Anne Boos

Kognitive Verhaltens-therapie nach chronischer Traumatisierung

Ein Therapiemanual

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

HOGREFE

Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Boos: Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung (ISBN 9783840923166) © 2014 Hogrefe, Göttingen.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Boos: Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung (ISBN 9783840923166) © 2014 Hogrefe, Göttingen.

Kognitive Verhaltens-therapie nach chronischer Traumatisierung

Ein Therapiemanual

2., überarbeitete und erweiterte Auflage

von
Anne Boos

HOGREFE
GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM · KOPENHAGEN
STOCKHOLM · FLORENZ · HELSINKI

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Boos: Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung (ISBN 9783840923166) © 2014 Hogrefe, Göttingen.

Dr. rer. nat. Anne Boos, geb. 1971. 1990-1997 Studium der Psychologie in Trier, Stirling (Schottland) und Oxford (England). 2002 Promotion und Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin. 2002-2009 wissenschaftliche Mitarbeiterin und Psychologische Psychotherapeutin an der Institutsambulanz und Tagesklinik für Psychotherapie der TU Dresden. Seit 2008 Supervisorin und Tätigkeit im Bereich der Aus- und Weiterbildung von Verhaltenstherapeutinnen und -therapeuten. Seit 2009 niedergelassen in eigener Praxis.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzudrucken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

© 2005 und 2014 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto · Boston
Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm · Florenz · Helsinki
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

http://www.hogrefe.de
Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:
Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.
Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Satz: ATRhür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2316-6

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Boos: Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung (ISBN 9783840923166) © 2014 Hogrefe, Göttingen.

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigefügt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Boos: Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung (ISBN 9783840923166) © 2014 Hogrefe, Göttingen.

Für Peter, Jakob, Martin und meine Mutter

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Boos: Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung (ISBN 9783840923166) © 2014 Hogrefe, Göttingen.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Boos: Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung (ISBN 9783840923166) © 2014 Hogrefe, Göttingen.

Inhalt

Einleitung 13

I. Theoretischer Hintergrund

Kapitel 1: Beschreibung Posttraumatischer Störungen 17
1.1 Erscheinungsbild und Definitionskriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung . . 17
1.1.1 Vom DSM-IV zum DSM-5 – was ist neu? 17
1.1.2 DSM-5: Die „neue“ Posttraumatische Belastungsstörung 18
1.1.3 Bisherige diagnostische Kriterien nach DSM-IV und ICD-10 19
1.1.4 Typ-I- und Typ-II-Trauma 21
1.1.5 Traumapatient ist nicht gleich Traumapatient 21
1.1.6 Diagnostik der PTB 22
1.1.7 Epidemiologie 23
1.1.8 Risikofaktoren: Wer entwickelt eine PTB nach einer Traumatisierung? 24
1.1.9 Verlauf und Prognose 24
1.1.10 Suizidalität 25
1.1.11 Komorbide Störungen 25
1.1.12 Komorbidität mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung 26
1.2 Umgang mit Achse-I-Komorbidität 27
1.3 Weitere Belastungsstörungen nach ICD-10 und DSM-IV 30
1.3.1 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung 30
1.3.2 Akute Belastungsstörung nach DSM-5 und ICD-11 30
1.3.3 Ausblick auf das ICD-11 31
1.3.4 Versorgungsrealität der Posttraumatischen Belastungsstörung in Deutschland 33

Kapitel 2: Ätiologiemodelle 35
2.1 Die behaviorale Perspektive: Das Modell der pathologischen Furchtstruktur 35
2.2 Die kognitive Perspektive: Das kognitiv-behaviorale Modell der chronischen PTB von Ehlers und Clark 36
2.2.1 Traumagedächtnis 37
2.2.2 Veränderung von Intrusionen durch die Traumakonfrontation 39
2.2.3 Dysfunktionale Interpretationen des Traumas und seiner Konsequenzen 39
2.2.4 Sicherheits- und Vermeidungsverhalten 40

Kapitel 3: Therapieerfolgsforschung 42
3.1 Untersuchte Traumapopulationen 42
3.2 Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapien der PTB 42
3.2.1 Internationale Richtlinien 42
3.2.2 Die Effektivität der kognitiven Verhaltenstherapie der PTB im Feld 43
3.2.3 Allgemeine Bausteine der traumafokussierten Therapien 44
3.2.4 Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Ehlers und Clark 44
3.2.5 Wieso wirkt Konfrontation mit traumatischen Erinnerungen? 46
3.3 Traumafokussierte Interventionsverfahren im Überblick 46
3.3.1 Kontraindikationen gegen traumafokussierte Therapie 50

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Boos: Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung (ISBN 9783840923166) © 2014 Hogrefe, Göttingen.

3.3.2 Welche Konfrontationsdosis ist notwendig? 50
3.4 Dialektisch behaviorale Traumatherapie/Zwei-Phasen-Modelle 51
3.5 Eye Movement Desensitisation and Reprocessing Therapy (EMDR) 55
3.6 Pharmakotherapie 56
3.7 Komorbidität und Therapieerfolg 57
3.8 Therapieabbrüche 57
3.9 Welches sind die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Verlängerten Konfrontationstherapie und der kognitiven Verhaltenstherapie der chronischen PTB? 58
3.10 Mythen bezogen auf die Konfrontation traumatischer Erfahrungen 59
3.11 Welche Methode soll die Therapeutin wählen? 61

Kapitel 4: Therapiehürden: Was erschwert den konfrontativen Umgang mit den Symptomen der PTB? 63
4.1 Therapiehürde nicht angstbezogene kognitiv-affektive Posttraumatische Reaktionen und Überzeugungen 63
4.2 Wieso komplizieren diese kognitiv-affektiven Reaktionen die Modifikation des Furchtgedächtnisses? 65
4.3 Therapiehürde: Exzessive Übererregung 66
4.4 Therapiehürde: Dissoziation 67

Kapitel 5: Kognitive Verhaltenstherapie der PTB 68
5.1 Vom Hier und Jetzt zum Damals und Dort: „Was muss das Traumagedächtnis lernen?“ 68
5.1.1 Hot-Spots: Die schlimmsten Momente der Traumatisierung 69
5.1.2 Die Inhalts-Spezifitäts-Hypothese von A. T. Beck 71
5.1.3 Erfassung der kognitiven Themen in den Hot-Spots 72
5.1.4 Methoden zur Modifikation der Bedeutung der schlimmsten Momente des Traumas . . 72
5.2 Traumatherapie ist eine Therapie der schlimmsten Momente 72
5.2.1 Welches Trauma zuerst behandeln? 73
5.3 „Trampelpfade im Kopf“: prätraumatisch vorbestehende Grundüberzeugungen oder Schemata 74

II. Rahmenbedingungen kognitiv-verhaltenstherapeutischer Traumatherapie

Kapitel 6: Rahmenbedingungen der Therapie chronisch traumatisierter Menschen 81
6.1 Aspekte einer angemessenen therapeutischen Haltung gegenüber Opfern 81
6.2 Aspekte wenig förderlichen therapeutischen Handelns: Das Bedürfnis, aktuelle Traumatisierungen zu beenden 82
6.3 Relative Sicherheit und Täterkontakte 82
6.3.1 Bewältigung der Trennung vom Täter 83
6.3.2 Einbezug von Tätern in die Therapie? 84
6.3.3 Externale und internale Sicherheit 85
6.4 Der schwierige Umgang mit schwierigen Erinnerungen 85
6.4.1 Amnesien und Kontinuität für Erinnerungen an Traumatisierungen 85
6.4.2 Das Unfassbare fassen lernen 86
6.4.3 Ist es mir wirklich passiert? 87
6.4.4 Umgang mit dem Verdacht auf eine Traumatisierung 88
6.4.5 Ungünstige Bewertungen unvollständiger Erinnerungen durch Patientinnen 88

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Boos: Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung (ISBN 9783840923166) © 2014 Hogrefe, Göttingen.

Kapitel 7: Beziehungsgestaltung 90
7.1 „Optimale“ Differenz 90
7.2 „Optimales“ Setting 91
7.3 „Optimales“ Therapeutenverhalten 92

III. Therapie

Kapitel 8: Erklärungs- und Veränderungsmodell 95
8.1 Mögliche Schwierigkeiten zu Beginn der Therapie 95
8.2 Über die Spätfolgen reden, ohne über das Trauma zu reden 95
8.3 Vermittlung eines plausiblen Erklärungsmodells 96
8.4 Vermittlung eines plausiblen Veränderungsmodells: „Vom Hier und Jetzt zum Damals und Dort“ 98
8.5 Psychoedukation über relevante Aspekte der impliziten bzw. expliziten Informationsverarbeitung 100
8.5.1 Anwendung des Modells bei traumatischen Amnesien 101
8.5.2 Behandlungsimplikationen für sensorische Wiedererinnerungen ohne explizite Erinnerungen 101
8.6 Wahrgenommene Bedrohung: Symptom oder Problem? 102

Kapitel 9: Traumagrafiken 103
9.1 Problembezogene Informationserfassung 103
9.2 Klassifikatorische Diagnostik 103
9.3 Traumagrafik oder „das Traumagedächtnis unter ein Mikroskop legen“ 103
9.4 Mikroanalyse der schlimmsten Momente 104
9.5 Die Anwendung der Traumagrafiken bei verschiedenen traumarelevanten Konstellationen 105
9.5.1 Reviktimisierung 105
9.5.2 Verschiedene Traumatisierungen von einem Typus 106
9.5.3 Singuläres Trauma 106
9.5.4 Vorbestehende ungünstige, aber nicht traumatische Lebensereignisse 106
9.6 Therapieplanung auf der Grundlage der klassifikatorischen Diagnostik und der Traumagrafiken 106
9.7 Typische Traumagrafiken und deren therapeutische Implikationen 107
9.7.1 Fallbeispiel 1: „Ich fühle mich nicht sicher, die Männer werden mich überall finden!“ 107
9.7.2 Fallbeispiel 2: „Ich bin an allem schuld!“ 110
9.7.3 Fallbeispiel 3: „Ich muss immer wissen, woran ich bin!“ 114
9.7.4 Fallbeispiel 4: „40 Jahre später kommen die Erinnerungen wieder.“ 117

Kapitel 10: Schuldgefühle 122
10.1 Pathologische Schuldgefühle und Schuldgedanken 122
10.2 Theoretische Einordnung von Schuldgefühlen in das kognitive Modell 122
10.3 Ein multidimensionales Modell der Entstehung von Schuldgefühlen 123
10.3.1 Schuldkognitionen 124
10.3.2 Denkfehler der Retrospektiven 124
10.4 Überblick über häufige Kontextfaktoren während einer Traumatisierung 125
10.4.1 Entwicklungsstand von Kindern 125

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Boos: Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung (ISBN 9783840923166) © 2014 Hogrefe, Göttingen.

10.4.2 Prätraumatische Lernbedingungen 125
10.4.3 Zuwendungsexperte Kind 126
10.4.4 „Kinder haften für ihre Eltern“ 126
10.4.5 Psychoedukation über Verhalten in Extremsituationen 127
10.4.6 Psychoedukation über Täterverhalten 127
10.4.7 Überzeugungen, die den Verbleib in einer schädigenden Partnerschaft begünstigen . . . 128
10.5 Modifikation von Schuldgefühlen 129
10.5.1 Ablaufschema der Modifikation von Schuldgefühlen 129
10.5.2 Ausgeprägte Schuldgefühle nach chronischer Traumatisierung 133
10.5.3 Schuldgefühle nach risikoreichem Verhalten, das zum Trauma führte 133
10.5.4 Entschädigung, Vergebung und Rückfallprophylaxe 134
10.6 Unschuld 134
10.7 Teilschuld 134
10.8 Realschuld traumatisierter Täter 136
10.9 Fallbeispiel: Modifikation eines Schuldgedankens während der Konfrontation 136

Kapitel 11: Schamgefühle 141
11.1 Zur Unterscheidung von Schuld und Schamgefühlen 141
11.2 Theoretische Einordnung von Schamgefühlen in das kognitive Modell 141
11.3 Ein multidimensionales Modell der Entstehung von Schamgefühlen 141
11.3.1 Internalisierte und externalisierte Schamgefühle 143
11.3.2 Gerechtfertigte und ungerechtfertigte Schamgefühle 144
11.3.3 Kulturspezifische Überzeugungen: Der Einfluss kultureller Normen auf Scham- und Schuldreaktionen 144
11.4 Modifikation von Schamgefühlen 145
11.4.1 Ablaufschema der Modifikation von ungerechtfertigten Schamgefühlen 145
11.4.2 Fallbeispiel: Modifikation von Posttraumatischen Schamgefühlen außerhalb und während der Konfrontation in sensu 146
11.5 Traumatisierungen in Schamkulturen 148
11.5.1 Trauma, Ehrverlust und Scham im kulturellen Kontext: gerechtfertigte Schamgefühle 148
11.5.2 Exkurs: Begriffsklärung des Ehrbegriffes „Namûs“ 149
11.5.3 Ablaufschema der Modifikation von gerechtfertigten Schamgefühlen 150
11.5.4 Vermeidung als soziale Überlebensstrategie 150
11.5.5 Wiederherstellung des Ehrgefühls 151
11.6 Kulturspezifische Besonderheiten 151
11.7 Psychotherapie mit Migrantinnen und Migranten 153
11.7.1 Richtlinien für den Ablauf von Psychotherapie unter Zuhilfenahme eines Sprachvermittlers 153
11.7.2 Exkurs: Strukturelle Benachteiligungen von Menschen in schwebenden Asylverfahren 154

Kapitel 12: Befürchtungen der Kontamination und Ekelgefühle 156
12.1 Theoretische Einordnung von Ekel in das kognitive Modell 157
12.1.1 Ekelgefühle und Sexualität 157
12.1.2 Welche Bedeutung haben sexualtherapeutische Interventionen bei der Bewältigung von Ekel? 157
12.2 Modifikation von, mit sexuellen Aktivitäten assoziierten, Ekelgefühlen 158
12.2.1 Ablaufschema der Modifikation von Ekelgefühlen 158
12.2.2 Fallbeispiel: Modifikation von Ekel 158
12.2.3 Verhaltensexperimente zur Bewältigung von Ekelgefühlen 160
12.3 Traumatische Sexualisierung 160

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Boos: Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung (ISBN 9783840923166) © 2014 Hogrefe, Göttingen.

12.3.1 Therapeutischer Umgang mit traumatischer Sexualisierung 161
12.3.2 Sexualtherapie nach Traumatisierung? 161
12.4 Behandlung von Kontaminationsbefürchtungen und -gefühlen nach Steil und Jung . . . 163

Kapitel 13: Imaginative Methoden im Rahmen der Traumakonfrontation 165
13.1 Die Bedeutung imaginativer Techniken innerhalb der kognitiven Theorie und Therapie 165
13.2 Vorstellungsbilder in der kognitiven Therapie 165
13.3 Theoretische Einordnung imaginativer Techniken in das kognitive Modell 165
13.3.1 Evaluation imaginativer Methoden in der Traumakonfrontation 166
13.3.2 Funktionalere Bewertungen durch Imaginationen gewinnen 167
13.3.3 Ablaufschema für den Einsatz von Imaginationen 168
13.4 Überblick über einige imaginative Methoden 170
13.5 Bewältigungsbilder zur Modifikation von Grundannahmen oder Schemata, die durch die Traumatisierung reaktiviert wurden 172
13.6 Imaginatives Umschreiben von Kindheitserinnerungen nach Arntz und Weertmann 174
13.7 Konfrontationsdosis bei früher Traumatisierung und instabilen Patienten verändern? 174
13.8 Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy (IRRT) 175
13.8.1 Ablaufschema der IRRT 175
13.8.2 Fallbeispiel: IRRT nach sexuellem Missbrauch in der frühen Kindheit 179

Kapitel 14: Psychologische und somatoforme Dissoziation 183
14.1 Peritraumatische und Posttraumatische Dissoziation 183
14.2 Dissoziative Symptome – eine Hürde bei der emotionalen Verarbeitung? 184
14.3 Psychologische Dissoziation 186
14.4 Somatoforme Dissoziation 187
14.4.1 Depersonalisation und Derealisation 188
14.4.2 Selbstentfremdung 188
14.4.3 Derealisation 188
14.5 Kampf, Flucht und Einfrieren 189
14.5.1 Modellvorstellung von Depersonalisation (DP) und Derealisation (DR) als Angststörung 189
14.5.2 Behandlung der sekundären Depersonalisations- und Derealisationssymptome nach Hunter et al. 190
14.5.3 Behandlung exzessiver dissoziativer Symptome und exzessiver Symptome der Übererregung während der Traumakonfrontation 195
14.5.3.1 Stabilisierung 196
14.5.3.2 Ablaufschema von Konfrontationen unter Berücksichtigung von Therapiehürden 196
14.5.3.3 Fallbeispiel: Konfrontation mit einem schlimmsten Moment beobachteter elterlicher Partnergewalt 197
14.5.4 Reduzierung tonischer Immobilität 201

Kapitel 15: Modifikation von Sicherheits- und Vermeidungsverhalten 203
15.1 Theoretische Einordnung von Sicherheits- und Vermeidungsverhalten in das kognitive Modell 203
15.2 Verhaltensexperimente 203
15.2.1 Ablaufschema: Verhaltensexperiment 204
15.3 Konfrontationen in vivo 206

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Boos: Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung (ISBN 9783840923166) © 2014 Hogrefe, Göttingen.

15.3.1 Ablaufschema: Konfrontationen in vivo 206
15.3.2 Verhaltensexperimente/Konfrontationen in vivo unter Nutzung moderner Medien 207
15.3.3 Konfrontation mit dem Täter? 207
15.3.4 Umgang mit emotionalem Terror 208
15.4 Triggerdiskrimination und Tatortbesichtigung 210
15.5 Tatortbesichtigungen 211
15.6 Zusammenfassung: Ablaufschema der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Traumatherapie 212

Literatur 213

Anhang 225
Impact of Event Scale (IES-R)7 227
IES-R – Auswertung 228
Fragebogen zu Gedanken nach traumatischen Erlebnissen (PTCI)8 229
PTCI – Auswertung 232
Arbeitsblatt: Idiosynkratisches Störungsmodell 233
Arbeitsblatt: Traumagrafiken 234
Arbeitsblatt: Was hat es mir schwer gemacht, mich anders zu verhalten? 235
Arbeitsblatt: Verhaltensexperimente – Teil 1 236
Arbeitsblatt: Verhaltensexperimente – Teil 2 237
Arbeitsblatt: Konfrontation in vivo – Teil 1 238
Arbeitsblatt: Konfrontation in vivo – Teil 2 239
Arbeitsblatt: Konfrontation in sensu 240
Arbeitsblatt: Identifikation von Auslösereizen 241
Arbeitsblatt: Reizdiskriminierung 242
Arbeitsblatt: Diskriminationsübung zu Auslösereizen 243

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Boos: Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung (ISBN 9783840923166) © 2014 Hogrefe, Göttingen.

Einleitung*

Opfer eignen sich für Schlagzeilen. Wenn Kinder missbraucht und anschließend ermordet werden, hält die Bevölkerung den Atem an, reagiert aufgebracht und wütend. Gerichtsprozesse gegen mutmaßlich sadistische Kinderschänder wie der gegen Marc Dutroux ziehen internationale Aufmerksamkeit auf sich. Gut inszenierte Dokumentationen vollziehen den Leidensweg der Opfer nach und spekulieren über die Motive der Täter. Opfer politischer Unruhen und Kriege sind täglich in den Fernsehnachrichten zu sehen. Der informierte Mensch ist „live" dabei, noch bevor das eigentliche Trauma vorbei ist.

Doch, was ist mit den Opfern? Deren Leiden eignet sich nicht lange für Schlagzeilen. Wie lebt es sich nach jahrelangen Misshandlungen? Wie verkraftet ein Mensch erlittene Grausamkeiten? Wie viel Lebensqualität ist noch übrig, wenn man Tag für Tag von der Vergangenheit gequält wird? Kommen wir auf den Gedanken, dass die Menschen, die die besagten Schlagzeilen machten, für Jahre an schweren psychischen Störungen leiden können? Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTB) ist eine schwerwiegende psychische Störung, die viele Opfer nach einer Traumatisierung entwickeln. Das Leiden an dieser Störung eignet sich für die Betroffenen und ihr Umfeld nicht für Schlagzeilen. Hinter nüchternen Prävalenzschätzungen stecken menschliche Schicksale, viel ungelebtes Leben und erschreckende Erfahrungen mit professionellen oder selbst ernannten Helfern. Oftmals vergehen Jahre oder Jahrzehnte bis Menschen, die unter eine PTB leiden, geeignete Hilfe suchen bzw. erhalten. Dabei stehen heute effektive, empirisch überprüfte Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie zur Verfügung, die, werden sie richtig und klug angewendet, den Leidensweg der Betroffenen beenden können.

* Anmerkung: Im gesamten Text wurde auf die jeweilige Nennung der femininen und maskulinen Form (Therapeut/Therapeutin) verzichtet. Im Hinblick darauf, dass die Autorin weiblich ist und die meisten Patienten der Autorin weiblich sind, wurde zumeist die feminine Form verwendet.

„Den Stier bei den Hörnern packen und ihm in die Augen sehen"

Menschen erinnern, um zu vergessen. Der Erfolg einer Psychotherapie der PTB steht und fällt mit der Konfrontation der schmerzlichen traumatischen Erfahrungen. Leider schrecken viele Therapeuten und Therapeutinnen vor der konfrontativen Auseinandersetzung mit den Spätfolgen der Traumatisierung zurück. Allzu oft heißt es, die Patientin sei nicht stabil genug, man solle nicht an alten Wunden rühren, meine Patientin verkraftet eine Konfrontation bestimmt nicht.Vermutlich wird oft das Trauma mit seinen psychischen Spätfolgen verwechselt. Traumapsychotherapie weckt eben nicht die Gespenster der Vergangenheit, sondern versucht den Betroffenen Wege zu zeigen, wie die Spätfolgen der Traumatisierung überwunden werden können. In diesem Sinne möchte das vorliegende Buch den Anwenderkreis für das empirisch gestützte Störungs- und Behandlungswissen erweitern und psychotherapeutisch tätige Kollegen und Kolleginnen ermuntern, mit den Patientinnen zusammen den Stier an den Hörnern zu packen. Die Arbeit mit traumatisierten Menschen kann für Therapeuten sehr bereichernd sein und bringt etwas mehr Gerechtigkeit in unsere Welt.

Ich möchte mich bedanken

Die erste Auflage dieses Buches entstand während meiner Tätigkeit an der Institutsambulanz der TU Dresden. In diesen Jahren war Professor Jürgen Hoyer ein guter Freund und Mentor. Ohne ihn hätte es dieses Buch nie gegeben. Die zweite Auflage kam nicht ohne die tatkräftige Unterstützung meines Mitarbeiters Dipl.-Soz. Matthes Blank zustande. Er half bei der Erstellung des Manuskriptes. Frau Dipl.-Psych. Angelika Haase las dankeswerter Weise Korrektur. Meinen Mitarbeitern in der Praxis danke ich für ihre freundliche moralische Unterstützung und ihr stetes Interesse an meiner Arbeit. In den vielen Jahren seitdem die erste Auflage erschienen ist, habe ich unzählige

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Boos: Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung (ISBN 9783840923166) © 2014 Hogrefe, Göttingen.

Kolleginnen und Kollegen in der Verhaltenstherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung ausbilden dürfen. Diesen Kollegen danke ich für ihre meist vorhandene Begeisterung am Thema, ihren Lernwillen und ihre Bereitschaft, sich in diesem Feld Expertise zu erarbeiten.

Dresden, November 2013 *Anne Boos*

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Boos: Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung (ISBN 9783840923166) © 2014 Hogrefe, Göttingen.

I. Theoretischer Hintergrund

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Boos: Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung (ISBN 9783840923166) © 2014 Hogrefe, Göttingen.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Boos: Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung (ISBN 9783840923166) © 2014 Hogrefe, Göttingen.

Kapitel 1

Beschreibung Posttraumatischer Störungen

In dem folgenden Kapitel werden Posttraumatische Störungen unter folgenden Aspekten beschrieben:
- Welches sind die Definitionskriterien der Störungen?
- Wie werden sie klassifiziert?
- Welche epidemiologischen Merkmale sind relevant?
- Welche Beziehung besteht zu anderen Störungen?

1.1 Erscheinungsbild und Definitionskriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung

Die entscheidenden Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTB) nach dem DSM-IV und -5 sowie ICD-10 sind,
- dass die Betroffenen nach der *Konfrontation mit einem traumatischen Stressor*
- Aspekte der Traumatisierung *intrusiv wiedererleben*,
- internale und externale Reize *vermeiden*, die der Traumatisierung ähneln oder sich *emotional taub fühlen* und
- Anzeichen einer chronisch erhöhten *psychophysiologische Übererregung* zeigen.
- Zudem werden im DSM-5 (APA, 2013) *negative Veränderungen in Kognitionen und Stimmung* beschrieben und für die Diagnosestellung verlangt.

1.1.1 Vom DSM-IV zum DSM-5 – was ist neu?

Mit dem Erscheinen des DSM-5 im Mai 2013 geht eine Forschungsperiode von 14 Jahren zu Ende, in der die Posttraumatische Belastungsstörung extensiv erforscht worden ist. Die aktuelle Datenlage wurde im DSM-5 gewürdigt, so dass die Posttraumatische Belastungsstörung jetzt an den Stand der Forschung angepasst ist. Das vorliegende Buch nahm bereits Befunde aus der Literatur auf, die jetzt durch das DSM-5 bestätigt worden sind. Dies gilt insbesondere für die Betonung der ungünstigen Bewertungsprozesse, wie sie jetzt wieder im DSM-5 aufgegriffen werden (siehe z. B. Symptomcluster D im DSM-5). Die Diskussionen für DSM-5 und ICD-11 weisen nach wie vor darauf hin, dass der ätiopathogenetische Faktor der Ausprägung aller Traumafolgestörungen das Erleben einer oder mehrerer Traumatisierungen ist. Die Diskutanten weisen wiederum darauf hin, dass die Traumageschichte nicht die Diagnose leiten sollte, sondern weiterhin gilt der Vorrang für die *symptombasierte* Diagnostik (Cloitre et al., 2014). Die Diagnose wird aufgrund der vorliegenden Symptome erstellt und nicht alleine aufgrund von traumatisierenden Ereignissen in der Lerngeschichte. Die Posttraumatische Belastungsstörung (wie auch die akute Belastungsstörung) wandert von der Kategorie der Angststörungen in die neue Kategorie *„Trauma und stressbezogenen Störungen“*. Alle Störungen dieser Klassifikation verlangen als ätiologischen Faktor die Konfrontation mit einem traumatischen oder ausgesprochen belastenden Ereignis, bzw. mehreren solcher Ereignisse. Das Kapitel der trauma- und stressbezogenen Störungen im DSM-5 umfasst also Störungen, bei denen die Konfrontation mit einem traumatischen oder belastenden Ereignis bzw. mehreren Ereignissen explizit in die diagnostischen Kriterien aufgenommen worden sind. In dieses Kapitel der Störungen gehören: zwei Bindungsstörungen (ICD: F94.1 und F94.2), die akute Belastungsstörung (ICD-10: noch F43.0, s.1.3.3), die Posttraumatische Belastungsstörung (ICD: F43.1) und die Anpassungsstörungen (ICD: F43.2). Dieses neue DSM-Kapitel wurde vor dem Hintergrund der Diskussion aufgenommen, dass die Reaktionen auf traumatische Ereignisse ausgesprochen variabel sein können. Auf der einen Seite sind klinische Bilder wohlbekannt, die vor allem durch Angst und Furcht gekennzeichnet sind, während andere Patienten eher dadurch charakterisiert sind, dass sie anhedone oder dysphorische Symptome zeigen bzw. ein erhöhter Ärger- und Aggressionsausdruck oder dissoziative Symptome beobachtbar sind. Die Variabilität des Symptomausdruckes war bereits in den Anpassungsstörungen thematisiert worden. Erlebte soziale Vernachlässigung ist der ätiologisch formulierte Faktor, sowohl bei der

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Boos: Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung (ISBN 9783840923166) © 2014 Hogrefe, Göttingen.

reaktiven Bindungsstörung als auch bei der Störung des enthemmenden sozialen Engagements („Disinhibited Social Engagement Disorder"). Mit sozialer Vernachlässigung ist insbesondere das Fehlen einer angemessenen und stabilen Bindungsfigur während der Kindheit gemeint, wobei die reaktive Bindungsstörung eher durch internalisierende Symptome mit depressiven Symptomen und Rückzug gekennzeichnet ist, während die Störung des enthemmten Sozialkontaktes sich vor allem durch eine deutliche Enthemmung und externalisierendes Verhalten auszeichnet (APA, 2013, s. Kasten 1).

1.1.2 DSM-5: Die „neue" Posttraumatische Belastungsstörung

Eine heftige Diskussion tobte um die Frage, ob das Stressorkriterium A1 vollkommen aus dem Klassifikationssystem herausgenommen werden sollte. Es ist interessant zu wissen, dass sich die Prävalenz der Symptomcluster (B bis D) nur geringfügig ändert, wenn das Traumakriterium nicht berücksichtigt wird (Friedmann et al., 2011). Im DSM-5 bleibt das Traumakriterium A mit deutlichen Modifikationen erhalten, wobei das Kriterium A2 (die subjektiven emotionalen Reaktionen) herausgenommen wurde. Dies geschah, da es keinen sonderlich hohen Voraussagewert für die spätere Störung hat und meist retrospektiver Natur ist. Das Hauptargument, warum das Stressorkriterium A1 im DSM-5 erhalten bleibt, besteht darin, dass es eine enge Verbindung zwischen dem Trauma und der späteren Störung (also der Posttraumatischen Belastungsstörung) gibt. Diese Störung entsteht nur, wenn eine Person mit einem außergewöhnlich belastenden bzw. traumatischen Ereignis konfrontiert war. Das Trauma stellt bei den Betroffenen meist einen bedeutsamen Bruch im Lebenskontext dar. Weiterhin wird betont, dass das Herzstück der Posttraumatischen Belastungsstörung weiterhin die unwillentlich Erinnerung an das Trauma und seiner Konsequenzen ist. Ohne diese könnten die anderen Symptome – damit sind die Symptome B bis D bzw. E gemeint – nicht verstanden werden. Insbesondere Intrusionen und Vermeidungssymptome können nur im Rahmen der vorherigen Konfrontation mit einem Ereignis verstanden werden. Das DSM-5 betont weiterhin die direkte Konfrontation mit einem traumatisierenden Ereignis, trägt aber auch den Befunden Rechnung, wonach die Kenntnisnahme vom Hörensagen, also die indirekte Konfrontation mit einem Trauma – insbesondere bei Familienmitgliedern, deren Angehörige z. B. ermordet oder missbraucht wurden – eine Posttraumatische Belastungsstörung auslösen kann. Zudem werden die traumatisierenden Wirkungen bestimmter Erfahrungen in etlichen Berufsgruppen einbezogen. So dass nun die Belastungen von Ersthelfern, militärischem Personal oder auch Ärzten besser gewürdigt werden. Beachtenswert ist zudem, dass das Erfahren von traumatischen Ereignissen über Medien explizit als traumatisierender Stressor *herausgenommen* worden ist (es sei denn der Medienkonsum ist Bestandteil eines Berufes.).

Kasten 1: Trauma- und Stressbezogene Störungen nach DSM-5 mit entsprechender ICD-10-Kodierung (Übersetzung durch die Autorin):

DSM-5	ICD-10
Reaktive Bindungsstörung mit Hemmung, 313.89	F94.1
Störung des Sozialverhaltens mit Enthemmung, 313.89	F94.2
Posttraumatische Belastungsstörung, 309.81	F43.1
Akute Belastungsstörung, 308.3	F43.2
Anpassungsstörungen, mit depressiver Stimmung, 309.0 mit Angst, 309.24 mit gemischter ängstlicher und depressiver Stimmung, 309.28 mit Auffälligkeit des Verhaltens, 309.3 mit gemischter Auffälligkeit der Emotionen und des Verhaltens nicht weiter spezifiziert, 309.9	 F43.21 F43.22 F43.23 F43.24 F43.25 F43.20

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Boos: Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung (ISBN 9783840923166) © 2014 Hogrefe, Göttingen.

Das DSM-IV beschrieb drei Symptomcluster (B bis D), das DSM-5 schlägt hingegen nun eine 4-Faktoren-Lösung vor (B bis E). Die vier Symptomcluster umfassen:
B: intrusive Symptome,
C: persistierende Vermeidung,
D: Veränderung in Kognition und Stimmung,
E: Hyperarousal und Reaktivität.

Vollkommen neu sind folgende Symptome: fehlerhafte Selbst- oder Fremdvorwürfe, negative Stimmungszustände sowie rücksichtsloses und aggressives Verhalten. Aus der Reizbarkeit im DSM-IV wird im DSM-5 das Symptom des aggressiven Verhaltens.

1.1.3 Bisherige diagnostische Kriterien nach DSM-IV und ICD-10

Bis zum Erscheinen des DSM-5 im Frühjar 2013 hatte das DSM-IV Gültigkeit. Zudem sind die aktuelle Forschungsliteratur und bestehende Messinstrumente DSM-basiert. Daher empfiehlt sich, in Deutschland insbesondere bis zur Veröffentlichung der für deutschsprachige Länder gültige Version des ICD-11, die Kenntnis der bisherigen diagnostischen Kriterien nach DSM-IV und ICD-10.

Seit 1980 werden die psychischen Kardinalsymptome nach traumatischen Erfahrungen erstmals in einer Störung, *der Posttraumatischen Belastungsstörung*, für alle Gruppen traumatisierter Menschen zusammengefasst und im Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen klassifiziert (DSM-III, American Psychiatric Association (APA), 1980). Später wurde dann noch die Akute Belastungsstörung im DSM-IV (APA, 1994) in das Kapitel der Angsstörungen aufgenommen. Die Diagnostik der PTB erfordert zwei Entscheidungen: Zunächst muss geprüft werden, ob überhaupt ein traumatischer Stressor in der Vergangenheit bei den Betroffenen vorlag. Dazu müssen sowohl das sog. *Ereigniskriterium A1* als auch das *subjektive Kriterium A2* erfüllt sein. Im DSM-IV (APA, 1994; Saß et al., 1996) werden folgende Ereignisse als Ereigniskriterium (A1-Kriterium) genannt, die zur Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung führen können: Folter, Gefangenschaft als Kriegsgefangener oder KZ-Häftling, gewalttätige Überfälle und Vergewaltigung (vgl. Kasten 2). Daneben können Naturkatastrophen oder schwere Unfälle eine PTB auslösen. Bei Kindern sind ihrem Entwicklungsstand unangemessene sexuelle Erfahrungen ohne angedrohte oder tatsächliche Gewalt oder Verletzung als traumatische Erfahrungen zu werten. Das subjektive

Kasten 2: Diagnostische Kriterien der chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-IV

A. *Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:*
   1. Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhaltete.
   2. Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
      Beachte: Bei Kindern kann sich dies auch durch aufgelöstes oder agitiertes Verhalten äußern.

B. *Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:*
   1. wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können. Beachte: Bei jüngeren Kindern können Spiele auftreten, in denen wiederholt Themen oder Aspekte des Traumas ausgedrückt werden.
   2. wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis.
      Beachte: Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten.
   3. Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten).
      Beachte: Bei jüngeren Kindern kann eine traumaspezifische Neuinszenierung auftreten.
   4. intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Boos: Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung (ISBN 9783840923166) © 2014 Hogrefe, Göttingen.

5. körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.

C. *Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden).* Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:
   1. bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,
   2. bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,
   3. Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,
   4. deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,
   5. Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,
   6. eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z. B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),
   7. Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z. B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).

D. *Anhaltende Symptome erhöhten Arousals (vor dem Trauma nicht vorhanden).* Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:
   1. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen,
   2. Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
   3. Konzentrationsschwierigkeiten,
   4. übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),
   5. übertriebene Schreckreaktion.

E. *Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als einen Monat an.*

F. *Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.*

Kriterium (A2), welches die subjektiven Reaktionen der Betroffenen auf den Stressor beschreibt, fordert das Erleben intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen als emotionale Reaktion auf das Trauma.

Die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nimmt erst in der derzeit gültigen Fassung, ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991), die PTB als psychische Störung auf (vgl. Kasten 3). Die Definition der PTB nach ICD-10 ähnelt der nach DSM-IV, ist jedoch weniger präzise in der Operationalisierung. Im Unterschied zum DSM-IV wird die PTB nicht den Angststörungen, sondern den Belastungsstörungen zugeordnet. Die geforderten Kriterien werden zudem weniger genau beschrieben als im DSM-IV. Für Forschungs- und Testzwecke hat sich die Definition nach dem DSM-IV durchgesetzt.

Kasten 3: Kriterien der chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10

A. Die Betroffenen sind einem kurz oder lang anhaltenden Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophenartigem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.

B. Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen (Flashbacks), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.

C. Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Ereignis.

D. Entweder 1. oder 2.:
   1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern.
   2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale:

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Boos: Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung (ISBN 9783840923166) © 2014 Hogrefe, Göttingen.

a. Ein- und Durchschlafstörungen,
b. Reizbarkeit und Wutausbrüche,
c. Konzentrationsschwierigkeiten,
d. Hypervigilanz,
e. erhöhte Schreckhaftigkeit.

E. Die Kriterien B, C und D treten innerhalb von sechs Monaten nach dem Belastungsereignis oder nach Ende der Belastungsperiode auf. (In einigen speziellen Fällen kann ein späterer Beginn berücksichtigt werden, dies sollte aber gesondert angegeben werden.)

1.1.4 Typ-I- und Typ-II-Trauma

Die Diagnose einer PTB darf nur ausgesprochen werden, wenn die Betroffenen Kenntnis von einem oder mehreren traumatischen Erlebnissen haben. Eine therapierelevante Differenzierung der Gesamtheit aller traumatischen Erfahrungen wird durch die Beschreibung eines traumatischen Ereignisses als ein sog. kurz andauerndes Typ-I- oder verlängertes Typ-II-Trauma getroffen (Terr, 1991). Kurz andauernde Traumata (Vergewaltigung, Verkehrsunfall oder Naturkatastrophe) werden als Typ-I-Traumata bezeichnet. Komplexe Traumatisierungen, d. h. chronische, prolongierte bzw. multiple Traumatisierungen werden hingegen als Typ-II-Traumata bezeichnet (vgl. Kasten 4). Hierzu gehören u. a. wiederholte körperliche Misshandlungen und sexueller Missbrauch in der Kindheit oder in der Jugend, Kriegs- und Hafterfahrungen.

Kasten 4: Beschreibung von Typ-I- und Typ-II-Traumata

Typ-I-Trauma
Merkmal: einzelnes, unerwartetes traumatisches Ereignis von kurzer Dauer *Beispiele:* Vergewaltigung im Erwachsenenalter, schwerer Verkehrsunfall, Überfall, Naturkatastrophe *Konsequenzen:* Meist klare, sehr lebendige Wiedererinnerungen an das traumatisierende Ereignis. Vollbild der einfachen PTB. Meist schnelle Remission der Symptomatologie bzw. gute Therapieprognose
Typ-II-Trauma
Merkmale: Serie miteinander verknüpfter Ereignisse oder lang andauerndes traumatisches Ereignis *Beispiele:* In der Regel durch Menschenhand intendierte Schädigung, wie wiederholte sexuelle oder körperliche Misshandlungen in der Kindheit, Geiselhaft, Gewalterfahrungen in der Partnerschaft, Kriegserfahrungen. Opfer ist nicht in der Lage, aus eigener Kraft die Traumatisierung zu beenden oder zu verhindern *Konsequenzen:* oftmals diffuse, wenig klare Wiedererinnerungen an die Traumatisierungen. Erhöhte Dissoziationstendenz. Ausgeprägte dysfunktionale Grundüberzeugungen oder Schemata. Komplexe Posttraumatische Belastungsstörungen. Schlechtere Therapieprognose

Verzögerte Posttraumatische Belastungsstörung: Das DSM-IV nennt als Subtyp der PTB den sogenannten verzögerten Typ. Brewin et al. (2008) kommt nach Übersicht der verfügbaren Daten zu dem Schluss, dass ein verzögerter Beginn der PTB bei 15 % der Betroffenen auftritt. Er weist aber auch darauf hin, dass der Begriff der verzögerten PTB irreführend ist. Die meisten in dieser Gruppe von PTB-Patienten litten bereits vor dem Vollbild der PTB unter einem subklinischen Bild, so dass er vorschlägt, eher von einer *verschlimmerten Posttraumatischen Belastungsstörung* zu sprechen.

1.1.5 Traumapatient ist nicht gleich Traumapatient

DSM-IV und ICD-10 betonen sowohl Ereignisaspekte als auch subjektive Erlebensaspekte bei der Definition des Ereignisses „Trauma“. Erfüllt eine Person diese beiden Aspekte, gilt sie als traumatisiert und kann infolge dessen eine Posttraumatische Belastungsstörung ausbilden oder bereits an ihr leiden. Eine Fülle von Ereignissen kann traumatisierend sein und als solches erlebt werden. Die beschriebenen Dimensionen besagen zunächst einmal Folgendes: Traumatisierte Menschen bilden eine heterogene Population. Dies hat folgende Konsequenzen:

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Boos: Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung (ISBN 9783840923166) © 2014 Hogrefe, Göttingen.

- Es verbietet sich eine vorschnelle Schlussfolgerung vom Ereignis „Trauma“ oder „Traumatisierungen“ auf die Psychopathologie der Betroffenen.
- Allein die Tatsache, Opfer einer Traumatisierung geworden zu sein, muss noch nicht zur Ausbildung von psychischen Störungen führen.
- Im gleichen Maße verbietet sich eine Gleichsetzung von dem Ereignis „Trauma“ mit der Posttraumatischen Belastungsstörung oder anderen Belastungsstörungen.

1.1.6 Diagnostik der PTB

Standardisierte oder strukturierte Interviews

Es bieten sich eine Reihe von standardisierten oder strukturierten Interviews zur Erhebung der PTB als auch der komorbiden Störungen an. Es folgt ein kurzer, nicht erschöpfender Überblick (s. ausführlich: Schützwohl, 2003; Hoyer & Margraf, 2003).

DIA-X-Interview (Wittchen & Pfister, 1997). Dieses Interview ist ein modulares und flexibles Beurteilungssystem, dass Diagnosen nach ICD-10 und DSM-IV ermöglicht. Das Instrument liegt als PC-Version und als Papier- und Bleistift-Version vor. Diagnosen sind entweder als Lebenszeitdiagnosen oder als 12-Monatsdiagnosen erfragbar. Der Modulteil zur PTB erfragt erlebte traumatische Stressoren nach dem A1- und A2-Kriterium des DSM-IV, Beginn und Dauer der PTB werden ebenfalls ermittelt. Die PTB-Kriterien werden bei Vorliegen mehrerer Traumata in Hinblick auf das schlimmste Ereignis abgefragt. Es lassen sich keine Aussagen über die Schwere der PTB treffen. Die Diagnose der Akuten Belastungsstörung ist nicht möglich. Die Reliabilität und Validität des Instruments sind sowohl in epidemiologischen als auch in klinischen Studien hoch. Die Durchführung erfordert ausführliches Training, aber kein klinisches Wissen. Die Interpretation des Ergebnisses hingegen sollte durch erfahrene Diagnostiker bzw. Therapeuten erfolgen. Die Diagnosen, der in diesem Buch in Fallbeispielen geschilderten Patientinnen, sind mit dem DIA-X erhoben worden.

Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID, Wittchen et al., 1997). Auch das häufig eingesetzte SKID erlaubt die Diagnose einer PTB nach DSM-IV, aber nicht die Diagnose einer Akuten Belastungsstörung. Die PTB-Sektion dieses Instrumentes wird nur bei begründetem Verdacht auf eine Traumatisierung durchgeführt. Auch hier wird die Art des Stressors erfragt und die Kriterien der PTB abgefragt, sobald ein dem A-Kriterium nach DSM-IV entsprechender Stressor vorliegt. Schwere und Verlauf der Störung werden ebenfalls erfragt. Voraussetzung für die Durchführung des SKID ist die Fähigkeit des Diagnostikers, ein klinisches Urteil bilden zu können. Die Diagnosestellung erfolgt nach dem Rating „vorhanden, unterschwellig vorhanden, nicht vorhanden“. Der Schweregrad der PTB erfolgt nach dem Rating „leicht, mittel oder schwer“. Die PTB-Sektion dieses Instrumentes ist ebenfalls reliabel und valide.

Clinical-Administered PTSD Scale (CAPS, Blake et al., 1990; dt. Nyberg & Frommberger, 1998). Der CAPS ist eines der häufigsten eingesetzten Verfahren, das neben relevanten diagnostischen Informationen auch Zusatzinformationen erfasst. Zunächst klärt dieses Instrument das Vorliegen eines traumatischen Stressors nach DSM-IV. Die 17 Symptome der PTB werden hinsichtlich ihrer Häufigkeit und Intensität für den letzten Monat erfragt. Zudem wird der Beginn und die Dauer der PTB, das damit einhergehende Ausmaß der Funktionsbeeinträchtigung und die Validität des Ratings erhoben. Zuletzt werden assoziierte Probleme erhoben (z. B. Hoffnungslosigkeit). Das CAPS erfordert gute Kenntnisse des DSM-IV. Reliabilität und Validität sind für die Originalversion belegt.

Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES, Pelcovitz et al., 1997; dt. Teegen et al., 1998). Dieses strukturierte Interview erfragt Symptome nach Extremtraumatisierung, die nicht Merkmale der PTB im engeren Sinne sind. Hierbei orientiert sich das Instrument an der sog. komplexen PTB bzw. der Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung. Die 48 Fragen können den 7 Symptomkomplexen der komplexen PTB nach Herman (1993, 2003) zugeordnet werden. Dieses Instrument kann bei der Therapieplanung komplexer Fälle, d. h. in der Regel der Therapie von Typ-II-Traumatisierten sehr sinnvoll sein. Validität und Reliabilität werden ebenfalls als gut angegeben (Teegen & Vogt, 2002).

Selbstbeurteilungsverfahren

Neben den standardisierten oder strukturierten Interviews bieten sich Selbstbeurteilungsverfahren zur Status- und Verlaufsmessung der PTB an. Auch hierzu erfolgt nur ein Überblick (s. ausführlich: Schützwohl, 2003; Hoyer & Margraf, 2003).

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus Boos: Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung (ISBN 9783840923166) © 2014 Hogrefe, Göttingen.