



Julia König · Patricia A. Resick
Regina Karl · Rita Rosner

Posttraumatische Belastungsstörung

Ein Manual zur Cognitive Processing Therapy



HOGREFE



Posttraumatische Belastungsstörung

Posttraumatische Belastungsstörung

Ein Manual zur Cognitive Processing Therapy

von

Julia König, Patricia A. Resick,
Regina Karl und Rita Rosner

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG · TORONTO
CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN · STOCKHOLM

Dipl.-Psych. Julia König, geb. 1980. 2000–2005 Studium der Psychologie in München. 2005 Beginn der Ausbildung in Verhaltenstherapie bei der DGVT München und Münster. Seit 2008 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Klinische Psychologie der LMU München und Psychotherapeutin in der Institutsambulanz. 2010 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin.

Ph.D. Patricia A. Resick, geb. 1949. Studium der Klinische Psychologie an der Kent State University und der Universität von Georgia, USA. 1976 Promotion. Anschließend Lehre an der Universität von South Dakota, der medizinischen Universität von South Carolina und der Universität von Missouri-St. Louis. Seit 2003 Professorin für Psychiatrie und Psychologie an der Boston University und Direktorin der Abteilung für Frauengesundheitsforschung am Nationalen Zentrum für PTBS des Veterans Affairs (VA) Gesundheitssystems in Boston, USA. Seit 2006 Leitung einer US-weiten Kampagne zur Verbreitung der Cognitive Processing Therapy.

Dr. Regina Karl, geb. 1957. 1995–2001 Studium der Psychologie in München. 2007 Promotion. Seit 2001 Wissenschaftliche Mitarbeiterin und seit 2007 Mitarbeiterin und Traumatherapeutin an der Traumaambulanz der LMU München.

Prof. Dr. Rita Rosner, geb. 1962. 1983–1989 Studium der Psychologie in München. 1991–1992 Forschungsstipendium an der University of California at Santa Barbara. 1996 Promotion. 1999 Approbation als Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). 2002–2003 Vertretung der Professur für Psychologische Diagnostik und Intervention an der Friedrich-Schiller-Universität Jena. 2003 Habilitation. 2003–2011 Professur für Klinische Psychologie, Psychologische Beratung und Intervention an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Seit 2011 Inhaberin des Lehrstuhls für Klinische und Biologische Psychologie an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt.

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 abdruckend. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung 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 handele.

© 2012 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto
Cambridge, MA • Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm
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: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2419-4

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus J. König, P. A. Resick, R. Karl & R. Rosner: Posttraumatische Belastungsstörung (ISBN 9783840924194) © 2012 Hogrefe Verlag, 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.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
Kapitel 1: Grundlagen der Cognitive Processing Therapy (CPT)	10
1.1 Überblick über das Störungsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung	10
1.1.1 Klassifikation	10
1.1.2 Diagnostische Kriterien	10
1.1.3 Prävalenz und Komorbidität	12
1.1.4 Verlauf und Prognose	12
1.1.5 Diagnostik der PTBS	13
1.2 Theoretischer Hintergrund	14
1.2.1 Die Konfrontation mit dem Ereignis bei der CPT	14
1.2.2 Schemata, Assimilation und Akkommodation – Die kognitive Theorie der CPT	15
1.2.3 Natürliche und sekundäre Gefühle – Die „Emotionstheorie“ der CPT	16
1.3 Inhalte und Ablauf der CPT	17
1.3.1 Psychoedukation, Auswirkungen des Traumas, Gedanken und Gefühle	17
1.3.2 Beschäftigung mit dem traumatischen Ereignis und dessen Folgen	17
1.3.3 Kognitive Arbeit	17
1.4 Evaluation der Cognitive Processing Therapy	18
1.4.1 Wirksamkeitsstudien	18
1.4.2 Klinische Studie im Einzelsetting – CPT mit traumatisierten Flüchtlingen	19
1.4.3 Adaptationen des CPT-Gruppenformats	20
1.4.4 Einzelfallstudien	22
1.4.5 Besondere Aspekte	23
Kapitel 2: Die Münchner Adaptation der CPT	27
2.1 Unterschiede zur Originalversion der CPT	27
2.1.1 Sitzungen	27
2.1.2 Bereich „Aktivitäten und Kontakte“	27
2.1.3 Arbeitsblätter	28
2.2 Allgemeine Überlegungen	28
2.2.1 Planung der Sitzungen	29
2.2.2 Therapeutenverhalten	29
2.2.3 Manualisierung und Individualität	30
2.2.4 Ablauf der Sitzungen	31
Kapitel 3: CPT im Überblick	34
3.1 Entscheidungen vor der Therapie	37
3.1.1 Indikation und Kontraindikationen in Bezug auf die Patienten	37
3.1.2 Überlegungen für Therapeuten	38
3.1.3 Mit oder ohne Traumabericht?	40
3.1.4 „Aktivitäten und Kontakte“ – Ja oder nein?	41
3.1.5 Soll das Trauermodul durchgeführt werden?	41
3.2 Anpassungsmöglichkeiten während der Therapie	41
3.2.1 Zusätzliche Sitzungen oder Themen	41
3.2.2 Kürzen von Sitzungen oder Themen	42
3.3 Bestandteile der CPT	42

3.3.1	Zeitlicher Verlauf der kognitiven Arbeit	43
3.3.2	Hängepunkte	44
3.3.3	Mögliche ergänzende kognitive Techniken	47
3.3.4	Inhalte der kognitiven Arbeit – Fünf wichtige Themenbereiche	49
3.3.5	Traumanarrativ	50
3.3.6	Fakultativ: Verhaltensbezogene Arbeit – Bereich „Aktivitäten und Kontakte“	50
3.3.7	Fakultativ: Trauer	52
3.4	Umgang mit Gefühlen und andere wichtige Themen	52
3.4.1	Schuld und Verantwortung	52
3.4.2	Scham	53
3.4.3	Dissoziation	54
3.4.4	Trauer	54
3.4.5	Wut, Ärger, Rachewünsche	54
3.4.6	Ekel	55
3.4.7	Angst	56
3.4.8	Trauma und das soziale Umfeld des Patienten	56
3.5	Komplizierende Faktoren	56
3.5.1	Gerichts-, Asyl- und Rentenverfahren	56
3.5.2	Medikation	57
3.5.3	Bleibende körperliche Schäden durch das Trauma	58
Kapitel 4: Die CPT-Sitzungen		59
4.1	Erste Sitzung – Einführung und Psychoedukation	59
4.2	Zweite Sitzung – Ziele und Hängepunkte	67
4.3	Optionale Sitzung – Traumatischer Verlust	72
4.4	Dritte Sitzung – Die Bedeutung des Ereignisses	75
4.5	Vierte Sitzung – ABC-Blätter und Alltagsbewältigung	79
4.6	Fünfte Sitzung – Gedanken und Gefühle identifizieren	85
4.7	Sechste Sitzung – Die Erinnerung an das Trauma	88
4.8	Siebte Sitzung – Hängepunkte finden	94
4.9	Achte Sitzung – Hilfreiche Fragen	99
4.10	Neunte Sitzung – Problematische Denkmuster	103
4.11	Zehnte Sitzung – Sicherheit	107
4.12	Elfte Sitzung – Vertrauen	112
4.13	Zwölfte Sitzung – Macht und Kontrolle	115
4.14	Dreizehnte Sitzung – Wertschätzung	118
4.15	Vierzehnte Sitzung – Intimität und Selbstfürsorge	121
4.16	Fünfzehnte Sitzung – Reflexion und Abschluss	124
Kapitel 5: Evaluation		126
5.1	Vorgehen	126
5.1.1	Studiendesign	126
5.1.2	Stichprobe	126
5.1.3	Maße	127
5.2	Ergebnisse	128
Literatur		130
Anhang		
Übersicht über die Arbeitsblätter auf der CD-ROM		133

CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Arbeitsblätter, die zur Durchführung des Therapieprogrammes verwendet werden können.

Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter www.adobe.com/products/acrobat erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.

Vorwort

In den letzten Jahren hat es im Bereich der Therapie und Forschung zur Posttraumatischen Belastungsstörung viele Fortschritte gegeben. Trotz der eindeutigen Evidenz der traumafokussierten Verfahren sind nach wie vor Therapieplätze nicht in ausreichendem Maß verfügbar. Woran liegt das? An der fehlenden Ausbildung in wirksamen Therapieverfahren vielleicht, aber oft auch an Ängsten vor negativen Auswirkungen. Vielleicht macht dieses Buch einigen Kollegen Mut, sich an diese Klientel „heranzuwagen“ und dabei festzustellen, dass die Arbeit nicht nur anstrengend, sondern auch sehr bereichernd ist – und oft sogar Spaß macht.

Bei diesem Manual handelt es sich um eine konsequente Anwendung allgemeiner kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen. Therapeuten mit einer Ausbildung und langjähriger Erfahrung in diesem Bereich, werden vieles wiedererkennen und vielleicht Aufsehen erregend Neues vermischen. Auch wenn es dadurch für einige Leser zu Wiederholungen kommt, haben wir uns jedoch für eine detaillierte Beschreibung der Interventionen entschieden. Denn diejenigen, die mit dem allgemeinen Vorgehen nicht so vertraut sind, können so sicher eher davon profitieren und Wiederholen, Auffrischen und die konsequente Umsetzung tragen sicher zum Erfolg dieser Intervention in der täglichen Praxis bei.

Hier auch noch ein Wort zum Thema Geschlecht – die Autorinnen und daher die Therapeutinnen der Fallbeispiele sind Frauen, und auch der Großteil der von uns behandelten Menschen ist weiblichen Geschlechts. Daher erschien es uns unpassend, die im Deutschen übliche männliche Form zu verwenden, mit der in der Regel beide Geschlechter gemeint sind. Da wir aber andererseits sowohl „Patienten/innen“ als auch „Therapeutinnen und Therapeuten“ wenig elegant finden, haben wir uns dafür entschieden, zwischen männlichen

und weiblichen Formen abzuwechseln, wobei immer auch Menschen des anderen Geschlechts angesprochen sind.

Wir sagen danke

First and foremost, we would like to thank Prof. Patricia Resick for her openness toward this project and for all her help in implementing CPT in Munich. We were able to participate in her excellent workshops in Mannheim and Munich and we enjoyed the great privilege of a supervision session on our more difficult cases. These experiences were valuable both because of the information and tips we received and because of the therapeutic model we were able to witness. Thank you Patti! You are still being quoted in our therapies.

Großer Dank geht an die Therapeutinnen, die an der Traumaambulanz der Universität München Patientinnen und Patienten mit CPT behandelt haben. Sie waren die „Testpiloten“ für dieses Manual und haben mit Feedback und Fallgeschichten dazu beigetragen. Danke, Dr. Iris Liwowsky, Dipl.-Psych. Marion Drechsler, Dipl.-Psych. Katja Eichen, Dipl.-Psych. Cristiana Martellotta, Dr. Alexandra Liedl und Dipl.-Psych. Alexandra Ortenburger.

Besonders bedanken möchten wir uns auch bei den Patienten und Patientinnen, die wir ein Stück auf ihrem Weg begleiten durften. Sie haben uns ihr Vertrauen entgegen gebracht, ihre Geschichten erzählt, ihre Fragen gestellt, uns herausgefordert, überrascht, beeindruckt und zum Lachen gebracht. Von ihnen haben wir viel gelernt.

München und Eichstätt, Juni 2011

*Julia König, Regina Karl
und Rita Rosner*

Kapitel 1

Grundlagen der Cognitive Processing Therapy (CPT)

Das vorliegende Manual zur kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) basiert auf der *Cognitive Processing Therapy* (im Folgenden CPT genannt) von Prof. Patricia Resick (Resick & Schnicke, 1993; Resick, Monson & Chard, 2007). Das Buch wendet sich an Psychotherapeuten und setzt Grundkenntnisse der kognitiven Verhaltenstherapie voraus.

In diesem Einführungskapitel wird, nach einem Überblick über das Störungsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung und einer kurzen Übersicht über die theoretischen Hintergründe der CPT, eine grundlegende Orientierung über die Inhalte der Therapie gegeben, bevor näher auf die bisherige Forschung zur US-amerikanischen Originalversion eingegangen wird.

1.1 Überblick über das Störungsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung

1.1.1 Klassifikation

Die Posttraumatische Belastungsstörung (im Folgenden mit PTBS abgekürzt) ist ein Störungsbild, das seit etwa 30 Jahren in den Klassifikationssystemen für psychische Störungen enthalten ist und das seit den 1980er Jahren beforscht wird. Auch vorher waren die PTBS-typischen Symptome schon bekannt, wurden aber direkter mit dem auslösenden Ereignis in Zusammenhang gebracht und mit spezifischen Begriffen bezeichnet, wie *shell shock* (Granatenschock), *rape trauma syndrome* (Vergewaltigungssyndrom) oder *railway spine* (Wirbelsäulenerkrankung nach Eisenbahnunfällen). Ein guter Überblick über die historische Entwicklung der Diagnose findet sich bei Resick (2003).

1.1.2 Diagnostische Kriterien

Die beiden Klassifikationssysteme, DSM (APA, 1994) und ICD (WHO, 2005), entsprechen sich bei der Klassifikation der Posttraumatischen Be-

lastungsstörung weitgehend. An dieser Stelle werden die Kriterien beider Systeme angegeben, da im deutschen Gesundheitssystem eine ICD-Diagnose verlangt wird, für die Forschung aber meist nach DSM diagnostiziert wird.

Kriterien für PTBS (F43.1) nach ICD-10 (WHO, 2005, S. 169f.)

Die PTBS entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein. Prämorbidie Persönlichkeitsfaktoren wie bestimmte Persönlichkeitszüge (z. B. zwanghafte oder asthenische) oder neurotische Erkrankungen in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf verstärken, aber die letztgenannten Faktoren sind weder notwendig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären.

Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), oder in Träumen, vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Anhedonie sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten.

Gewöhnlich tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Drogeneinnahme oder übermäßiger Al-

koholkonsum können als komplizierende Faktoren hinzukommen.

Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann (doch selten mehr als sechs Monate nach dem Trauma). Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. Bei wenigen Patienten nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung über (siehe F62.0).

Kriterien für PTBS (309.81) nach DSM-IV-TR (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, S. 193 ff.)

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 beinhalteten.
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 auch stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten.
3. Handeln oder Fühlen, als ob das 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.
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 Affektes (z. B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden).
7. Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z. B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder ein normal langes Leben zu haben).

D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (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 Schreckreaktionen.

E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat an.

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

Bestimme, ob:

- *Akut:* wenn die Symptome weniger als drei Monate andauern.
- *Chronisch:* wenn die Symptome mehr als drei Monate andauern.

Bestimme, ob:

- *Mit verzögertem Beginn:* Wenn der Beginn der Symptome mindestens sechs Monate nach dem Belastungsfaktor liegt.

1.1.3 Prävalenz und Komorbidität

Prävalenzraten

Wie häufig die PTBS auftritt, hängt auch immer mit der Häufigkeit von potenziell traumatischen Ereignissen zusammen. Eine repräsentative Studie von Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer und Brähler (2008) ergab, dass in Deutschland 28.0 % der Frauen und 20.9 % der Männer mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt hatten. Die 1-Monats-Prävalenz für PTBS lag bei 2.3 %, weitere 2.7 % wiesen eine deutliche Symptombelastung auf, ohne die Kriterien vollständig zu erfüllen (partielle PTBS). Dabei fanden die Autoren Unterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen: Teilnehmer über 60 Jahre waren mit 3.4 % signifikant häufiger betroffen als Teilnehmer zwischen 30 und 59 (1.9 %) und zwischen 14 und 29 Jahren (1.3 %). Geschlechtsunterschiede zeigten sich in dieser Studie nicht, was im Kontrast zu Ergebnissen aus anderen Ländern steht, wo oft eine höhere PTBS-Prävalenz bei Frauen gefunden wurde (z.B. Perkonigg, Kessler, Storz & Wittchen, 2000; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004; de Vries & Olff, 2009).

Komorbidität

Die PTBS weist hohe Komorbiditätsraten auf. In einer Studie an 14- bis 24-jährigen Deutschen hatten 87.5 % aller Personen mit PTBS-Diagnose mindestens eine komorbide Störung, 77.5 % hatten zwei oder mehr (Perkonigg et al., 2000). Die Autoren untersuchten auch die zeitliche Abfolge des Auftretens von traumatischen Ereignissen und den verschiedenen Diagnosen und es zeigte sich, dass Traumata, und noch mehr eine voll entwickelte PTBS, mit der späteren Entwicklung anderer psychischer Störungen in Zusammenhang stehen und umgekehrt.

Maercker, Michael, Fehm, Becker und Margraf (2004) fanden in einer deutschen Stichprobe von Frauen zwischen 18 und 45 Jahren, dass 29 % der Frauen mit PTBS gleichzeitig eine Depression hatten, während umgekehrt 32 % der depressiven Frauen auch die Kriterien einer PTBS erfüllte.

Andere psychische Störungen wurden in dieser Arbeit nicht untersucht.

Auch chronische Schmerzen gehen häufig mit einer PTBS einher. Beck und Clapp (2011) berichten in ihrem Überblick zu diesem Thema von Prävalenzraten für chronischen Schmerz bei behandelungssuchenden PTBS-Patienten von 20 bis 80 % und von PTBS-Raten bei behandelungssuchenden Schmerzpatienten von 10 bis 50 %. Dabei beeinflussen sich Schmerzen und PTBS-Symptomatik, dort, wo beide auf dasselbe Ereignis zurückzuführen sind, gegenseitig: „Früh aufgetretene Schmerzen stellen sich als robuster Prädiktor für chronische PTBS heraus, während eine frühe PTBS-Symptomatik das Risiko für die Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms erhöht“ (Beck & Clapp, 2011, S. 103, eigene Übersetzung).

Weitere mit der PTBS verbundene Schwierigkeiten

Neben komorbiden Erkrankungen im engeren Sinne stehen zahlreiche andere Schwierigkeiten mit der PTBS in Zusammenhang. PTBS-Patienten weisen ein höheres Suizidrisiko auf als Gesunde (Kessler, 2000; Jakupcak et al., 2009), sind ähnlich stark in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt wie depressive Menschen (Wald, 2009) und haben ein erhöhtes Risiko für Teenager-Schwangerschaften, Eheprobleme und Arbeitslosigkeit (Kessler, 2000). Diese Arbeiten stammen alle aus den USA. Vor allem unter traumatisierten US-amerikanischen Soldaten wurde auch ein Zusammenhang von PTBS und erhöhter Aggressivität festgestellt (Taft et al., 2007; Teten et al., 2010). PTBS-Patienten berichten mehr gesundheitliche Probleme, die zum Teil auf eine PTBS-Therapie ansprechen (Neuner et al., 2008; Rauch et al., 2009; Galovski, Monson, Bruce & Resick, 2009).

1.1.4 Verlauf und Prognose

Prognose ohne Behandlung

Im Allgemeinen geht man davon aus, dass nach einem traumatischen Ereignis viele Menschen zunächst mit Symptomen reagieren (wie auch die oben dargestellte ICD-Definition nahe legt), was aber kein Anzeichen von Psychopathologie, sondern eine normale Reaktion auf die Belastung darstellt. In den meisten Fällen klingen diese allerdings in den folgenden Tagen und Wochen ab,

so dass die Posttraumatische Belastungsstörung eher als eine „Störung des Nicht-Genesens“ denn als eine sich schrittweise entwickelnde Störung anzusehen ist. Sehr eindrucksvoll dokumentieren dies die Daten von Rothbaum, Foa, Riggs, Murdoch und Walsh (1992), die Frauen nach einer Vergewaltigung untersuchten. Interviews, in denen jeweils die aktuelle Symptomatik erhoben wurde, fanden knapp zwei Wochen nach dem Ereignis und dann in wöchentlichem Abstand statt. Es zeigte sich, dass bei der ersten Erhebung 94 % der Teilnehmerinnen das Vollbild einer PTBS nach DSM-III-R (Kriterien B bis D) aufwiesen. Dieser Prozentsatz verringerte sich dann bis einschließlich zur fünften Erhebung stetig und deutlich auf 53 % und in den folgenden Wochen nur noch leicht mit einigen Schwankungen auf 47 % bei der zwölften und letzten Erhebung. An dem Punkt, an dem aufgrund der Dauer eine PTBS diagnostiziert werden konnte (das heißt, mindestens vier Wochen nach dem Ereignis) lag die Rate der PTBS-Diagnosen bei 64 %.

Auch Breslau et al. (1998) untersuchten den zeitlichen Verlauf der PTBS. In 26 % der Fälle remitierte die Störung innerhalb der ersten sechs, in 40 % innerhalb der ersten 12 Monate. Ab diesem Punkt sank die Remissionsrate ab. Diese Ergebnisse zeigen, dass bei länger zurückliegenden Traumatisierungen (mehrere Monate oder Jahre) Verbesserungen der Symptomatik oder Spontanremissionen unwahrscheinlich sind.

Prognose mit Behandlung

Die PTBS gehört zu den psychischen Störungen, für die wirksame psychotherapeutische Behandlungen vorliegen. Für die CPT sind in den Studien gute Remissionsraten berichtet – etwa 50 bis 60 % der behandelten Patienten wiesen sechs Monate nach Behandlungsende keine PTBS-Diagnose mehr auf (Resick, Nishith, Weaver, Astin & Feuer, 2002; Resick et al., 2008, siehe auch Kapitel 1.4). Allerdings argumentieren manche Autoren, dass die hohen Erfolgsquoten aus randomisierten Studien oft im „wahren Leben“ nicht erreicht werden können, weil dort nicht nur ausgewählte Patienten behandelt werden (vgl. Zayfert et al., 2005). Andererseits konnten mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapieverfahren für PTBS auch in Standardsettings gute Erfolge erzielt werden (Gillespie, Duffy, Hackman & Clark, 2002). Obwohl nur wenige Arbeiten vorliegen, in denen längere Katamnesezeiträume als sechs bis 12 Monate untersucht wurden, scheint die Rezidiv-

rate nach erfolgreicher Therapie auch nach Jahren sehr gering zu sein (Tarrier & Sommerfield, 2004).

1.1.5 Diagnostik der PTBS

Es stehen mehrere diagnostische Verfahren für PTBS zur Verfügung, von denen einige hier genannt werden sollen.

Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID)

Die Diagnosestellung selbst sollte am besten mit einem Interviewverfahren erfolgen, beispielsweise dem Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV (SKID, Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997), von dem auch eine computerbasierte Fassung vorliegt (DIA-X, Wittchen & Pfister, 1997).

Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) und Posttraumatic Symptom Scale (PSS)

Das einzige Selbstbeurteilungsinstrument, das die Stellung einer PTBS-Diagnose nach DSM-IV (APA, 1994) erlaubt, ist die *Posttraumatic Diagnostic Scale* (PDS, Foa, Cashman, Jaycox & Perry, 1997). Die PDS ist eine Weiterentwicklung der *Posttraumatic Symptom Scale* PSS (Foa, Riggs, Dancu & Rothbaum, 1993). Dieses Selbstbeurteilungsinstrument fragt die DSM-Kriterien B bis D ab und ermöglicht so eine Einschätzung des Schweregrads der Störung. Diesem Fragebogen wurden, um eine Diagnosestellung zu ermöglichen, Fragen zum auslösenden Ereignis und den anderen Kriterien (E und F) hinzugefügt, wodurch die PDS entstand. Die PDS eignet sich allerdings aufgrund ihrer hohen Sensitivität bei geringerer Spezifität eher als Screeninginstrument und sollte nicht allein zur Diagnostik verwendet werden (Griesel, Wessa & Flor, 2006). Sie weist ansonsten gute testtheoretische Eigenschaften auf.

Impact of Events Scale – Revised (IES-R)

Die IES-R (Maercker & Schützwohl, 1998) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument der posttraumatischen Belastungssymptomatik. Sie besteht aus 22 Items, die sich auf die drei Subskalen Vermeidung, Übererregung und Wiedererleben verteilen. Die Probanden werden gebeten, die Häufigkeit der Items auf einer vierstufigen Skala einzuschätzen (in Klammern sind die für jede Antwort ver-

gebenen Punkte angegeben): überhaupt nicht (0) – selten (1) – manchmal (3) – oft (5). Für jede Subskala wird ein eigener Summenwert gebildet. Werte von 8 oder darunter weisen dabei auf eine leichte, Werte zwischen 9 und 19 auf eine mittlere und Werte über 19 auf eine schwere Symptomatik in dem entsprechenden Bereich hin.

Die IES-R weist gute testtheoretische Eigenschaften auf. Die internen Konsistenzen lagen bei $\alpha = .79$ bis $\alpha = .92$ und die Retest-Reliabilitäten zwischen $r = .89$ und $r = .94$. Durch die Ökonomie bei der Durchführung eignet sich die IES-R in besonderem Maße für die Verlaufsmessung. Auch erlaubt sie eine schnelle Einschätzung, in welchem Symptomcluster eine besonders starke Beeinträchtigung vorliegt. Von der Bildung eines Summenwerts wird abgeraten (Maercker & Schützwohl, 1998).

Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI)

Der PTCI (Foa, Ehlers, Clark, Tolin & Orsillo, 1999; deutsche Version bei Ehlers, 1999 oder Boos, 2005) ermöglicht die Messung von Kognitionen, wie sie häufig bei PTBS-Patienten vorkommen. Es enthält 33 Items, die sich in drei Subskalen einteilen lassen: „negative Gedanken über die Welt“, „negative Gedanken über das Selbst“ und „Selbstvorwürfe“. Weitere 4 Items befinden sich noch in Erprobung. Das Instrument wurde vor allem für die Verwendung in der kognitiven Therapie für PTBS entwickelt. Zusätzlich sind elf Items enthalten, die sich auf Kognitionen über die ersten Reaktionen auf das Trauma beziehen. Der PTCI eignet sich nicht zur Diagnosestellung, da er nur Kognitionen erfragt; er weist jedoch eine gute Fähigkeit auf, zwischen PTBS-Patienten und Traumatisierten ohne PTBS zu unterscheiden (Foa et al., 1999). Außerdem können die abgefragten Kognitionen auch direkt in der Therapie thematisiert werden.

1.2 Theoretischer Hintergrund

Die *Cognitive Processing Therapy* beruht auf einer sozial-kognitiven Theorie der Entstehung und Aufrechterhaltung von PTBS-Symptomen. An dieser Stelle sollen drei wichtige Merkmale der CPT auf dem Hintergrund der zugrunde liegenden Theorie dargestellt werden, und zwar die Konfrontation mit dem Ereignis sowie die Sichtweise auf und den Umgang mit Kognition und Emotion.

1.2.1 Die Konfrontation mit dem Ereignis bei der CPT

Eine zentrale Annahme der lerntheoretisch orientierten Modelle besteht darin, dass sich eine PTBS entwickelt, weil ein traumatisches Ereignis zur Herausbildung einer Furchtstruktur im Gehirn führt. Diese Furchtstruktur beinhaltet Informationen über Reize, Reaktionen und Bedeutungselemente. Jeder Reiz, der mit dem Trauma verbunden ist, kann die Furchtstruktur aktivieren. Angenommen wird dabei, dass diese Struktur bei PTBS-Patienten besonders stabil ist, immer weiter generalisiert und damit auch leicht aktivierbar ist. Wenn dieses Angstnetzwerk aktiviert wird, gelangt die dort gespeicherte Information ins Bewusstsein (intrusive Symptome). Durch eine solche kurz andauernde Aktivierung der Furchtstruktur wird diese verstärkt (die Verbindungen zur Aktivierung werden gebahnt, während die Aktivierung zu kurz andauert, um zu Veränderungen der Struktur zu führen). Versuche, diese Aktivierung zu verhindern, äußern sich in den Vermeidungssymptomen der PTBS. Die Übererregungssymptomatik entsteht durch die häufige physiologische Aktivierung durch Intrusionen, aber auch durch Versuche, durch besondere Wachsamkeit eine Aktivierung der Furchtstruktur zu verhindern sowie durch Ängste vor den eigenen Reaktionen auf das Trauma.

Auf dieser Theorie beruht eine der in ihrer Wirksamkeit am besten belegten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapien, die prolongierte Exposition (*prolonged exposure*, PE). Bei dieser Interventionsform soll sich der Patient in einer sicheren Umgebung wiederholt der Erinnerung an das traumatische Ereignis aussetzen, indem er das Ereignis (in der ersten Person und im Präsens) erzählt, mit dem Ziel einer Habituation an die Angst und damit einhergehenden Veränderungen der Furchtstruktur. Angenommen wird dabei, dass sich die Bedeutungselemente ebenfalls anpassen, wenn die emotionale Aktivierung nachlässt.

Die PE besteht, nach einer gründlichen Psychoedukation, aus mehreren Sitzungen, die zwischen 30 und 60 Minuten dauern und in denen das Ereignis von der Patientin immer wieder erzählt wird, mit einer kurzen Nachbesprechung. Bei dieser Vorgehensweise werden Kognitionen zwar angesprochen (und verändern sich oft spontan), eine wirkliche „kognitive Therapie“ findet jedoch nicht statt. Zusätzlich wird eine Konfrontation mit real sicheren, aber angstauslösenden Reizen in vivo durchgeführt. Das Vorgehen entspricht also einer

Habituation an einen gefürchteten Reiz und kann auch als *Bottom-up*-Prozess gesehen werden.

Im Gegensatz dazu wird in der CPT eher *top-down* gearbeitet. Zwar gibt es auch hier zwei Traumanarrative, die Arbeit mit der traumatischen Erinnerung erfolgt aber mit mehr emotionaler Distanz. Die Patienten werden gebeten, die Geschichte des Ereignisses zu Hause in der Vergangenheitsform aufzuschreiben und in der nächsten Sitzung vorzulesen. Dabei wird betont, dass es wichtig ist, auftretende Emotionen zuzulassen und zu spüren, die Patienten werden aber nicht aufgefordert, negative Emotionen so intensiv wie möglich zu spüren. Auch nimmt die Arbeit am Traumanarrativ nur einen kleinen Teil der Therapie ein. Die Narrative dienen in der CPT vor allem dazu, festzustellen, an welchen Stellen die Patienten das traumatische Ereignis kognitiv nicht in ihr Bild von sich und der Welt einordnen konnten und sozusagen in der Verarbeitung „hängen geblieben“ sind, die sogenannten Hängepunkte (*stuck points*). Habituation spielt dabei eine untergeordnete Rolle, wobei aber auch in der CPT betont wird, dass eine Veränderung ganz ohne emotionale Aktivierung nicht zu erwarten ist. Das therapeutische Vorgehen bei der Beschäftigung mit dem Ereignis ist in der Übersicht auf Seite 17 und bei der entsprechenden Sitzung (Sitzung 6, vgl. Kapitel 4.7) genauer beschrieben.

Während in den ersten Jahren davon ausgegangen wurde, dass eine Traumatherapie ohne eine narrative Auseinandersetzung mit dem Ereignis nicht auskommt, konnte in einer neueren Studie gezeigt werden, dass eine rein kognitive Form der CPT (CPT-C, das Therapieformat ohne die beiden Traumanarrative) genauso gute Ergebnisse erzielt wie das komplette Format (Resick et al., 2008). Offenbar ist also die emotionale Aktivierung, die durch die kognitive Arbeit an Aspekten des Traumas resultiert, ausreichend, um Veränderungen herbeizuführen.

1.2.2 Schemata, Assimilation und Akkommodation – Die kognitive Theorie der CPT

Wie in vielen kognitiven Theorien wird auch in der CPT davon ausgegangen, dass das Wissen über die Welt in Form von Schemata organisiert ist, die kognitiven, aber auch emotionalen Gehalt haben. Schemata existieren auf verschiedenen Allgemeinheitsebenen. Sie entstehen und differenzieren sich im Laufe des Lebens durch Lernerfahrung

und wirken selbst wieder auf die Verarbeitung neuer Informationen ein, indem sie beeinflussen, wie Informationen wahrgenommen, gespeichert, interpretiert und abgerufen werden.

Man kann davon ausgehen, dass Menschen motiviert sind, der Realität möglichst angemessene Schemata zu haben, um eine reibungslose Interaktion mit der Umwelt zu gewährleisten. Wenn ein Individuum mit einem schemadiskrepanten Ereignis konfrontiert ist, wird es versuchen, die Diskrepanz abzubauen. Hierfür gibt es zunächst zwei Möglichkeiten: das Schema kann verändert und so an die neue Information angepasst werden (Akkommodation), oder das Ereignis kann so interpretiert werden, dass es in die existierenden Schemata passt (Assimilation). Diese Begriffe gehen auf die Arbeiten des schweizerischen Entwicklungsforschers Jean Piaget zurück.

Assimilation

Man spricht von Assimilation, wenn wir Ereignisse so wahrnehmen oder interpretieren, dass sie in unsere bereits bestehenden Schemata passen. Meist ist dies unproblematisch – wenn etwa ein Schüler im Mathematikunterricht eine neuartige Aufgabe so interpretieren kann, dass er sie mit dem bereits bestehenden Wissen lösen kann, ist das ein guter Lernschritt. Während Assimilation an sich also ein häufiger und oft sogar positiver Vorgang ist, ist sie in Bezug auf traumatische Ereignisse problematisch, da diese definitionsgemäß nicht in die Schemata der meisten Menschen passen. Um Überzeugungen aufrechterhalten zu können, wird das Ereignis in seiner Bedeutung verzerrt oder negiert. Die Assimilation eines traumatischen Ereignisses zeigt sich häufig in Selbstvorwürfen oder Ungeschehenmachen und verhindert eine wirkliche Verarbeitung des Traumas.

Selbstvorwürfe („Ich hätte es wissen müssen“, „Es ist meine Schuld“) haben oft den Sinn, Überzeugungen über die eigene Sicherheit („Ich kann mich vor Gefahren schützen“, „Die Welt ist im Großen und Ganzen sicher und vorhersehbar“) nicht zu gefährden – die Erkenntnis, dass manchmal schlimme Dinge passieren, ohne dass man eine Einflussmöglichkeit hat, würde einen großen Verlust an wahrgenommener Sicherheit bedeuten. Gleichzeitig bedeuten die begleitenden Schuld- und Schamgefühle eine große Belastung.

Ungeschehenmachen („Wenn ich nur ...“, „Es ist gar nicht so schlimm“, „Es war nicht wirklich eine Vergewaltigung“, „Wenn es nicht passiert wäre ...“)

verhindert ebenfalls die Verarbeitung des traumatischen Ereignisses und seiner Folgen, weil dieses letztlich gar nicht als wirklich geschehen akzeptiert wird.

Im Bereich der Assimilation spielt der verbreitete „Glaube an eine gerechte Welt“ (*just world belief*) eine wichtige Rolle. Die meisten Menschen sagen zwar auf Nachfrage „Ich weiß, dass die Welt nicht gerecht ist“, kennen aber doch Situationen, in denen sie denken „Warum ist das mir passiert?“ oder „Warum diese Person?“, was ein Zeichen für den Glauben an eine gerechte Welt ist, weil darin zum Ausdruck kommt, dass manchen Menschen schlimme (oder auch gute) Dinge nicht passieren *sollten*. Der Glaube an eine gerechte Welt kann dazu führen, dass sich ein Opfer selbst Vorwürfe macht, nach dem Muster: „Nur schlechten Menschen passieren schlimme Dinge, also habe ich das, was passiert ist, verdient“, er kann sich aber auch in Ungeschehenmachen äußern, nach dem bekannten Satz, dass „nicht sein kann, was nicht sein darf“. Assimilation kann so weit gehen, dass relevante Details des Ereignisses nicht mehr erinnert werden.

Merke: Assimilation

Ereignisse werden so wahrgenommen oder interpretiert, dass sie in bereits bestehende Schemata passen. In Bezug auf traumatische Ereignisse kann dieser Vorgang problematisch sein, da er eine wirkliche Verarbeitung des Traumas verhindert, indem das Ereignis in seiner Bedeutung verzerrt oder negiert wird, um Überzeugungen aufrechterhalten zu können. Die Assimilation zeigt sich in Selbstvorwürfen oder Ungeschehenmachen.

Akkommodation und Über-Akkommodation

Im Gegensatz zur Assimilation steht der Mechanismus der Akkommodation. Akkommodation findet statt, wenn Menschen ihre Überzeugungen oder kognitiven Schemata anpassen, um neue Informationen integrieren zu können. Im Beispiel mit dem Mathematikunterricht wäre das der Fall, wenn eine neue Aufgabe nicht mit bereits bekannten Methoden zu lösen ist und etwas Neues gelernt werden muss.

Auch in Bezug auf traumatische Ereignisse ist Akkommodation die adaptive Variante der Informationsverarbeitung. Viele Menschen haben unrealis-

tisch positive Einschätzungen der Kontrolle, die sie in bestimmten Situationen ausüben können, und traumatische Erfahrungen stehen im Gegensatz zu diesen Einschätzungen. Adaptiv wäre es nun, die Überzeugungen anzupassen nach dem Motto „Ich habe X erlebt, das bedeutet, dass ich doch nicht ganz so viel Kontrolle habe (aber ich kann weiterhin vieles in meinem Leben kontrollieren)“.

Allerdings passiert es nach traumatischen Ereignissen häufig, dass Menschen ihre Schemata zu sehr anpassen, also überakkommodieren. Überakkommodation äußert sich in übertrieben negativen Überzeugungen, die sich auf Gefahren („Die Welt ist gefährlich und unkontrollierbar“, „Mir wird so etwas wieder passieren“), andere Menschen („Man kann Menschen nicht vertrauen“) oder das eigene Selbst („Ich habe überhaupt keine Menschenkenntnis“) beziehen können. Solch extreme Sichtweisen führen zu Angst, Anspannung und Misstrauen und können die Aufnahme und Erhaltung von persönlichen Beziehungen sehr erschweren.

Merke: Über-Akkommodation

Akkommodation findet statt, wenn Menschen ihre Überzeugungen oder kognitiven Schemata anpassen, um neue Informationen integrieren zu können. Nach traumatischen Ereignissen kommt es häufig zu einer Über-Akkommodation. Die Betroffenen passen ihre Schemata zu sehr an, was sich in übertrieben negativen Überzeugungen in Bezug auf Gefahren, andere Menschen oder das eigene Selbst äußert.

1.2.3 Natürliche und sekundäre Gefühle – Die „Emotionstheorie“ der CPT

Bei der CPT wird zwischen „natürlichen“ und „sekundären“ oder „gemachten“ Gefühlen unterschieden.

Natürliche Gefühle

Die sogenannten natürlichen Gefühle sind die, die aus dem traumatischen Erlebnis selbst folgen. Neben Angst (z. B. nach einem Angriff oder Unfall) sind z. B. Trauer (nach einem Verlust), Ekel oder Wut (auf einen Täter) häufig, aber jedes Gefühl kommt in Frage. Nach einem traumatischen Ereignis sind intensive negative Gefühle völlig normal. Es wird angenommen, dass die natürlichen Gefühle, wenn sie denn wirklich in ihrer ganzen

Intensität zugelassen (und nicht vermieden) werden, von selbst in ihrer Intensität nachlassen. Es ist ein Ziel der Konfrontationskomponente der CPT, diese natürlichen Gefühle zu fühlen, anstatt sie zu vermeiden und so ihren natürlichen (abnehmenden) Verlauf nehmen zu lassen.

Sekundäre oder gemachte Gefühle

Die sekundären Gefühle resultieren aus den Interpretationen und Bewertungen des Traumas. Im Gegensatz zu natürlichen Gefühlen sind sie deutlich stabiler. Dabei sagt die Art des Gefühls nichts darüber aus, ob es natürlich oder sekundär ist. Ein gutes Beispiel ist Wut. Es ist völlig normal, z. B. auf einen Unfallgegner wütend zu sein. Wenn diese Wut (und auch die anderen natürlichen Gefühle) wirklich gespürt wird, nimmt sie irgendwann ab. Wenn Patienten denken „Das darf nicht passieren“, „Das ist eine Ungerechtigkeit, die nicht sein darf“ etc., können sie jahrelang wütend bleiben. Dann handelt es sich aber um ein sekundäres Gefühl. Die häufig auftretenden selbstbewertenden Gefühle Scham und Schuld sind zu meist ebenfalls sekundäre Gefühle, da sie aus den Interpretationen des Traumas resultieren.

1.3 Inhalte und Ablauf der CPT

Die CPT beinhaltet mehrere Komponenten, die aufeinander aufbauen. Das ursprüngliche Manual umfasst 12 Sitzungen, die einzeln (mit einer Dauer von je einer Stunde) oder in der Gruppe (mit 90-minütigen Sitzungen) durchgeführt werden. Das Vorgehen lässt sich grob in die drei Phasen Psychoedukation, Arbeit mit dem Traumanarrativ und kognitive Arbeit einteilen, die im Folgenden dargestellt werden.

1.3.1 Psychoedukation, Auswirkungen des Traumas, Gedanken und Gefühle

Psychoedukation spielt vor allem zu Beginn der Therapie eine große Rolle. Sie soll über eine Normalisierung der Symptome, der Vermittlung eines Modells über die Symptomentstehung und Aufklärung über das häufige Vorkommen der Erkrankung erste Erleichterung schaffen (manche Patienten fürchten, Flashbacks und Ängste seien ein Zeichen dafür, dass sie verrückt würden). Vor allem aber dient die Psychoedukation dazu, ein Verständnis

für die Erkrankung zu vermitteln, das sowohl Wissen über gelernte Angstreaktionen als auch die Bedeutung von Kognitionen berücksichtigt.

Aufbauend auf diesem Verständnis kann das Therapierational abgeleitet werden. Hier wird dem Patienten der Therapieverlauf mit den verschiedenen Phasen ausführlich erklärt und jeweils auf das vermittelte Störungsmodell bezogen.

Die kognitive Arbeit beginnt früh in der Therapie. Die Patienten werden gebeten, einen Bericht über die Auswirkungen zu schreiben, die das Trauma auf ihr Leben und ihre Überzeugungen hatte. Das Konzept der Hängepunkte wird eingeführt. Außerdem wird anhand von ABC-Arbeitsblättern (vgl. CD-ROM) die Verbindung von Gedanken und Gefühlen gelehrt und geübt. An dieser Stelle wird zwar bereits im sokratischen Dialog Assimilation vorsichtig exploriert, die Überzeugungen aber noch nicht zu sehr hinterfragt.

1.3.2 Beschäftigung mit dem traumatischen Ereignis und dessen Folgen

Die Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis erfolgt im Normalfall schriftlich zwischen den Sitzungen; die Patientinnen werden gebeten, das traumatische Erlebnis aufzuschreiben, beginnend mit dem Zeitpunkt, zu dem sie wussten, dass etwas passieren würde, bis zu dem Zeitpunkt, als sie sich wieder einigermaßen sicher fühlten. In der darauf folgenden Stunde wird die Patientin gebeten, das Narrativ vorzulesen, dabei soll sie ihre „Gefühle fühlen“, also wirklich mit den negativen Emotionen in Kontakt kommen. Zur wiederum darauf folgenden Stunde wird die Geschichte ein weiteres Mal geschrieben, nach Möglichkeit mit mehr sensorischen und emotionalen Details. Häufig erinnern Patientinnen beim zweiten „Durchgang“ auch Details wieder, die davor vergessen waren. Falls immer noch nicht alles erinnert wurde, oder falls bestimmte Szenen weiterhin sehr schwierig sind, kann optional eine dritte Fassung geschrieben werden. Zwischen den Stunden soll das neueste Narrativ jeden Tag gelesen werden.

1.3.3 Kognitive Arbeit

Wenn die Beschäftigung mit dem traumatischen Ereignis nicht mehr zu intensiven emotionalen Reaktionen führt, wird die kognitive Arbeit an