



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 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.

© 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.