren“ körperlichen Symptome treten in allen klinischen Settings ausgesprochen häufig auf, entweder als Hauptbeschwerdebild oder als zusätzliche Merkmale bei anderen psychischen Störungen. Psychopathologisch steht der Fokus auf den eigenen Körper im Vordergrund. Dementsprechend setzen Behandlungen bei der Wahrnehmung und Bewertung von Körperprozessen an sowie bei Verhaltensweisen, die hiermit in Verbindung stehen. Ausschließlich biomedizinische Behandlungen sind zumindest bei länger dauernder somatoformer Symptomatik fast immer erfolglos. Lange Zeit galten Patienten mit somatoformen Störungen als schwierig bis kaum therapierbar, jedoch haben innovative Therapieansätze in den letzten zehn Jahren große Fortschritte erbracht. Psychotherapie gilt daher heute als Behandlungsmethode der Wahl. Das Erkennen und Behandeln von somatoformen Störungen sollte eine Basisqualifikation jedes Psychotherapeuten darstellen.

2 Theoretische Inhalte und Kenntnisse

2.1 Hauptmerkmale

Das wesentliche Kernmerkmal aller somatoformen Störungen ist das Leiden unter körperlichen Beschwerden, die nicht (oder nicht ausreichend) durch einen medizinischen Krankheitsfaktor erklärt werden können. Bevor die Betroffenen einen Psychotherapeuten aufsuchen, haben sie in der Regel intensive Behandlungsversuche durch Haus- oder Fachärzte hinter sich. Patienten mit somatoformen Störungen sorgen sich oft über körperliche Vorgänge oder über mögliche Krankheiten, und sie beschäftigen sich intensiv mit ihrem Körper und seinen Vorgängen. Üblicherweise werden körperliche Missempfindungen organmedizinisch interpretiert, und es fällt den Betroffenen zumeist schwer, eine Beteiligung psychologischer Faktoren an ihren körperlichen Beschwerden anzunehmen.

In der Literatur finden sich zuweilen noch andere, eher ältere Begriffe für somatoforme Störungen. Am häufigsten ist dabei der Begriff der „funktionellen Störungen“, andere Umschreibungen

lauten z. B. „somatisierte“ oder „larvierte Depression“ sowie „vegetative Dystonie“.

2.2 Epidemiologie

Die Lebenszeitprävalenz somatoformer Störungen mit dem Hauptmerkmal einzelner oder multipler körperlicher Beschwerden liegt in den westlichen Zivilisationen bei 10-15%, die der hypochondrischen Störung bei schätzungsweise 1-3%. Am häufigsten kommen Schmerzsymptome (v.a. Kopf- und Rückenschmerzen), Symptome des Magen-Darm-Trakts sowie Herz-Kreislauf-Systems vor. Es liegen Hinweise vor, dass Frauen häufiger betroffen sind und die Störungen mit steigendem Alter zunehmen. In Allgemeinarztpraxen muss mit einem Anteil von 20-30% somatoformer Störungen gerechnet werden, aber auch bei Fachärzten werden die betroffenen Patienten häufig vorgestellt, um spezielle medizinische Diagnostik durchführen zu lassen. Studien haben ferner gezeigt, dass in medizinischen Allgemein- und Fachkrankenhäusern bis zu etwa einem Drittel der Patienten an behandlungsbedürftigen somatoformen Beschwerden leidet. Es kommt nicht selten vor, dass die somatoforme Symptomatik nicht erkannt und daher auch nicht adäquat diagnostiziert wird.

2.3 Onset und Verlauf

Der Beginn somatoformer Störungen kann bereits in der Kindheit und Jugendzeit liegen. In einer epidemiologischen Studie in Deutschland mit der Zielgruppe 14-24-Jähriger wurde bereits bei 12,6% eine entsprechende Diagnose gestellt (Lieb et al., 2000). Andere Studien deuten darauf hin, dass nur bei etwa einem Drittel im Spontanverlauf oder bei medizinischer Standardbehandlung mit einer vollständigen Remission zu rechnen ist, wenn sich bereits das Vollbild einer somatoformen Störung entwickelt hatte. Daher besteht ein hohes Chronifizierungsrisiko. Es muss erwartet werden, dass die vorherrschenden körperlichen Beschwerden im Störungsverlauf wechseln oder weitere Symptome hinzukommen.

2.4 Klinische Merkmale

2.4.1 Komorbidität

Es ist eher die Regel als die Ausnahme, dass bei Patienten mit somatoformen Störungen komorbide psychische Störungen vor-