
Posttraumatische Belastungsstörungen und deren Therapie

PD Dr. phil. Julia Müller
Praxis für Psychotherapie
Hafenstrasse 22
8590 Romanshorn



1

Überblick

- Traumabasiswissen:
 - Begriffsklärung
 - Traumafolgestörungen
- Traumagedächtnis: Was passiert mit uns während eines Traumas?
- Einblick in KVT-Methoden und deren Wirksamkeit
- Diagnostik
- Therapiebeginn
 - Rationale der Therapie
 - Therapeutische Beziehung
- Psychoedukation: Den Symptomen einen Namen geben
- Exposition in sensu
- Verschiedene traumafokussierte Verfahren im Überblick
- Exposition in vivo
- Kognitive Methoden zur Modifikation von Schuld, Scham, Ekel

2

Traumabasiswissen:

Begriffsklärung Trauma

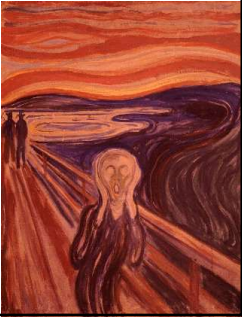
3

Was ist ein Trauma?

ICD-10 (WHO, 1994)

Ereignis oder Situation ...

- außergewöhnlicher Bedrohung (kurz- oder langandauernd) oder
- katastrophenartigen Ausmaßes,
- das bei fast jedem eine
- tiefe Verstörung hervorrufen würde.



4

Was ist ein Trauma?

DSM 5, Kriterium A (APA, 2013)

Konfrontation mit Tod oder Lebensbedrohung, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt auf eine oder mehrere der folgenden Arten:

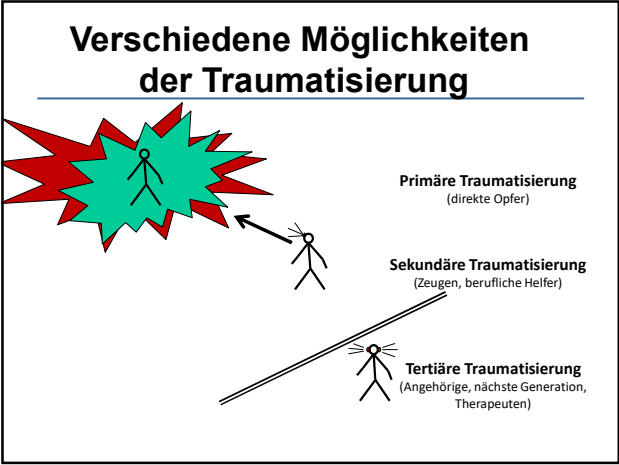
1. Direktes Erleben des Traumas/der Traumata
2. Persönliches Miterleben der Traumatisierung anderer
3. Erfahren der Traumatisierung eines nahen Familienmitglieds oder Freundes (Tod/Lebensbedrohung: gewaltsam/unfallmässig)
4. Erleben wiederholter oder extremer Konfrontation mit aversiven Details des traumatischen Ereignisses oder der traumatischen Ereignisse
 - z.B. Rettungshelfer, die menschliche Überreste einsammeln müssen; Polizisten, die wiederholt den Details von Kindsmisbrauch ausgesetzt sind
 - Beachte: Dies betrifft nicht die Konfrontation über elektronische Medien, Fernsehen, Filme oder Bilder, es sei denn, die Konfrontation ist beruflich bedingt.

5

Traumabegriff

• Ein Psychotrauma ist ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, • das mit Gefühlen von Hilf- und Schutzlosigkeit einhergeht und so • eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt. Fischer & Riedesser, 1999	• Das Psychotrauma sprengt die Grenzen des Normalen. Es liegt ausserhalb des kognitiven und emotionalen Bezugsrahmens. • Es erscheint als unfassbar, unverständlich, nicht handhabbar. • Bisher für unerschütterlich gehaltene Grundannahmen sind plötzlich bedroht oder scheinen haltlos geworden zu sein. Horowitz, 1997
--	---

6



7

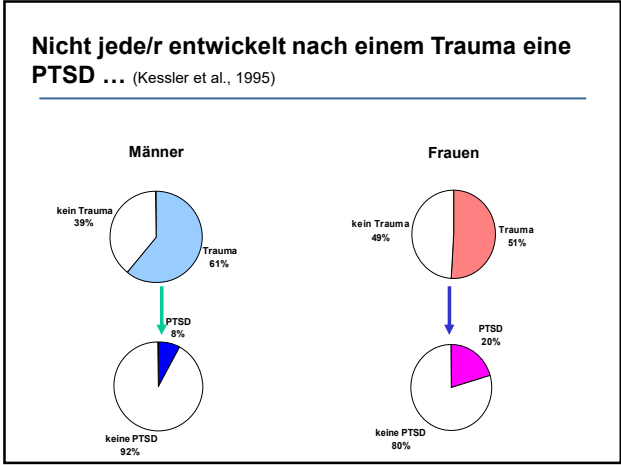
Die psychischen Folgen nach Traumatisierung sind ...

schwerer
und
langanhaltender
wenn das Trauma
von Menschen verursacht
wurde
(z.B. Folter, sexueller Missbrauch, Kriegserlebnisse),
im Gegensatz zu Unfällen oder Naturkatastrophen

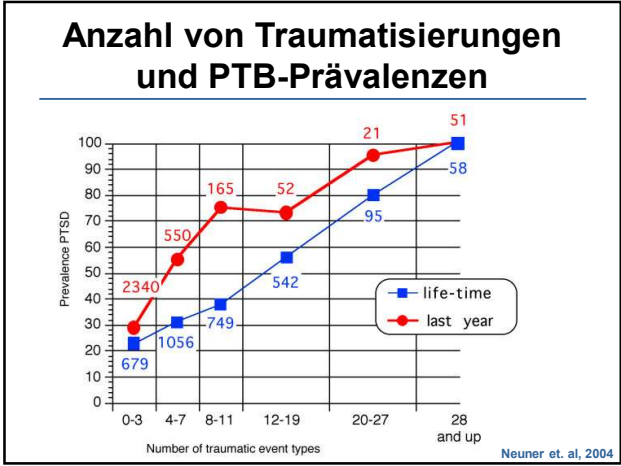
8

Typologie traumatischer Ereignisse		
	Akkidentielle Traumata	man-made Traumata (zwischenmenschlich)
Typ I Traumata einmalig, akute Lebensgefahr, unerwartet	• Unfälle (z.B. Verkehr, Arbeit, Freizeit) • berufsbedingte Traumata (z.B. Polizei, Feuerwehr) • Arbeitsunfälle • kurzdauernde Naturkatastrophen (z.B. Wirbelsturm, Blitzschlag)	• kriminelle & körperliche Gewalt • Vergewaltigungen • zivile Gewalterlebnisse (z.B. Banküberfall)
Typ II Traumata wiederholt, langandauernd, unvorhersehbarer Verlauf	• langdauernde Naturkatastrophen (z.B. Flut, Erdbeben) • technische Katastrophen (z.B. Giftgaskatastrophen)	• sexuelle & körperliche Misshandlungen in der Kindheit • Geiselnahme • Kriegserlebnisse • Folter & politische Inhaftierung • Massenvernichtung (KZ/Vernichtungslagerhaft)

9



10



11

PTSD-Subtypen

- I. Akute PTSD** (Symptome > 1 Monat) (**≠ ABS: Symptome < 1 Monat!**)
- II. Chronische PTSD** (Symptome > 3 Monate)
- III. Verzögerte PTSD**
 - Beginn der PTB-Symptome > 6 Monate nach Trauma
 - Meist nach Trauma (wenige) Einzelsymptome vorhanden,
 - Häufig nach lebensgeschichtlichen Wendereignissen: Pensionierung, Tod eines Angehörigen etc.
- IV. Komplexe PTSD / “Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastungen”**
 - nach man-made Typ II Trauma
 - Forschungsdiagnose (DSM-IV)

12

Verschiedene Belastungsstörungen	
ICD-10	DSM 5
F43.0 Akute Belastungsreaktion	308.3 Akute Belastungsstörung
F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung	309.81 Posttraumatische Belastungsstörung
F62.0 Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung, nicht anderweitig bezeichnet.	309.xx Anpassungsstörung
	309.89 Andere spezifizierte stress- und traumabezogene Störungen

13

Posttraumatische Belastungsstörung	
Kriterien nach DSM 5	
A. Traumakriterium	
B. Wiedererleben (mind. 1 Symptom)	
C. Vermeidung (mind. 1 Symptom)	
D. Negative Veränderungen in Kognitionen & Stimmung (mind. 2 Symptome)	
E. Übererregung (mind. 2 Symptome)	
F. Symptome > 1 Monat	→ • Akut (> 1 Monat & < 3 Monate) • Chronisch (> 3 Monate) • Verzögerte Vollausbildung (Beginn > 6 Monate)
G. Klinisch-signifikante Beeinträchtigungen	
H. Nicht begründbar durch Substanzgebrauch	
Spezifiziere: mit dissoziativen Symptomen (Depersonalisation/Derealisation)	

14

Intrusionen (Wiedererleben)	
DSM 5, B-Kriterium	
1. Wiederkehrendes Wiedererleben des Traumas	
2. Wiederkehrende belastende Träume	
3. Dissoziative Reaktionen (Flashbacks)	
4. intensive psychische Belastung und	
5. intensive körperliche Reaktionen bei Konfrontation mit Hinweisreizen	

15

Vermeidung

DSM 5, C-Kriterium

1. **Versuch der bzw. Vermeidung traumarelevanter Gedanken oder Gefühle**
2. **Versuch der bzw. Vermeidung traumarelevanter externer Hinweisreize** (Menschen, Orte, Gespräche, Gegenstände, Situationen)

16

Negative Veränderungen in Kognition und Stimmung

DSM 5, D-Kriterium

1. **Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern** (dissoziative Amnesie)
2. **negative Überzeugungen in Bezug auf sich selbst, andere oder die Welt**
3. **Schuldzuschreibung für Trauma bzw. seine Konsequenzen**
4. **Anhaltende negative Gefühle** (Angst, Grauen, Wut, Schuld)
5. **Interessenverlust**
6. Gefühle der **Distanziertheit** oder **Entfremdung** von anderen
7. **Eingeschränkte Bandbreite des Affekts**

17

Symptomatische Pendelbewegungen

Bewusstseins-schwelle

Intrusion

Verleugnung/emotionale Taubheit

nach Horowitz, 1986

18

Hyperarousal / Übererregung

DSM 5, E-Kriterium

- 1. **Reizbarkeit** und **Wutausbrüche**
- 2. **Rücksichtsloses oder selbstdestruktives Verhalten**
- 3. übermäßige **Wachsamkeit** (Hypervigilanz)
- 4. übertriebene **Schreckreaktionen**
- 5. **Konzentrationsschwierigkeiten**
- 6. **Ein- und Durchschlafschwierigkeiten**

19

PTSD-Kriterien

im ICD-11

ICD-11: Manual und Klassifizierungskriterien (DSM-5) (Stand: 2024-01)

Suchen Sie nach dem Suchbegriff:

- 06 Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuroentw. Entwicklungsstörungen
- 07 Schizophrenie oder andere primäre psychische Störungen
- 08 Kataris
- 09 Affektive Störungen
- 10 Angst- oder forklingsstör. Störungen
- 11 Zwangsstörung oder verwandte Störungen
- 12 Spezifisch Belastungs-assozierte Störungen
- 13 6840 Posttraumatische Belastungsstörung
- 14 6841 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
- 15 6842 Anhaltende Trauerstörung
- 16 6843 Anpassungsstörung
- 17 6844 Reaktive Bindungsstörung
- 18 6845 Störung der sozialen Bindung mit entwertendem Verhalten
- 19 6846 Sonstige näher bezeichnete spezifisch Belastungs-assozierte Störungen
- 20 6847 Spezifisch Belastungs-assozierte Störungen, nicht näher bezeichnet

6840 Posttraumatische Belastungsstörung

Code 6840

Foundation URL: <http://dx.doi.org/10.1186/10187>

Beschreibung

Eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) kann sich entwickeln, wenn man einem oder mehreren traumatischen Ereignissen ausgesetzt war. Sie ist durch alle der folgenden Punkte gekennzeichnet: 1. Wiederholte, intrusive Erinnerungen an das traumatische Ereignis in der Gegenwart in Form von Bildern, Flashbacks oder Alpträumen. Das Wiedererleben kann über eine oder mehrere Sinnesmodalitäten erfolgen und wird typischerweise von starken oder übermächtigen Emotionen, insbesondere Angst oder Entsetzen, und starken körperlichen Empfindungen begleitet. 2. Vermeidung von Gedanken und Erinnerungen an das Ereignis bzw. die Ereignisse oder Vermeidung von Aktivitäten, Situationen oder Personen, die an das Ereignis bzw. die Ereignisse erinnern und 3. **anhaltende Wachsamkeit (Hypervigilanz)**, die sich z. B. durch Hypervigilanz oder eine verstärkte Schreckreaktion auf Reize wie unerwartete Geräusche zeigt. Die Symptome halten **mindestens sechs Monate** lang an und verursachen **bedeutende Beeinträchtigungen** in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Inklusive

Traumatische Neuriose

Exklusive

Akute Belastungsreaktion (3240)
Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (3241)

Exklusive von übergeordneten Themen (als separat):

• **akute Belastungsreaktion** (3240)

20

Anhaltende Trauerstörung

im ICD-11

ICD-11: Manual und Klassifizierungskriterien (DSM-5) (Stand: 2024-01)

Suchen Sie nach dem Suchbegriff:

- 06 Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuroentw. Entwicklungsstörungen
- 07 Schizophrenie oder andere primäre psychische Störungen
- 08 Kataris
- 09 Affektive Störungen
- 10 Angst- oder forklingsstör. Störungen
- 11 Zwangsstörung oder verwandte Störungen
- 12 Spezifisch Belastungs-assozierte Störungen
- 13 6840 Posttraumatische Belastungsstörung
- 14 6841 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
- 15 6842 Anhaltende Trauerstörung
- 16 6843 Anpassungsstörung
- 17 6844 Reaktive Bindungsstörung
- 18 6845 Störung der sozialen Bindung mit entwertendem Verhalten
- 19 6846 Sonstige näher bezeichnete spezifisch Belastungs-assozierte Störungen
- 20 6847 Spezifisch Belastungs-assozierte Störungen, nicht näher bezeichnet
- 21 Neurologische Störungen

6842 Anhaltende Trauerstörung

Code 6842

Foundation URL: <http://dx.doi.org/10.1186/10187>

Beschreibung

Eine anhaltende Trauerstörung ist eine Störung, bei der nach dem Tod eines Partners, eines Elternteils, eines Kindes oder einer anderen Person, die den Hinterbliebenen nahe stand, eine anhaltende und tiefgreifende Trauerreaktion auftritt, die durch Sehnsucht nach dem Verstorbenen oder anhaltende Beschäftigung mit dem Verstorbenen gekennzeichnet ist, begleitet von intensivem emotionalem Schmerz (z. B. Traurigkeit, Schuldgefühle, Wut, Verleugnung, Schuldzuweisung, Schamgefühle, den Tod zu akzeptieren, die Gefühle eines Teil von sich selbst verlieren zu haben, die Unfähigkeit, eine positive Stimmung zu erleben; emotionale Gefühlslosigkeit; Schwierigkeiten, sich an sozialen oder anderen Aktivitäten zu beteiligen). Die Trauerreaktion hat über einen ansehnlichen Zeitraum nach dem Verlust angehalten (mindestens 6 Monate) und übersteigt eindeutig die erwarteten sozialen, kulturellen oder religiösen Normen für die Kultur und den Kontext der Person. Länger andauernde Trauerreaktionen, die im kulturellen und religiösen Kontext der Person innerhalb eines normativen Zeitraums der Trauer liegen, werden als normale Trauerreaktionen angesehen und nicht diagnostiziert. Die Störung verursacht eine bedenkliche Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Exklusive von übergeordneten Themen (als separat):

Burnout (3200) •
Akute Belastungsreaktion (3240) •
Unklassifizierte Trauer (6843) •

Alle zugehörigen Einträge (als separat):

Anhaltende Trauerstörung
Pathologische Trauer
Störung mit anhaltender Trauer

21

PTSD-Symptome am Beispiel erklärt

Anspruchsniveau: einfach

Indikation für folgenden PowerPoint-Clip

Die dargestellte Metapher thematisiert konstruktive und intrusive Symptome sowie Hyperarousal-Phänomene, wie sie bei Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung auftreten können.

Die Metapher ist thematisch absichtlich in einer imaginären Welt lokalisiert, um den Patienten in beobachtender Distanz zum Geschehen zu halten.

Folgendes Programm ist für Patientinnen und Patienten mit psychosomatischen Störungen konzipiert. Es ist nicht selbsterklärend. Es ersetzt auch die üblichen Arzt-Patientengespräche nicht. Es ist als optische Kommunikationshilfe für edukativ-informative Therapieeinheiten gedacht.

Viel Erfolg!

© Niklaus Egloff, Universitätsklinik Inselspital Bern

22

Weitere typische kognitiv-emotionale Veränderungen

bezogen auf die eigene Person

bezogen auf andere

Gefährdung, Vulnerabilität und Hilflosigkeit

Beschädigtsein

Entfremdung

Ärger, Wut, Rache, Aggression

Schuld

Scham

Ekel

verminderte Selbstachtung

Misstrauen

Entfremdung

Ärger, Wut, Rache, Aggression

dysregulierte emotionale Feinabstufung

Scham

Ekel

gestörte Intimität

23

Unterschiedlich hohe PTB-Raten je nach Traumaart

Trauma erlebt

PTB ausgebildet

100%

KZ-Haft

50-65%

100%

Vergewaltigung, sex. Missbrauch

50-55%

100%

Verkehrsunfälle

3-11%

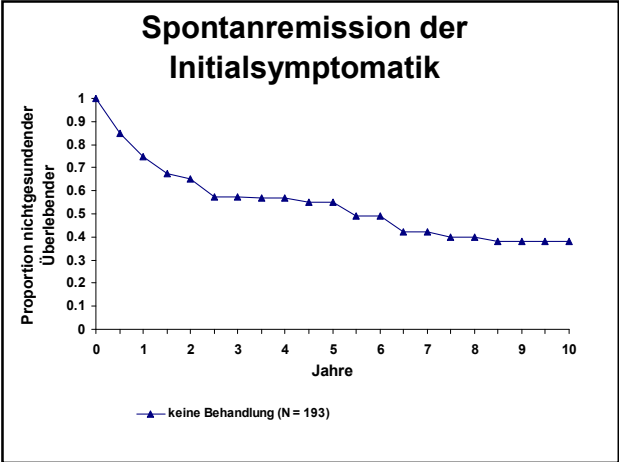
100%

Zeuge sein von Unfällen, Gewalt

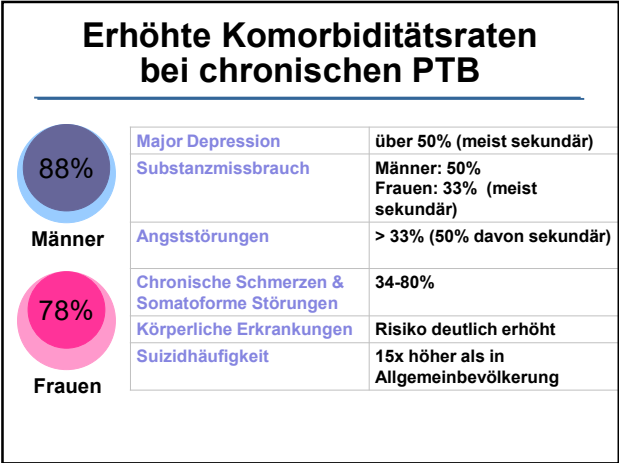
2-7%

(Kessler et al., 1995; Perkonig et al., 2000)

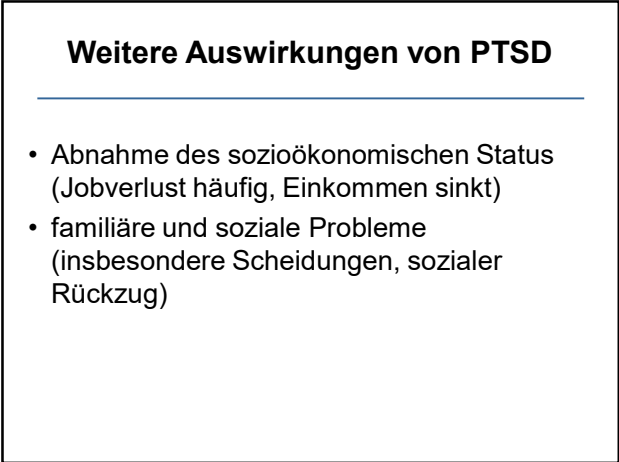
24



25



26



27

Fazit zu PTB generell

Nach einem **Trauma** **erholen sich die meisten Opfer von alleine** wieder.

PTB ...

- ... ist **ein Fehler der natürlichen Verarbeitung**.
- ... ist **eine der häufigsten psychischen Störungen** (Lebenszeitprävalenz: ca. 9% für beide Geschlechter).
- ... kann in **jedem Lebensalter** auftreten.
- ... verläuft häufig **chronisch** (1/3 > 6 – 10 Jahre, jahrzehntelange Dauer möglich).
- ... hat ev. **phasenweise** stark bzw. weniger stark ausgeprägte Symptomatik.
- ... **hört selten völlig auf**; remittiert nach einem Jahr Vorhandensein ohne Behandlung nicht mehr.
- ... ist eine **sehr belastende** und **behindernde Störung**.

28

Akute Belastungsstörung

(DSM 5)

A. Traumakriterium

Ereignis

B. Symptome aus 5 Kategorien (mind. 9 Symptome)

- Intrusionen
- Negative Stimmung
- Dissoziation
- Vermeidungsverhalten
- Erhöhtes Erregungsniveau

C. Symptome > 3 Tage & < 1 Monat

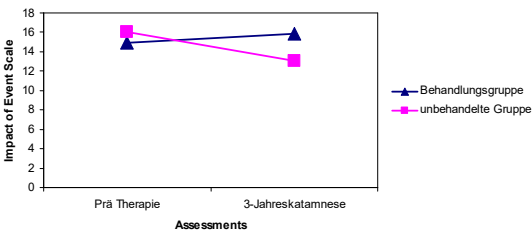
D. Klinisch-signifikante Beeinträchtigungen

E. Symptome haben keinen Zusammenhang mit der Einnahme von Substanzen

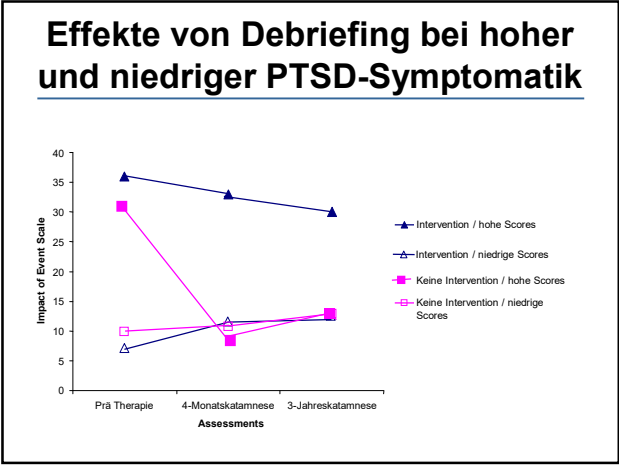
29

Effekte von Debriefing

(Mayou, Ehlers & Hobbs, 2000)



30



31

Störung nach Extrembelastung / ehem. „komplexe PTB“

1. Typ-II-Trauma, man-made
2. Chronische PTB-Symptome
3. zusätzliche Veränderungen in ...
 - Affekt- & Impulsregulation
 - Dissoziative Tendenzen
 - Selbstwahrnehmung
 - Wahrnehmung des Täters
 - Beziehungen
 - Sinnsystemen
 - Somatisierungsstörungen & körperliche Erkrankungen

32

Komplexe PTBS (C-PTSD)

im ICD-11

ICD-11: Morbidity- und Mortalitätskategorien (MKG) (Version 2018-01)

Tippen Sie, um die Suche zu starten

06 Psychische Störungen

Verhaltensstörungen oder neuromentale Entwicklungsstörungen

Neuromentale Entwicklungsstörungen

Schizophrenie oder andere primäre psychische Störungen

Katatonie

Affektive Störungen

Angst- oder furchtbezogene Störungen

Zwangsstörung oder verwandte Störungen

Spezifisch Belastungs-assozierte Störungen

6B40 Posttraumatische Belastungsstörung

6B41 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

6B42 Anhaltende Trauerstörung

6B43 Anpassungsstörung

6B44 Reaktiver Bindungsstörung

6B45 Störung der sozialen Bindung mit entwertendem Verhalten

6B4Y Sonstige näher bezeichnete spezifisch Belastungs-assozierte Störungen

6B4Z Spezifisch Belastungs-assozierte Störungen, nicht näher bezeichnet

6B41 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Code: 6B41

Beschreibung

Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (Komplexe PTSD) ist eine Störung, die sich entwickeln kann, nachdem man einem Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen ausgesetzt war, die eine Störung auslösen, die sich als eine Kombination aus einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und einer Dissoziationsstörung (DS) manifestiert. Darüber hinaus ist die komplexe PTBS gekennzeichnet durch schwere und anhaltende Schwierigkeiten bei der Regulierung der eigenen Emotionen, die zu erheblichen Beeinträchtigungen in der sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen führen. Diese Symptome führen zu erheblichen Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, ausbildungsbezogenen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Exklusive

Posttraumatische Belastungsstörung (6B40)

Periodischkeitsstörung (6B19)

Exklusive von übergeordneten Ebenen (Sie anzeigen 11)

Alle zugehörigen Einträge (Sie anzeigen 15)

Postkoordination

33

Wissenswertes zu Amnesien

- Amnesie & Hyperamnesie (intrusive Erinnerungen) = **Kardinalsymptome** d. PTB.
- Auslöser für Wiedererinnern:
 - Idiosynkratische Schlüsselreize
 - psychische Krisen oder kritischen Lebensereignisse
 - Psychotherapie spielt untergeordnete Rolle
- Erinnerungsgenauigkeit beeinflusst durch Situationsmerkmale, in der die Informationen aus dem Gedächtnis abgerufen wird.
- **Fehler im Informationsabruf** passieren am häufigsten **durch suggestive, wiederholte und irreführende Fragen.**
- Vermeidung solcher Fehler durch Ermöglichen eines freien, unbeeinflussten Abrufs.
- Befunde zu Amnesien:
 - **Verzerrungen vor allem in peripheren Details** traumatischer Erinnerungen. **Zentrale Aspekte der Erfahrungen werden bemerkenswert genau und dauerhaft erinnert** und sind gegen **Suggestionen resistent** (Brewin, Andrews & Gottlieb, 1993).
 - Bei **sex. Missbrauch** haben ca. 70% der Patientinnen **immer vom Missbrauch gewusst** und erinnern diesen vollständig oder teilweise (Herman, et al., 1997).
 - **Genauigkeit von Erinnerungen unterscheidet sich** nicht in Abhängigkeit davon, ob der Missbrauch zeitweise „vergessen“ war oder nicht (Williams, 1994, 1995).
 - Mehrheit der Opfer kann externe Belege für ihre Erinnerungen erbringen (Herman et al., 1997).

34

Traumagedächtnis

Was passiert mit uns während
eines Traumas?

35

Modelle der PTB

- **Ätiologiemodelle**
 - **multifaktorielles Rahmenmodell** (Maercker, 1997, 2003)
 - **HPA-Achsen- bzw. Stress-Modell** (Yehuda, 1996, Hellhammer et al., 1998)
 - **Gedächtnisveränderungsmodell** (Brewin et al., 2000)
- **Therapiebezogene Modelle**
(therapeutisches Rationale)
 - **Zwei-Faktoren-Theorie** (Mowrer)
 - **Furchtstrukturmodell** (Foa & Kozak, 1986)
 - **Kognitives Modell** (Ehlers & Clark, 1999)

36

Grundsätzlich

PTSD ist
NICHT
durch das Trauma verursacht
sondern durch
inadäquates emotionales
Verarbeiten
des traumatischen Erlebnisses

(Foa & Kozak, 1986)

37

Allgemeine Gedächtnisorganisation

Deklaratives Gedächtnis
(autobiographisch/explicit)

- persönliche Ereignisse
- Fakten
- Wissen über die Welt

Nondeklaratives Gedächtnis
(implicit)

- Fertigkeiten
- Gewohnheiten
- emotionale Verbindungen
- konditionierte Reaktionen

- willentlich abrufbar
- verbal zugänglich
- chronologisch

- nicht willentlich abrufbar
- nonverbal
- bildlich/körperlich
- fragmentiert
- situational ausgelöst
- beeinflusst Verhalten



38

Trauma-Biologie

«Fight or Flight»-
Reaktion

- Adrenalin ↑
- Puls ↑
- Atmung ↑
- Blutzucker ↑
- Muskeldurchblutung ↑
- Muskeltonus ↑

Alltags-Modus →
Überlebens-Modus



39

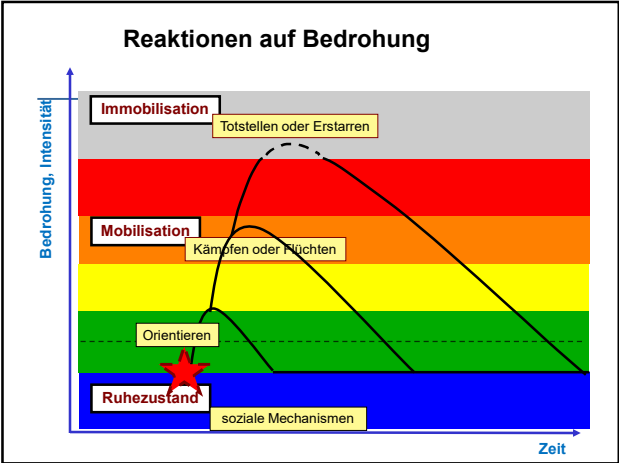
Trauma-Psychologie

«Freeze»-Reaktion

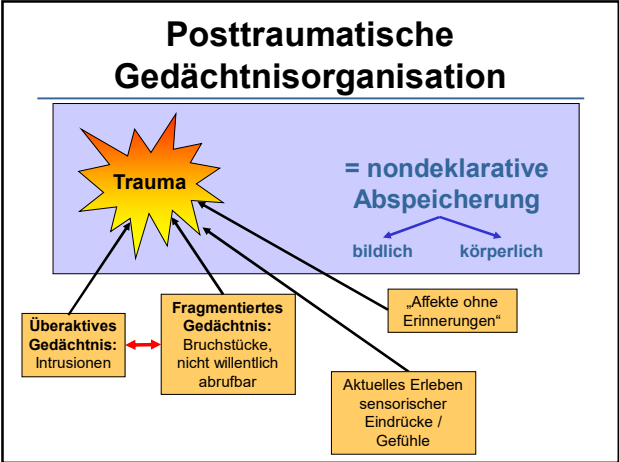
- Angst ↑
- Vigilanz ↑
- Wahrnehmung ↑↓
- Schärfung
 - Fokussierung
- Gedächtnis ↑↓
 - selektiv
- Panik ↑↑
- Kognition ↓
- **Dissoziation** (Schock, Erstarrung, Schmerz-, Bewusstlosigkeit)



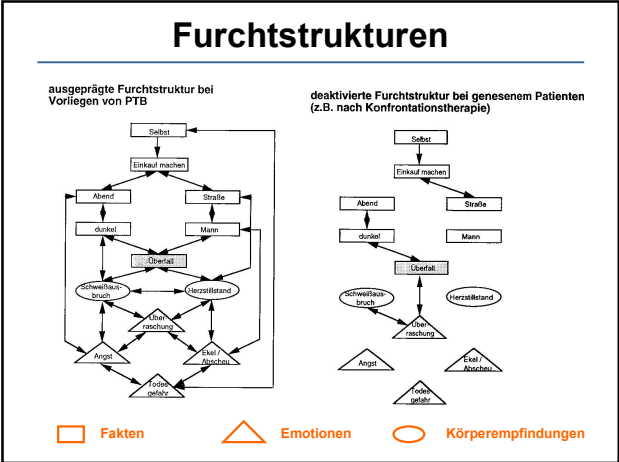
40



41



42



43

Textausschnitt Frau G. (1. Narration, rein deklarative Gedächtnisinhalte)

... Dann kamen Soldaten und haben uns mit Lastwagen in ein kleines Lager vor Pallali-Camp gebracht. Wir mussten uns zur Untersuchung ausziehen, die Soldaten haben mich überall geküsst und fest in die Brüste gekniffen. Am Abend kam einer und hatte eine sexuelle Beziehung mit mir. Ich weiss nicht, wie viele es waren und was passierte ...

44

Textausschnitt Frau G. (3. Narration, ergänzt um non-deklarative Gedächtnisinhalte)

... Dann kamen Soldaten und haben alle jungen Mädchen mit Lastwagen in ein kleines Lager vor Pallali-Camp gebracht. Wir mussten uns in einer kalten und feuchten Zelle zur Untersuchung ausziehen. Ich habe am ganzen Körper gezittert, meine Zähne haben geklappert. Das waren aber keine Ärzte, das war keine Untersuchung. Die Soldaten haben mich überall geküsst und fest in die Brüste gekniffen. Ich hatte so grosse Angst, habe gedacht, die bringen mich um und habe mich so geekelt vor diesen Männern. Ich konnte mich nicht wehren ...

45

Zusammenfassung

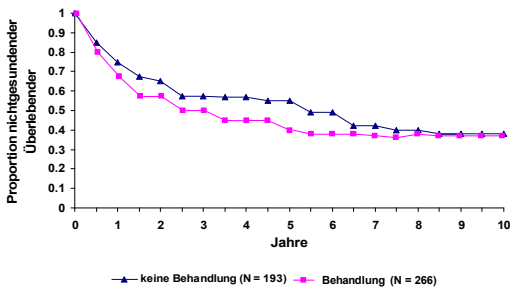
- Unsere Reaktion auf Gefahr ist programmiert auf Ebene des Gehirns und auf Ebene des Körpers
- Wenn eine Gefahr kommt, läuft dieses Programm automatisch ab, d.h. wir werden in den Überlebensmodus versetzt (Adrenalin, Angst, Reserven mobilisiert, Fight or Flight)
- Das Gehirn merkt sich diese Situation, damit es im Wiederholungsfall schnell reagieren kann.
- Gefahrensituation und Reaktion werden miteinander verknüpft.

46

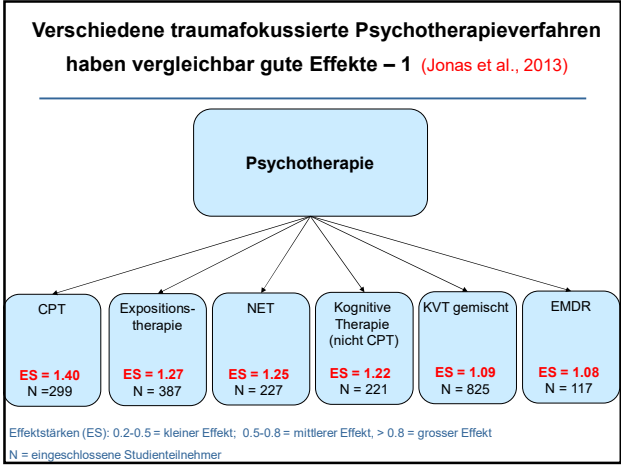
**Einblick in KVT-
Methoden und deren
Wirksamkeit**

47

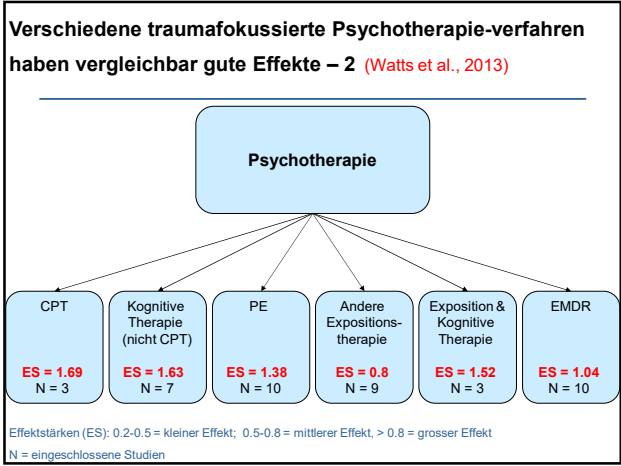
**PTSD-unspezifische Behandlung ist nicht
hilfreich (Kessler et al., 1995)**



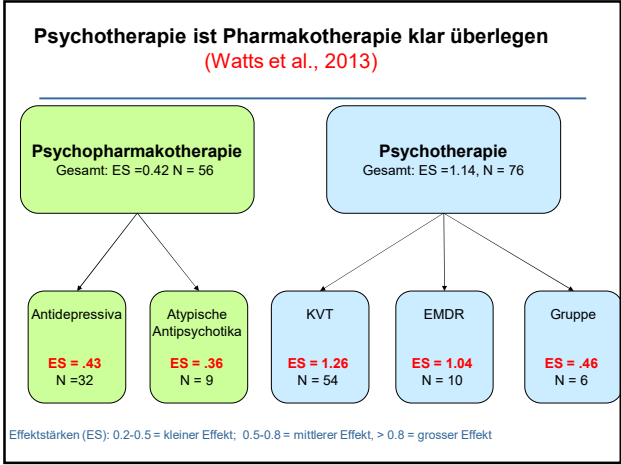
48



49



50



51

Abbruchraten und Effektstärken verschiedener PTSD-Therapien		
(van Etten & Taylor, 1998)		
	Abbruchraten (%)	Prä-post Effektstärken
Kognitive Verhaltenstherapie	15.1	1.27 (nach 4 Monaten 1.63)
EMDR	14.4	1.24 (nach 4 Monaten 1.33)
Psychodynamische Therapie	11.0	0.90
Entspannung	8.0	0.45
Hypnose	11.0	0.94
Psychotherapie insgesamt	14.0	1.17
Trizyklische Antidepressiva	26.4	0.54
MAO-Hemmer	36.4	0.61
SSRI	36.0	1.38
Pharmakotherapie insgesamt	31.9	0.69
Kontrollgruppen	16.6	0.43

Effektstärken mittelgross > 0.5; sehr gut > 0.8
Kombinationstechniken sind nicht besser als nur Konfrontation / KVT

52

Psychopharmakotherapie
• Wenig Evidenz für den Nutzen von Psychopharmaka • Psychopharmaka sollten nicht als Mittel der Wahl eingesetzt werden • u.U., wenn aktuell keine traumafokussierte Psychotherapie möglich und ausdrücklich Psychopharmaka gewünscht • u.U., wenn Psychotherapie nicht hilfreich • u.U. adjuvant zur Psychotherapie bei starker, die traumafokussierte Therapie behindernder/verunmöglichender Symptomatik (z.B. starke Depression, starkes Hyperarousal)

53

Grundsätzliches zur traumafokussierten Psychotherapie von PTSD
• Meist ambulante Einzeltherapien • Regelmässige und kontinuierliche Interventionen (meist wöchentlich) durch denselben Therapeuten • In der Regel 8-12 Sitzungen • Verlängerung bei mehreren Problemen, v.a. bei Polytraumatisierung, traumatischer Trauer, chronischer Versehrtheit durch Trauma Komorbiditäten, soziale Probleme • Im traumafokussierten Therapieteil Sitzungsdauer 90 Minuten • Keine routinemässige Anwendung nicht-traumafokussierter Interventionen (nicht-direktive Therapie, Entspannungsverfahren)

54

**Was bedeutet eigentlich
“traumafokussiert”?**

Konfrontation in sensu:

→ das traumatische Erlebnis wird **vor dem „innerem Auge“** vorgestellt und **wiedererlebt**

Ziele:

- Versprachlichung des Erlebten (non-deklarativ → deklarativ)
- Habituation an die Angst
- Kognitive Umstrukturierung

Konfrontation in vivo:

Konfrontation mit Traumatriggern bzw. aufgrund von Trauma vermiedenen Reizen

55

Diagnostik

56

Grundlegende Abklärungen

- **PTB** (Traumaerlebnis und Symptome)
- **Weitere Störungen**
 - Angst
 - Depression
 - Substanzmissbrauch
 - Somatisierung
 - Partnerschaftsprobleme
 - sexuelle Störungen
 - prätraumatische Borderline-Persönlichkeitsstörung
- **PTB = primäre Störung?**
- Laut Lehrbuch Therapie-Ausschluss bei: **Substanzabhängigkeit, akute Suizidalität, Psychose** in Vorgeschichte
- **Symptomdauer** (keine Therapie bei milder ABS!)?
- **Akute reale Gefährdung** des Pat.?

57

Instrumente zur Erhebung von PTB

Strukturierte Interviews

- **SKID**: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV
- **CAPS**: Clinician-Administered PTSD Scale

Symptomfragebögen

- **IES-R**: Impact of Event Scale – Revised
- **PSS**: PTSD Symptom Scale
- **PDS**: Posttraumatic Diagnostic Scale
- **PCL-5** mit **LEC**

Screening oder Therapiemonitoring

- **PTSS-10**: Posttraumatic Symptom Scale - 10
- **7-Symptom-Skala**

58

Diagnostik aufrechterhaltender Mechanismen

- **Problematische Interpretationen des Traumas**
 - Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI; Ehlers et al., 1999)
 - „Hot spots“ = schlimmste Momente im Traumagedächtnis (Belastungsgipfel), die bei der Erinnerung die meisten Gefühle auslösen und mit ungünstigen Bewertungen in Zusammenhang stehen
 - weitere Bedeutung erfragen
 - SUD erfragen
- **Problematische Interpretationen der Konsequenzen**
 - Schwierigste/schlimmste Sit. nach dem Trauma
 - Gedanken über PTB-Symptome, Verhalten anderer etc.
 - zum Beispiel mittels Symptomtagebuch

59

Therapiebezogene PTSD-Diagnostik

Sammeln von Informationen über das Trauma

- Je mehr **Details**, desto besser wird man den Patienten während der in sensu Konfrontation prompten können.
- Informationen über **zu erwartende Reaktionen** (detaillierte Information, starke Gefühle)
- Pat. soll Bescheid geben, falls er/sie eine **Pause** braucht (**Kontrolle**)
- **Spezifisch** und **direkt** sein
- Versichern (implizit und explizit), dass
 - **starke Gefühlsreaktionen in Ordnung** sind
 - Therapeut sie **verstehen**
 - Und **damit umgehen** kann
- Berücksichtigen von Bedürfnissen und Wünschen des Pat.
- Klinisches Urteil: Fokus jetzt oder später auf ein best. Gebiet

60

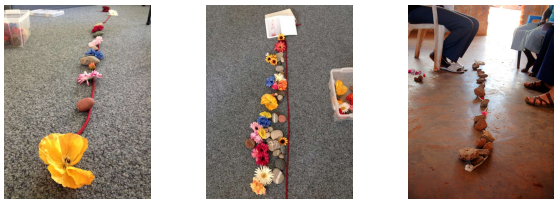
Erweiterte Diagnostik
als Grundlage der Therapieplanung

- Biographische Erhebung von Traumata bzw.
- Rangreihe der verschiedenen Traumata
- Mikroanalytische Interviews und Traumagrafiken

61

Legen der Lebenslinie

("Life line"-Technik aus NET, Schauer, Neuner & Elbert, 2005)



- Rekonstruktion der Lebensgeschichte "in Überschriften" (1-3 Sitzungen)
- Aktivität beim ersten Erzählen d. Traumata
- Wertvolle diagnostische Informationen (Bestandsaufnahme Trauma, Ressourcen, Symptome)
- (gemeinsames) Festlegen der Bearbeitungsreihenfolge der Traumata

62

Mikroanalytische Interviews und Traumagrafiken:
"Das Traumagedächtnis unter ein Mikroskop legen"
(aus A. Boos, 2005)

- Resultat:
- bessere Planbarkeit der Interventionen durch Überblick über relevante kognitive Themen durch mikroanalytische Interviews bzw. Traumagrafiken
 - frühzeitiges Erkennen vermeidbarer Belastung für Pat. durch sorgfältige Therapieplanung

63

Zu klärende Fragen durch mikroanalytische Interviews und Traumagrafiken

- Sind nicht-angstbezogene Traumakorrelate in exzessivem Ausmass vorhanden, so dass die Modifikation des Furchtgedächtnisses erschwert sein dürfte?
- Wird eine Modifikation dieser Bewertungen durch Habituation oder durch eine Neubewertung zu erreichen sein?
- Welche Konfrontationsdosis ist der Patientin zumutbar?
- Ist es sinnvoll, diese Bewertungen **vor** der Traumakonfrontation zu behandeln ?
- Ist es sinnvoll, diese Korrelate **während** der Traumakonfrontation zu behandeln ?
- Welche Methode der Konfrontation ist daher sinnvoll?
- Welchen Einfluss haben andere Traumata/erschwerende Bedingungen auf die aktuelle Symptomatik?
- Welche Art der Beziehungsgestaltung ist angemessen?

64

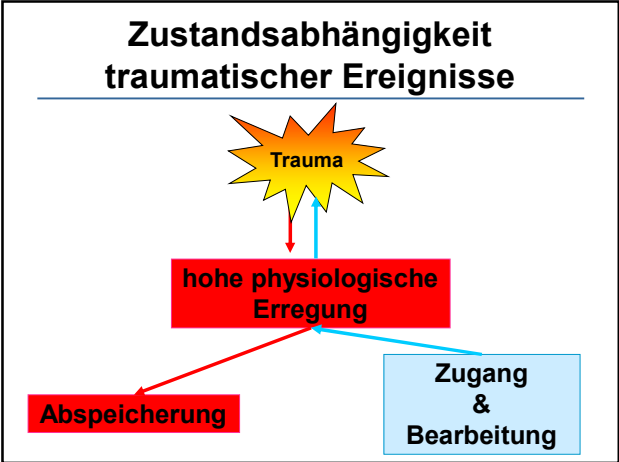
Systematische Erhebung folgender Variablen mithilfe mikroanalytischer Interviews und Traumagrafiken:

- schlimmste Momente während der chronischen Traumatisierung
- Primäre und sekundäre Bewertungen und Emotionen, die mit diesen schlimmsten Momenten assoziiert sind
- Relevante belastenden oder traumatischen (Vor-) Bedingungen
- Vorliegen relevanter interaktioneller Besonderheiten

65

Therapiebeginn:
Therapeutisches Rationale der Konfrontation

66



67

**Rationale traumafokussierten
Vorgehens**

- **Einführen der gefürchteten Stimuli** (wiederholt und verlängert, Abwesenheit realer Gefahr)
→ **Aktivierung der Furchtstruktur**
- **Gleichzeitig Präsentation korrektiver Information**, die mit den pathologischen Elementen der Furchtstruktur unvereinbar ist
→ **Modifikation der Furchtstruktur** (durch Habituation / Desensibilisierung)
→ **Abnahme der PTB-Symptome**

68

**Indikatoren erfolgreicher
emotionaler Verarbeitung**

- Angst** während der Exposition
- Physiologische Erregung** (Habituation) während der Expo
- Reaktion auf Angststimuli** im Verlauf der Expositionssitzungen

69

Therapiebeginn:
Therapeutische Beziehung

70

Charakteristika der therapeutischen
Beziehung mit PTB-Patienten

Schwierigkeiten, die Patientenrolle zu akzeptieren

- *„Ich muss selbst damit fertig werden“*
- **externale Verursachung** → *„keine Möglichkeiten, die Symptome zu kontrollieren/verändern“*
- *„Wenn ich gesetzliche/finanzielle Kompensation erhalte, wird alles wieder gut sein“*
- Kein Wissen über PTB-Symptomatik als kohärente Störung

Antizipation des Nichtverstandenwerdens,
erschüttertes Vertrauen

- Gefühle des Beschädigtseins und der Entfremdung
→ Misstrauen und permanentes Überprüfen der Umwelt.

71

Schwierigkeiten für den
Therapeuten

- **Schwierigkeiten, sich selbst zu konfrontieren:**
Traumaschilderungen sind oft lebensbedrohlich, bizarr, grausam, sadistisch, entsetzlich, qualvoll
- Therapeut muss sich selbst mit der **Existenz des Bösen und Tragischen in der Welt** auseinandersetzen.

**TRAUMA THERAPIE IST DIE KONTINUIERLICHE
KONFRONTATION MIT SEINER EIGENEN
VERLETZLICHKEIT.**

72

Extreme Therapeuten Reaktionen: Die "Empathie-Vermeidungs-Wippe"

(nach Maercker, 1996)

Über-Identifikation	Empathie	Vermeidung und Invalidierung
• Unkontrollierte Affekte • Retter- oder Rächerphantasien • Rolle als Mitleidender oder Mitkämpfer • „Hochspannung“ in der Therapie		• Abstoßende Mimik • Sträuben und Unfähigkeit, zuzuhören und dem Bericht zu glauben • Distanzieren
<u>Konsequenzen</u> • Grenzverlust • Überlastung (Burnout)		<u>Konsequenzen</u> • Defensivität: Kein Nachfragen • Teilnahme am „Komplot des Verschweigens“

73

Professionelle Reaktion auf spontanes Traumdiscaloure (z.B. EG)

- Bei Türpfostenbemerkung: Abwägen, ob noch **genug Zeit während der laufenden Sitzung** ist.
- **Grundsätzlich zum Reden ermuntern**, auch wenn Pat. zögerlich-ambivalent ist.
 - Ambivalenz: a) Vermeidung vs. Mitteilungsbedürfnis
b) Therapeut nicht belasten vs. Hoffnung auf **Nachfragen** (≠ Familie/Freunde)
- **Keine Angst vor eigenen Gefühlen**: Patienten akzeptieren Emotionalität des Therapeuten, wenn sie kurz ist und dieser nicht getröstet werden muss.
- Defensivität = elementarer Grundfehler in der Behandlung Traumatisierter!

→ Ohne Nachfragen kein Vertrauen und kein Zugang zu den Gefühlen und Gedanken des Patienten (Unverstandenwerden/Therapieabbrüche).

74

Aspekte der therapeutischen Beziehung zwischen Traumapatient & Therapeut

insbesondere zu Therapiebeginn

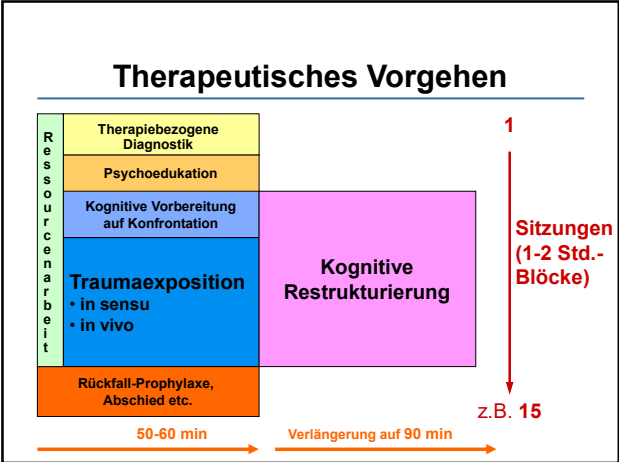
Patient → Therapeut

- Mangelndes Vertrauen (Beziehungstests)
- Nicht belasten wollen

Therapeut → Patient

- sichere Umweltbedingungen für Pat. schaffen
- Rituale akzeptieren
- Sicherheit im therapeutischen Setting gewähren (z.B. Sitzordnung)
- Absetzen der Medikation vor Therapiebeginn
- „moralische Solidarität“ (offene, nichtwertende, relativ abstinente Haltung)
- Tröstliche Haltung
- Expertise über PTB, soziale Auswirkungen und PTB-Therapie
- Hohe Sensibilität beim Erledigen von „Formalitäten“
- Vertrauen in die Effektivität der KVT ausdrücken
- persönliche Ressourcen des Pat. betonen, Lob für aktive Traumaaarbeit
- Normalisieren der Reaktion des Patienten auf das Trauma

75



76

**Psychoedukation –
den Symptomen einen
Namen geben**

77

Psychoedukation

- **Existenz von PTSD und Akuten Belastungsstörungen**
– „den Symptomen einen Namen geben“
- **Normalisieren der Symptome**
 - „PTB ist eine normale Reaktion auf ein abnormales Ereignis“
 - Körpersymptome = automatischer Schutz unseres Körpers (“Weisheit des Körpers”)
 - Erklären: Pat. wird nicht verrückt.
- **Information über die Symptome**
 - **Aktivierende Stimuli und Situationen** (reduziert die Gefühle „plötzlicher“ und unkontrollierbarer Symptomatik)
 - Entstehung und Erklärung von Symptomen wie Flashbacks, Entfremdung, Panikattacken
 - Symptome können während der Therapie kurzfristig schlimmer werden.
 - **Hilfreich: Arbeitsblatt → didaktische und interaktive Diskussion**

78

Vermitteln des Therapierationalen

Therapieziel

- Emotionale Verarbeitung und Möglichkeit, Erinnerungen und Wiedererinnerungen zu bewältigen

Störungs- und Veränderungsmodell entwickeln

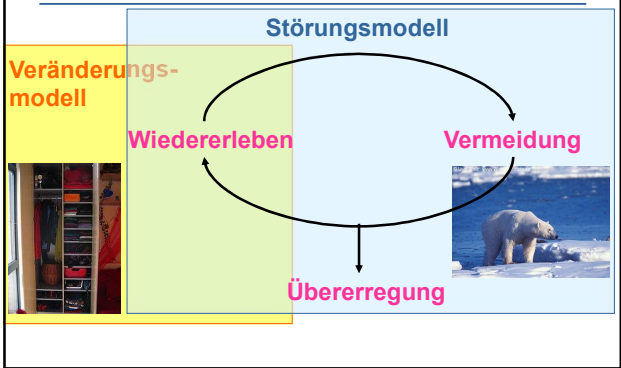
- Gedankenunterdrückung ist nicht hilfreich („Kleiner Eisbär“-Experiment), Diskussion an eigenen Bsp. des Pat.
- Man muss „an die Wurzel des Übels“

Therapie vorbereiten

- Rangreihe stärkster Intrusionen und belastendster Symptome
- Exploration von Bewältigungsstrategien für diese Symptome
- Vermeidungsliste

79

Psychoedukation: Teufelskreismodell



80

Weitere Veränderungsmodelle

Andere Methaphern

Wunde

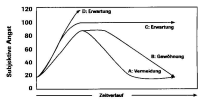
- Trauma = Spreißel im Finger
- PTSD = Eiter
- Was hilft kurz-/ was langfristig dieses Problem zu bewältigen?
- Spreißelenfernung ebenfalls unangenehm für Arzt
- Es wird immer eine Narbe bleiben

Unkraut

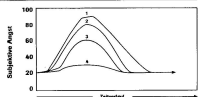
- PTSD = Unkraut
- einzelne Symptome (z.B. Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme) = Blätter
- Was muss man machen, um Unkraut langfristig los zu werden?

Habituationsrational

Befürchtete und tatsächliche Angstverläufe bei Flucht und gezielter Auseinandersetzung



Wiederholte Übung führt zu dauerhaftem Angstabbau



81

Mail von Frau D.

... aber als ich gestern bei Ihnen war, hatten Sie gesagt, ich solle weiter schreiben. Da wusste ich, es ist richtig zu schreiben. Sie hatten Vieles gesagt, was sehr einleuchtend war. Weiss zwar nicht mehr alles ganz genau. Ich weiss einfachnoch, dass Sie es ganz gut und einfach erklärt haben...

82

**Zusätzlich wichtig:
„Leben zurückerobern“ (Ressourcenaktivierung)**

- **Psychoedukation**
 - Rückzug → Gefühl, Leben sei stehen geblieben und zum Negativen verändert
 - **Ziel:** alte Gewohnheiten wieder aufnehmen, angenehme Gefühle kommen wahrscheinlich zeitverzögert
 - **Methode:** frühere Aktivitäten (oder Alternativen, falls objektive Gründe dagegen sprechen) und Kontakte aufnehmen
- **Liste früherer Aktivitäten und Kontakte**
- **konkrete Vereinbarungen für HA** (wird über gesamte Therapie weitergemacht und jede Sitzung besprochen)
- **evtl. Rollenspiel für Erklärungen bei Wiederaufnahme abgebrochener Kontakte**

83

Konfrontation in sensu



84

Die Grundtechnik aller
Expositionsverfahren ist die
„Prolonged Exposure“ (PE, Foa et al.)

85

Rahmenbedingungen: Konfrontation

- Vorgehen soll dem Pat. klar sein
- (Abklären: Patient hat **FUNKTIONALITÄT** und **AKTIVE PRINZIPIEN des Vermeidungs- und Sicherheitsverhaltens verstanden**: genau diese kurzzeitig angstreduzierenden Verhalten halten Angst und Vermeidung langfristig aufrecht
- Ausführliches Vorbereitungsgespräch, in dem das Ziel des Vorgehens besprochen wird
- Formal: Einzeltherapie, 90-minütige Therapiesitzungen, in 3 - 8 Sitzungen wird Vorgehen wiederholt
- Schrittweises Vorgehen: kein FLOODING, Hierarchische Rangordnung der Angstsituationen
- Imaginäres Wiedererleben der Angstsituation = 60 Min.
- Wiederholen der gleichen Szene, wenn weniger als 60 Min. benötigt, danach entspannen
- Tonbandaufnahme

86

Konfrontation in sensu:
Aufgaben des Patienten

- Traumatisches Erlebnis wird **vor „innerem Auge“ vorgestellt** und **wiedererlebt**
 - gleiche Reihenfolge
 - alle Einzelheiten: sensorischen Eindrücke, Gedanken & Gefühle
 - auch wenn diese im Nachhinein falsch, peinlich o. unsinnig erscheinen sollten
 - Beginn: kurz bevor Pat. merkte, dass etwas passieren würde
 - Ende: wieder Gefühl von Sicherheit
- **Laut beschreiben**
- „**Als würde es gerade passieren**“
- **Erste Person**
- **Gegenwartsform**
- möglichst mit **geschlossenen Augen**
- **Gefühle kommen lassen**, nicht unterdrücken
- **Kontrolle über das Tempo**
- **Kontakt zum „Hier-und-Jetzt“** nicht verlieren.
- **HA = Nacherleben**. 1xtägl, alleine, ungestört, keine andere Tätigkeit nebenher, keine Unterbrechung, protokollieren, nachher Zeit, wieder in Alltag zurückzugehen, am besten pos. Tätigkeit, Protokoll

87

Konfrontation in sensu:
Aufgaben des Therapeuten

- Ist nonverbal zugewandt
- Macht unterstützende Bemerkungen
z.B. „Das machen Sie sehr gut“, „Ja, gut so“, „Bleiben Sie bei dem Gefühl/ bei diesem Bild“, „Ich weiß, es ist schwer“, „Hier sind Sie sicher“ (besonders bei den ersten Malen)
- Führt den Patienten ins Präsens zurück, wenn er Vergangenheitsform benutzt
z.B. „Er schlägt mich ins Gesicht“
- Holt den Patienten ins Nacherleben zurück, wenn dieser verstummt, Augen öffnet etc.,
z.B. „Was passiert jetzt?“
- Stellt kurze Fragen zu sensorischen Eindrücken, Gefühlen und Gedanken an entscheidenden Stellen (i.e. schlimmste Momente), im Präsens
z.B. „Was denken Sie?“, „Wie fühlt sich das an?“, „Wie fühlen Sie sich?“, „Was sehen, riechen, hören Sie?“, „Was fühlen Sie in Ihrem Körper?“
- Frägt Subjective Units of distress (SUD, 0-10/ 0%-100%) ab
- Notiert die geäußerten irrationalen Überzeugungen für spätere therapeutische Gespräche

88

Beenden der Konfrontation

- Therapeut bittet den Pat., die Augen wieder zu öffnen
- Einige tiefe Atemzüge zu machen
- Sprechen über Erlebnisse während der Konfrontation:
 - Kamen Erinnerungen an amnestische Aspekte wieder?
 - War es schwerer oder einfacher, als der Pat. sich das vorgestellt hat?
 - Was hätte der Therapeut machen können, um das Wiedererleben zu erleichtern?
- Therapeut zeigt, dass er kompetent ist, auftretende Schwierigkeiten zu bewältigen und dem Pat. zu helfen.
- Wenn der Pat. nichts wiedererinnert: Entpathologisieren „Dies ändert nichts am Geschehen und Tatsache des Traumas“, „Dass Pat. überlebt hat zeigt, dass Pat. richtig gehandelt hat!“

89

Protokoll für Nacherleben

Tag/ Uhrzeit	Wie lange?	Vorher be- lastet (0-10)	Nacherleben belastet (0-10)	Bemerkungen
5.5./18.15	20 Min.	6	10	Wie in der Sitzung: kann das Gesicht des Täters nicht sehen.
6.5./21.00	10 Min.	4	10	Kann mich nicht konzentrieren, Sorge, dass ich meine Arbeit verliere.

90

Wie oft werden einzelne Szenen konfrontiert?

- Jede Szene wird so lange wie nötig wiederholt: Angstreduktion deutlich, mindestens 50%
- Wiederholen dieses Vorgehens mit 3-4 Szenen bis sich die Effekte generalisieren.

91

Mail von Frau D. nach 2. Expo

(15.11.2016)

Wie geht es mir nach der 2. Sitzung. Es ist zwar brutal schwierig und ziemlich schmerzhaft. Und darüber zu sprechen fällt mir unheimlich schwer. Ich schäme mich zu sehr. Wird irgendwann auch besser werden. Dabei weiss ich, dass es mir gut tut, darüber zu sprechen. Was sich bei mir verändert? Ich fühle mich so aufgelöst. Es ist alles so viel intensiver. Ich bin sehr sehr traurig. Wenn ich meine Traurigkeit nicht unterdrücken würde, wäre ich glaube ich den ganzen Tag am Weinen. Ich bin nur noch traurig und das ist ein neues Gefühl für mich. Ist kein schönes Gefühl. Aber ich spüre jetzt auch eine grosse Wut auf ihn und auf meine Mutter....

92

Mail von Frau D. nach 3. Expo

(21.11.2016)

... Jetzt haben wir glaube ich das 3. Mal das Thema Dusche durchgenommen. Ich spüre da eine Veränderung. Je länger ich darüber nachdenke. Was sich verändert hat? Dass ich den ganzen Tag traurig bin (...). Was hat sich noch verändert? Ich beziehe mich nur auf das Thema Dusche. Bei anderen Themen hat sich das noch nicht verändert. Die Schuld! Die Schuldgefühle sind nicht mehr so aktuell. Ich weiss, dass ich keine Chance gehabt habe, mich zu wehren. Hätte ich gesagt, er solle aufhören, ich will das nicht, hätte er trotzdem weiter gemacht und mich geschlagen. Ich hatte gar keine andere Wahl. Und das schmerzt mich sehr stark. (...). Auch mit diesem neuen Gedanken muss ich lernen umzugehen. ...

93

Verschiedene trauma-
fokussierte Verfahren

im Überblick

94

Prolongued Exposure (PE)

(Foa & Rothbaum, 1992)

Grundidee:

Löschung der konditionierten emotionalen Reaktion durch Aktivierung der Furchtstruktur bei gleichzeitiger Präsentation korrektiver Information, die mit den pathologischen Elementen der Furchtstruktur unvereinbar ist

Dauer:

8-12 wöchentliche ambulante Sitzungen à 60-90 Minuten

Elemente:

Konfrontation mit gefürchteten/vermiedenen Traumareizen bis Angstabnahme sowohl im Geiste (in sensu) als auch in Realsituationen (in vivo)

95

Narrative Exposure Therapy (NET)
für sequentiell Traumatisierte

(Schauer, Neuner & Elbert, 2005)



96

Ablaufschema NET

Rekonstruktion der Lebensgeschichte „in Überschriften“.

- Ziele für Therapeuten: Überblick bekommen
- Ziele für Patienten: Rekonstruktion der chronologischen Lebensgeschichte, des Zeitgefühls

Methode der Life line

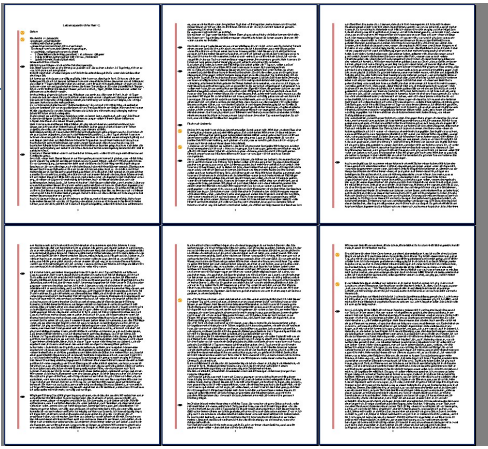
- (Erwachsenen-)NET: Sift/Papier
- KID-NET: Schnur, Steine, Blumen (einmalig)
- Mitschreiben, damit die bearbeiteten Traumata immer wieder vorgelesen werden können (Korrektur, neue zeitliche Einordnung, Exposition, Habituation)

Exposition in sensu (Foa): Chronologisches Durcharbeiten aller Traumata

Sitzungen:

- Ursprünglich: 6-8 Sitzungen, tw. 2 Stunden (Krisengebiete)
- Wenn mehr Zeit benötigt: auch ok

97



98

Cognitive Processing Therapy (CPT)

(Resick & Schnicke, 1996)

Grundidee:

die emotionale und kognitive Traumaverarbeitung wird durch emotionale Zustände, wie depressive Stimmung, beeinträchtigt, was zu PTSD-Symptomatik führt

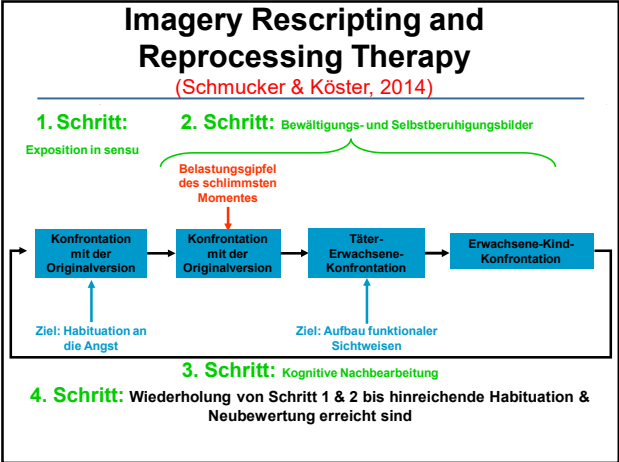
Dauer:

12 wöchentliche ambulante Sitzungen à 60-90 Minuten

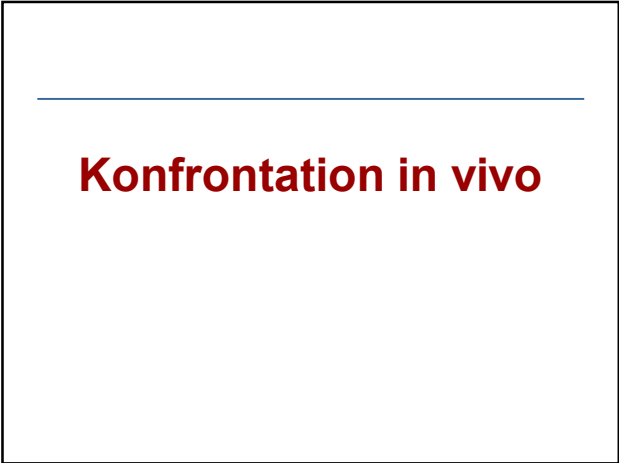
Elemente:

- Psychoedukation
- Schreibaufgaben über das Trauma
- Kognitive Umstrukturierung bez. der Bedeutung des Traumas und seinen Folgen für das eigene Leben

99



100



101

Beispiele: Häufig vermiedene Situationen nach interpersonellen Traumata

- Ähnliche Personen sehen, ähnliche Kleider (eigene/fremde)
- Menschenmengen
- Alleine sein
- Dunkelheit (draussen / in der Wohnung)
- Jemand steht neben ihr
- Jemand kommt von hinten an sie heran
- Auf der Strasse gehen
- Mit Fremden / Männern sprechen
- Abends ausgehen
- Zum Tatort gehen
- Öffentliche Verkehrsmittel benutzen
- Mit jemandem über den Überfall sprechen
- Körperliche/sexuelle Kontakte

102

In-Vivo-Konfrontation I

sich **REALISTISCH SICHEREN**, gefürchteten Sit. & Objekten nähern

Wann?

Vermeidungs- und übertriebenes Sicherheitsverhalten bez. traumaähnlicher Reize, welches Angst/PTSD langfristig aufrechterhält und Aktivitätsradius oft stark einschränkt

Erfolg: Übung machen (unabhängig davon, wie viel Angst sie ausgelöst hat!)

Ziele:

- Habituation an Angst
- kognitive Veränderungen (Gefährlichkeit, eigene Kompetenzen)
- Lernen, mit der Angst umzugehen (Coping, Mastery, Angstmanagement) und trotz oder mit Angst die Übung zu machen (**nicht** keine Angst zu haben)
- Vergangenheitsperspektive, „Damals vs. Heute“, Übergeneralisierung von Gefahr abbauen, Angstabnahme

Hilfe: Therapeutin / Coach / bewältigende Selbstverbalisation

103

In-Vivo-Konfrontation II

1. Hierarchische Vermeidungsliste

2. Liste des Sicherheitsverhaltens

→ Listen müssen nicht vollständig sein, aber repräsentativ

3. Übung festlegen

(Pat. bestimmt selbst, welche Übung sie sich als erstes zutraut (SUD 4-6, graduelle Steigerung bis SUD-1a-Sit.)

4. Konkretes Vorbesprechen der Übungen

(was, wo, wie lange Üben? Objektives Zielmaß? Denkbare (gezielt zu unterlassendes) automatisches Sicherheitsverhalten? Befürchtungen? Mögliche Schwierigkeiten?

5. Erarbeiten konkreter Bewältigungsstrategien und alternativer Verhaltensweisen für Sicherheitsverhalten

(optimal: inkompatible Verhaltensweisen!)

6. Konfrontationstagebuch / Protokoll einführen

104

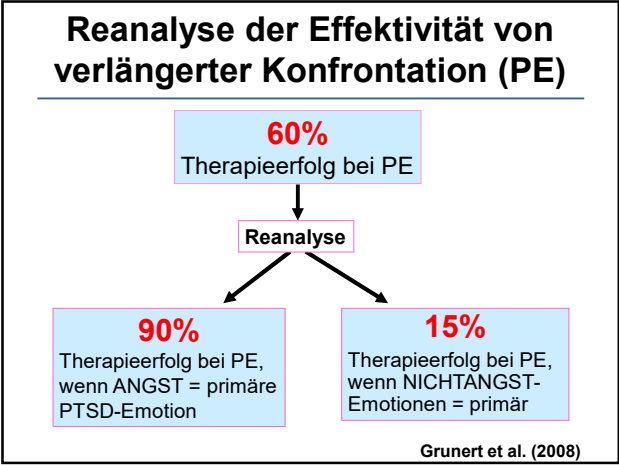
Kognitive Methoden in der Traumatherapie

Modifikation von Schuld, Scham, Ekel

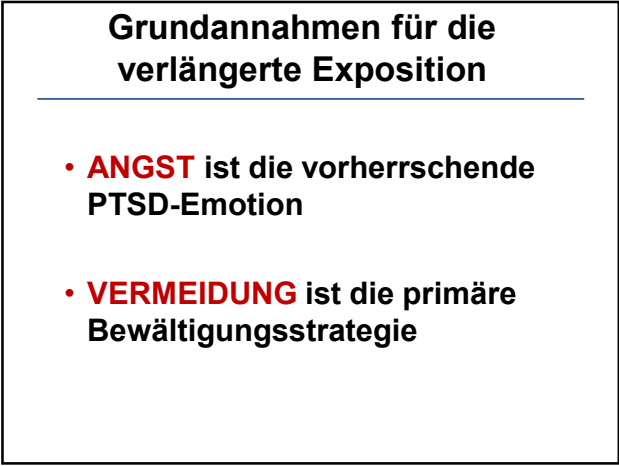
Fokus:

Negative Gedanken und dysfunktionale Überzeugungen über die **Welt**, die **Zukunft**, das **Selbst** und **andere Menschen**

105



106



107



108

ANGST ist nicht immer die dominante PTSD-Emotion!

- **SCHULD, SCHAM, EKEL** und **ÄRGER** sind häufig dominante PTSD-Emotionen
- Besonders bei Typ-II Traumata
- Diese Emotionen **habituierten** gewöhnlich **nicht bei Konfrontation**
- Sondern **müssen zusätzlich mithilfe kognitiver Methoden bearbeitet werden**

109

Kognitive Methoden

- Sokratischer Dialog
- Sammeln und Hinterfragen der Belege für die Interpretationen
- Suche nach möglichen anderen Interpretationen
- Kosten-Nutzenanalyse für Überzeugungen und aufrechterhaltende Verhaltensweisen
- Protokollieren und Modifizieren automatischer Gedanken (evtl. mit Hilfe eines Tagebuchs, s. ausgeteiltes Material)
- Verhaltensexperimente
- Imaginationsverfahren

Lit: Beck, J.S. (1999), *Praxis der Kognitiven Therapie*, Weinheim: Beltz, PVU.
Wilken, B. (1998), *Methoden der Kognitiven Umstrukturierung*, Stuttgart: Urban & Kohlhammer.

110

Kognitive Methoden in der Traumatherapie

- kognitive Therapie während, vor, nach der Konfrontation
- Verhaltensexperimente
- imaginative Übungen während der Konfrontation

z.B. Ehlers; Resick

111

Typische veränderte kognitive Schemata

in den Bereichen:

- Vertrauen
- Sicherheit
- Macht/Einfluss
- Selbstachtung (schlecht, mangelhaft, inkompetent)
- Intimität (Andere/Selbst)
- Verlust

112

Typische posttraumatische automatische Gedanken		
Emotion	Interpretation	Automatischer Gedanke
Angst / Furcht	Übergeneralisierung von Gefahr	• <i>“Der Mann wird mich angreifen”</i> • <i>“Es ist gefährlich, draußen zu sein”</i>
Schuld (Interpersonal)	Verantwortlichkeit für Trauma/ Ausgang	• <i>“Ich bin schuld”</i> • <i>“Ich hätte es beenden können“</i>
Scham (Intrapersonal)	Verletzung pers./ fremder Regeln durch eigenes Verhalten	• <i>„Ich bin blossgestellt“</i> • <i>„Ich verliere mein Gesicht“</i>
Ärger/ Wut	Ungerechtigkeit, Verletzung persönl. Regeln durch andere	• <i>“Warum ich?“</i> • <i>“Es ist nicht fair“</i>
Trauer/ Hoffnungslosigkeit	Bedeutsamer Verlust	• <i>“Mein Leben ist vorbei“</i> • <i>“Ich werde nie mehr sein wie vor dem Trauma“</i>

113

Definition von Schuldgefühlen

- unangenehm
- grundlegende Überzeugung: man habe in einer bestimmten Situation falsch gedacht, gefühlt oder gehandelt (Kubany, 1998)
- im Grunde **keine Gefühle sondern Bewertungen & Schlussfolgerungen** (deswegen Überwindung nach deren Überprüfung & Korrektur möglich)
- sind nicht hilfreich:
 - machen das Verhalten nicht ungeschehen
 - führen nicht unbedingt zu einer Wiedergutmachung
 - führen nicht zur Vermeidung zukünftigen Fehlverhaltens
- werden (auch) von objektiv unschuldigen Opfern erlebt

114

Typische Denkfehler bei Schuldgefühlen	
Denkfehler der Retrospektive	„Im Nachhinein ist man immer schlauer“. Wissen über Ereignisausgang beeinflusst Erinnerung an Ereignis. → Überschätzung der eigenen Einflussmöglichkeiten auf Trauma /-Verlauf
Übertriebenes Verantwortungsgefühl für Ereignis / Verhalten anderer	selektive Auslassung anderer, trauma-mitbedingender Aspekte Verantwortlichkeitsgefühl für Ereignisse, die nicht / nur z. T. unter eigener Kontrolle lagen
Doppelstandards	strengere Maßstäbe für sich als für andere
Übertriebene Bewertung des eigenen Verhaltens	„... war nicht gerechtfertigt und falsch“ (selektive Auslassung von Gründen, die dazu führten) Keine Trennung zwischen der eigenen Person und einem einmaligen Verhalten zu einem bestimmten Zeitpunkt
Emotionale Schlussfolgerungen	„Ich fühle mich schuldig, also bin ich schuldig“

115

Ziele der Modifikation von Schuldgefühlen
• Vernachlässigte Traumaaspekte rekonstruieren • Verstehen und Akzeptieren der Motive des Handelns, Fühlens und Denkens in der damaligen Situation • Relativierung eigener Einflussmöglichkeiten • Abgabe der Verantwortung an den Täter und/oder an begünstigende Situationsbedingungen • Bei tatsächlicher (Teil-)Schuld: Übernahme der Verantwortung und Reue

116

Vorgehen bei der Modifikation von Schuldgefühlen
• Psychoedukation über Schuldgefühle (Kubany et al., 1996, 2000) • Identifikation der Momente im Traumagedächtnis, die schuldhaft verarbeitet werden • Elaboration des Schuldgedankens: Rekonstruktion der damaligen Situation • Modifikation des Denkfehlers der Retrospektiven • Modifikation der Schuldgedanken • Bewertung der neuen Sichtweise • Integration der neuen Sicht in das Traumagedächtnis

117

Methoden zur Modifikation von Schuldgefühlen

- Sokratischer Dialog**
„Hätten Sie vorhersehen können, was passierte?“
„Wie viel Zeit hatten Sie, um genau zu überlegen?“
„Was hätte jemand anders gemacht?“
„Hätte der Täter etwas anders gemacht, wenn Sie ... nicht gemacht hätten?“
- Imaginative Techniken**
Zum Erinnern bisher vernachlässigter Aspekte und Integration dieser
- Besuch des Traumaorts**
Einschätzung, wie realistisch anderes/besseres Verhalten gewesen wäre
- Tortendiagramme**
• Auslassen von Fakten diskutieren (Tortendiagramm)
• Perspektivenwechsel vornehmen

118

Fallbeispiel:
Modifikation von Schuldgefühlen

Frau C. wurde während ihrer Lagerinternierung in Bosnien Zeugin einer Massenerschiessung bosnischer Männer durch serbische Soldaten. Sie selbst stand von den Soldaten ungesehen hinter einem Betonpfeiler mitten im Raum der Erschiessung. Sie machte sich noch zehn Jahre nach dem Trauma starke Vorwürfe, den nach Hilfe rufenden Verletzten nicht geholfen zu haben.

119

Fortsetzung Fallbeispiel

- Th:** Frau C., ich würde Sie bitten, jetzt noch einmal ganz genau zu schildern, was genau passierte, als Sie hinter der Säule standen.
- Pat:** Ich wollte für meine kleine Tochter Wasser holen. In der Eingangshalle der Schule kamen mir plötzlich die Männer entgegen, die von den Soldaten durch den Eingang nach innen gedrängt wurden. Ich habe mich hinter der Säule versteckt. Plötzlich fing die Soldaten an zu schiessen (...). Ich stand wie gelähmt hinter der Säule, konnte mich nicht mehr bewegen. Um mich rum nur Blut auf dem Boden und an den Wänden. Und Tote und Hilfeschreie.
- Th:** (Identifikation des Schuldgedankens): Was genau werfen Sie sich vor?
- Pat:** Dass ich denen nicht geholfen habe. Auch als die Soldaten weg waren, bin ich einfach weggerannt zu meinen Kindern.
- Th:** Sie werfen sich also vor, Sie hätten helfen sollen. Lassen Sie uns das Bild einmal kurz anhalten: Sie stehen hinter der Säule, die Soldaten sind bewaffnet, um Sie herum lauter Verletzte und Tote ... Was genau hätten Sie tun können?
- Pat:** Denen helfen.
- Th:** Wie genau hätte das ausgesehen?
- Pat:** Ich weiss nicht. Ich glaube ich hätte denen gar nicht helfen können. Das waren so viele, die waren schwer verletzt, ich bin kein Arzt, hatte kein Verbandszeug ...
- Th:** Selbst, wenn Sie hätten helfen können: Was denken Sie, wäre passiert, wenn Sie hinter der Säule hervorgekommen wären?
- Pat:** Die Soldaten hätten mich erschossen.
- Th:** Was bedeutet das?
- Pat:** Ich war völlig hilflos und selbst ein Opfer in diesem Moment.
- Th:** Sie sagten hilflos und selbst ein Opfer. Was ist mit der Schuld?
- Pat:** Ich glaube, ich bin nicht schuldig. Ich konnte gar nichts tun. Das hab ich so noch nie gesehen...
- Th:** Und wie fühlt sich das an?
- Pat:** Einerseits leichter, gut. Aber ich werde auch gerade sehr traurig und fühle mich einsam.

120

Definition Schamgefühle

- **Gefühlsreaktionen zum Erleben**
 - des Blossgestelltseins
 - des Schuldigseins
 - des Versagthabens
 - des Prestigeverlustes u.ä.
- **Bruch einer bedeutsamen Norm / eines Standards** von sich / anderen
- **Peinliches Gefühl**, oft vegetative Sensationen (Erröten, Herzklopfen).
- **Negativbewertung des gesamten Selbst**
 - bestätigt (schmerzhaft) Annahme, von Grund auf schlecht, minderwertig und/oder machtlos zu sein (Schemaaktivierung).
 - Verlust bejahender Beziehung zu sich selbst, zu Mitmenschen, zur Welt.

121

Modifikation von Schamgedanken

- **Identifikation der genauen Interpretationen**, die zu Schamgefühlen führen
- **Elaboration des Schamgedankens**: Rekonstruktion der damaligen Situation.
- **Modifikation des Schamgedankens**
- **Modifikation des aktiven Vermeidungsverhaltens** (Verhaltensexperiment)
- **Bewertung** der neuen Sichtweise
- **Integration** der neuen Sicht in das Traumagedächtnis

122

Hilfreiche Fragen zur Modifikation von Scham

- „Was wissen Sie heute: wer der beteiligten Personen hat welche Normen gebrochen?“
- „Gibt es neben Ihnen noch jemanden, der sich möglicherweise schämen könnte / sollte?“
- „Was spricht dafür, sich wegen etwas zu schämen, was Sie nicht freiwillig getan haben, was spricht dagegen?“
- „Was spricht dafür und was dagegen, dass Sie ein schlechter Mensch sind aufgrund der Tatsache, dass dieses Trauma passiert ist?“
- „Was befürchten Sie, wird passieren, wenn andere davon erfahren?“ (anschließend ggf. Testen der Hypothese im Verhaltensexperiment)

123

Definition von Ekel

Stark unlustbetontes Gefühl des Widerwillens. Ekelerregend wirken weniger stark die Wahrnehmungen (z.B. Geruch), die der Gegenstand, die Situation, der Mensch u.a. vermitteln, als vielmehr diese selbst oder die Vorstellung von diesen. Körperliche Begleiterscheinungen sind vor allem zusammenziehen der Gaumen- und Rachenmuskulatur mit Speichelabsonderung.

124

Ekel bei Traumaopfern bei intrusiver/tatsächlicher Konfrontation mit:

- **Aspekten des Traumas** (z.B. Ekel vor der Person des Täters),
 - **bestimmten, ursprünglich mit dem Täter assoziierten körperlichen Merkmalen** (z.B. Geruch, Nikotin- & Alkoholausdünstung)
 - **Körperflüssigkeiten** (Sperma & Schweiß),
 - **Aspekten ihrer eigenen Person** (Geschlechtsorgane, andere „beschmutzte“ Körperteile),
- **Reizgeneralisierung möglich** (z.B. Ekel vor Sperma des Partners)
- oftmals **Brechreiz**, aversive affektive Zustände und ein charakteristischer Gesichts- und Verbalausdruck („IIIH!!!“)
- **Keine Habituation!**

125

Modifikation von Ekel

1. **Identifikation** der relevanten Lernerfahrungen im Traumgedächtnis
2. **Entkräftung** relevanter dysfunktionaler Bewertungen/Annahmen und Überzeugungen in der Paarbeziehung und
3. **Modifikation** des vorhandenen behavioralen und kognitiven Vermeidungsverhaltens
4. Behandlung der bestehenden sexuellen Störung mit den etablierten Methoden der Sexualtherapie (Gromus, 2002) → **NACH AUSREICHENDER PTSD-REDUKTION!**

126

CRIM

(Cognitive Restructuring and Imagery Modification, Jung & Steil, 2013)

- Wird eingesetzt zur Reduktion des Gefühls des Beschmutzseins (GdB) – das häufig nach der Expo noch vorhanden ist.
 - «Man sieht es mir an»
 - «Ich bin eklig»
- Löst dysfunktionales Verhalten aus:
 - Waschen
 - Vermeidung von Körperhygiene
 - Vermeiden sozialer Situationen
 - Sexuelle Probleme

127

CRIM: Vorgehen

1) Kognitive Umstrukturierung

- Exploration Eigenschaften des GdB
- Internetrecherche zur Hauterneuerung
- Berechnung der Häufigkeit der Hauterneuerung

Ich weiss, dass da nichts mehr sein kann, aber es fühlt sich anders an....

2) Imaginative Umschreibung

- Entwicklung eines individuellen Vorstellungsbildes zur Hauterneuerung
- Konfrontation mit dem GdB
- Anleitung des individuellen Vorstellungsbildes zur Hauterneuerung
- Tägliches Üben der Imagination mit Hilfe einer Tonbandaufnahme

128

Dissoziation

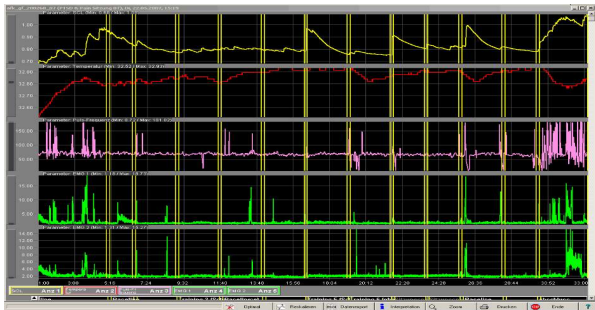
129

Dissoziation

- ein mehr oder weniger deutlicher Verlust der psychischen Integration des Erlebens und Handelns
- Unterbrechung der eigenen Bewusstheit, des Gedächtnisses, des Identitätserlebens oder der Wahrnehmung der Umwelt
- Es findet dabei ein psychophysiologischer Prozess statt
- Dissoziationen haben verschiedene Formen
 - vorübergehend oder chronisch
 - leichte – schwere Ausprägung
 - Depersonalisations-, Derealisationserleben
 - keine Schmerzempfindungen
 - Krampfanfälle
 - Veränderung aller Sinneswahrnehmungen
 - Treten selten als Einzelstörungen auf, meist eingebettet in dysfunktionale posttraumatische Verarbeitung

130

Psychophysiologische Veränderungen bei Dissoziationen



131

Funktion dissoziativer Phänomene

- Peritraumatisch / direkt nach Trauma**
- protektiv
 - Selbstschutz des Körpers
 - Flucht
 - Unempfindlich für Kampf / Traumageschehen
- Posttraumatisch**
- kurzfristig scheinbar protektiv
 - langfristig:
 - Symptome aufrechterhaltend, da keine korrektiven Erfahrungen
 - sich verselbständigend, die Phänomene weiten sich aus
 - können zu suizidalen Handlungen führen

132

Merkmale von Dissoziation

Häufig zeigen sich dissoziative Phänomene/Störungen erst im Prozess der Therapie

Wichtig = detaillierte Befragung hinsichtlich folgender Bereiche:
Amnesien, Erfahrungen der Derealisation und Depersonalisation, autohypnotischer Erfahrungen
→ sensibler Umgang mit ausgeprägten Schamgefühlen & Ängsten verrückt zu werden

Anzeichen für Dissoziation im therapeutischen Kontakt

- Kein fokussierender Blick, Blick geht ins Leere
- Patienten/innen wirken unerreichbar, scheinen „andere Menschen“ zu sein
- Plötzlicher Stopp im Erzählfluss
- Nicht mehr richtig ansprechbar
- Schwankende Körperhaltung

133

Umgang mit akuter Dissoziation in der Therapie

Primär wichtig

- ruhig bleiben
- Patienten/innen aus der Dissoziation holen
 - „Was passiert gerade? Können sie das beschreiben“
 - „Haben Sie gehört, was ich gerade gesagt habe?“ Können Sie das wiederholen“
 - „Achten sie das ihre Füße ganz stabil auf dem Boden stehen“
 - „Können Sie mir sagen welcher Tag heute ist/wo Sie sich gerade befinden?“ (wenn Patientin nicht antwortet, dann beantworten)
 - „Können Sie mich anschauen?“
 - „Schauen sie nach oben“
 - „Ist es in Ordnung, wenn ich Ihre Hand nehme“ (bei klarer Dissoziationsneigung schon im Vorfeld besprechen/ ausprobieren, was akzeptabel bzw. hilfreich ist)
 - Laut neben dem Ohr den Vornamen rufen, klatschen

Weitere hilfreiche Strategien bei Dissoziation in der Therapie

- Starke Sinnesreize einsetzen
- Beine abklopfen, Treppen laufen lassen
- Die Patienten/innen sollen aufstehen, hüpfen
- Reaktionen der Patienten/innen aktivieren

134

Sehr ungünstig ...

- Benzodiazepingabe
- Patienten nicht berühren, bevor dies nicht mit ihm/ihr abgesprochen bzw. notfalls angekündigt wurde

135

Nachbearbeitung von Dissoziationen

Nachbesprechen ist wichtig

- Kennen Sie das?
- Wann passiert das?
- Woran merken Sie dass es gleich kommt?
- Was hilft? Wissen Sie, warum es kam?
- Ist ihnen das bzw. etwas ähnliches während des Traumas auch schon passiert?
- Was kann ich/was können Sie hilfreiches machen?
- Integration dieser Infos für zukünftige Situationen

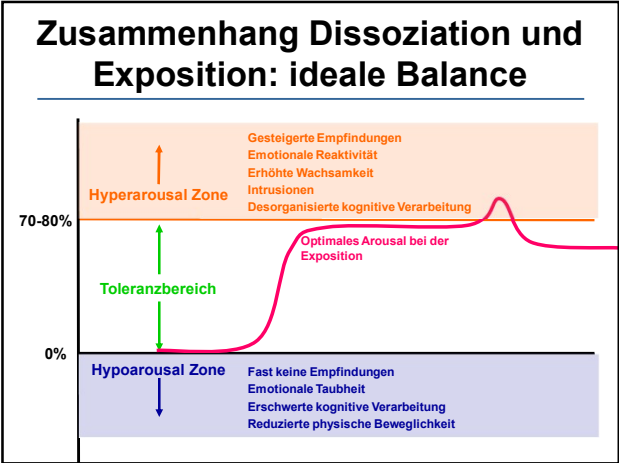
Achtsamkeitsübungen, stabiles Umfeld? → dann Expo

Expo lieber früher als später, da häufig zu traumatisiert um nicht zu dissoziieren

Psychoedukation

- durch Erinnerung an das Trauma „Sog“ in die Vergangenheit
- Lichtschalterprinzip: wenn Belastung zu stark → Licht aus. Durch das Trauma: Hypersensibilisierung: Licht wird zu schnell ausgeknipst.
- Reframing (entpathologisieren): weder Zeichen für Verrücktheit noch körperliche Schädigung durch Dissoziation. Jedoch eine beängstigende & unangenehme Erfahrung.

136



137

Antidissoziationskit

= alle Materialien, die Sinne intensiv beanspruchen, der Patient soll ausprobieren, was für ihn am besten ist.

Geschmack: Ingwer, Vitamin-Brausetablette, Süßstofftablette, Zitrone, Chili-Schote, Kaugummi, Wasabi, Tabasco, Treibsalz, (Ammoniak), ...

Geruch: Duftöle, Tigerbalsam, ...

Geräusche: Laute Musik, Klatschen

Fühlen: Igelball, Eis-Pack, Steinchen im Schuh, Schmerzpunkte, Ammoniak, Wassereimer

Bewegung: Balancierball/Kippbrett, Jonglieren, Stepper, Treppen laufen, Hüpfen, Trampeln

Weitere Techniken: DBT-Skills, Emotionsregulation, Achtsamkeit (Konzentration auf das, was in dem Moment wahrgenommen wird, welche Menschen befinden sich gerade im Umfeld, welche Farben sind zu sehen, welche Gerüche werden wahrgenommen. Alternativ: Konzentrationsübungen: jeweils 17 sukzessive von 2357 subtrahieren.)

Primäres Ziel: Häufigkeit und Dauer reduzieren (Tagebuch)

138

Therapieschritte bei dissoziativen Phänomenen

- Dissoziative Phänomene erkennen und benennen (Verhaltensanalysen)
- Mit den Patienten/innen die Auslöser eruieren
- Als notwendiges Verhalten in der Vergangenheit würdigen
- Anbieten von Verhaltensalternativen
- Einen Umgang mit den schmerzlichen Gefühlen erarbeiten / Traumaexposition

139

Therapieende

140

Beenden der Therapie

- **Rückblick auf alle Techniken.**
 - Hilfreiche / weniger hilfreiche Techniken identifizieren
- **Detaillierter Rückblick auf die Fortschritte des Patienten**
 - prä/post Erhebung
- **Pläne für Zeit nach der Behandlung**
- **Mögliche bevorstehende Belastungen / Schwierigkeiten**
 - Information (z.B. Jahrestage)
 - Bewältigungsstrategien
- **Follow-up Termine**
 - Über 1 Jahr, unregelmässig, alle 3-6 Monate, kurz/Telefon
- **Abschiednehmen**
 - Bedenken: Pat. hat nur einen Therapeuten,
 - Etwas Positives sagen.

141

Häufige Probleme in der Therapie

- Nicht-Erscheinen
- Keine/unregelmässige Hausaufgaben
- Kontinuierliche Non-Compliance: „Nicht der richtige Zeitpunkt“
- Tatsächliche gegenwärtige Gefahr
- Zu geringe Angst und Lebhaftigkeit während der Konfrontation
- Fehlende soziale Unterstützung
- Dissoziation
- Pat. gibt dysfunktionales Verhalten nicht auf
- Pat. erlebt ein weiteres Trauma
- Probleme mit Familie, Beruf, Polizei wegen Wutausbrüchen
- Unklarheit über Trauma
- Komorbidität: Substanzmissbrauch, Depression

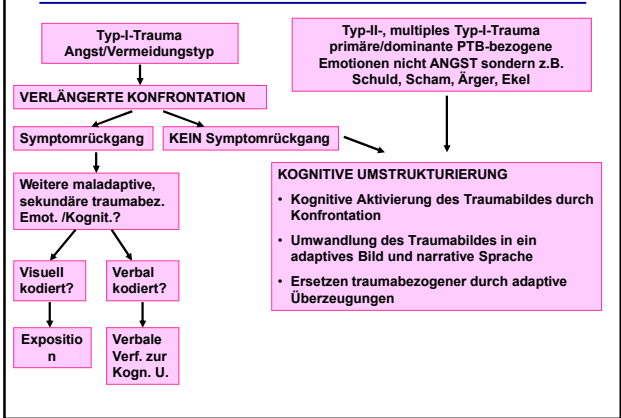
142

Strategiewahl: Problem

- Bisher existiert kein Standardverfahren
- Keine Vorhersage, welche Interventionen für welche Traumatypen und PTB-Patienten am Besten sind
- Keine Anweisungen zum Umgang mit Problemen und Fehlern in der Therapie

143

Entscheidungshilfe



144

Weiterführende Literatur

Boos, A. (2014). *Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung. Ein Therapiemanual.* Göttingen: Hogrefe.

Ehlers, A. (2000). *Posttraumatische Belastungsstörungen.* Göttingen: Hogrefe.

Foa, E.B., & Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD.* New York: Guilford.

Herman, J.L. (2014): *Die Narben der Gewalt.* 3. Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag.

Maier, T. & Schnyder, U. (Hrsg.), 2007. *Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern. Ein praktisches Handbuch.* Bern: Huber.

Maercker, A., (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen.* 4 Auflage. Berlin: Springer.

Priebe, K. & Dyer, A. (2014). *Metaphern, Geschichten und Symbole in der Traumatherapie.* Göttingen: Hogrefe.

Schauer, M., Neuner, F. & Elbert, T. (2011). *Narrative Exposure Therapy (NET). A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders.* 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Schmuckler, M. & Köster, R. (2014). *Praxishandbuch IRRT: Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy bei Traumafolgestörungen, Angst, Depression und Trauer.* Stuttgart: Klett-Cotta.
