



# Psychotherapie im Dialog

2 · 2019

Psychodynamische Therapie, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapien

## Traumafolgestörungen

*Diagnostik von  
Traumafolgestörungen*  
Neuerungen in der ICD-11

Seite 32

*Trauma-Langzeitfolgen*

Wie kann  
intergenerationalem  
Transfer begegnet werden?

Seite 42

*Traumatherapie bei  
Geflüchteten*

Versorgung Betroffener und  
Behandelnder

Seite 46



20  
JAHRE





Dr. phil. Michael Broda,  
Dipl.-Psych.  
Schriftleitung PiD

*„Man hebt einen Stand am besten dadurch, dass man sich eine gute Konkurrenz schafft.“*

Kurt Tucholsky

Liebe Leserinnen, liebe Leser,  
auf einem großen Fachkongress für Psychosomatik und Psychotherapie im Frühjahr wurde wieder deutlich, in welchem Ausmaß psychische, soziale und somatische Dimensionen bei einzelnen Symptomen miteinander interagieren. Es wurde auch deutlich, dass jede isolierte und nicht an einem bio-psycho-sozialen Modell ausgerichtete Betrachtung von Leid zwangsläufig die Lücke zwischen „objektivem Befund“ und „subjektivem Befinden“ vergrößert und nicht schließt.

Deutlich wurde auch, wie sehr das Fach Psychologie auf konzeptueller und auf forschender Ebene unentbehrlich für das Verständnis hochkomplexer Zusammenhänge im menschlichen Erleben und Verhalten geworden ist, und wie stark psychotherapeutische Erkenntnisse von diesem Wissen profitieren.

In der Politik wird gerade die Ausbildung in der Psychotherapie neu geregelt. Es soll einen neuen Studiengang geben, das sog. Direktstudium zum Psychotherapeuten bzw. zur Psychotherapeutin. In diesem Zusammenhang bleibt zu hoffen, dass dieses Direktstudium der Psychotherapie nicht der Gefahr erliegt, eine rein anwendungsbezogene Perspektive einzunehmen, sondern sich immer auf die geisteswissenschaftlichen Wurzeln der Psychologie besinnt und dabei weder die soziale noch die somatische Dimension aus dem Auge verliert. Wenn wir unser medizinisches, psychologisches und soziologisches Wissen in einen gemeinsamen Dialog einbringen, können wir PatientInnen besser helfen, als wenn wir der berufspolitischen Versuchung eines Konkurrenzdenkens den Vorzug geben.

Beispiele für diese Art einer bio-psycho-sozialen, aufeinander bezogenen Betrachtung finden Sie auch wieder in diesem Heft – ich wünsche Ihnen eine gewinnbringende Lektüre!

Ihr  
Michael Broda



### Prof. Dr. phil. Maria Borcsa, Dipl.-Psych.

(\*1967) ist Professorin für Klinische Psychologie an der Hochschule Nordhausen. Nach Ausbildung und Tätigkeit an der Psychotherapeutischen Ambulanz der Universität Freiburg i.Br. und einer Psychosomatischen Fachklinik war sie in eigener Praxis als approbierte Psychologische Psychotherapeutin (VT) und Familientherapeutin tätig. Sie ist Dozentin für Systemische Beratung und Therapie im In- und Ausland und Supervisorin in Verhaltens- und Systemischer Therapie.



### Dr. phil. Michael Broda, Dipl.-Psych.

**Schriftleitung**, \*1952, ist Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie. Nach universitärer Lehr- und Forschungstätigkeit im Bereich der Rehabilitationspsychologie war er leitend in einer psychosomatischen Fachklinik tätig. Seit 1997 arbeitet er niedergelassen in eigener Praxis in Dahn. Er ist Mitherausgeber der Lehrbücher „Praxis der Psychotherapie“ (mit W. Senf) und „Technik der Psychotherapie“ (mit W. Senf und B. Wilms) sowie Fachgutachter Verhaltenstherapie (KBV) und Sachverständiger beim IMPP.



### Claudia Dahm-Mory, Dipl.-Psych.

\*1972, ist Psychologin, systemische Einzel-, Paar- und Familientherapeutin (SG), systemische Supervisorin (SG) und CBASP-Therapeutin und -Trainerin. Nach 20 Jahren klinischer und Forschungstätigkeit in der psychiatrischen Klinik der Universität Leipzig ist sie seit 2017 selbständig. Hier hat sie drei Standbeine: die Supervision psychosozialer Einrichtungen, eine Lehrtrainerstätigkeit an systemischen (ABIS Leipzig) und verhaltenstherapeutischen Instituten und die therapeutische Arbeit in der Praxis Mehrblick, die sie 2002 mit drei Kollegen gegründet hat.



### Prof. Dr. phil. Christoph Flückiger, Dipl.-Psych.

\*1974, ist Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Referent an Ausbildungsinstituten für kognitive Verhaltenstherapie in der Schweiz, Deutschland und den USA. Er ist Abteilungsleiter des Lehrstuhls für Allgemeine Interventionspsychologie und Psychotherapie an den Universitäten Zürich und Leiter der am Lehrstuhl angegliederten Spezialpraxis für generalisierte Angststörungen.



### Prof. Dr. med. Volker Köllner

\*1960, ist Facharzt für Psychosomatische Medizin. Er war u. a. Oberarzt am Universitätsklinikum Dresden und Chefarzt der Fachklinik für Psychosomatische Medizin in Blieskastel. Seit 2015 ist er Chefarzt der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik und ärztlicher Direktor am Rehazentrum Seehof der DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) in Teltow bei Berlin. Er ist Professor für Psychosomatische Medizin an der Medizinischen Fakultät Homburg/Saar und Lehrbeauftragter der Universitätsmedizin Charité, Berlin. Wissenschaftlich ist er in der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation der Charité aktiv.



### Prof. Dr. med. Henning Schauenburg

\*1954, ist Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse. Er arbeitet als Professor für Psychosomatik und Psychotherapie an der Universität Heidelberg sowie als stellvertretender Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg.



### Dr. phil. Barbara Stein, Dipl.-Psych.

\*1960, ist Psychologische Psychotherapeutin und seit 2005 Leitende Psychologin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Nürnberg/Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU). Ihre Schwerpunkte sind tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, Paar- und Familientherapie, psychologische Beratung und Behandlung von körperlich Kranken, Supervision sowie Fort- und Weiterbildungstätigkeit.



### Prof. Dr. rer. nat. Silke Wiegand-Grefe, Dipl.-Psych

\*1964, ist Psychologische Psychotherapeutin (Psychoanalyse, Tiefenpsychologie), Paar- und Familientherapeutin und hat die Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie der MSH Medical School Hamburg, University of Applied Sciences and Medical University, inne. Sie leitet die Forschungsgruppe für Psychotherapie- und Familienforschung am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik. Außerdem ist sie als Dozentin und Supervisorin an mehreren Ausbildungsinstituten tätig.



### Dr. med. Bettina Wilms

\*1964, ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (Systemische Familientherapie und Verhaltenstherapie). Nach 11-jähriger Chefarztstätigkeit am Südharz Klinikum Nordhausen ist sie seit Februar 2016 Chefarztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Carl-von-Basedow Klinikum Saalekreis am Standort Querfurt. Ihre Schwerpunkte sind die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung und berufliche Belastungssyndrome.



### Dr. phil. Andrea Dinger-Broda, Dipl.-Psych.

\*1957, ist Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie), Supervisorin, Lehrtherapeutin und Dozentin an Weiterbildungsinstituten. Nach wissenschaftlicher Mitarbeit an den Universitäten Freiburg (Rehabilitationspsychologie) und Bochum (Medizinische Psychologie) war sie als Leitende Psychologin an onkologischen, kardiologischen und psychosomatischen Rehabilitationskliniken tätig. Seit 1997 arbeitet sie niedergelassen in eigener Praxis in Dahn.

### Gründungsherausgeber

Wolfgang Senf, Essen  
Michael Broda, Dahn  
Steffen Fliegel, Münster  
Arist von Schlippe, Witten  
Ulrich Streeck, Göttingen  
Jochen Schweitzer, Heidelberg

### Beirat

Cord Benecke, Kassel  
Ulrike Borst, Zürich  
Michael Brünger, Klingenmünster  
Stephan Doering, Wien

Ulrike Ehlert, Zürich  
Michael Geyer, Erfurt  
Sabine Herpertz, Heidelberg  
Jürgen Hoyer, Dresden  
Johannes Kruse, Gießen  
Hans Lieb, Edenkoben  
Wolfgang Lutz, Trier  
Andreas Maercker, Zürich  
Dietrich Munz, Stuttgart  
Hans Reinecker, Salzburg  
Babette Renneberg, Berlin  
Martin Sack, München

Silvia Schneider, Bochum  
Gerhard Schüßler, Innsbruck  
Bernhard Strauß, Jena  
Kirsten von Sydow, Berlin  
Kerstin Weidner, Dresden  
Ulrike Willutzki, Witten/Herdecke

### Leserbeirat

Karl Mayer, Freren  
Heinz-Peter Olm, Wuppertal  
Uta Preissing, Stuttgart  
Jessica Schadlu, Düsseldorf

### Verlag

Georg Thieme Verlag KG  
Rüdigerstraße 14 · 70469 Stuttgart  
Postfach 301120 · 70451 Stuttgart  
www.thieme-connect.de/products  
www.thieme.de/pid

Besuchen Sie die PiD im Internet!  
Private Abonnenten können dort alle bisher veröffentlichten Artikel über das Online-Archiv abrufen.

Indexiert in: PSYINDEX

# PiD

## Psychotherapie im Dialog

Juni 2019 · 20. Jahrgang · Seite 1–120



### Traumafolgestörungen

Auf dem Feld der Traumafolgestörungen hat sich in den vergangenen Jahren viel getan: Biologische Grundlagen wurden erforscht, neue Konzepte entwickelt, Definitionen geschärft und Diagnosen angepasst oder neu eingeführt. Gerade in den turbulenten Zeiten der heutigen Welt und angesichts zahlreicher Geflüchteter mit traumatischen Erlebnissen ist das Gebiet von enormer Bedeutung, und nahezu alle PsychotherapeutInnen sind damit konfrontiert. Diese PiD-Ausgabe liefert sowohl Hintergrundinformationen als auch praktisches Rüstzeug für die therapeutische Arbeit mit traumatisierten Patienten.

- 7 **Für Sie gelesen | Komplexe PTBS: Sind Symptomstrukturen international vergleichbar?**
- 8 **Für Sie gelesen | Psychotherapeutische Interventionen zeigen positive Effekte bei Anorexia Nervosa**
- 9 **Therapiemethoden | Arbeit an Glaubenssätzen**

### Traumafolgestörungen

- 11 **Editorial | 20 Jahre später – Trauma revisited** Henning Schauenburg, Volker Köllner, Maria Borcsa
- 12 **Essentials | Traumafolgestörungen** Katharina Senger
- 14 **Standpunkte | Trauma in der Erinnerung heilen** M. Roxanne Sopp, Sarah K. Schäfer, Tanja Michael
- 20 **Standpunkte | Systemische Traumatherapie – theoretischer Hintergrund und praktische Anwendung** Reinert Hanswille
- 26 **Standpunkte | Die Inflation des Traumabegriffs** Ilka Quindeau
- 32 **Aus der Praxis | Diagnostik von Traumafolgestörungen: Was ändert sich mit der ICD-11?** Annett Lotzin, Jennifer Louise Mauer und Volker Köllner
- 37 **Aus der Praxis | Kleine Traumata und das neue Konzept der Anpassungsstörung** Rahel Bachem, Louisa Lorenz, Volker Köllner
- 42 **Aus der Praxis | Intergenerationale Weitergabe von Traumata** Rahel Bachem
- 46 **Aus der Praxis | Traumatherapie bei Geflüchteten** Christoph Nikendei, David Kindermann, Florian Junne, Anja Greinacher
- 51 **Aus der Praxis | Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen – ein Fallbeispiel** Anna Vogel, Rita Rosner

- 56 **Aus der Praxis | Somatische Folgen von Traumatisierungen aus Sicht der Kardiologie**  
Eike Langheim
- 61 **Aus der Praxis | Traumakonfrontative Behandlung mit EMDR – neue Entwicklungen und Studienergebnisse** Martin Sack, Markus Stingl
- 66 **Aus der Praxis | Kindheitstraumatisierte im Alter – Lebenslektionen und Gesprächsthemen in der Psychotherapie** Myriam V. Thoma, Jan Höltinge, Andreas Maercker
- 70 **Aus der Praxis | Der Umgang mit der Ahnung – Vermutung von Traumatisierungen in der Vergangenheit** Eva Maria Meiser-Storck
- 74 **Aus der Praxis | Adjuvante Therapie bei posttraumatischer Belastungsstörung** Christian G. Schanz, Monika Equit, Tanja Michael
- 78 **Aus der Praxis | Besondere Herausforderungen bei der psychotraumatologischen Kausalitätsbeurteilung**  
Ferdinand Haenel
- 83 **Aus der Praxis | Therapeutische Beziehung in der Behandlung komplex traumatisierter Patienten**  
Wolfgang Wöllner
- 87 **Aus der Praxis | Traumatisches Stresserleben im Kontext körperlicher Erkrankung und Behandlung**  
Andrea Goll-Kopka
- 91  **CME Fragen**

- 95 **Über den Tellerand | Sprachmittlung – Einsatz von DolmetscherInnen in der Traumatherapie von Geflüchteten** Luisa Helmboldt, Christoph Nikendei, David Kindermann
- 100 **Über den Tellerand | Psychobiologische Aspekte der Traumafolgestörungen** Johannes C. Ehrental, Martin Stoffel, Beate Ditzen
- 105 **Dialog Links | Erste Hilfe bei Traumafolgestörungen – Angebote aus dem Internet** Alexa Kupferschmitt
- 110 **Dialog Books | Bücher zum Thema** Diana Flory
- 114 **Resümee | Traumafolgestörungen** Volker Köllner, Maria Borcsa, Henning Schauenburg

---

## Ein Fall – verschiedene Perspektiven

- 115 **Fallbericht PTBS – „Das Schlimmste ist das Gefühl der Hilflosigkeit“**

## Lesenswert

- 118 **Gabriela Adameşteanu: Verlorener Morgen**

## Backflash

- 119 **„Archeological site“ oder doch eher „Gerümpel“?**

- 120 **Vorschau**

Impressum auf der letzten Seite

---

**Titelbild:** Quelle: sandra zuerlein / stock.adobe.com

## Komplexe PTBS: Sind Symptomstrukturen international vergleichbar?

Knefel M et al. The replicability of ICD-11 complex post-traumatic stress disorder symptom networks in adults. Br J Psychiatry 2019. doi: 10.1192/bjp.2018.286

**Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS) wird erstmals im ICD-11 beschrieben und umfasst neben den Symptomen der PTBS Zeichen einer gestörten Selbstorganisation. Da für die Symptome eine Netzwerkstruktur angenommen wird, für die der Beleg einer Generalisierbarkeit für sämtliche Bevölkerungsgruppen bis heute fehlt, haben Knefel und Team nun die Symptomstrukturen von Patienten aus 4 verschiedenen Ländern miteinander verglichen.**

Die Definition der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS) gehört zu den Neuerungen der 11. Fassung der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD). Im ICD-11 wird dabei erstmals die klassische PTBS mit den Kardinalsymptomen des Wiedererlebens von Traumata, dem Vermeiden von an das Trauma erinnernden Reizen sowie das permanente Bedrohungsempfinden von einer komplexen PTBS mit zusätzlicher Störung der Selbstorganisation unterschieden.

Die Störung der Selbstorganisation umfasst dabei Symptome aus 3 Kategorien:

- Affektive Dysregulation,
- negatives Selbstkonzept,
- gestörte Beziehungen.

Auf theoretischer Ebene wird eine netzartige Verbindung der einzelnen Symptomgruppen angenommen. Die Ergebnisse von Netzwerkanalysen sollen dabei helfen, die führenden Beschwerden einer Erkrankung herauszustellen, und entsprechende zielorientierte Behandlungsstrategien entwickeln zu können. Da es für die kPTBS bislang noch keinen Beleg für die Generalisierbarkeit der Symptomstruktur gibt, haben Knefel und seine Kollegen nun eine entsprechende Studie durchgeführt und Patientengruppen aus 4 Ländern mit bekannten soziokulturellen Unterschieden miteinander verglichen.

Die Forscher verwendeten dazu 4 repräsentative Stichproben aus Deutschland, Großbritannien, Israel und den USA. Geeignete Patienten sollten

- an einer komplexen PTBS leiden,
- mindestens ein traumatisierendes Ereignis erlebt haben
- und einen starken Leidensdruck berichten.

Die Beeinträchtigung durch die Symptome wurde dabei mithilfe des Internationalen Traumafragebogens (ITQ) erfasst. Zur Sammlung der Symptome kamen weiterhin verschiedene Formen der Life Events Checklist (LEC) zum Einsatz.

Für jede der 4 Stichproben führten die Studienautoren eine Netzwerkanalyse der Symptome durch. Dabei untersuchten sie unter anderem die Korrelationen der einzelnen Symptome untereinander und die Stabilität der entsprechenden Konstrukte. Die dabei entstandenen Netzwerke wurden schließlich in Hinblick auf Replizierbarkeit bzw. Ähnlichkeit miteinander verglichen.

### Generalisierbarkeit bestätigt

Die Gesamtstichprobe umfasste 1591 Patienten. Sie waren durchschnittlich 43,55 Jahre alt (Spannweite zwischen 14 und 99 Jahren), 67,7% von ihnen weiblich. Obgleich die 4 Stichproben Unterschiede hinsichtlich traumatischer Erlebnisse, Symptomschwere und ihrer Symptomprofile zeigten, fielen die Ergebnisse der Netzwerkanalysen sehr ähnlich aus. Die Krankheitszeichen innerhalb einer Dimension waren bei jedem Netzwerk stark miteinander assoziiert.

Die Korrelationskoeffizienten zwischen den einzelnen Netzwerken lagen im Bereich zwischen 0,78 für Deutschland und die USA bis hin zur 0,86 für Israel und Großbritannien, die Stabilität der Netzwerke konnte von den Forschern als robust deklariert werden. Die zentralen Symptome in allen 4 Stichproben waren schließlich Gefühle der Wertlosigkeit sowie übertriebener Schreckreaktionen.

In ihrem Diskussionsteil kommen Knefel und Kollegen zu der Schlussfolgerung, dass die Symptomstruktur der neu definierten komplexen PTBS zwischen Ländern mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund vergleichbar und damit auch generalisierbar sei. Sie sehen in diesem Ergebnis eine gute Basis zur Entwicklung neuer Therapieansätze.

Da alle 4 in der Studie vertretenen Länder westliche Industriegesellschaften sind, dürften jedoch die kulturellen Gemeinsamkeiten die Unterschiede eher überwiegen, sodass es spannend wäre diese Studie in China, Indien, Russland oder Afrika zu replizieren.

### FAZIT

In dieser Netzwerkanalyse zeigten die Symptomstrukturen von Patientengruppen mit komplexer posttraumatischer Belastungsstörung aus 4 verschiedenen Ländern eine große Ähnlichkeit. So waren viele Leitsymptome und auch die Korrelationen zwischen einzelnen Krankheitszeichen trotz bekannter kultureller Unterschiede vergleichbar. Die Autorinnen/Autoren halten die neue ICD-11 Definition daher für generalisierbar und sehen in der Netzwerkanalyse eine gute Grundlage zur Entwicklung neuer Therapieansätze.

Dipl.-Psych. Annika Simon, Hannover

## Psychotherapeutische Interventionen zeigen positive Effekte bei Anorexia Nervosa

Zeeck A et al. Psychotherapeutic Treatment for Anorexia Nervosa: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. *Frontiers in psychiatry* 2018; 9: 158. doi:10.3389/fpsy.2018.00158.

Die Anorexia Nervosa (AN) – oder auch Magersucht – ist eine v. a. bei jüngeren Frauen auftretende Erkrankung, die mit erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und funktionellen Störungen bis hin zu höheren Sterblichkeitsraten einhergeht. Die Optimierung psychotherapeutischer Behandlungsansätze und der Nachweis von Wirkeffekten stellen eine große Herausforderung dar. Die Autoren geben in ihrer Arbeit einen systematischen Überblick zur Evidenzgrundlage psychotherapeutischer Versorgung sowie zu den unterschiedlichen Behandlungsansätzen und Wirkeffekten. Dabei werden Arbeiten bewertet, die zwischen 2008 und 2017 publiziert wurden. Gefundene Studienergebnisse werden gepoolt; von initial über 800 gescreenten Artikeln werden 18 RCT-Arbeiten (n = 1247) einer Metaanalyse unterzogen und 38 Arbeiten (RCT und naturalistische Studien, n = 1164) mithilfe der standardisierten Mittelwertdifferenzen analysiert. Studienbefunde zu Erwachsenen und Jugendlichen werden von den Autoren getrennt ausgewertet. Primäre Ergebnisvariable aller Studien ist die Gewichtszunahme.

Die in den Studien angewendeten psychotherapeutischen Behandlungen umfassen ein breites Spektrum von familienbezogenen Ansätzen, Formen kognitiver Verhaltenstherapie bis hin zu psychodynamischer Therapie. Die meisten Studien sind von moderater oder hoher Qualität. Die Metaanalyse vergleicht unterschiedliche Behandlungsansätze, allerdings gibt es bei keiner Studie nicht-behandelte Vergleichsgruppen, sodass ausschließlich aktive Behandlungsarme verglichen werden können. Die Autoren zeigen, dass familienzentrierte Ansätze bei den Jugendlichen überwiegen, wohingegen bei den Erwachsenen individuelle Psychotherapien dominieren. Bei den Erwachsenen wird bezogen auf die gefundenen Effektstärken der primären Ergebnisvariablen keine Überlegen-

heit einer psychotherapeutischen Behandlungsform gegenüber einer anderen festgestellt. Für die Jugendlichen zeigt sich eine leichte Überlegenheit der familienbezogenen Ansätze im Vergleich zur individuellen Psychotherapie. Die Analyse der standardisierten Mittelwertveränderung bezogen auf die Altersgruppen zeigt höhere Effektstärken für die Adoleszenten im Vergleich zu den Erwachsenen sowohl bei den RCTs als auch bei den naturalistischen Untersuchungsansätzen.

### FAZIT

Die Autoren verweisen auf eine in den letzten Dekaden deutlich verbesserte Evidenz psychotherapeutischer Behandlung für Patienten mit AN. Dies ist zu unterstreichen, denn es handelt sich um eine (psycho-)therapeutisch schwer zu erreichende Diagnosegruppe, für welche es keine alternativen wirksamkeitsgeprüften pharmakologischen Behandlungsoptionen gibt. Es existiert eine große Spannweite von psychotherapeutischen Ansätzen für Patienten mit AN mit nachgewiesenen Effekten. Wie groß die „reale“ Wirksamkeit der einzelnen Interventionen allerdings einzuschätzen ist, muss offen bleiben, denn in keiner Studie gab es eine unbehandelte Kontroll- resp. Wartegruppe. Weitere Studien sollten hier ansetzen, und auch das Spektrum der relevanter primären Ergebnisvariablen erweitern, etwa um die Zielgrößen Depressivität oder Lebensqualität. Die lesenswerte Studie von Zeeck et al. lässt lediglich für den mit dem Thema nicht vertrauten Leser eine kurze Darstellung der epidemiologischen Eckdaten der Anorexia Nervosa vermissen.

PD Dr. phil. habil. Jochen Ernst, Leipzig

## Arbeit an Glaubenssätzen



**Glaubenssätze sind Sätze und Regeln, die in der Kindheit durch die Familie übermittelt werden. Verschiedene psychotherapeutische Verfahren bearbeiten Glaubenssätze und ihre Auswirkung auf Verhaltensweisen. Eine Umwandlung dieser Familienregeln in weniger strikte Leitlinien soll das Wachstum und die persönliche Entwicklung des Patienten ermöglichen.**

### Ziele

Glaubenssätze haben viele verschiedene Namen, je nach psychotherapeutischer Ausrichtung. In der Verhaltenstherapie nennt man sie automatische Gedanken oder depressionsfördernde Grundüberzeugungen, in der systemischen Familientherapie Muss-Sätze oder Familienregeln.

Glaubenssätze können wichtige Orientierungshilfen sein. In der Regel erleben aber Patienten, die in eine psychotherapeutische Behandlung kommen, Glaubenssätze als Belastung und Entwicklungsbremse. Es sind Sätze und Regeln, die man in der Kindheit gelernt hat – manche direkt durch verbale Botschaften (explizit), manche unausgesprochen und durch Nahelegen (implizit). Durch Erziehung und Vorleben werden Einstellungen zu wichtigen Fragen vermittelt:

- Was ist erlaubt, was ist verboten?
- Welche Gefühle darf ich haben und zeigen?
- Wie gehe ich mit Misserfolgen um?
- Was darf ich worüber denken?
- Wie gehe ich mit Andersartigkeit um?

In dem Kontext, in dem diese Regeln entstehen, sollen sie das Überleben sichern. Zu einem späteren Zeitpunkt werden die Glaubenssätze verallgemeinert: sie werden jetzt in vielen Situationen angewendet. Nun passen sie aber nicht mehr, da sich der Kontext gewandelt hat. Wenn Glaubenssätze unspezifisch und allgemeingültig weiterwirken, verursachen sie Abhängigkeit, Unfreiheit, ein emotionales Gefängnis sowie bei Regelverstößen Scham- und Schuldgefühle.

In der Verhaltenstherapie leistete Albert Ellis mit dem ABC-Modell Pionierarbeit, um an irrationalen Grundüberzeugungen zu arbeiten [1]. In den psychoedukativen Manualen zur Depressionsbehandlung gehört es zum Standard, mithilfe des Eisbergmodells die Glaubenssätze (im Sinne depressionserzeugender Grundüberzeugungen oder automatischer Kognitionen) zu erarbeiten. Ziel ist es, diese durch „realistischere Alternativen“ zu ersetzen.

Diesen bekannten Techniken zum Umgang mit Glaubenssätzen möchte ich eine Methode von Virginia Satir gegenüberstellen, die sich mit bewährten kognitiven Techniken kombinieren lassen. Das Ziel hierbei ist, dass „die grundlegende Weisheit und der Zweck der Regel nicht negiert wird, sondern der Zwang, den die Regel ausübt, in Wahlmöglichkeiten umgewandelt wird“ [2]. Die Umwandlung von Familienregeln in Leitlinien soll Wachstum und persönliche Entwicklung ermöglichen.

### Vorgehen

Das Vorgehen eignet sich sowohl für die Einzeltherapie als auch für eine psychoedukativ orientierte Gruppe. Es besteht aus insgesamt 5 Schritten, wobei Schritt 4 auch separat angewendet werden könnte. Besonders bewährt hat es sich als Ergänzung zur Umwandlung depressionsfördernder Grundüberzeugungen, die im Rahmen des Eisbergmodells thematisiert werden.

#### Schritt 1: Liste der Glaubenssätze erstellen

Der Patient wird gebeten, eine Liste mit Glaubenssätzen und Familienregeln zu erstellen. Zur Einleitung kann man von einem Tonband im Kopf sprechen, welches die ganze Zeit läuft, oder von automatischen Gedanken, die nicht immer explizit wahrgenommen werden. Sie sind dennoch vorhanden und beeinflussen unser Denken. Um die Sätze später gut umwandeln zu können, müssen sie in der Form einer Regel notiert werden: z. B. „Ich muss immer...“ oder „Ich darf nie...“.

Beim Aufschreiben der Sätze auf ein Flipchart oder eine Tafel wird der Patient ermutigt, besonders auf seinen Körper und seine Gefühle zu achten.

Zur Verdeutlichung des Vorgehens wird der exemplarische Glaubenssatz verwendet: *Ich muss es den anderen immer recht machen, damit ich nicht verlassen werde.*

#### Schritt 2: Sinnhaftigkeit und Überlebensaspekte erarbeiten

Ziel des 2. Schrittes ist es, die Glaubenssätze mit Familienregeln in Verbindung zu bringen. Vom Patient sollen dabei Überlebensaspekte und Sinnhaftigkeit dieser Sätze in deren Entstehungszeit herausgearbeitet werden. Mögliche Fragen sind:

- Aus welcher Zeit in Ihrem Leben könnte der Satz stammen?
- Von wem haben Sie diesen Satz mitbekommen?
- Welchen Sinn hatte dieser Satz in Ihrer Herkunftsfamilie?
- Welcher Weisheitskern oder Überlebensaspekt steckt in jedem dieser Sätze?

#### Schritt 3: Heutige Sinnhaftigkeit erarbeiten

Hier wird erarbeitet, ob und wenn ja, welchen Zweck dieser Satz heute noch erfüllt. An dieser Stelle lässt sich der Blick darauf richten, mit welchen Konsequenzen der Patient rechnet, wenn er diesen Satz nicht erfüllt, und ob das im Hier und Jetzt tatsächlich eintritt. Es lassen sich gut Aspekte erarbeiten, die zeigen, dass die Familienregel in manchen Situationen nützlich sein kann.

#### Schritt 4: Umwandeln der Familienregeln in Leitlinien

Gemeinsam mit dem Patienten werden die starren Regeln in Leitlinien verwandelt. Der Patient wird angeleitet, in 3 Schritten die Regeln umzuformulieren:

**1. Schritt** Suchen Sie für die Worte „muss“, „sollte“ oder „darf nicht“ eine neue Formulierung: „kann“, „möchte“, „will“ etc.

Ersetzen Sie in der Grundüberzeugung die alte durch Ihre neue Formulierung.

#### Beispiel:

- Ich *muß* es den anderen immer recht machen.
- Ich *kann* es den anderen immer recht machen.

**2. Schritt** Ersetzen Sie Worte wie „nie“, „immer“ oder „nie“ durch eine neue Formulierung: „manchmal“, „jetzt“, „oft“, „wahrscheinlich“ etc. Verwenden Sie auch eigene Umformulierungen, die Ihnen einfallen.

**Beispiel:** Ich kann es den anderen *immer* recht machen.

- Ich kann es den anderen *manchmal* recht machen.

**3. Schritt** Erweitern Sie diesen Satz um 3 oder mehr Möglichkeiten mit einem Nebensatz beginnend mit: „..., wenn ...“ Notieren Sie möglichst viele Beispiele, wann der Satz für Sie Geltung haben kann!

**Beispiel:** Ich kann es manchmal den anderen recht machen,

- *wenn* mir der andere besonders wichtig ist,
- *wenn* ich Zeit und Kraft dafür habe,
- *wenn* der andere auch mal für mich da ist,
- *wenn* ...

Notieren Sie die neu entstandenen Leitlinien auf einem Blatt.

An dieser Stelle ist es wichtig, die Wahrnehmung des Patienten erneut auf den Körper zu lenken, um ihn die Veränderungen erspüren zu lassen, wenn Leitlinien gegen Familienregeln ausgetauscht werden: *Erleichterung, Entspannung, weniger Druck, frei fühlen etc.*

### Schritt 5: Weitergabe der Familienregeln

An wen wurden die Familienregeln bereits weitergegeben? Ist es dem Patienten möglich, die weitergegebenen Familienregeln auch für andere in Leitlinien umzuwandeln?

Bei diesem Schritt wird dem Patienten bewusst, dass er selbst die Familienregeln bereits weitergegeben hat, meist an die eige-

nen Kinder. Diese Erkenntnis löst manchmal Schuldgefühle aus. Es ergibt sich dadurch aber auch die Möglichkeit, die Wut, die sich gegen die Herkunftsfamilie entwickeln kann in einen neuen Kontext zu setzen. Regeln werden nicht absichtlich oder zum Schaden des anderen tradiert, sondern oft einfach nur, weil sie nicht hinterfragt oder verändert wurden.

Bei vielen Patienten lässt sich so die Motivation für die Veränderung der Familienregeln erhöhen. Diese Veränderung fällt oftmals schwer. Trotzdem ist vielen klar, dass sie den Satz als Leitlinie und nicht als Familienregel an die nächste Generation weitergeben möchten.

## Schlussbemerkung

Die Arbeit mit Glaubenssätzen ist meist in einen längeren therapeutischen Prozess eingebettet. Die Umwandlung in Leitlinien, wie sie oben beschrieben wurde, ist dabei nur eine Möglichkeit zur Veränderung. Glaubenssätze können auch in Form von Aufträgen aus der Herkunftsfamilie auftreten. Weitere Formen des therapeutischen Umgangs mit Glaubenssätzen sind beispielweise die Skulpturarbeit nach Satir oder die Rückgabe der Aufträge an Familienmitglieder in einer Arbeit mit leeren Stühlen als Stellvertreter.

## Autorinnen/Autoren



#### Claudia Dahm-Mory,

geboren 1972, ist Psychologin, systemische Einzel-, Paar- und Familientherapeutin (SG), systemische Supervisorin (SG) und CBASP-Therapeutin und

-Trainerin. Nach 20 Jahren klinischer und Forschungstätigkeit in der psychiatrischen Klinik der Universität Leipzig ist sie seit 2017 selbständig. Hier hat sie 3 Standbeine: die Supervision psychosozialer Einrichtungen, eine Lehrtrainertätigkeit an systemischen (ABIS Leipzig) und verhaltenstherapeutischen Instituten und die therapeutische Arbeit in der Praxis Mehrblick, die sie 2002 mit 3 Kollegen gegründet hat.

## Korrespondenzadresse

#### Claudia Dahm-Mory

Praxis Mehrblick – Praxis für Systemische Beratung, Therapie und Supervision  
Friedrich-Ebert-Str. 118  
04105 Leipzig  
claudia.dahm-mory@praxis-mehrblick.de

## Literatur

- [1] Ellis A. Grundlagen und Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 2008
- [2] Satir V, Banmen J, Gerber J, Gomori M. Das Satir-Modell: Familientherapie und ihre Erweiterung. Paderborn: Junfermann; 1995
- [3] Satir V. Kommunikation, Selbstwert, Kongruenz. Konzepte und Perspektiven familientherapeutischer Praxis. 5. Aufl. Paderborn: Junfermann; 1996
- [4] Schaub A, Roth E, Goldmann U. Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe; 2006

## Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0771-5006>  
PiD - Psychotherapie im Dialog 2019; 20: 9–10  
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
ISSN 1438–7026

# Traumafolgestörungen



Prof. Henning  
Schauenburg



Prof. Volker Köllner



Prof. Maria Borcsa

## 20 Jahre später – Trauma revisited

Liebe Leserin, lieber Leser,  
das erste Heft der PiD im Jahr 2000 widmete sich der posttraumatischen Belastungsstörung. Dies war bestimmt kein Zufall für eine schulenübergreifende Zeitschrift. Dass im Bereich der Traumafolgestörungen damals eine gewisse professionelle Verunsicherung und damit besonderer Handlungsbedarf bestand, war sicher ein Grund für diese Wahl. Anders als in anderen Feldern der Psychotherapie, konnte sich bei TraumapatientInnen keines der etablierten Verfahren wirklich sattelfest fühlen. Und es war klar, dass aufkommende Konzepte des neuen Umgangs mit dieser Patientengruppe teilweise quer zu den Schulen standen.

Inzwischen sind 20 Jahre vergangen, in denen vieles im Feld der Traumafolgestörungen geschehen ist. Wir fanden also, dass es Zeit war für ein neues Heft zu diesem Thema<sup>1</sup>. Für uns HerausgeberInnen war es in diesem Fall nicht allzu schwer, AutorInnen mit Expertise zu finden und glücklicherweise fiel es auch leicht, sie zur Mitarbeit zu gewinnen. Und so finden wir, dass die Artikel unseres Heftes in umfassender Weise die Errungenschaften der letzten Jahre abbilden.

Alle psychotherapeutischen Schulen haben ihre Vorgehensweisen differenziert, um den psychologischen wie biologischen Eigenarten der PatientInnen mit diesen Störungen Rechnung zu tragen und dabei die sozialen Bedingungen zu berücksichtigen. Neue diagnostische Kriterien wurden geschaffen. Abgrenzungen zu den sogenannten „kleinen Traumata“ sind besser definiert worden. Zwar gibt es die kritisch beäugte inflationäre Verwendung des Begriffs Trauma. Diese stellt sicher auch ein Risiko für das angemessene Verständnis komplexer innerpsychischer Vorgänge dar, die man in grauer Vorzeit mal „neurotisch“ genannt hat. Demgegenüber steht aber die ungeheure Bedeutung des speziellen Feldes in den turbulenten Zeiten in der heutigen Welt. Diese erfordert z. B. eine praktische Anpassung unserer Interventionen an die Möglichkeiten und Bedürfnisse von PatientInnen, die bspw. vor Krieg und Gewalt geflüchtet sind. Auch wissen wir viel mehr über die körperlichen Folgen von Traumatisierung wie auch deren Auswirkungen auf Lebensläufe und die generationale Weitergabe.

Aus der Bedeutung ergeben sich sozialmedizinische Fragestellungen, die wir kritisch diskutieren.

Die Erprobung neuer Herangehensweisen, von denen EMDR und Narrative Exposition nur die wichtigsten sind, wirft nicht zuletzt behandlungstechnische Fragen auf verschiedenen Ebenen auf.

Wir finden, dass dieses Heft ein Füllhorn ist, hoffentlich auch für Sie!  
Danke, dass Sie unsere Zeitschrift lesen!

Henning Schauenburg  
Volker Köllner  
Maria Borcsa

1 2014 ist allerdings ein Heft speziell zum Thema „Sexuelle Traumatisierung“ erschienen – daraus ist vieles noch aktuell. Wer in diesem Heft also Beiträge speziell zu diesem Thema vermisst, sei auf das Themenheft von 2014 verwiesen.

# Traumafolgestörungen

Katharina Senger

Definitionen, Fakten, Relevantes – die PiD-Essentials fassen die wichtigsten Informationen zum Thema des Heftes knapp und übersichtlich für Sie zusammen.

## Traumatische Erlebnisse

Nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird ein Trauma beschrieben als ein „kurz- oder langanhaltendes Ereignis oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.“ Kurzanhaltende Traumata, auch Typ-I-Traumata genannt, sind z. B. Vergewaltigungen, schwere Verkehrsunfälle, Banküberfälle oder Naturkatastrophen – Ereignisse, die einmalig, plötzlich, von kurzer Dauer und von der betroffenen Person meist sehr lebendig wiedererlebt werden. Unter langanhaltenden Ereignissen, sog. Typ-II-Traumata, wird eine Serie von miteinander verknüpften Geschehnissen verstanden, z. B. wiederholte sexuelle oder körperliche Misshandlungen, Kriegserfahrungen oder Geiselnhaft. Das Wiedererinnern ist hier häufig diffuser. Daneben zählen, nach einer Überarbeitung der Definition im DSM-IV, schwere körperliche Erkrankungen und medizinische Eingriffe als Traumata.

## Traumabedingte Folgestörungen

Im Alltag werden wir immer wieder mit schwierigen, gefährlichen Situationen konfrontiert. Die erfolgreiche Bewältigung führt zur Stabilisierung und einem schnellen Abrufen von Problemlösefertigkeiten. Wird die Bedrohung jedoch größer als die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten wahrgenommen und weder (Überlebens-)Kampf noch Flucht gelingen als natürliche Schutzfunktionen, kann es zur Überforderung des Organismus kommen mit Gefühlen der Hilflosigkeit und Ohnmacht. Das Erleben eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse kann so zur Entwicklung einer traumabedingten Störung auf Körper- und Verhaltensebene führen.

Als häufigste und bisher am besten beschriebene Folgereaktion gilt die **Posttraumatische Belastungsstörung** (PTSD) (F43.1) mit den Kernsymptomen des Wiedererlebens des Traumas in Form von sich aufdrängenden Erinnerungen (Flashbacks) oder Alpträumen, der Vermeidung von Situationen, die an das Trauma erinnern und einem Hyperarousal. Während im ICD-10 die subjektive Komponente („tiefgreifende Verzweiflung“) noch besteht, wird

diese im DSM-5 nicht mehr aufgegriffen. Die kommenden Änderungen im ICD-11 verwerfen dieses Kriterium jedoch ebenfalls. Daneben wird in der Neufassung des ICD die „**Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung**“ in das Klassifikationssystem gelistet, das neben den Symptomen der PTSD Schwierigkeiten in der Affektregulation, ein negatives Selbstbild sowie Störungen in Beziehungen integriert. Zum anderen sind die aktuell noch unscharfen diagnostischen Kriterien der **Anpassungsstörungen** (F43.2) künftig stärker am Konzept der PTSD orientiert und als „**Stress-Response-Syndrom**“ definiert (siehe Artikel von Bachem, Lorenz, Köllner im diesem Heft).

Als weitere psychische Traumafolge wird die **Akute posttraumatische Belastungsreaktion** (F43.0, zukünftig die akute Stressreaktion nach ICD-11) klassifiziert. Die Diagnosekriterien umfassen ebenfalls die Konfrontation einer Person mit einem traumatischen Ereignis, auf das ähnlich wie bei der PTSD reagiert wird, mit dem Unterschied des spontanen Abklingens der Symptome innerhalb weniger Tage nach dem traumatischen Ereignis.

Neben den oder anstelle der genannten spezifischen Folgeereaktionen kann es zur Entwicklung weiterer Störungsbilder kommen, die nicht immer direkt mit dem Trauma assoziiert werden. Hierzu zählen:

- **Depressive Störungen** (F32, 33, 34): Störungen der Affektregulation, die nach Traumatisierungen eintreten können mit einer erhöhten Aggressivität, aber auch Ängsten, diffusen Anspannungsgefühlen, raschen Stimmungsschwankungen, Schuldgefühlen, Hilf- und Freudlosigkeit bis hin zu Suizidgedanken und/oder -versuchen.
- **Dissoziative Störungen** (F44): Verlust der Integration von Sinneseindrücken, des Gedächtnisses oder der Selbst- und Körperwahrnehmung, der häufig in Verbindung mit einem traumatisierenden Lebensereignis steht (v. a. Kindheitstraumata, Retraumatisierungen im Erwachsenenalter, personale und intrafamiliäre Traumatisierungen). Das „unwirkliche Erleben“ oder „neben sich stehen“ wird als Schutzfunktion betrachtet, welches der Psyche ermöglicht, starke Affekte zu bewältigen. Als schwerste Form gilt die dis-

soziative Identitätsstörung, bei der es innerhalb einer Person zu einer Aufspaltung in 2 oder mehr Persönlichkeiten kommt.

- **Somatisierungsstörungen**, insbesondere somatoforme Schmerzstörungen (F45): Insbesondere Rückenschmerzen ohne somatischen Befund und Abdominalbeschwerden werden häufig nach personaler Traumatisierung (körperliche oder sexuelle Misshandlungen) berichtet.
- **Persönlichkeitsstörungen** (F60): V. a. bei Patienten mit einer Borderline-, aber auch einer antisozialen, dependenten oder paranoiden Persönlichkeitsstörung können körperliche, sexuelle oder emotionale Traumatisierungen gehäuft in der Biografie exploriert werden.
- **Ess-Störungen** (F50): V. a. Bulimia nervosa kann ebenfalls eine Reaktion auf ein Trauma in der Kindheit sein. Dabei wirken sowohl selbstinduziertes Erbrechen als auch Essanfälle spannungsreduzierend.
- **Angsterkrankungen** (F40): Wichtig ist hierbei die genaue Betrachtung, ob sich spezifische und agoraphobische Ängste sekundär nach einem Trauma entwickelt haben (Situationen, die an das Trauma erinnern) und als Vermeidungsverhalten im Rahmen der Traumatisierung gesehen werden können.
- **Substanzmissbrauch** (F1x.): Infolge eines Traumas greifen Betroffene nicht selten zu Alkohol, Medikamenten und Drogen. Die Substanzen werden missbräuchlich eingesetzt, um Einfluss auf unwillentliche wiederkehrende schlimme Erinnerungen, Hyperarousal-Symptome, Schlafstörungen oder unangenehme Emotionen wie Aggression oder Niedergeschlagenheit ein- bzw. ihnen entgegenzuwirken.

## Epidemiologie

Untersuchungen zur Häufigkeit einer Traumafolgestörung beziehen sich meist auf die Entwicklung einer PTSD. Hierbei wurde festgestellt, dass ein großer Teil der Menschheit (USA 61 % der Männer, 51 % der Frauen; BRD 26 % Männer, 18 % Frauen) mindestens einmal in ihrem Leben mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert waren, gleichzeitig jedoch nur ein vergleichsweise geringer Teil eine PTSD entwickelt (Lebenszeitprävalenz Männer: 5 %, Frauen: 10,4 %). Dabei unterscheiden sich die Prävalenzraten je nach Art des Traumas:

- Vergewaltigung: höchste Störungswahrscheinlichkeit mit einer Lebenszeitprävalenz von ca. 50 %
- andere Gewaltverbrechen: ca. 25 %
- Kriegstraumata: ca. 20 %; höhere Prävalenzraten bei SoldatInnen mit sexuellem Missbrauch in der Vorgesichte,
- Verkehrsunfälle: ca. 10 %; höhere Raten (bis ca. 20 %) werden bei Zugführern berichtet, die mit Person unfällen konfrontiert werden,
- körperliche Erkrankungen: ca. 15 % (v. a. bei Herzinfarkt- und Krebspatienten, Organtransplantationen)

## Verlauf und Prognose

Traumafolgestörungen können sich prinzipiell in jedem Lebensalter nach einem erlebten Trauma entwickeln. Dabei belegen multiple Untersuchungen, dass das Risiko der Chronifizierung dann erhöht ist, wenn die Symptome nach 3–6 Monaten nicht zurückgehen; selten kommt es danach zu Spontanremissionen. Sind die Kriterien der PTSD 3 Monate nach dem Trauma nicht mehr erfüllt, kommt es zu einer stetigen Besserung bei den Betroffenen. Untersuchungen zeigen deutlich, dass eine therapeutische Behandlung die Symptombdauer durchschnittlich um die Hälfte verkürzen kann (36 vs. 64 Monate bei unbehandelten Betroffenen). Entsprechend der Forschungslage sind traumafokussierte Therapien einer eher unspezifischen Behandlung überlegen.

## Autorinnen/Autoren



### Katharina Senger

M.Sc. Psychologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Universitätsambulanz WiPP Landau sowie Lehrbeauftragte der Universität Koblenz-Landau, Campus Landau im Fachbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie. Promotionsstipendiatin des WiPP e. V.

## Literatur

- [1] Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, Maercker A, Reddemann L, Wöller W. S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma & Gewalt 2011; 3: 202–210
- [2] Schellong J, Epple F, Weidner K. Praxisbuch Psychotraumatologie. Stuttgart: Thieme; 2018
- [3] Maercker A. Posttraumatische Belastungsstörungen. Berlin/Heidelberg: Springer; 2013

## Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0771-5273>  
PiD - Psychotherapie im Dialog 2019; 20: 12–13  
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
ISSN 1438–7026