



Christoph Kröger · Carolin Ritter
Richard A. Bryant

Akute Belastungsstörung



HOGREFE



Akute Belastungsstörung

Akute Belastungsstörung

von

Christoph Kröger, Carolin Ritter
und Richard A. Bryant

HOGREFE



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

PD Dr. Christoph Kröger, geb. 1970. Leiter der Hochschul- und Ausbildungsambulanz der TU Braunschweig, Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie, Diagnostik sowie Beauftragter der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen für den Bereich der Psychosozialen Notfallversorgung.

Dipl.-Psych. Carolin Ritter, geb. 1980. Seit 2006 Mitarbeit bei Projekten zur psychosozialen Notfallversorgung. Seit 2009 in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin (Postgraduate Diploma in Clinical Psychology) an der University of Canterbury, in Christchurch (Neuseeland).

PhD. Richard A. Bryant, geb. 1960. Scientia Professor of Psychology an der University of New South Wales, ARC Laureate Fellow und Direktor der Traumatic Stress Clinic, Westmead Hospital, Sydney, Australien.

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 abzdrukken. 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 handele.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

© 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 978-3-8409-2418-7

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.

*Während wir dieses Buch geschrieben haben, ist es in Neuseeland zu einem Erdbeben und in Australien zu einer Flutkatastrophe gekommen.
Wir möchten dieses Buch den Opfern widmen.*

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1: Einleitung	9
Kapitel 2: Akute Belastungsstörung	13
2.1 Diagnostische Kriterien der Klassifikationssysteme	13
2.2 Häufigkeit	14
2.3 Risikofaktoren	16
2.4 Verlauf	17
2.5 Komorbidität	17
2.6 Differenzialdiagnosen	18
Kapitel 3: Störungsmodelle	19
3.1 Welche psychophysiologischen Reaktionen begünstigen die Entwicklung einer anhaltenden posttraumatischen Belastung?	19
3.1.1 Furchtkonditionierung	19
3.1.2 Sensibilisierung des hormonellen Stress-Systems	20
3.1.3 Sensibilisierung bzw. Schädigung des Hippokampus	21
3.2 Welche kognitiven Reaktionen begünstigen die Entwicklung einer anhaltenden posttraumatischen Belastung?	22
3.2.1 Informationsverarbeitungstheorien	23
3.2.2 Sozial-kognitive Theorien	24
3.3 Integratives Modell zur Entwicklung einer akuten Belastungsstörung und weiterer Traumafolgestörungen	27
Kapitel 4: Versorgungskonzepte zur psychosozialen Notfallversorgung	28
4.1 Prävention von Traumafolgestörungen	29
4.2 Screening und selektive Behandlung	31
Kapitel 5: Diagnostik	33
5.1 Screening von posttraumatischer Belastung bzw. Risiko- und Schutzfaktoren	33
5.2 Diagnostik der akuten Belastungsstörung	36
5.3 Diagnostisches Vorgehen – Ein Fallbeispiel	39
Kapitel 6: Indikation und Voraussetzungen für die trauma-fokussierende Behandlung	41
6.1 Indikation	41
6.2 Mögliche Hindernisse für die Behandlung	41
6.2.1 Suizidalität	41
6.2.2 Komorbidität	41
6.2.3 Substanzmissbrauch	41
6.2.4 Trauer	42
6.2.5 Anhaltende Stressoren	42
Kapitel 7: Beschreibung der Therapiesitzungen	44
7.1 Sitzung 1	44
7.2 Sitzung 2	50

7.3	Sitzung 3	61
7.4	Sitzung 4	70
7.5	Sitzung 5	75
7.6	Sitzung 6	79
7.7	Sitzung 7	80
 Kapitel 8: Hindernisse während der Behandlung		83
8.1	Frühere traumatische Ereignisse	83
8.2	Angemessene versus unangemessene Vermeidung	83
8.3	Anhaltende Vermeidung	83
8.4	Dissoziation	84
8.5	Extreme Angst	85
8.6	Extreme Traumatisierung	86
8.7	Wut und Ärger	86
8.8	Schuld	87
8.9	Scham	89
8.10	Ekel	90
8.11	Angehörige und Freunde	91
 Kapitel 9: Wirksamkeit der Behandlung der akuten Belastungsstörung		93
 Literatur		97
 Anhang		103
	Trauma-Screening-Fragebogen (TSF)	105
	Fragebogen zur posttraumatischen Anpassung	106
	Interview zur akuten Belastungsstörung	107
	Skala zur akuten Belastungsstörung	112
	Hinweise zur Auswertung der Fragebögen	114
	Arbeitsblatt: Typische Reaktion auf ein Trauma	115
	Arbeitsblatt: Atemtraining	116
	Arbeitsblatt: Kognitive Therapie – 1. Annahmen und Überzeugungen	117
	Arbeitsblatt: Kognitive Therapie – 2. Verändern von Annahmen und Überzeugungen	118
	Arbeitsblatt: Trauma-Hierarchie	119
	Arbeitsblatt: Rückfallprävention	120
	Protokoll: Atemtraining	121
	Protokoll: Exposition in sensu	122
	Protokoll: Exposition in vivo	123
	Protokoll: Exposition zu Hause	124
	Protokoll: ABC-Modell	125

CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Info- und 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.

Kapitel 1

Einleitung

Neben der medizinischen (Erst-)Versorgung wurde der psychosoziale Aspekt potenziell traumatischer Ereignisse (z. B. eines Verkehrsunfalls, körperlicher bzw. sexueller Gewalt oder gar einer Großschadens- und Katastrophenlage) lange Zeit vernachlässigt. Um die psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) von Opfern, Angehörigen und Einsatzkräften (u. a. Rettungskräfte, Feuerwehrleute, Polizistinnen und Polizisten¹) in Deutschland zu verbessern, wurde ein Konsensusprozess vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) zwischen Vertretern der Hilfsorganisationen, Bundesländern und Interessengruppen angestrengt, der insbesondere zu strukturellen Empfehlungen (z. B. gemeinsamer Sprachgebrauch, Vernetzung der anbietenden Organisationen, Einrichtung von Landeszentralstellen) für die PSNV geführt hat (BBK, 2009). Gleichzeitig hat das European Network for Traumatic Stress (TENTS) mit Unterstützung der Europäischen Union Leitlinien für die psychosoziale Nachsorge nach Großschadens- und Katastrophenlagen erarbeitet (Bisson et al., 2010): Im Ge-

gensatz zu den Empfehlungen des BBKs wurde ein Konsens unter wissenschaftlichen Experten angestrebt, die sich an den bisherigen psychotraumatologischen Erkenntnissen orientieren. Sie empfehlen eine kognitiv-behaviorale Behandlung der akuten Belastungsstörung (ABS) bzw. akuten posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Um dieses wissenschaftlich fundierte Verfahren auch in Deutschland anwenden zu können, werden in diesem Buch die störungsspezifische Diagnostik, relevante Störungsmodelle, die Behandlung, mögliche Hindernisse in der Anwendung bzw. die Wirksamkeit der Intervention beschrieben. In einem umfassenderen Versorgungskonzept für Menschen nach potenziell traumatischen Ereignissen sind dieser Behandlung weitere psychosoziale Maßnahmen vorgeschaltet, welche vorab dargestellt werden sollen.

Bevor Sie weiterlesen, möchten wir Sie bitten, bei den im folgende Kasten aufgelisteten Aussagen zu markieren, welche Sie für richtig oder falsch halten.

Aussagen	
1. Jeder Betroffene braucht psychologische Unterstützung.	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch
2. Alle brauchen das Gleiche.	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch
3. Reden hilft immer. Es gibt kein Risiko und keine Nebenwirkungen.	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch
4. Die akute Belastungsstörung ist keine psychische Störung mit Krankheitswert.	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch
5. Ein strukturiertes und manualisiertes Vorgehen belastet die therapeutische Beziehung.	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch
6. Stabilisierungstechniken müssen der Auseinandersetzung mit den Erinnerungen an das traumatische Ereignis vorangestellt werden.	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch
7. Exposition in sensu führt zu einer Zunahme von Symptomen und hohen Abbruchquoten.	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch
8. Während der Exposition in sensu den Patienten anzuregen, die Erinnerungen wieder zu erleben, führt zu einer Re-Traumatisierung.	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch
9. Das Verfahren ist zu symptomorientiert bzw. mit ca. 10 Sitzungen zu kurz angelegt.	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch
10. Das Verfahren ist leicht zu lernen. Das kann ich auch!	<input type="checkbox"/> richtig <input type="checkbox"/> falsch

¹ Im Folgenden wird zu Gunsten der Lesbarkeit die männliche Form genutzt (z. B. der Therapeut, Polizist). Leserinnen bitten wir, sich trotzdem angesprochen zu fühlen.

Diese zehn Aussagen geben gängige Meinungen im Bereich der psychosozialen Notfallversorgung und der Behandlung von ABS bzw. PTBS wider.² Wenn Sie eine Aussage mit „richtig“ beantwortet haben, sollten Sie sich noch etwas Zeit nehmen, um die kurzen, im Folgenden aufgelisteten Erläuterungen zu jeder dieser Aussagen zu berücksichtigen. Um Betroffenen, Angehörigen und Einsatzkräften wirklich helfen zu können, sollten Sie mit einigen immer wieder geäußerten Meinungen und den widersprechenden wissenschaftlich-gestützten Informationen vertraut sein.

Aussage 1: Jeder Betroffene braucht psychologische Unterstützung.

Obwohl fast jeder Mensch durchschnittlich mindestens einmal im Leben einem Ereignis ausgesetzt ist, während dessen das eigene Leben oder das einer anderen Person akut bedroht ist, nimmt die psychische Belastung bei der Mehrheit der Personen nach wenigen Tagen und Wochen von alleine ab. Selbst bei Erlebnissen, die von Menschen intendiert sind (u. a. körperliche und sexuelle Gewalt, Überfälle oder terroristische Anschläge), kommt es zu einer raschen Remission. Nur bei einem Teil bleiben die Symptome auch nach über zwei Wochen bestehen. Diese weisen ein höheres Risiko für die Entwicklung einer PTBS oder einer anderen Traumafolgestörung (u. a. Depression, Spezifische Phobie) auf. Inzwischen gibt es empirisch gestützte Hinweise für Risiko- und Schutzfaktoren, die zur Identifikation dieser Subgruppe von Betroffenen genutzt werden können. Insbesondere bei Ereignissen mit sehr vielen Betroffenen müssen sich psychosoziale Maßnahmen angesichts von knappen personellen und finanziellen Ressourcen auf diesen Personenkreis beschränken.

Aussage 2: Alle brauchen das Gleiche.

Die Bevölkerungsgruppen unterscheiden sich in der psychischen Beanspruchung durch das potenziell traumatische Ereignis und die Art der weiteren Verarbeitung. Nach einem schweren Verkehrsunfall brauchen Opfer und Angehörige andere Maßnahmen als professionelle Helfer, die regelmäßig mit derartigen Ereignissen konfrontiert werden. Bestimmte Risikogruppen in der Allgemeinbevölkerung (z. B. Kinder und Jugendliche,

Menschen mit psychischen Störungen) müssen immer gesondert berücksichtigt werden, selbst wenn sie nur durch die Berichterstattung der Medien von dem Ereignis erfahren haben.

Aussage 3: Reden hilft immer. Es gibt kein Risiko und keine Nebenwirkungen.

Inzwischen wird in der Berichterstattung und den Verlautbarungen nach potenziell traumatischen Ereignissen immer auch auf die psychosoziale Versorgung von Opfern, Angehörigen und Einsatzkräften hingewiesen. Wenn auch der Wunsch der Öffentlichkeit verständlich ist, dass Betroffenen nach traumatischen Ereignissen nicht nur medizinisch, sondern auch psychosozial betreut werden sollen, gibt es inzwischen Hinweise, dass Betroffene Schaden nehmen können (Bisson, Jenkins, Alexander & Bannister, 1997; Mayou, Ehlers & Hobbs, 2000). Beispielsweise verblieb in der Studie von Mayou und Kollegen (2000) bei Personen mit hoher posttraumatischer Belastung eine ausgeprägte Symptomatik nach drei Jahren, wenn sie eine einmalige, einstündige Einzelsitzung 24 Stunden nach einem Verkehrsunfall erhielten. Die Betroffenen sollten während der Sitzung über das Geschehen berichten, so dass eine kognitive und emotionale Verarbeitung vermeintlich gezielt angeregt wurde, und erhielten detaillierte Informationen über die PTBS. Unbehandelte Personen mit gleicher Ausgangsbelastung remittierten und glichen sich den Unbelasteten an. Ein zu früh gewählter Gesprächsfokus auf traumaassoziierte Gedanken und Gefühle scheint eine Sensibilisierung, statt eine kognitiv-emotionale Verarbeitung zu bewirken. Insbesondere von Interventionen, die verpflichtend auferlegt werden oder die unbelastete Personen in Gruppen einschließen, wurde abgeraten (Rose, Bisson & Wessely, 2003).

Aussage 4: Die akute Belastungsstörung ist keine psychische Störung mit Krankheitswert.

Die akute Belastungsstörung bzw. -reaktion ist in den gängigen Klassifikationssystemen für psychische Störungen aufgeführt. Plötzliches Wiedererleben und Anzeichen von Übererregung (u. a. Schlaf- und Konzentrationsstörungen) unmittelbar und wenige Tage nach dem Ereignis sind eine häufige und normale Reaktion auf ein unnormales bzw. außergewöhnliches Ereignis. Allerdings kön-

² Eine ähnliche Liste findet sich im Manual zur Behandlung der PTBS des Australien Centre for Traumatic Mental Health (Creamer, Forbes, Phelps & Humphreys, 2007).

nen diese Symptome die Person – wie bei Infektionen oder körperlichen Verletzungen – kurzfristig soweit einschränken, dass sie nicht mehr arbeitsfähig ist bzw. im familiären Kontext entlastet werden muss. Negative Bewertungen des Ereignisses und die Interpretation der Symptome, insbesondere der Intrusionen, können zu einer erheblichen subjektiven Belastung führen. Wenn auch die vielfältigen Symptome unmittelbar bis wenige Tage im Anschluss des Ereignisses keine gute prognostische Bedeutung für psychische Folgestörungen aufweisen, ist doch bei fehlender Remission eine störungsspezifische Diagnostik und traumafokussierende Behandlung indiziert.

Aussage 5: Ein strukturiertes und manualisiertes Vorgehen belastet die therapeutische Beziehung.

Wenn es auch eine Vielzahl an möglichen traumatischen Ereignissen geben kann und Betroffene aus unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen stammen, gibt es doch gemeinsame Symptome bzw. Risiko- und Schutzfaktoren, die eine strukturierte Diagnostik als Basis für eine Fallkonzeption und zielgerichtete Behandlung ermöglichen. Wenn sich beispielsweise gezeigt hat, dass bestimmte kognitive Strategien (z. B. Gedankenunterdrückung, exzessives Grübeln) zu einer Chronifizierung der posttraumatischen Symptomatik beitragen, so sollten in der Behandlung auch genau diese Strategien angegangen werden. Selbstverständlich ist eine individuelle Anpassung notwendig, wenn sich beispielsweise Gefühle (Scham, Schuld oder Wut) im Anschluss des traumatischen Ereignisses entwickeln. Gerade ein strukturiertes und transparentes Vorgehen gibt den Betroffenen Sicherheit, Vertrauen und Kontrolle und berücksichtigt damit die Motive, die während des traumatischen Ereignisses meist verletzt worden sind.

Aussage 6: Stabilisierungstechniken müssen der Auseinandersetzung mit den Erinnerungen an das traumatische Ereignis vorangestellt werden.

Natürlich können auch nach einem kurz andauernden, traumatischen Ereignis (sog. Typ-I-Trauma) Bedingungen vorliegen (z. B. Trauerreaktion, Suizidalität, zusätzliche kritische Lebensereignisse), die vorrangig eine Stabilisierung und Problemlösung im Alltag notwendig machen. Aus den Studien zur traumafokussierenden Behandlung der ABS gibt es aber keinen Hinweis darauf, dass zusätzliche Interventionen (Angstmanagement und Hypnotherapie) die Abbruchrate oder den Therapieerfolg verbessern können (Bryant, Sackville,

Dang, Moulds & Guthrie, 1999; Bryant, Moulds, Guthrie & Nixon, 2005). Implizit wird durch die kompetente Durchführung einer störungsspezifischen Diagnostik und Vermittlung eines Störungsmodells vermittelt, dass der Therapeut dem Betroffenen und sich selbst eine traumafokussierende Therapie zumutet und zutraut.

Nach länger andauernden Phasen mit traumatischen Einzelereignissen in der Vergangenheit (sog. Typ-II-Trauma) können hingegen Stabilisierungstechniken indiziert sein. Eine Kombination von dialektisch-behavioralen Techniken mit Exposition in sensu zeigte bei Frauen nach sexuellem Missbrauch eine höhere Remissions- und eine niedrigere Abbruchrate als in der Bedingung mit alleiniger Exposition (Cloitre et al., 2010). Bisher konnten die in Deutschland verbreiteten imaginativen Stabilisierungstechniken (siehe z. B. Reddemann, 2008) jedoch nicht zeigen, dass sie zu einem Therapieerfolg oder einer geringeren Abbruchrate beitragen.

Aussage 7: Exposition in sensu führt zu einer Zunahme von Symptomen und hohen Abbruchraten.

Nach den ersten Sitzungen mit Exposition in sensu kann es zu einer kurzfristigen Zunahme der posttraumatischen Beschwerden kommen. Darüber sollte ein Therapeut den Patienten vor der Durchführung selbstverständlich aufklären. Nach der wiederholten Durchführung der Exposition kommt es bei der Mehrheit der Patienten zu einer schnellen Remission der Symptomatik. In den Studien zur traumafokussierenden Behandlung der ABS wird deutlich, dass die Symptomatik am Behandlungsende und in Nachbefragungen mit moderaten bis großen Effektstärken reduziert werden konnte. Nur etwa ein Drittel erfüllte nach drei bis sechs Monaten noch die Kriterien einer akuten PTBS. Die Abbruchraten entsprechen denen einer unspezifischen, unterstützenden Beratung. Studienteilnehmer beurteilten die Intervention überwiegend als gut und hilfreich.

Aussage 8: Während der Exposition in sensu den Patienten anzuregen, die Erinnerungen wieder zu erleben, führt zu einer Re-Traumatisierung.

Gegenwärtig gibt es keinen empirischen Hinweis, dass sich Patienten durch die traumafokussierende Behandlung der ABS verschlechtern haben. Selbstverständlich muss der Therapeut während der Exposition in sensu das Niveau der physiologischen