



Leseprobe aus Steil • Resick • Rosner, (Komplexe) Posttraumatische Belastungsstörung
bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, ISBN 978-3-621-27790-7
© 2023 Programm PVU Psychologie Verlags Union in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim Basel
<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-27790-7>

Inhalt

Danksagung	10
1 Einführung	11
1.1 Posttraumatische Belastungsstörung	13
1.2 Diagnosen der PTBS laut ICD-11	15
1.3 Diagnostik der PTBS und kPTBS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen	17
1.3.1 Erfassung der Schwere und des Ausmaßes von traumatischen Ereignissen	17
1.3.2 Klinische Interviews zur Diagnosestellung und Schweregradeinschätzung im Fremdurteil	18
1.3.3 Selbstbeurteilungsinstrumente	19
1.3.4 Messung der Symptomentwicklung über den Behandlungsverlauf	21
1.4 Überblick über die Behandlung der PTBS und kPTBS	21
1.4.1 Behandlung der PTBS bei Erwachsenen	21
1.4.2 Behandlung der PTBS bei Kindern und Jugendlichen	23
1.4.3 Behandlung der kPTBS	24
1.5 Leitlinien zur Behandlung der PTBS und kPTBS bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen	25
1.6 Zur Notwendigkeit eines spezifischen, empirisch überprüften Behandlungsmanuals für Jugendliche und junge Erwachsene nach Gewalterfahrungen in der Kindheit und Jugend	26
1.7 Plädoyer für eine möglichst frühzeitige Behandlung der PTBS im Kindes- und Jugendalter	29
1.8 Entwicklung der E-KVT	30
1.9 Evaluation der E-KVT	31
2 Überblick über die E-KVT	36
3 Allgemeine Prinzipien der E-KVT	42
3.1 Sicherheit der Patientin als vorrangiges Ziel	42
3.2 Frühzeitige und genaue Planung aller Therapietermine	44
3.3 Umgang mit Medikamenten und dem Missbrauch von Drogen	44
3.4 Krisenmanagement	45
3.5 Therapeutische Haltung und Gesprächsführung	46
3.6 Behandlungshierarchie	48
3.7 Regelmäßige Fallkonsultationen	50
3.8 Regelmäßig wiederkehrende Sitzungselemente	51

4	Durchführung der E-KVT	56
4.1	Probatorische Sitzungen: Anamnese und Diagnostik	56
4.2	Motivationsphase der E-KVT	57
4.2.1	Sitzung MO1: Abschließen des Therapievertrages, Erstellen eines Notfallplanes	58
4.2.2	Sitzung MO2: Die Tagebuchkarte einführen	60
4.2.3	Sitzung MO3: Nutzung der Tagebuchkarte trainieren, eine Lebenslinie erstellen	61
4.2.4	Sitzung MO4: Therapieziele erarbeiten und festlegen	62
4.2.5	Sitzung MO5: Wichtige Aspekte für die Therapie klären	64
4.3	Emotionsregulationsphase	65
4.3.1	Sitzung EM1: Vermittlung des Rationals zur Emotionsregulation und Psychoedukation über Stress und Stressbewältigung	67
4.3.2	Sitzung EM2: Erarbeiten des bisherigen Umgangs der Patientin mit Hochstress und Einführen von Verhaltensanalysen	69
4.3.3	Sitzung EM3: Einüben der Verhaltensanalyse zu schwierigen Situationen und Beginn der Einführung von Fertigkeiten zur Emotionsregulation	71
4.3.4	Sitzung EM4: Senken der allgemeinen Stressbelastung, Trainieren von Reizdiskrimination und Dissoziationsmanagement	74
4.3.5	Sitzung EM5: Einüben von Verhaltensanalyse, Skillsnutzung und Dissoziationsmanagement, Psychoedukation über Gefühle und deren Beeinflussung durchführen	79
4.3.6	Sitzung EM6: Wiederholung des Gelernten und Vorbereitung der Intensivphase	83
4.4	Intensivphase (Entwicklungsadaptierte Variante der Cognitive Processing Therapy)	85
4.4.1	Sitzung IN1: Psychoedukation über PTBS, Traumagedächtnis und Funktionsweise der Therapie durchführen	91
4.4.2	Sitzung IN2: Bericht über die Auswirkungen des Traumas besprechen, Einführung in Stuck Points und die Stuck-Point-Liste geben	92
4.4.3	Sitzung IN3: Erarbeitung des Zusammenhangs zwischen Gedanken und Gefühlen, Einführung in die ABC-Blätter, Vorbereitung des Traumaberichts	94
4.4.4	Sitzung IN4: Bearbeitung des Traumaberichts, Hinterfragen von durch Assimilation entstandene Stuck Points	99
4.4.5	Sitzung IN5: Erneute Bearbeitung des Traumaberichts, Hinterfragen von Stuck Points (Assimilation), Einführung in das AB 25 »Hilfreiche Fragen«	103
4.4.6	Sitzung IN6: Auswertung zum Arbeitsblatt 25 »Hilfreiche Fragen«, Bearbeitung von Stuck Points (Assimilation), Einführung in Arbeitsblatt 26 »Problematische Denkmuster«	107
4.4.7	Sitzung IN7: Einordnung von Stuck Points durch Assimilation mithilfe des Arbeitsblattes 26 »Problematische Denkmuster«, Einführung des Arbeitsblattes 27 »Überzeugungen prüfen«	110
4.4.8	Sitzung IN8: Bearbeitung von Stuck Points (Assimilation und Über-Akkommodation) mithilfe des AB 27 »Überzeugungen prüfen«	113
4.4.9	Sitzung IN9: Bearbeitung von weiteren Stuck Points (Assimilation und Über-Akkommodation) anhand AB 27 »Überzeugungen prüfen«	113

4.4.10	Sitzung IN10: Bearbeitung von Stuck Points (Über-Akkommodation), Einführung des Arbeitsblattes 28 »Sicherheit«	114
4.4.11	Sitzung IN11: Bearbeitung von Stuck Points durch Über-Akkommodation am Beispiel des Themas »Sicherheit« (AB 28)	115
4.4.12	Sitzung IN12: Bearbeitung von Stuck Points durch Über-Akkommodation am Beispiel des Themas »Vertrauen« (AB 29) bearbeiten	117
4.4.13	Sitzung IN13: Bearbeitung von Stuck Points durch Über-Akkommodation am Beispiel des Themas »Kontrolle« (AB 30)	118
4.4.14	Sitzung IN14: Bearbeitung von Stuck Points durch Über-Akkommodation am Beispiel des Themas »Wertvoll sein« (AB 31)	122
4.4.15	Sitzung IN15: Bearbeitung von Stuck Points durch Über-Akkommodation am Beispiel des Themas »Nahe sein« (AB 33); Erstellung des zweiten Berichts zu den Auswirkungen des Traumas	123
4.5	Bearbeitung von Entwicklungsaufgaben und Abschluss der Therapie	124
4.5.1	Ziel: Positive Beziehungen zu Gleichaltrigen aufbauen	126
4.5.2	Ziel: Reviktisierung verhindern	128
4.5.3	Ziel: Perspektiven bezüglich Schule, Ausbildung, Beruf entwickeln	131
4.5.4	Ziel: Autonomie und Ablösung von Eltern oder Betreuungspersonen unter Wahrung einer möglichst guten Beziehung erreichen	132
4.5.5	Behandlungsabschluss	133
5	Die Fallkonsultation	135
6	Schwierige Situationen in der Behandlung und mögliche Lösungen	137
7	Empfehlungen zur Selbstfürsorge und Psychohygiene für die Behandler	144
Anhang		
	Liste der Arbeits- und Infoblätter	148
	Kommentierte Übersicht und Arbeitsmaterial	149
	Literatur	224
	Sachwortverzeichnis	232

1 Einführung

- 1.1 Posttraumatische Belastungsstörung
- 1.2 Diagnosen der PTBS laut ICD-11
- 1.3 Diagnostik der PTBS und kPTBS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen
- 1.4 Überblick über die Behandlung der PTBS und kPTBS
- 1.5 Leitlinien zur Behandlung der PTBS und kPTBS bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen
- 1.6 Zur Notwendigkeit eines spezifischen, empirisch überprüften Behandlungsmanuals für Jugendliche und junge Erwachsene nach Gewalterfahrungen in der Kindheit und Jugend
- 1.7 Plädoyer für eine möglichst frühzeitige Behandlung der PTBS im Kindes- und Jugendalter
- 1.8 Entwicklung der E-KVT
- 1.9 Evaluation der E-KVT

Dieses Manual beschreibt eine Intervention, die gezielt für die Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen entwickelt wurde, die nach sexualisierter oder physischer Gewalt unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder einer komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS) leiden: die *Entwicklungsangepasste Kognitive Verhaltenstherapie (E-KVT)*. Dieses spezifische Alter zwischen 14 und 25 wird in der Literatur als Transitionsalter (Mayr et al., 2015) beschrieben und ist von bestimmten Entwicklungsaufgaben geprägt, die sich in diesem Lebensalter häufen. Zudem fällt diese Zeit im Leben in vielen Gesundheitssystemen zum Teil in den Bereich Kindheit und Jugend und zum Teil ins Erwachsenenalter, was die Versorgung erschwert und beim Übergang zwischen den Systemen Probleme bereiten und zu einer Verschlechterung führen kann. Die E-KVT umfasst 30 Therapiesitzungen in einem hochfrequenten ambulanten Setting. Sie wurde von uns und weiteren Kolleginnen entwickelt (Matulis et al., 2014) und als ambulante Intervention auf ihre Wirksamkeit hin überprüft. Es spricht allerdings nichts dagegen, sie auch im teilstationären oder stationären Rahmen anzuwenden.

Nach einem einführenden und zum Thema hinführenden Teil wird Schritt für Schritt die Vorgehensweise in der Behandlung dargestellt. Da wir eine Intervention für Jugendliche und junge Erwachsene entwickelt haben, beziehen wir uns im theoretischen Teil

immer zuerst auf die Befunde für Erwachsene und dann auf die für Kinder und Jugendliche. Dies ist sicher etwas ungewöhnlich, unterstreicht aber das Schnittstellenproblem, das für diese Altersgruppe besteht.

Die Interventionen beziehen sich häufig auf Arbeitsblätter, die zur Bearbeitung durch die Therapeutin und Patientin in den Sitzungen bzw. die Patientin alleine in der Zeit zwischen den Sitzungen entwickelt wurden. Diese Arbeitsblätter finden sich im Anhang. Nach der Darstellung der Abfolge von Interventionen werden typische schwierige Situationen in der Psychotherapie beleuchtet und bewährte Lösungsmöglichkeiten dargestellt. Danach folgt ein Kapitel zu den Fallkonsultationen, die integraler Bestandteil der Intervention sind und die Therapeutin in der Umsetzung unterstützen sollen. Dieser kann im Rahmen von Supervision oder Intervision (z. B. als Qualitätszirkel) stattfinden. Das Buch schließt mit Empfehlungen zur Psychohygiene und Selbstfürsorge für die Behandler.

Im Buch wird nicht gegendert, um eine bessere Lesbarkeit des Manuals im Alltag zu gewährleisten. Es wird die weibliche Form, Patientin und Therapeutin, genutzt, die aber natürlich männliche bzw. nicht-binäre Patient:innen und Therapeut:innen miteinschließt. Für die Mehrzahl verwenden wir jeweils die männliche Form.

In diesem Buch verwenden wir die Begriffe sexueller und physischer Missbrauch, sexuelle, sexualisierte und physische Gewalt ähnlich. Sexueller Missbrauch ist der am längsten und am häufigsten verwendete Begriff und korrespondiert mit der englischen Begrifflichkeit »sexual abuse«. Der Begriff wurde im Deutschen häufig kritisch gesehen, da diskutiert werden konnte, wenn es denn einen Missbrauch gäbe, müsste es auch einen richtigen Gebrauch geben. Mittlerweile ist es zu einer Akzentuierung gekommen; während sexueller Missbrauch in der Öffentlichkeit, den Medien und im Strafgesetzbuch verwendet wird, benutzen Fachleute aus Pädagogik und Psychologie häufiger den Begriff sexuelle Gewalt. Auf der Website der Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM) wird der Begriff sexueller Missbrauch wie folgt erläutert: »In den Sozialwissenschaften, der Pädagogik oder Psychologie wird jede sexuelle Handlung, die an, mit oder vor Kindern und Jugendlichen gegen deren Willen vorgenommen wird oder der sie aufgrund körperlicher, seelischer, geistiger oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen können, als sexueller Missbrauch oder sexuelle Gewalt definiert. Der Täter oder die Täterin nutzt dabei seine / ihre Macht- und Autoritätsposition aus, um eigene Bedürfnisse auf Kosten Minderjähriger zu befriedigen« (<https://beauftragte-missbrauch.de/themen/definition/definition-von-kindesmissbrauch>).

1.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) kann sich als psychische Erkrankung in Folge von traumatischen Lebensereignissen entwickeln und ist nach dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) gekennzeichnet durch eine typische Konstellation aus:

- ▶ Symptomen des ungewollten Wiedererlebens traumatischer Erinnerungen im Wachen oder Schlafen (Intrusionen; z. B. Bilder, Geräusche oder Gerüche im Geiste wiedererleben)
- ▶ Symptomen der Vermeidung traumabezogener Gedanken, Gefühle oder Reize (nicht über das Geschehene sprechen oder erinnert werden wollen, Meiden von Dingen, die an das Trauma erinnern)
- ▶ negativen Veränderungen in Gefühlen (wie Furcht, Wut, Schuld oder Scham) oder Überzeugungen über sich selbst («Ich bin schlecht / schuldig / nutzlos ...») oder die Welt («Alle Menschen sind gefährlich ...»)
- ▶ Symptomen einer erhöhten Erregbarkeit (Schlafstörungen, Konzentrationsstörung, Aggression) oder schwierigen Verhaltens (wie z. B. selbstverletzendes Verhalten).

Als Trauma wird dabei das Konfrontiert-Sein mit Tod oder Todesgefahr, schwerer Verletzung oder sexualisierter Gewalt gewertet – als selbst Betroffene oder Zeugin. Die Diagnosekriterien der beiden derzeit gültigen wichtigen Klassifikationssysteme DSM-5 und *International Classification of Diseases and Related Health Problems 10* (ICD-10; World Health Organization (WHO), 1992) sind in Tabelle 1.1 dargestellt.

Tabelle 1.1 Diagnosekriterien der PTBS laut Klassifikationen des DSM-5 und der ICD-10

DSM-5 (309.81) PTBS	ICD-10 (F43.1) PTBS
A. Konfrontation mit Tod oder Lebensbedrohung, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt <ul style="list-style-type: none">▶ direktes Erleben▶ persönliches Miterleben, wie Ereignis anderer Person passiert▶ erfahren, dass das Ereignis einer Verwandten / Freundin passierte▶ wiederholte Konfrontation mit Details des Ereignisses	Person war einem kurz- oder langanhaltenden Ereignis von außerordentlicher Bedrohung/ katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, welches bei fast jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde
B. Intrusive Symptome nach dem Ereignis (mind. 1) Erinnerungen; (Alb-)Träume; dissoziative Reaktionen (z. B. Flashbacks); psychische Belastung bei Konfrontation mit traumaassoziierten Reizen; physiologische Reaktion bei Konfrontation mit traumaassoziierten Reizen	Anhaltende Erinnerung, Wiedererleben durch Nachhallerinnerungen, lebendige Erinnerungen, Träume oder innere Bedrängnis in traumaassoziierten Situationen

Tabelle 1.1 (Fortsetzung)

DSM-5 (309.81) PTBS	ICD-10 (F43.1) PTBS
C. Anhaltende Vermeidung von trauma-assozierten Reizen (mind. 1) Vermeidung von Erinnerungen, Gedanken oder Gefühlen; Vermeidung von äußeren Hinweisreizen (Orte, Menschen ...)	Kriterium nicht notwendig für die Diagnose: Vermeidung von Umständen, die der Belastung ähneln oder damit in Zusammenhang stehen
D. Negative Veränderung in Kognition und Stimmung in Zusammenhang mit dem Ereignis (mind. 2) Unfähigkeit, Traumaaspekte zu erinnern; anhaltende und übertriebene negative Grundüberzeugungen; verzerrte Schuldzuweisungen; negativer Gefühlszustand (z. B. Angst, Scham, Schuld); Interessensverlust und weniger Teilnahme an Aktivitäten; Gefühl der Distanziertheit und Entfremdung von anderen; Unfähigkeit, positive Gefühle zu empfinden	Kriterium nicht notwendig für die Diagnose: teilweise oder vollständige Unfähigkeit, Belastungsaspekte zu erinnern
E. Veränderung hinsichtlich Arousal und Reagibilität im Zusammenhang mit dem Ereignis (mind. 2) Reizbarkeit / Wutausbrüche; rücksichtsloses, selbstdestruktives Verhalten; Hypervigilanz; übertriebene Schreckreaktion; Konzentrationsstörungen; Schlafstörungen	Kriterium nicht notwendig für die Diagnose: D 2. Anhaltende Symptome physischer Sensitivität und Erregung: Schlafstörung, Reizbarkeit / Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, erhöhte Schreckfähigkeit
F. Das Störungsbild dauert länger als einen Monat.	E. Kriterien B–D treten innerhalb von 6 Monaten nach dem Ereignis oder nach Ende der Belastungsperiode auf
G. Das Störungsbild verursacht klinisch bedeutsames Leiden und Beeinträchtigung in wichtigen Lebensbereichen.	
H. Die Störung ist nicht zurückzuführen auf eine Substanz oder eine medizinische Ursache.	

Epidemiologie der PTBS. Die Lebenszeitprävalenz für die Entwicklung einer PTBS nach einem traumatischen Ereignis liegt bei etwa 4 % in der Allgemeinbevölkerung (Kessler et al., 2017). Damit gehört die PTBS zu den häufigen psychischen Störungen.

Innerhalb der verschiedenen traumatischen Ereignisse führen sexualisierte Gewalt neben physischer Gewalt in der Kindheit am wahrscheinlichsten zur Entwicklung einer PTBS. Während sich diese Zahl auf Erwachsene aus 24 Ländern bezieht, fanden

McLaughlin et al. (2013) bei US-amerikanischen Jugendlichen eine Lebenszeitprävalenz von 4,7 % und 39,3 % für Vergewaltigung. In einer Schweizer Stichprobe im Alter zwischen 14 und 16 Jahren fanden Landolt et al. (2013) eine Lebenszeitprävalenz der PTBS von 4,2 %, und 11,1 % für sexualisierte Gewalt (mit Kontakt), beides nach den Kriterien des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Mädchen sind nach einer Traumatisierung ca. doppelt so häufig von einer PTBS betroffen wie Jungen. In einer älteren häufig zitierten Studie aus den USA (Kessler et al., 1995) zeigte sich, dass insbesondere Frauen im Alter zwischen 15 und 24 Jahren ein höheres Risiko für eine PTBS haben als ältere Frauen. Letztendlich steigt das Risiko für eine psychische Störung, je jünger die Opfer zum Zeitpunkt der sexualisierten Gewalt sind (Kessler et al., 2010).

1.2 Diagnosen der PTBS laut ICD-11

Zusätzlich zu den schon beschriebenen Symptomen der PTBS können sich nach extrem belastenden Lebenserfahrungen (wie z. B. Folter, Sklaverei, Genozid, anhaltende häusliche Gewalt oder auch wiederholte physische oder sexualisierte Gewalt) Symptome zeigen, die den Bereichen Schwierigkeiten der Emotionsregulation, negatives Selbstbild und gestörte Beziehungsfähigkeit zuzuordnen sind.

Während sich die Autoren des DSM-5 dagegen entschieden, eine eigene Klassifikation für sehr schwere Formen der PTBS zu schaffen, trägt die Weltgesundheitsorganisation in der ICD-11 (World Health Organization, 2021) diesem Umstand durch die Einführung der neuen Diagnose der »Komplexen PTBS« (kPTBS; Maercker et al., 2013) Rechnung. Auch die Diagnose der PTBS wurde neu gefasst. Tabelle 1.2 zeigt die Kriterien der PTBS laut ICD-11. Hier ist ersichtlich, dass die Diagnose der kPTBS neben dem Erfüllen der PTBS-Kriterien (Wiedererleben, Vermeidung und anhaltende Wahrnehmung von akuter Bedrohung) auch das Erfüllen weiterer drei Kriterien erfordert, welche Probleme der Selbstorganisation umfassen (Probleme der Emotionsregulation, negatives Selbstkonzept, Schwierigkeiten in Beziehungen). Zu beachten ist, dass das Trauma-kriterium unterschiedlich gefasst ist.

Tabelle 1.2 Diagnosekriterien der PTBS und der kPTBS laut ICD-11

ICD-11 PTBS	ICD-11 kPTBS
Nach einem extrem bedrohlichen oder schrecklichen Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen	Nach einem Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen von extrem bedrohlicher oder schrecklicher Natur, meist langanhaltende oder sich wiederholende Ereignisse, denen man nur schwer oder gar nicht entkommen kann (z. B. Folter, Sklaverei, Völkermord-Kampagnen, langanhaltende häusliche Gewalt, wiederholter sexueller oder körperlicher Missbrauch in der Kindheit)

2 Überblick über die E-KVT

Die entwicklungsangepasste Kognitive Verhaltenstherapie (E-KVT) besteht aus vier Phasen zu je vier Wochen. Es werden 30 bis 36 Sitzungen durchgeführt. 30 Sitzungen sind vorgesehen, zusätzlich können bis zu sechs sog. Jokersitzungen zum Management von akuten Krisensituationen oder z. B. für Elternsitzungen durchgeführt werden. Tabelle 2.1 am Ende dieses Kapitels bietet einen Überblick über die Behandlungsphasen und -inhalte. Im Anhang des Buches findet sich in **INFO 6** »Überblick zu Behandlungsphasen und -inhalten der E-KVT« eine insgesamt fünfseitige Übersicht zum Ausdrucken zu den spezifischen Inhalten und Arbeitsmaterialien der einzelnen Therapiephasen und -sitzungen analog zu den Übersichtstabellen (Tab. 4.1, 4.2, 4.5 und 4.16) in Kapitel 4. Außerdem findet sich im Anhang ein Überblick mit jeweiliger kurzer Beschreibung der ABs und INFOs und eine einseitige Liste derselben, vor den eigentlichen Arbeitsmaterialien als Druckvorlagen.

Probatorische Sitzungen

Die ersten maximal fünf Sitzungen sind probatorische Sitzungen. Inhalte dieser Sitzungen sind eine ausführliche Anamnese und diagnostische Untersuchung, die Einholung wichtiger Informationen über die Lebenssituation des jungen Menschen und seiner Familie. Erst nach diesen probatorischen Sitzungen entscheiden beide – Therapeutin und Patientin –, ob eine E-KVT begonnen werden soll. Es folgen dann vier Therapiephasen.

(1) Motivationsphase (5 Sitzungen)

In der Motivationsphase (MO) zu Beginn werden eine tragfähige therapeutische Beziehung etabliert und die Therapiemotivation der Jugendlichen gestärkt. Ein Therapievertrag wird geschlossen, ein Notfallplan für Krisen erarbeitet, Suizidalität, selbstschädigendes, therapieschädigendes und krisengenerierendes Verhalten werden erfasst und eine Tagebuchkarte, die über den gesamten Verlauf der Therapie geführt werden soll, wird eingeführt. Mit der Erhebung einer ausführlichen Lebenslinie verschafft sich die Therapeutin einen Überblick über traumatische, belastende und auch positive Erfahrungen der Patientin. Zuletzt werden die konkreten Therapieziele der Patientin erarbeitet, für die es sich für die Patientin lohnt, in der Therapie mitzuarbeiten und durch eine manchmal auch belastende Behandlung zu gehen.

(2) Emotionsregulationsphase (6 Sitzungen)

Im Rahmen dieser Phase wird das Rational zur Emotionsregulation (EM) vermittelt, gefolgt von einer Psychoedukation zu Stress und Stressbewältigung. Der bisherige Umgang der Patientin mit starkem Stress wird ergründet und das Anfertigen von Verhaltensanalysen zu schwierigen Situationen eingeführt und geübt. Danach wird die Patientin in Fertigkeiten der Emotionsregulation trainiert. Es wird angestrebt, durch Veränderungen in der Lebensführung die allgemeine Stressbelastung zu senken. Beim

Vorliegen dissoziativer Symptomatik werden Strategien zum Dissoziationsmanagement eingesetzt. Danach erhält die Patientin Informationen über verschiedene traumarelevante Emotionen, wie sie sie identifizieren und auch wie sie sie abschwächen kann. In der letzten Sitzung wird das Gelernte wiederholt und die Intensivphase organisatorisch vorbereitet.

(3) Intensivphase (15 hochfrequente Sitzungen)

Dann folgt eine intensive traumafokussierte Behandlung (IN) mittels CPT, deren Ziel es ist, ein Gefühl von Sicherheit und Kontrolle im eigenen Umfeld wiederherzustellen und ausgewogenere Überzeugungen in Bezug auf das Selbst und die Welt zu fördern, um so traumabezogene negative Gefühle zu reduzieren. Die Vorgehensweise der CPT wurde in Anpassung an das Lebensalter der Patienten stark vereinfacht, die Arbeitsblätter in leichter verstehbarem Deutsch abgefasst. Um die störungs- und altersbedingten motivationalen Schwankungen der Patienten aufzufangen, wurde für diese Phase ein zeitlich intensives Behandlungssetting mit 15 Therapiesitzungen innerhalb von vier Wochen gewählt (Ehlers et al., 2010). Das intensive Behandlungssetting erhöht zum einen die Motivation der jungen Patienten, da ein Ende der Therapie absehbar ist und nicht mit den vielen Veränderungen in dieser Lebenszeit kollidiert. Zum anderen können »wöchentliche« Krisen (Schule, erste romantische Beziehungen etc.) besser bearbeitet werden, da dann nur ein Teil der Therapiesitzung zur Besprechung verwendet werden muss und daher die Bearbeitung der PTBS-Symptomatik weiter im Fokus bleiben kann. Und nicht zuletzt führt die rasche Reduktion der PTBS-Symptomatik zu einer höheren Therapiemotivation und bahnt den Therapieerfolg. Der Vergleich der Behandlungsdurchführung mit wöchentlichen versus häufigeren Sitzungen zeigte z. B. bei Ehlers et al. (2010; eine Übersicht hierzu von Ragsdale et al., 2020), dass auf diese Weise eine Reduktion der PTBS-Symptome und auch depressiver Symptome sehr viel schneller herbeigeführt werden kann. Der schneller spürbare Therapieerfolg erhöht die Motivation.

Die 15 sehr strukturierten und in hoher Frequenz gegebenen CPT-Sitzungen sollten entsprechend dem beschriebenen Vorgehen durchgeführt werden. Zunächst sollte schwerpunktmäßig am schlimmsten Ereignis bzw. schlimmsten Cluster (das ist das Ereignis, welches im Alltag der Patientin bei Erinnerung zu den größten Belastungen führt) gearbeitet werden, zu dem auch der Bericht über die Auswirkungen des Traumas verfasst werden sollte. Wenn hierbei in den ersten Sitzungen ein anderes schlimmstes Ereignis genannt wird als in der Diagnostik, kann dies nochmal verändert werden – dies kommt vor, wenn die Patientin im Laufe der Behandlung mehr Vertrauen zur Therapeutin gefasst hat und dann manchmal Traumata berichtet, die in der Probatorik bzw. Motivationsphase noch verschwiegen wurden.

(4) Phase der Bearbeitung von Entwicklungsaufgaben (4 Sitzungen)

In der letzten Phase steht die Bearbeitung von typischen Entwicklungsaufgaben von Adoleszenten (EN) im Vordergrund: einen Schul- bzw. Berufsabschluss erwerben, sich vom Elternhaus lösen, Autonomie erlangen, eine zufriedenstellende romantische Beziehung bzw. andere Bindungen mit Gleichaltrigen eingehen. Weil sowohl Fokus als auch Bearbeitungsdauer hier sehr individuell sind, sind in diesem letzten Abschnitt der

Therapie die möglichen Themen nicht einzelnen Sitzungen zugeordnet (s. Tab. 2.1). An der Lösung von Problemen in diesen Bereichen und dem Aufbau weiterer Fertigkeiten wird mithilfe aller der behavioralen und kognitiven Techniken gearbeitet, die in den drei früheren Behandlungsphasen erarbeitet und trainiert wurden. So können z. B. zu der Frage, was einen hindert, eine neue Beziehung einzugehen, die in der CPT-Intensivphase eingeführten Arbeitsblätter genutzt werden, um die damit zusammenhängenden Denkfallen zu identifizieren und zu relativieren. Gleichzeitig behält die Therapeutin den nahenden Abschluss der Therapie im Auge.

In diesem Abschnitt der Therapie ist es auch wichtig, einer möglichen Reviktimisierung vorzubeugen. Hierzu werden die Patienten z. B. dabei unterstützt, die mit bestimmten Situationen verbundene Gefahr für Übergriffe realistisch einzuschätzen, sich abzugrenzen, wenn ihre Grenzen überschritten werden, oder potenziell gewalttätige Partner an bestimmten Merkmalen zu erkennen (Kubany & Ralston, 2008).

Jokerstunden

Zusätzlich können bis zu sechs sog. Jokerstunden durchgeführt werden, die flexibel einsetzbar sind für Gespräche mit Bezugspersonen, den Besuch von Institutionen wie Schule oder Arbeitsamt, die Suche nach einer Wohnung, Krisengespräche oder Ähnliches. Sie können jederzeit während der Behandlung stattfinden.

Tabelle 2.1 Überblick über Behandlungsphasen und -inhalte der E-KVT

Phase	Sitzung	Inhalt / Materialien (neues Material jeweils fettgedruckt)
Probatorische Sitzungen Vorbereitung & Planung (vor Beginn der E-KVT)	0-1	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Anamnese und Diagnostik, dabei immer: <ul style="list-style-type: none"> - CAPS-CA plus klinisches Interview zur Erfassung komorbider Diagnosen - TSC-KJ - CATS-2
	0-2	
	0-3	
	0-4	
	0-5	
Motivationsphase	1 / MO1	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Therapievertrag abschließen (AB 1) ▶ Notfallplan erstellen (AB 2)
	2 / MO2	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Tagebuchkarte einführen (AB 3) ▶ Umgang mit Suizidalität, Selbstverletzung, Krisen besprechen
	3 / MO3	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Umgang mit Tagebuchkarte trainieren (AB 3) ▶ Lebenslinie erstellen (AB 4)
	4 / MO4	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Therapieziele erarbeiten und festlegen (AB 5)
	5 / MO5	<ul style="list-style-type: none"> ▶ wichtige Aspekte für die Therapie klären ▶ ggf. Aspekte der Motivationsphase wiederholen