

Traumatisierung und Depression

Autoren

Ulrich Schweiger, Valerija Sipos, Eva Faßbinder, Jan Philipp Klein



Traumatisierung oder eine Vorgeschichte von belastenden Erfahrungen in der Kindheit finden sich bei bis zu 60 % der Patienten mit einer depressiven Störung. Vermeidungsverhalten und fehlende Emotionsregulation beeinflussen dabei die interpersonellen Beziehungen der Patienten. Eine (traumabezogene) Verhaltenstherapie kann hier mit spezifischen Interventionen helfen – insbesondere mit Techniken des Fertigkeitentrainings.

Einleitung

Depressive Störungen sind die häufigste Ursache für stationäre und ambulante Behandlung im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie. Wer Patienten aus dieser Zielgruppe behandelt, stößt häufig in der Anamnese auf belastende oder traumatische Erfahrungen. Viele Psychiater und Psychotherapeuten betrachten diese Ereignisse als nicht modifizierbare Risikofaktoren. Die wichtigen Fragen sind aber:

- Wie baue ich die belastenden Erfahrungen der Patienten in das Störungsmodell und die Psychoedukation ein?
- Wie berücksichtige ich die belastenden Erfahrungen in der Therapieplanung?

Depression im Zusammenhang mit traumatisierenden Ereignissen

Depressive Störung

DEFINITION AUF SYMPTOMBENE NACH DSM-5

Depressive Störung

Depressive Störungen sind auf der Symptomebene nach DSM-5 definiert durch:

- depressive Stimmung
- Interesseverlust
- Störung des Appetits mit Gewichtsabnahme oder -zunahme
- Schlafstörung mit Insomnie oder Hypersomnie
- psychomotorische Veränderungen
- Energieverlust
- Emotion Schuld
- Konzentrationsstörungen
- Suizidalität

Die Definition von Depression gemäß DSM-5 erfolgt ausschließlich auf der Grundlage von intrapsychischen Symptomen. Der Kontext der Entstehung und Aufrechterhaltung geht nicht in die Definition ein. Eine wichtige Begründung hierfür ist, dass die depressive Symptomatik selbst nicht aus Kontextfaktoren heraus vorhergesagt werden kann [1]. Auch charakteristische Verhaltensweisen wie Vermeidungsverhalten und Fertigkeitendefizite im Bereich soziale Kognition oder Emotionsregulation gehen nicht in die Diagnose ein.

Schwere depressive Episoden sind häufig und führen zu einer erheblichen Funktionseinschränkung.

Merke

Schwere depressive Episoden sind in Deutschland die häufigste Ursache für ambulante und stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung.

Die 12-Monats-Prävalenz depressiver Störungen liegt bei 10-17%. Die Lebenszeitprävalenz zwischen 17 und 40% [2], [3]. Depression ist damit eine der häufigsten Erkrankungen. Nach der Remission einer depressiven Störung erkranken etwa 60% innerhalb von 5 Jahren erneut [4]. Die 12-Monats-Prävalenz chronischer Major-Depression liegt bei 1,5%, die Lebenszeitprävalenz bei 3,1% [5].

Posttraumatische Belastungsstörung und Depression

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) ist in Deutschland mit einer Lebenszeitprävalenz von etwa 1,6% eine Störung mit mittlerer Häufigkeit. Deutschland liegt damit im niedrigen Bereich. Länder mit hoher Lebenszeitprävalenz von PTSD sind beispielsweise die Vereinigten Staaten (6,8%) und Kanada (9,2%), aber auch die Niederlande (7,4%) [6].

DEFINITION AUF SYMPTOMBEBENE NACH DSM-5

Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)

- Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt durch
 - direktes Erleben (Patient ist Opfer)
 - persönliches Erleben bei anderen Personen (Patient ist nicht Opfer, Patient unmittelbarer Zeuge)
 - indirektes Erleben bei Familienmitgliedern (Familienmitglied ist Opfer, Patient nur mittelbarer Zeuge)
 - indirektes Erleben von aversiven Details von Traumatisierung (z. B. Bergen von Leichenteilen)
- Wiedererleben des traumatischen Ereignisses
 - Intrusionen (als nicht beeinflussbar erlebte Gedanken, Bilder oder körperliche Wahrnehmungen)
 - Alpträume
 - dissoziative Reaktionen (Flashbacks, szenisches Wiedererleben)
 - psychische Belastung bei Konfrontation mit Hinweisreizen
 - intensive körperliche Reaktion bei Konfrontation mit Hinweisreizen
- Vermeidungsverhalten
 - Vermeidung von belastenden Gedanken und Emotionen
 - Vermeidung von Hinweisreizen
- negative Veränderungen von Kognition und Stimmung
 - Unfähigkeit, sich an wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern
 - anhaltende traumabezogene negative Kognitionen
 - unangemessene Schuldgefühle
 - negativer emotionaler Zustand (z. B. Furcht, Wut, Scham)
 - vermindertes Interesse
 - Gefühl von Entfremdung
 - Unfähigkeit, positive Emotionen zu erleben (z. B. Glück, Zuneigung)
- Veränderung des Erregungsniveaus
 - Reizbarkeit
 - Risikoverhalten
 - Hypervigilanz
 - Schreckreaktionen
 - Konzentrationsschwierigkeiten
 - Schlafstörungen

Merke

PTSD und Depression sind häufig assoziiert.

Mehr als die Hälfte amerikanischer Veteranen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung erfüllen auch die Kriterien einer schweren depressiven Störung [7]. In der deutschen Allgemeinbevölkerung leiden etwa 20% der Menschen mit PTSD auch an einer schweren Depression [8]. Wichtige Auslöser von posttraumatischen Belastungsstörungen sind Unfälle und Naturkatastrophen, Angriffe nichtsexueller und sexueller Natur, Kriegsteilnahme, lebensbedrohliche Erkrankungen und der Tod von nahen Angehörigen. Ein Jahr nach einem schweren Erdbeben findet sich bei der stark exponierten Gruppe von Menschen eine erhebliche Zunahme von schwerer Depression, posttraumatischer Belastungsstörung, Angststörungen und Nikotinabhängigkeit [9]. Dabei ist die Depression die Störung mit dem größten Anstieg, während erheblich weniger Menschen eine posttraumatische Störung entwickeln. Nach aktiver Teilnahme am Vietnamkrieg litten etwa 26% der Soldaten irgendwann an einer posttraumatischen Belastungsstörung, 40 Jahre nach Kriegsende sind es immer noch etwa 5%. Etwa ein Drittel der langfristig Betroffenen leidet auch an einer schweren depressiven Störung [10].

FALLBEISPIEL

Frau A.

Frau A. ist eine 40-jährige verheiratete Krankenschwester, Mutter von 2 Kindern. Vor 5 Jahren wurde sie an einem Samstagnachmittag von ihrer Nachbarin gerufen, um bei einem Unfall zu helfen. In der verkehrsberuhigten Wohnstraße war ein Jugendlicher auf einem Fahrrad von einem mit überhöhter Geschwindigkeit fahrenden PKW angefahren worden. Frau A. führte unmittelbar lebensrettende Sofortmaßnahmen bei dem schwerstverletzten Jungen durch. Erst mit Verzögerung von einigen Minuten wurde ihr aufgrund der Schuhe, die der Junge trug, klar, dass es sich um ihren 14-jährigen Sohn Jonas handelte. Jonas starb noch an der Unfallstelle an dem schweren Schädel-Hirn-Trauma. Frau A. litt in der Folgezeit an intensiven Intrusionen und Alpträumen, bei denen die Schuhe und das entstellte Gesicht ihres Sohnes eine wichtige Rolle spielten. Sie ging nicht mehr zur Arbeit, zog sich auch von der Familie zurück und stellte sich immer wieder die Frage, warum sie ihrem Sohn ein Fahrrad gekauft hatte und warum sie ihn nicht gleich erkannt hatte. Sie war reizbar, hatte ausgeprägte Schlafstörungen und entwickelte eine chronische Migräne mit nur noch wenigen schmerzfreien Tagen pro Monat. Sie wurde depressiv, interesselos, hatte Essanfälle, nahm an Gewicht zu und hatte Konzentrationsstörungen. Frau A. begab sich immer wieder wegen der Kopfschmerzen in stationäre Behandlung in Kliniken, die für Schmerzstörungen spezialisiert waren. Die Behandlungen brachten nur wenig Veränderung. Frau A. vermied es, mit ihren behandelnden Ärzten über

den Tod ihres Sohnes und ihre depressive Symptomatik zu sprechen. Sie erwartete, dass sie selbst und die Therapeuten von dieser Geschichte völlig überfordert sein würden.

Belastende Kindheitserfahrungen und Depression

Der Begriff „belastende Kindheitserfahrungen“ (Adverse Childhood Experiences [ACE]) bezieht sich auf emotionalen, körperlichen und sexuellen Missbrauch sowie emotionale und körperliche Vernachlässigung, elterlichen Substanzmissbrauch, psychische Erkrankung, Gewalt zwischen den Eltern und kriminelles Verhalten eines Elternteils. ACE erfüllen in der Mehrheit nicht das oben beschriebene Eingangskriterium eines Traumas, wie es im DSM für die Diagnose einer posttraumatischen Störung gefordert wird. Emotionaler Missbrauch erfüllt häufig auch nicht im formalen Sinne die Kriterien von Kindesmisshandlung.

Merke

Belastende Kindheitserfahrungen finden sich in der Vorgeschichte von Patienten mit Depression erheblich häufiger als Traumata im Sinne des DSM.

In der NESDA-Studie berichteten 57 % der Patienten mit einer depressiven Störung oder Angststörung über relevante negative Ereignisse in ihrer Kindheit [11]. ACE sind mit einem erheblich erhöhten Risiko verbunden, neu an einer Depression zu erkranken. Dabei bezieht sich das erhöhte Risiko auf die gesamte Lebensspanne. Eine aktuelle Metaanalyse zeigt, dass ACE auch das Risiko von Rezidiven, Dauer der Episoden und Chronizität ungünstig beeinflussen. Es ergibt sich ein negativer Effekt auf das Ergebnis von Pharmakotherapie wie von Kombinations-therapien, während bei Psychotherapie sowohl günstigere wie ungünstigere Verläufe bei Patienten mit ACE beschrieben werden [12]. ACE sind auch mit einer erhöhten Rate von Behinderung bei Erwachsenen verbunden. Dieser Effekt wird wesentlich durch depressive Störungen und Angststörungen vermittelt [13].

FALLBEISPIEL

Frau B.

Frau B. ist eine 35-jährige Betriebswirtin, verheiratet, Mutter von 2 Kindern. Frau B. wurde in ihrem 7. und 8. Lebensjahr über viele Monate hinweg von einem etwa 65-jährigen Nachbarn sexuell missbraucht. Der Mann machte ihr Geschenke und spielte mit ihr und er ließ sich von ihr den Penis eincremen und sich oral befriedigen. In dieser Zeit war die Mutter von Frau B. nach einer Subarachnoidalblutung lange schwer krank und der Vater mit der Situation völlig überfordert. Während der Erkrankung der Mutter waren

Frau B. und ihre Schwester weitgehend sich selbst überlassen. Frau B. suchte immer wieder aktiv den Nachbarn auf. Erst als dieser wegen einer akuten schweren Erkrankung ins Krankenhaus musste, endete der sexuelle Missbrauch. Frau B. berichtet, dass ihr bei einer ersten intimen Beziehung im 16. Lebensjahr klargeworden sei, dass es sich bei den Erfahrungen mit ihrem Nachbarn um etwas Sexuelles gehandelt hat. Sie entwickelte ausgeprägte Scham, zog sich zurück, ging nur noch zusammen mit einer Freundin aus. Stimmung, Appetit, Schlaf und Konzentration waren chronisch beeinträchtigt. Sie fragte sich „Warum bin ich immer wieder hingegangen?“, „Warum hat dieser freundliche fürsorgliche Mann mir so etwas angetan?“. Sie erwartete, dass andere Menschen sich von ihr abwenden würden, wenn sie von der Geschichte hören. Ihrem späteren Mann, den sie mit 27 kennenlernte, verheimlichte sie die Ereignisse aus ihrer Kindheit.

Belastende Kindheitserfahrungen und ihre Wechselwirkung mit genetischen Dispositionen

Die Tendenz zu depressiven Symptomen ist über die Zeit relativ stabil. Eine aktuelle Metaanalyse von Zwillingsstudien zeigt, dass dies weder durch einfache genetische oder Umweltmodelle erklärt werden kann [14]. Die durch Umwelteinflüsse getriebenen Unterschiede zwischen monozygoten Zwillingen nehmen bis ins frühe Erwachsenenalter steil zu und verändern sich dann nur noch langsam. Möglicherweise etablieren Umweltfaktoren stabile Verhaltensweisen oder Beziehungsmuster, die dann nachhaltig zu einem bestimmten Niveau von Symptombelastung führen.

Mechanismen des Einflusses belastender Ereignisse auf depressive Störungen

Krisengenerierendes Verhalten und belastende Erfahrungen

Zwischen ACE und Verhaltensweisen, die belastende Erfahrungen begünstigen (Crisis Generation Behavior), besteht eine komplexe Beziehung. Es wird angenommen, dass Menschen mit einer depressiven Störung einen erheblichen Anteil der ungünstigen Lebensereignisse durch eigenes Verhalten begünstigen, also ohne dies zu beabsichtigen, Crisis Generation Behavior zeigen [15].

Merke

Krisengenerierendes Verhalten ist typischerweise durch Fertigkeitendefizite bedingt.

Crisis Generation Behavior beschreibt ein breites Spektrum von Verhaltensweisen. Dabei bestimmt Sicherheitsverhalten das interpersonelle Verhalten. Die Patienten zeigen feindseliges oder submissives Verhalten. Sie haben Schwierigkeiten, ihr Verhalten auf für sie erwünschte Konsequenzen auszurichten. Sie suchen in der Kommunikation mit anderen nach negativem Feedback, zeigen Rückversicherungsverhalten und andere Formen der Selbstbehinderung, wie unzureichende Vorbereitung auf wichtige Gespräche. Ein weiterer wichtiger Faktor, der neue belastende Erfahrungen begünstigt, ist die mangelnde oder verzögerte Erkennung von Risiken in interpersonellen Situationen [16].

Cave

Wird das krisengenerierende Verhalten erfasst und modifiziert, darf dies nicht dazu führen, dass den Patientinnen „die Schuld“ für ihre Situation gegeben wird.

FALLBEISPIEL

Frau B.

Die sexuell traumatisierte Frau B. hat immer wieder Krisen in ihrer Partnerschaft, die durch Rückversicherungsverhalten ausgelöst werden. Ein typisches Gespräch läuft so: Frau B.: Magst du mich eigentlich noch? Mann: Natürlich! Ich bin so froh, dass ich dich habe! Frau B.: Du schwindest. Als ich vorgestern nicht mit dir schlafen wollte, warst du ganz schön sauer. Mann: Aber das heißt doch nicht, dass ich dich nicht mag. Frau B.: Jemanden wie mich kann man vielleicht nicht mögen. Mann: Dieses Gespräch mit dir ist wieder ganz schön anstrengend. Frau B.: Siehst du, jetzt bist du wenigstens ehrlich. Kommentar: Frau B. versichert sich rück, greift dann aber die anerkennende Rückmeldung durch ihren Partner nicht auf, weil sie dissonant mit ihrem Selbstbild ist. Stattdessen verhält sie sich feindselig. Das kritische Feedback des Partners wird dann verstärkt. Dieses Verhalten generiert Konflikte auch mit wohlwollenden Partnern. Frau B. beabsichtigt diese Konflikte nicht. Das krisengenerierende Verhalten ist in den belastenden Erfahrungen begründet.

Belastende Erfahrungen und Vermeidungsverhalten

Traumata und belastende Erfahrungen in der Kindheit können zu einem spezifischen oder generalisierten Vermeidungsverhalten führen. Beispielsweise kann herabsetzende Kritik in der Schule dazu führen, dass Leistungssituationen mit öffentlicher Aufmerksamkeit gemieden werden. Schwierige Beziehungen mit Vater oder Mutter können dazu führen, dass intime Beziehungen oder Freundschaften gemieden werden. Patienten vermeiden nach Traumata Situationen, die an belastende

Situationen erinnern. Eine wichtige Rolle kann auch PTSD-spezifisches Vermeidungsverhalten haben, das darauf gerichtet ist, intrusive Erinnerungen nicht zu erleben oder abzuschwächen. Manche Patienten versuchen, nach belastenden Ereignissen generell intensive emotionale Erfahrungen zu vermeiden.

Merke

Vermeidungsverhalten ist mit einem erheblichen Risiko von Verstärkerverlust verbunden und begünstigt so depressive Störungen.

FALLBEISPIEL

Vermeidungsverhalten

Frau A.

Bei der durch den Unfalltod ihres Sohnes traumatisierten Frau A. bestand folgende Liste von Vermeidungsverhalten:

- Arbeiten als Krankenschwester in einer chirurgischen Abteilung: „Ich kann den Anblick von Verletzungen nicht mehr ertragen. Am schlimmsten ist es, wenn ich mir vorstelle, dass ein jugendlicher oder junger Mann eingeliefert wird.“
- Reisen und Urlaub mit Mann oder Tochter: „Das erinnert mich dann immer daran, dass jemand fehlt. Außerdem kann ich mit den beiden nicht über das Ereignis sprechen. Ich glaube, dass ich die Emotionen nicht aushalten kann. Im Alltag geht das eher, da kann ich die Kontakte kurz halten.“

Kommentar: Die Vermeidung dieser beiden Bereiche führte zu einem erheblichen Verstärkerdefizit. Frau A. hatte früher viel Anerkennung aus ihrer Berufstätigkeit gezogen. In der Familie wurde sie von allem verschont und war nicht mehr wie früher im Austausch mit ihrer Familie.

Frau B.

Bei der sexuell traumatisierten Frau B. bestand folgende Liste von Vermeidungsverhalten:

- eigenständiges Reisen
- alleine Ausgehen
- Pflege von Freundschaften über einen engen Kreis hinaus
- Sexuelle Kontakte mit Partner wurden möglichst kurz gestaltet: „Ich denke immer, mein Partner muss doch an meinem Körper spüren, dass etwas nicht in Ordnung ist.“
- anspruchsvolle berufliche Aufgaben: „Ich möchte sicher sein, dass ich mich keiner Kritik aussetzen muss.“

Kommentar: Auch bei Frau B. führt das Vermeidungsverhalten zu einem erheblichen Verstärkerdefizit. Sie ist bei fast allen Aktivitäten auf ihren Partner angewiesen. Gleichzeitig besteht eine erhebliche Anspannung in der Beziehung, da der Partner nicht nachvollziehen kann, warum seine Partnerin ihn so auf Distanz hält.

Belastende Erfahrungen und Emotionsregulation

ACE erschweren den Erwerb von Selbstregulations- und Emotionsregulationsfertigkeiten. ACE führen zu Nichtakzeptanz und Vermeidung der Wahrnehmung von Emotionen. Sie machen es schwerer, zielorientiertes Verhalten in Gegenwart von aversiven Emotionen aufrechtzuerhalten. Und ACE führen zu einem fehlenden Bewusstsein von Emotionen und einem fehlenden Zugang zu Emotionsregulationsstrategien wie entgegengesetztes Handeln. Geringe Emotionsregulationsfertigkeiten sind dann wieder ein Faktor, der zu erneuten belastenden Erfahrungen im Erwachsenenalter führt [17]. Auch die Wechselwirkung von Emotionsregulation und Risikoerkennung ist hier bedeutsam [18].

FALLBEISPIEL

Fehlende Emotionsregulation

Frau A.

Bei Frau A. stehen die Emotionen Trauer (über den Verlust des Sohnes) und Wut (über den Autofahrer) im Vordergrund. Sie ist in Gegenwart dieser Emotionen nicht in der Lage, zu arbeiten oder familiäre Beziehungen aufrechtzuerhalten, da sie befürchtet, von diesen Emotionen „weggespült zu werden und andere mitzureißen“. Diese Befürchtung wird auf Psychotherapeuten ausgedehnt. Aufmerksamkeitslenkung auf eigene körperliche Beschwerden und Rückzug ins Bett in einem dunklen Raum führen zu einer vorübergehenden Stabilisierung.

Frau B.

Bei Frau B. stehen die Emotionen Scham und Schuld im Vordergrund. Aufgrund der Generalisierung von Scham vermeidet sie auch mögliche Stimuli der Emotion, die nicht unmittelbar mit dem sexuellen Missbrauch in Verbindung stehen, wie Kritik am Arbeitsplatz. Sie ist nicht in der Lage, ihren Partner als Quelle von Trost und Unterstützung zu nutzen. Denn sie befürchtet, durch ihn abgelehnt zu werden, wenn sie ihre Geheimnisse offenlegt. Hierdurch ergeben sich auch Defizite in der interpersonellen Emotionsregulation.

Belastende Erfahrungen und soziale Kognition

Belastende Kindheitserfahrungen führen häufig zu Defiziten im Erwerb von sozial kognitiven Fertigkeiten. Besonders betroffen ist die Ebene der sozialen Wahrnehmung. Die Fertigkeit, das Verhalten anderer Menschen so präzise zu beobachten, dass belastbare Hypothesen über deren Gedanken und emotionale Zustände getroffen werden können (Empathie), ist eingeschränkt. Weiterhin bestehen Defizite in der Ausrichtung des Verhaltens auf erwünschte Ergebnisse (operatorisches Denken). Traumatisierung kann dazu führen, dass

Patienten auf ein entwicklungsgeschichtlich früheres Niveau ihres Denkens zurückfallen.

FALLBEISPIEL

Soziale Wahrnehmung und Empathie

Frau A.

Frau A. hat nur ein geringes Bewusstsein dafür, wie sich ihr Rückzug auf ihren Mann und ihre Tochter auswirkt. Sie vermutet, dass die beiden erheblich weniger als sie unter dem Verlust von Jonas leiden, da beide weiterhin arbeiten gehen. Sie hat diese Vermutung aber bisher nicht überprüft, da keine Gespräche über das Thema stattgefunden haben.

Frau B.

Frau B. hat nur ein geringes Bewusstsein dafür, wie sich ihr Vermeidungsverhalten auf ihren Mann und ihre Kinder auswirkt. Sie spricht über dieses Thema nicht mit der Familie. Sie vermutet: „Es ist schon alles in Ordnung. Ich bin ja die Einzige in der Familie, die krank ist.“

Belastende Erfahrungen und metakognitive Prozesse

Menschen, die über ACE in der Kindheit berichten, haben ein höheres Niveau von Grübel- und Sorgenprozessen [11]. Grübeln ist ein gemeinsames Merkmal und aufrechterhaltender Faktor der posttraumatischen Belastungsstörung und schwerer depressiver Störungen [19]. Bedrohungsmonitoring ist häufig. Weiterhin sind dissoziative Zustände bei beiden Störungen häufiger. Typische inhaltliche Themen des Denkens nach aversiven Ereignissen oder Traumata sind:

- nicht beantwortbare Fragen („Warum gerade ich?“, „Was, wenn es wieder passiert?“)
- Verantwortung („Es ist meine Verantwortung“, „Das Unrecht muss aus der Welt geschafft werden.“)
- Beschädigung („Man sieht es mir an.“)
- zukünftige Gefahr („Es wird wieder passieren.“)
- Zukunftslosigkeit („Mein Leben ist ruiniert“, „Ich werde kein Glück mehr erleben.“)

Das Entscheidende sind dabei aber möglicherweise nicht die Inhalte dieser Grübelgedanken, sondern der Umgang mit ihnen. Die Betroffenen gehen fälschlicherweise davon aus, dass sie eine Antwort auf diese Fragen finden müssen, damit es ihnen besser geht, oder dass sie das Grübeln nicht kontrollieren können.

FALLBEISPIEL

Grübelgedanken

Frau A.

Frau A. grübelt über ihre Mitverantwortung an dem Unfall nach: „Warum habe ich das Fahrrad gekauft?“ Weiterhin fragt sie sich, ob sie wirklich eine

ausreichend gute Mutter war: „Ich kann mir nicht verzeihen, dass ich Jonas nicht gleich erkannt habe.“ Grübeln wechselt sich ab mit dissoziativen Zuständen: „Ich bin dann wie weggetreten und achte nur auf meine Kopfschmerzen.“

Grübelgedanken

Frau B.

Frau B. nutzt Grübeln zur Abschwächung der Emotion Schuld: „Wenn ich herausfinden könnte, was ich genau falsch gemacht habe, dann ginge es mir besser.“ Sie macht sich Sorgen über die Konsequenzen der Aufhebung ihres Geheimnisses: „Was, wenn mein Mann erfährt, was ich als Kind gemacht habe? Er könnte sich vor mir ekelnd und sich abwenden.“

Belastende Erfahrungen und Persönlichkeit

Ein wichtiger Mechanismus der Wirkung von ACE auf Depression im Erwachsenenalter ist die Entwicklung ungünstiger Persönlichkeitseigenschaften. Depressive Patienten mit einer Vorgeschichte von aversiven Kindheitserfahrungen haben ein höheres Niveau von Neurotizismus und ein niedriges Niveau von Offenheit für neue Erfahrungen sowie Extraversion, Umgänglichkeit und Gewissenhaftigkeit [11]. Belastende Erfahrungen in der Kindheit sind ein unspezifischer Risikofaktor für das gesamte Spektrum von Persönlichkeitsstörungen. Menschen mit einer vermeidenden Persönlichkeitsstörung haben nach aversiven Kindheitserfahrungen möglicherweise ein besonders großes Risiko, eine chronische Depression zu entwickeln [20].

FALLBEISPIEL

Diagnosestellung

Frau A.

Bei Frau A. kann die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht gestellt werden. Sie war bis zu dem traumatischen Ereignis im Wesentlichen gesund.

Frau B.

Bei Frau B. kann die Diagnose einer vermeidenden Persönlichkeitsstörung gestellt werden. Es besteht ein durchgreifendes Muster zwischenmenschliche Gehemmtheit, Gefühl, nicht zu genügen, und hohe Sensitivität gegenüber negativer Bewertung. Sie vermeidet berufliche Aktivitäten aus Angst vor Kritik. Sie ist nicht bereit, mit anderen in Kontakt zu treten, außer es besteht Sicherheit, anerkannt zu werden. Sie sieht sich als unattraktiv und unterlegen.

Belastende Erfahrungen und psychobiologische Mechanismen

ACE sind ein Mechanismus, der die Wahrscheinlichkeit einer immunologischen Aktivierung erhöht. Etwa ein Drittel aller Patienten mit einer Major-Depression weist

auch erhöhte Konzentrationen von C-reaktivem Protein auf. Dabei sind Patienten mit traumatischen Kindheitserfahrungen überrepräsentiert. Auch die Zytokine IL-6 und TNF- α sind bei depressiven Patienten mit aversiven Erfahrungen in der Kindheit erhöht [21]. Erhöhte Konzentrationen von Zytokinen begünstigen sozialen Rückzug und Krankheitsverhalten (Sickness Behavior).

Merke

Bei depressiven Patienten finden sich erhöhte Werte für bestimmte immunologische Marker.

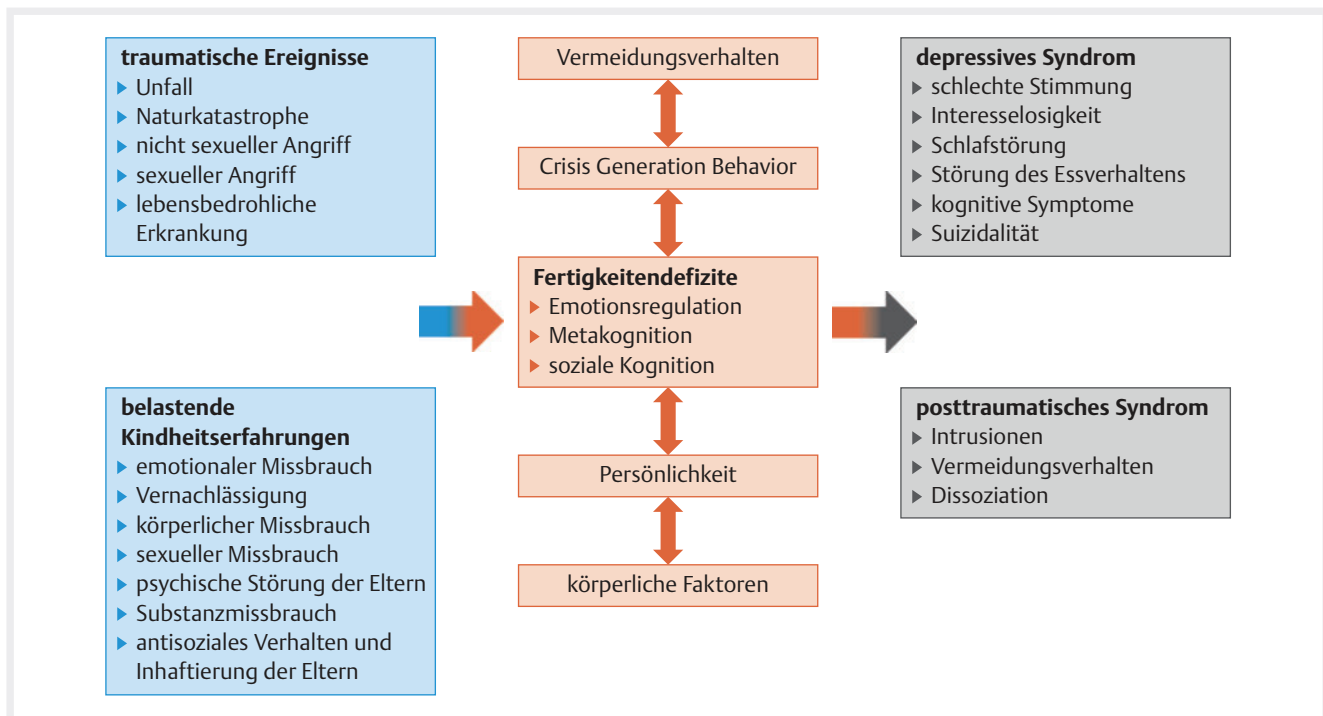
Ähnliche Zusammenhänge gelten für das aktivierte Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-System. Auch hier sind Patienten mit Trauma in der Kindheit stärker betroffen [22]. Experimentelle Studien an Ratten zeigen, dass gering ausgeprägte mütterliche Fürsorge bei den betroffenen Tieren eine lebenslange Tendenz hinterlässt, auf Stressoren mit erhöhten Konzentrationen von Glukokortikoiden zu reagieren [23]. Die erhöhte Stressantwort ist ein wichtiges Korrelat von depressiven Symptomen.

Belastende Erfahrungen und medizinische Erkrankungen

ACE und Traumatisierung erhöhen die Häufigkeit von gesundheitlichen Risikofaktoren wie Rauchen, Drogengebrauch, Adipositas und fehlender körperlicher Aktivität [24]. Sie sind mit einem erhöhten Risiko assoziiert, an Diabetes, einer ischämischen Herzerkrankung, Schlaganfall, Tumorerkrankungen oder einer chronischen Lungenerkrankung zu leiden [25]. Zwischen diesen Faktoren und depressiven Störungen besteht eine bidirektionale Beziehung. Deshalb kann die Entstehung einer depressiven Störung auch über den Pfad einer schweren körperlichen Erkrankung erfolgen (►Abb. 1).

Therapie bei traumatisierten Patienten mit Depression

Eines der wichtigen Prinzipien der modernen Verhaltenstherapie ist: „Wenige Dinge richtig machen.“ Dies gilt ganz besonders für den Bereich des Fertigkeitentrainings. Denn in der typischerweise zur Verfügung stehenden Zeit können nur ausgewählte Fertigkeiten vermittelt und geübt werden. Für jede individuelle Behandlung empfiehlt es sich deshalb, eine strategische Schwerpunktsetzung vorzunehmen und sich in einer Therapieepisode auf einen Hauptmechanismus zu konzentrieren. Dieser Hauptmechanismus vermittelt vermutlich bei der betroffenen Patientin zwischen belastenden Erfahrungen und klinischen Störungen. Bei vielen Patienten überträgt sich eine erfolgreiche Veränderung in einem Bereich dann auch auf weitere Bereiche. Das oben dargestellte Modell dient also der Auswahl und soll nicht in einer unangemessen hohen Komplexität der Interventionen münden.



► **Abb. 1** Darstellung des Störungsmodells durch traumatische Ereignisse und Kindheitserfahrungen.

Merke

Strategische Schwerpunkte beim Fertigkeitentraining konzentrieren die Therapie; ggf. können Interventionen hintereinander gereiht werden.

Traumabezogene Interventionen

Eine erste wichtige Entscheidung bezieht sich auf die Notwendigkeit einer traumabezogenen Intervention. Dies ist typischerweise dann zu überlegen, wenn es abgrenzbare Ereignisse gibt, die Gegenstand von intrusiven aversiven Erinnerungen sind und diese vermieden werden. Aber auch nach chronischer Traumatisierung kann der Ansatzpunkt zunächst traumabezogen sein.

TIPP FÜR DIE PRAXIS

Bei traumabezogenen Interventionen ist es sinnvoll, sich an einem manualisierten Vorgehen zu orientieren (z. B. Boos) [26].

Traumabezogene Interventionen führen auch zu einem deutlichen Rückgang depressiver Symptomatik [27]. Dies ist zum einen dadurch zu erklären, dass die Belastung durch spezifische traumabezogene Symptome zurückgeht. Andererseits können sich die depressiven Symptome auch verringern, weil die Patienten allgemein ihr Vermeidungsverhalten reduzieren und wieder in Kontakt mit natürlichen Verstärkern in verschiedenen Lebensbereichen kommen.

Merke

Eine weitere wichtige traumabezogene Intervention ist das Imagery Rescripting [28].

PRAXIS

Traumabezogenes Standardvorgehen

- Die aktuelle Repräsentation des Traumas (schriftlich) erstellen.
- Exploration und Bearbeitung der Bedeutung des Traumas für das Selbstbild des Patienten und seine Sicht auf andere Menschen, die Welt und die Zukunft.

Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)

Die Technik der Situationsanalyse bei CBASP ist spezifisch darauf ausgerichtet, operatorisches Denken einzuüben und damit eine wesentliche Folge von belastenden Erfahrungen auf den sozial-kognitiven Bereich aufzuheben und Crisis Generation Behavior zu reduzieren.

Die Technik der interpersonellen Diskriminationsanalyse ist spezifisch darauf ausgerichtet, Verhalten zu modifizieren, das aus übergeneralisierten Erfahrungen mit wichtigen Bezugspersonen entstanden ist. CBASP hat möglicherweise eine spezifisch günstige Wirkung bei Menschen mit belastenden Kindheitserfahrungen [29]. Bei der Anwendung von CBASP ist es sinnvoll, sich an einschlägigen Manualen zu orientieren [30].

Metakognitive Therapie (MCT)

Die metakognitive Therapie benutzt 2 spezifische Techniken:

- Attention Training (ATT)
- Detached Mindfulness (DM)

Merke

MCT vermittelt Patienten mit Trauma und Depression einen neuen Umgang mit traumabezogenen Grübel- und Sorgenprozessen und intrusiven Erinnerungen.

Die MCT betont, dass Grübel- und Sorgenprozesse innere Verhaltensweisen sind, die Eigenschaften von Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten haben und damit psychologische Heilungsprozesse verhindern oder verlangsamen. Eine Pilotstudie mit MCT zeigt ausgeprägte Effekte auf traumabezogene Symptome, Depression und Angst [31]. Ein wichtiges Manual zur Umsetzung von MCT ist Wells [32].

Schematherapie

Die Schematherapie (ST) konzentriert sich bei der Behandlung von Patienten mit Trauma und Depression auf die Veränderung von dysfunktionalen Schemata und Modi und deren Auswirkungen auf die Organisation des Verhaltens. Spezifische traumatische Ereignisse werden im Rahmen der ST mit Imagery Rescripting bearbeitet. Schematherapie ist bisher vor allem bei Patienten erprobt, die wegen einer Persönlichkeitsstörung behandelt wurden. Erste Daten weisen auf eine Wirksamkeit bei depressiven Störungen hin [33]. Ein wichtiges deutschsprachiges Manual ist Arntz [34].

Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT)

Die DBT konzentriert sich auf die Vermittlung von Emotionsregulationsfähigkeiten, einer wesentlichen vermittelnden Folge von belastenden Kindheitsereignissen. Die Standard-DBT [35] ist bisher vor allem bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung erprobt. Die DBT kann auch mit spezifischen traumabezogenen Interventionen kombiniert werden [36].

Behavioral Activation (BA)

Die BA stützt sich auf das Verstärkerdefizitmodell von Lewinsohn. Die BA konzentriert sich auf den Aufbau wertorientierter Aktivität [37]. Sie setzt damit an einem zentralen vermittelnden Mechanismus zwischen belastenden Erfahrungen und Depression an. Spezifische traumabezogene Interventionen sind nicht Bestandteil des Programms. Die BA verwendet das Prinzip des entgegengesetzten Handelns bei emotional blockierten Verhaltensweisen. Ein großer RCT zeigt eine ähnliche Wirksamkeit von BA im Vergleich zu einer traumabezogenen Intervention im Rückgang von Depression und posttraumatischer Symptomatik bei Menschen in einem Kriegsgebiet [38].

FALLBEISPIEL

Therapieverfahren

Frau A.

Frau A. und ihre Therapeutin erstellten folgenden Therapieplan: Zunächst sollte mithilfe traumabezogener Techniken das Vermeidungsverhalten bezüglich der Erinnerung an den Unfall bearbeitet werden. In einem 2. Schritt sollte es dann um einen Wiedereinstieg in berufliche und familiäre Aktivitäten gehen. Frau A. erstellte zunächst einen detaillierten Bericht, in dem sie den Ablauf und alle Details des traumatischen Ereignisses niederlegte. Dabei berücksichtigte sie alle Ebenen der Wahrnehmung, ihre Emotionen und Gedanken. Sie las den Bericht ihrer Therapeutin vor und fügte immer wieder Ergänzungen ein. Dann las sie den Bericht ihrer Therapiegruppe vor und zuletzt ihrem Mann und ihrer Tochter.

Sie machte die Erfahrung, dass sie heftig weinte, gleichzeitig aber in der Lage war, den Bericht zu Ende zu lesen und sich nicht aufzulösen. Sie war erstaunt über die wohlwollende Reaktion der Therapiegruppe und auch über ihren Mann und Tochter, die sich viel aufgeschlossener verhielten, als sie es vorhergesagt hatte. Sie schrieb einen Brief an ihren toten Sohn Jonas, in dem sie ihm erklärte, warum sie ihn nicht sofort erkannt hatte, bat ihn um Verständnis und erklärte ihm, wie sehr sie ihn liebte und vermisste. Diesen Brief zeigte sie nur ihrer Therapeutin. Nach diesen Fortschritten kam es Frau A. viel leichter vor, den Wiedereinstieg in den Beruf zu planen und eine Urlaubsreise mit ihrem Mann zu planen.

Frau B.

Frau B. und ihre Therapeutin erstellten einen Therapieplan mit folgenden Prioritäten: Verbesserung der Emotionsregulation mit dem Schwerpunkt auf Scham und Verbesserung der Kommunikation mit dem Partner.

In der Bearbeitung der Scham wurde zunächst darauf fokussiert, dass der emotional schlimmste Moment gar nicht während des sexuellen Missbrauchs selbst stattgefunden hatte, sondern erst im 16. Lebensjahr, als ihr klar wurde, dass es sich bei dieser Kindheitserfahrung um einen sexuellen Missbrauch gehandelt hatte. Sie beschrieb tiefe Beschämung, den Gedanken „Niemand darf erfahren, dass ich da freiwillig mitgemacht habe.“ und die Körperwahrnehmung, „gleich ohnmächtig zu werden“. Ein weiterer wichtiger Faktor war Frau B.s intuitive Gewissheit, dass jeder Mann den Missbrauch an ihrer Haut spüren müsse. Es erfolgte eine ausführliche Exploration der Bedeutung dieser Erfahrung: Wer hat hier gegen soziale Spielregeln verstoßen? Was weiß eine 7-jährige von Sexualität? Ist es angesichts ihrer damaligen Situation mit fehlender elterlicher Fürsorge logisch, dass sie immer wieder hingegan-

gen ist? Was bedeutet es, dass sie es damals „spannend“ fand, dass dieser Mann von ihr berührt werden wollte? Wird ein erwachsener Partner sie tatsächlich wegen ihres Verhaltens verurteilen? Ist es realistisch, dass ein Partner dieses Ereignis an ihrer Haut erkennen kann?

Die Therapeutin erarbeitete mit Frau B. das Prinzip des entgegengesetzten Handelns und entwickelte mit ihr ein Spektrum von Übungen dazu, z. B. mit den Kindern ins Schwimmbad gehen und dabei selbst einen Bikini anziehen, den Partner bitten, sie am Unterarm zu streicheln, den Partner bitten, ihr den Rücken zu massieren. Die Therapeutin übte mit Frau B. regelmäßig im Rollenspiel Gespräche mit dem Partner. Besonders schwierig war es für Frau B., die Kommunikation frei von Vorwürfen und Suche nach Rückversicherung zu halten.

Obwohl Frau B. diese Übungen als äußerst schwierig bewertete, stellte sich doch schnell Erfolg ein. Sie erlebte die Beziehung zu ihrem Mann und ihren Kindern als erheblich verbessert.

Schließlich entschloss sie sich auch spontan, ihrem Partner zu erzählen, was in ihrer Kindheit passiert war. Sie war erstaunt, mit welcher Energie er sich auf ihre Seite stellte und sie in Schutz nahm.

KERNAUSSAGEN

- Bei mehr als der Hälfte der Patienten mit einer depressiven Störung finden sich belastende Ereignisse in der Kindheit oder eine Traumatisierung.
- Der Effekt von Traumatisierung und belastenden Kindheitsereignissen auf depressive Störungen wird vermutlich durch psychologische und psychobiologische Mechanismen vermittelt.
- Krisengenerierendes Verhalten führt zu weiteren belastenden Lebensereignissen.
- Traumabezogenes oder generalisiertes Vermeidungsverhalten führt zu Verstärkerdefiziten.
- Defizite in der Emotionsregulation führen zu mangelnder Bewältigung der Gegenwart.
- Defizite in der sozialen Kognition führen zur Aufrechterhaltung interpersoneller Konflikte.
- Grübel- und Sorgenprozesse interferieren mit einer angemessenen Handlungsplanung.
- Moderne verhaltenstherapeutische Methoden setzen entweder direkt an den traumatischen Erinnerungen und den daraus entstehenden Prozessen an oder adressieren die oben genannten vermittelnden Mechanismen.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Über die Autoren



Ulrich Schweiger

Prof. Dr. med. Jahrgang 1955. Klinische und wissenschaftliche Ausbildung, u. a. am Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München, an der Harvard University, Boston (USA), der Neurologischen Klinik Bad Aibling und der Klinik Rosenneck in Prien am Chiemsee. Facharzt für

Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt für Psychosomatische Medizin. 2000 Habilitation im Fach Psychiatrie und Psychotherapie. Seit 2001 stellvertretender Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität zu Lübeck. 2004 Berufung auf die C3-Professur für neurobiologische Psychotherapieforschung an der Universität zu Lübeck. Anerkannter Supervisor für Verhaltenstherapie. Stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Fachverbands für Verhaltenstherapie (DVT). Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie.



Valerija Sipos

Dr. phil. Dipl.-Psych. Jahrgang 1957. Bis 1984 Studium der Psychologie an der Universität Münster. Stationen der beruflichen Tätigkeit waren die Fachklinik Furth im Wald, die Klinik Rosenneck in Prien am Chiemsee, und die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Lübeck. Seit 1999 Leitende Psychologin der Klinik.

Anerkannte Lehrtherapeutin und Supervisorin für Verhaltenstherapie für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche, Ausbildung in Familientherapie.



Eva Faßbinder

Dr. med. Jahrgang 1979. Studium der Humanmedizin an den Universitäten Halle und Lübeck. 2006-2013 Facharztausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie am Zentrum für Integrative Psychiatrie, Universität zu Lübeck. Seit 2014 dort Oberärztin und stell-

vertretende Leitung der psychiatrischen Institutsambulanz. Dozentin und Supervisorin für Schematherapie und Gruppenschematherapie. Forschungsschwerpunkte: Psychotherapieforschung, 3.-Welle-Methoden, Persönlichkeitsstörungen, Depression, posttraumatische Belastungsstörung, Emotionsregulation.



Jan Philipp Klein

Dr. med. Jahrgang 1977. Klinische und wissenschaftliche Ausbildung am Zentrum für Integrative Psychiatrie der Universität zu Lübeck und der Charité Berlin. Ausbildung im CBASP u. a. bei Prof. James McCullough, Vorstandsmitglied im CBASP-Netzwerk e. V., CBASP-Therapeut, CBASP-Supervisor und -Trainer, Ausbildung zum Supervisor (IFT München). Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Lübeck.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Ulrich Schweiger

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
Email: ulrich.schweiger@uksh.de

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß
Zertifizierungsbestimmungen für diesen Beitrag ist Prof. Dr.
med. Ulrich Schweiger, Lübeck.

Erstveröffentlichung

Dieser Beitrag ist eine aktualisierte Version des Artikels:
Schweiger U, Sipos V, Fassbinder E, Klein JP. Traumatisierung
und Depression. *PSYCH up2date* 2017; 11: 323–335

Literatur

- [1] Kendler KS, Myers J, Halberstadt LJ. Should the diagnosis of major depression be made independent of or dependent upon the psychosocial context? *Psychol Med* 2010; 40: 771–780
- [2] Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. The epidemiology of major depressive disorder. Results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *J Am Med Assoc* 2003; 289: 3095–3105
- [3] Moffitt TE, Caspi A, Taylor A et al. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychol Med* 2010; 40: 899–909
- [4] Solomon DA, Keller MB, Leon AC et al. Multiple recurrences of major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 229–233
- [5] Blanco C, Okuda M, Markowitz JC et al. The epidemiology of chronic major depressive disorder and dysthymic disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2010; 71: 1645–1656
- [6] Duckers ML, Alisic E, Brewin CR. A vulnerability paradox in the cross-national prevalence of post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry* 2016; 209: 300–305
- [7] Smith SM, Goldstein RB, Grant BF. The association between post-traumatic stress disorder and lifetime DSM-5 psychiatric disorders among veterans: Data from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III (NESAR-C-III). *J Psychiatric Res* 2016; 82: 16–22
- [8] Hauffa R, Rief W, Brahler E et al. Lifetime traumatic experiences and posttraumatic stress disorder in the German population: results of a representative population survey. *J Nervous Ment Dis* 2011; 199: 934–939
- [9] Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM et al. Impact of a major disaster on the mental health of a well-studied cohort. *JAMA Psychiatry* 2014; 71: 1025–1031
- [10] Marmar CR, Schlenger W, Henn-Haase C et al. Course of post-traumatic stress disorder 40 years after the Vietnam war: findings from the National Vietnam Veterans Longitudinal Study. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 875–881
- [11] Hovens JG, Giltay EJ, van Hemert AM et al. Childhood maltreatment and the course of depressive and anxiety disorders: the contribution of personality characteristics. *Depression Anxiety* 2016; 33: 27–34
- [12] Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2012; 169: 141–151
- [13] Schussler-Fiorenza Rose SM, Xie D, Stineman M. Adverse childhood experiences and disability in U.S. adults. *PM R* 2014; 6: 670–680
- [14] Kendler KS, Eaves LJ, Loken EK et al. The impact of environmental experiences on symptoms of anxiety and depression across the life span. *Psychol Sci* 2011; 22: 1343–1352
- [15] Eberhart NK, Hammen CL. Interpersonal style, stress, and depression: an examination of transactional and diathesis-stress models. *J Soc Clin Psychol* 2010; 29: 23–38
- [16] Bockers E, Roepke S, Michael L et al. Risk recognition, attachment anxiety, self-efficacy, and state dissociation predict revictimization. *PLoS One* 2014; 9: e108206
- [17] Baxter LR jr., Phelps ME, Mazziotta JC et al. Cerebral metabolic rates for glucose in mood disorders. Studies with positron emission tomography and fluorodeoxyglucose F 18. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 441–447
- [18] Walsh K, DiLillo D, Messman-Moore TL. Lifetime sexual victimization and poor risk perception: does emotion dysregulation account for the links? *J Interpers Violence* 2012; 27: 3054–3071
- [19] Wiersma JE, Hovens JG, van Oppen P et al. The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. *J Clin Psychiatry* 2009; 70: 983–989
- [20] Klein JP, Roniger A, Schweiger U et al. The association of childhood trauma and personality disorders with chronic depression: A cross-sectional study in depressed outpatients. *J Clin Psychiatry* 2015; 76: e794–e801
- [21] Kiecolt-Glaser JK, Derry HM, Fagundes CP. Inflammation: depression fans the flames and feasts on the heat. *Am J Psychiatry* 2015; 172: 1075–1091
- [22] Heim C, Mletzko T, Purshouse D et al. The dexamethasone / corticotropin-releasing factor test in men with major depression: role of childhood trauma. *Biol Psychiatry* 2008; 63: 398–405
- [23] Francis DD, Meaney MJ. Maternal care and the development of stress responses. *Curr Opin Neurobiol* 1999; 9: 128–134
- [24] Vancampfort D, Stubbs B, Richards J et al. Physical fitness in people with posttraumatic stress disorder: a systematic review. *Disabil Rehabil*. 2017;39:2461–2467
- [25] Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Preventive Med* 1998; 14: 245–258
- [26] Boos A. Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung. Göttingen: Hogrefe; 2014
- [27] Ehlers A, Grey N, Wild J et al. Implementation of cognitive therapy for PTSD in routine clinical care: effectiveness and moderators of outcome in a consecutive sample. *Behav Res Ther* 2013; 51: 742–752
- [28] Morina N, Lancee J, Arntz A. Imagery rescripting as a clinical intervention for aversive memories: A meta-analysis. *J Behav Ther Experimental Psychiatry* 2017; 55: 6–15
- [29] Nemeroff CB, Heim CM, Thase ME et al. Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. *Proc Natl Acad Sci USA* 2003; 100: 14293–14296
- [30] Klein JP, Belz M. Psychotherapie chronischer Depression. Praxisleitfaden CBASP. Göttingen: Hogrefe; 2014
- [31] Wells A, Colbear JS. Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: a preliminary controlled trial. *J Clin Psychol* 2012; 68: 373–381
- [32] Wells A, Schweiger U, Schweiger J et al. Metakognitive Therapie bei Angst und Depression. Weinheim: Beltz; 2011

- [33] Renner F, Arntz A, Peeters FP et al. Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *J Behav Ther Exp Psychiatr* 2016; 51: 66–73
- [34] Arntz A, Van Genderen H, Schweiger J et al. Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. Weinheim: Beltz; 2010
- [35] Linehan MM. *DBT Skills Training Manual*. New York: Guilford; 2014
- [36] Harned MS, Korslund KE, Linehan MM. A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behav Res Ther* 2014; 55: 7–17
- [37] Martell CR, Dimidjian S, Herman-Dunn R et al. Verhaltensaktivierung bei Depression: Eine Methode zur Behandlung von Depression. Stuttgart: Kohlhammer; 2015
- [38] Bolton P, Bass JK, Zangana GA et al. A randomized controlled trial of mental health interventions for survivors of systematic violence in Kurdistan, Northern Iraq. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 360

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0648-0219>
Fortschr Neurol Psychiatr 2018; 86: 654–666
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0720-4299

Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar. Sollten Sie Fragen zu Online-Teilnahme haben, finden Sie unter cme.thieme.de/hilfe eine ausführliche Anleitung. Wir wünschen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

Unter <https://eref.thieme.de/CXB4WRS> oder über den QR-Code kommen Sie direkt zum Artikel zur Eingabe der Antworten.

VNR 2760512018154651483



Frage 1

Welche Antwort ist falsch?

- A Belastende Kindheitsereignisse betreffen bis zu 60 % der Patientinnen und Patienten mit einer schweren depressiven Störung.
- B Die Lebenszeitprävalenz einer posttraumatischen Belastungsstörung liegt in Deutschland bei etwa 15 %.
- C Die schwere depressive Störung im DSM wird unabhängig von Kontextbedingungen diagnostiziert.
- D Sozialkognitive Fertigkeitendefizite sind klinisch bedeutsam, aber nicht Gegenstand der diagnostischen Kriterien.
- E Das Eingangskriterium der posttraumatischen Belastungsstörung kann im DSM-5 auch dann erfüllt sein, wenn der Patient nicht unmittelbarer Zeuge des Todes eines Angehörigen war.

Frage 2

Was gehört nicht zu krisengenerierendem Verhalten?

- A Suche nach negativem Feedback
- B Rückversicherungsverhalten
- C mangelnde Vorbereitung auf schwierige Interaktionen
- D Vorwurfskommunikation
- E Validierung von Problemverhalten des Interaktionspartners

Frage 3

Welche Antwort ist zutreffend?

- A Vermeidungsverhalten ist immer maladaptiv.
- B Vermeidungsverhalten bei posttraumatischer Belastungsstörung ist fast immer spezifisch.
- C Generalisiertes Vermeidungsverhalten führt zu Verstärkerverlust.
- D Vermeidungsverhalten ist charakteristisch für Angststörungen, aber nicht für Depression.
- E Vermeidungsverhalten bei der posttraumatischen Belastungsstörung bezieht sich ausschließlich auf äußere Situationen.

Frage 4

Was gehört nicht zu den charakteristischen Problemen der Emotionsregulation?

- A die Fähigkeit, entgegengesetzt zu Emotionen zu handeln, wenn dies persönlichen Zielen entspricht

- B Nicht-Akzeptanz von Emotionen, wenn diese unangenehm oder beschämend sind
- C Vermeidung von Emotionen, durch Vermeidung von Situationen, die zu der Emotion führen könnten
- D Vermeidung von Emotionen durch Dissoziation
- E Schwierigkeiten, in Gegenwart von intensiven Emotionen zielorientiert zu handeln

Frage 5

Was gehört nicht zu den problematischen metakognitiven Prozessen bei Trauma und Depression?

- A Grübeln (z. B. Nachdenken, warum man der Unfall gerade einem selbst passiert ist)
- B Sorgen (z. B. Nachdenken, was noch alles Gefährliches passieren kann)
- C Bedrohungsmonitoring (z. B. häufiges überprüfen, ob der Partner in Sicherheit ist)
- D innere Vermeidung durch Dissoziation
- E Entwicklung eines kritischen Verständnis der Lückenhaftigkeit von Gedächtnisinhalten

Frage 6

Welche Aussage trifft zu?

- A Das Trauma hat eine spezifische Beziehung zur Borderline-Persönlichkeitsstörung.
- B Belastende Kindheitsereignisse führen spezifisch zu vermeidender oder schizoider Persönlichkeitsstörung.
- C Wenn nach Trauma Persönlichkeitsveränderungen auftreten, spricht DSM-5 von einer komplexen PTSD.
- D Bei Persönlichkeitsveränderungen, die sich aus den Bedingungen der Kindheit ableiten lassen, sollte die Diagnose Persönlichkeitsstörung nur mit äußerster Zurückhaltung verwendet werden.
- E Belastende Erfahrungen in der Kindheit führen zu einem erhöhten Risiko für das gesamte Spektrum von Persönlichkeitsstörungen.

Frage 7

Was gehört nicht zu den Möglichkeiten der Behandlung bei Patienten mit belastenden Ereignissen in der Kindheit und Depression?

- A Reduktion von Grübelprozessen durch metakognitive Interventionen

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung ...

- B Training von Emotionsregulationsfertigkeiten
- C Training sozial-kognitiver Fertigkeiten
- D Aufhebung von Vermeidungsverhalten durch Exposition
- E Löschung des Traumagedächtnisses durch Imagery Rescripting

Frage 8

Was gehört nicht zu den Möglichkeiten der Behandlung bei Patientinnen und Patienten mit belastenden Ereignissen in der Kindheit und Depression?

- A Training von Emotionsregulationsfertigkeiten
- B Training von sozial-kognitiven Fertigkeiten, (beispielsweise durch Situationsanalysen)
- C Aufbau von wertorientierten Aktivitäten
- D Aufhebung von Grübelprozessen durch Imagery Rescripting
- E Verminderung von Bedrohungsmonitoring durch metakognitive Therapie

Frage 9

Was gehört nicht zu den möglichen Elementen traumafokussierter Interventionen bei PTSD und Depression?

- A Erstellung eines Traumaskripts

- B Exposition gegenüber traumaassoziierten Stimuli
- C Exploration der Bedeutung des Traumas für das Selbstbild
- D Imagery Rescripting
- E Erarbeitung des Unterschieds zwischen berechtigten und unberechtigten Sorgen bezüglich erneuter Traumatisierung

Frage 10

Welche Aussagen bezüglich des Einsatzes von Behavioral Activation (BA) bei Patienten mit Traumatisierung und Depression trifft nicht zu?

- A Die BA adressiert spezifisch durch die Traumatisierung blockierte Aktivitäten.
- B Ein Kriterium für die Auswahl von Aktivitäten bei BA ist das Wertesystem des Patienten.
- C Die BA beschäftigt sich nicht inhaltlich mit den traumatischen Ereignissen.
- D Die BA verwendet das Prinzip des entgegengesetzten Handelns bei blockierten Verhaltensweisen.
- E Die BA stützt sich auf das Verstärkerdefizitmodell von Lewinsohn.